

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELLERİ İLE
YAPILAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN
KADINLARIN MEME VE SERVİKS KANSERİNE
YÖNELİK ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA
ETKİSİ**

FATMA ERSİN

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

İZMİR-2012

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELLERİ İLE
YAPILAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN
KADINLARIN MEME VE SERVİKS KANSERİNE
YÖNELİK ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA
ETKİSİ**

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

FATMA ERSİN

Danışman Öğretim Üyesi: PROF.DR. ZUHAL BAHAR

(Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 2008267 sayı ile desteklenmiştir.)

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2008970120

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Fatma ERSİN Sağlığı Geliştirme
Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme ve Serviks Kanserine
Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi konulu Doktora tezini 20.04.2012 tarihinde başarılı
olarak tamamlamıştır.

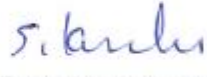

Prof. Dr. Zuhale BAHAR
BAŞKAN

Prof. Dr. Ayla BAYIK
ÜYE




Prof. Dr. Besti ÜSTÜN
ÜYE


Doç. Dr. Ayşe BEŞER
ÜYE


Yard. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI
ÜYE

Doç. Dr. Özgül KARAYURT
YEDEK ÜYE

Prof. Dr. Süheyla ÖZSOY
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	vi
ŞEKİL DİZİNİ	vii
KISALTMALAR	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	8
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	9
2. GENEL BİLGİLER	10
2.1. Meme ve Serviks Kanseri Epidemiyolojisi.....	10
2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	10
2.1.2. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi	13
2.2. Meme ve Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	14
2.2.1. Meme Kanseri Risk Faktörleri	15
2.2.1.1. Meme Kanserinde Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	15
2.2.1.2. Yaşam Tarzı ile İlişkili Risk Faktörleri.....	16
2.2.2. Serviks Kanseri Risk Faktörleri.....	18
2.3. Meme ve Serviks Kanserin Belirtileri.....	19
2.3.1. Meme Kanserin Belirtileri.....	19
2.3.2. Serviks Kanserin Belirtileri	20
2.4. Meme ve Serviks Kanserde Erken Tanı.....	21
2.4.1. Meme Kanserde Erken Tanı.....	21
2.4.1.1. Mamografi.....	22
2.4.1.2. Klinik Meme Muayenesi.....	22
2.4.1.3. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	23
2.4.2. Serviks Kanserde Erken Tanı.....	25
2.5. Sağlık İnanç Modeli.....	26
2.5.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri.....	27

2.5.1.1. Bireysel Özellikler.....	27
2.5.1.1.1. Sosyo-Demografik Faktörler.....	27
2.5.1.2. Algılar.....	28
2.5.1.2.1 Algılanan Duyarlılık.....	28
2.5.1.2.2. Algılanan Ciddiyet ve Tehdit.....	29
2.5.1.2.3. Algılanan Sağlık Motivasyonu.....	30
2.5.1.2.4. Algılanan Yarar.....	30
2.5.1.2.5. Algılanan Engeller.....	31
2.5.1.2.6. Algılanan Öz Etkililik.....	33
2.5.1.3. Eylem.....	34
2.5.1.3.1. Eyleme Geçiriciler.....	34
2.5.1.3.1.1. Hatırlatıcıların Meme ve Serviks Kanseri	34
Erken Tanı Davranışlarına Etkisi.....	
2.5.1.3.1.2. Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı	35
Davranışında Eğitimin Önemi.....	
2.6. Sağlığı Geliştirme Modeli.....	38
2.6.1. Sağlığı Geliştirme Modeli Bileşenleri.....	40
2.6.1.1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler.....	40
2.6.1.2. Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler.....	41
2.6.1.2.1. Aktiviteyle İlişkili Etki	41
2.6.1.2.2. Kişilerarası Etkiler.....	41
2.6.1.2.3. Durumsal Etkiler.....	41
2.6.1.3. Davranış Çıktısı.....	41
2.6.1.3.1. Davranışa İlişkin Plan Yapma.....	41
2.6.1.3.2. Acil Gereksinimlerin ve Tercihlerin Karşıllanması.....	42
ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI (KALİTATİF BÖLÜMÜ)	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
3.1. Araştırmanın Tipi.....	44
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	44
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	44
3.4. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması	45
3.5. Odak Grup Görüşmesinin Yapılandırılması.....	46

3.6. Verilerin Çözümlemesi ve Analizi.....	46
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	47
4. BULGULAR.....	48
4.1. Tarama Engelleri	48
4.1.1. Psikolojik Faktörler.....	48
4.1.2. Yapısal Faktörler.....	50
4.1.3. Kurumsal Faktörler.....	51
4.1.4. Sosyo-Kültürel Faktörler.....	52
4.2. Tarama Davranışlarını Kolaylaştıran Faktörler.....	52
5. TARTIŞMA.....	54
5.1. Tarama Engelleri	54
5.1.1. Psikolojik Faktörler.....	54
5.1.2. Yapısal Faktörler.....	56
5.1.3. Kurumsal Faktörler.....	56
5.1.4. Sosyo-Kültürel Faktörler.....	57
5.2. Tarama Davranışlarını Kolaylaştıran Faktörler.....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
6.1. Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Sonuçlar.....	60
6.2. Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Öneriler.....	60
ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI (KANTİTATİF BÖLÜMÜ)	61
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	61
3.1. Araştırmanın Tipi.....	61
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	61
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	61
3.4. Örneklemden Çıkarma Kriterleri.....	62
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	62
3.6. Veri Toplama Araçları.....	65
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi.....	68
3.8. Verilerin Toplanması.....	69

3.8.1. Ön Testlerin Uygulanması.....	69
3.8.2. Girişim.....	69
3.8.3. Hatırlatmanın Yapılması, Son Testlerin Uygulanması, İzlem.....	77
3.6. Verilerin Analizi.....	78
3.10. Araştırma Etiği.....	78
3.11. Araştırmanın Bütçesi.....	78
3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	78
4. BULGULAR.....	79
4.1. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları.....	79
4.2. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları.....	80
4.3. Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları	83
4.4.Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları	84
4.5. Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları.....	85
5. TARTIŞMA.....	86
5.1. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları	86
5.2. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları.....	90
5.3. Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları	96
5.4. Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları.....	99
5.5. Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları.....	100
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	101
6.1. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algı ve Davranışlarına Yönelik Sonuçlar.....	101
6.2. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algı ve Davranışlarına Yönelik Önerileri	101
7. KAYNAKLAR.....	104

8. EKLER..... 119

EK 1- Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu

EK 2- Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

EK 3- Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği

EK 4- Öz-Etkililik Ölçeği

EK 5- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu

EK 6- Önceki Davranışlarla İlişkili Bilgi Formu

EK 7-Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik algılanan engeller görüşme formu

EK 8- Pap smear testi yaptırmaya yönelik algılanan engeller görüşme formu

EK 9- Meme ve Serviks Kanseri Sunum

EK 10- Meme Kanseri Broşür

EK 11- KKMM Broşür

EK 12- Rahim Ağzı Kanseri Broşür

EK 13- Etik Kurul ve İzin Belgeleri

EK 14-Tezden SCI Kapsamında Yapılan Yayınlar

EK 15-Tezden Yapılan Diğer Yayınlar

EK 16-Özgeçmiş

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünyada Kadın ve Erkekler Arasında En Sık Görülen 10 Kanser Türü, 2008.....	10
Tablo 2. Dünyada Kadınlar Arasında En Sık Görülen 10 Kanser Türü, 2008.....	14
Tablo 3. Erken Tanıya Yönelik Sağlık Davranışlarındaki Olumlu Değişimler	37
Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (Kalitatif Çalışma).....	45
Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-Demografi Özelliklerine Göre Dağılımı (Kantitatif Çalışma).....	62
Tablo 6. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Madde Sayısı ve Cronbach Alpha Değerleri.....	66
Tablo 7. Eğitim Hedefleri ve Davranışları.....	69
Tablo 8. Sağlığı Geliştirme Modellerinin Bileşenleri ve Meme ve Serviks Kanseri Yönelik Açıklamalar.....	72
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	79
Tablo 10. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumları.....	80
Tablo 11. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumları.....	81
Tablo 12. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Mamografi Yaptırma Durumları.....	82
Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	83
Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	84
Tablo 15. Deney ve Kontrol Gruplarında Girişim Sonrası Pap Smear Testi Yaptırma Durumları..	84
Tablo 16. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	85

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dünyada Meme Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı, 2008.....	11
Şekil 2. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, 2006-2008.....	12
Şekil 3. Dünyada Serviks Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı, 2008.....	13
Şekil 4. Sağlık İnanç Modeli’nin Meme Kanseri Uyarlaması.....	27
Şekil 5. Sağlık Geliştirme Modeli.....	40
Şekil 6. Araştırmanın Değişkenleri.....	63
Şekil 7. Araştırmanın CTE Yapısı.....	64
Şekil 8. Araştırma Planı	68
Şekil 9. Sağlık İnanç Modeli Kavramları ve Kullanılan Eğitim Yöntemleri ve Materyalleri.....	77

KISALTMALAR

IARCH	International Agency For Research on Cancer
KMM	Klinik Meme Muayenesi
KKMM	Kendi kendine Meme Muayenesi
HPV	Human Papilloma Virüs
SİM	Sağlık İnanç Modeli
SGM	Sağlığı Geliştirme Modeli
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELLERİ İLE YAPILAN HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN KADINLARIN MEME VE SERVİKS KANSERİNE YÖNELİK ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Fatma ERSİN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İnciraltı/İzmir

ÖZET

Amaç: Çalışma 40 yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmelerinde engelleyici faktörleri belirlemek, kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmelerini (her ay düzenli kendi kendine meme muayenesi yapması, klinik meme muayenesi yaptırması, mamografi çektirmesi ve pap smear testi yaptırması) sağlamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşama, kadınların erken tanı davranışlarında engelleri belirlemek için kalitatif olarak yürütülmüştür. Meme kanseri erken tanı davranışları için 43 kadın, serviks kanseri için 35 kadın ile görüşülmüştür. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmış olup, içerik analizi ile analiz edilmiştir. İkinci aşamayı kantitatif bölüm oluşturmuştur. Çalışmada 50 deney ve 50 kontrol grubu olmak üzere toplam 100 kadın örnekleme yer almıştır. Yarı deneysel bir çalışmadır. Verilerin toplanmasında; Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Öz-Etkililik Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu, Önceki Davranışlarla İlişkili Bilgi Formu kullanılmıştır.

Bulgular: Elde edilen veriler sonucunda kadınların meme-serviks kanseri ve erken tanı davranışlarını engelleyen faktörler; bilginin olmaması, sağlık güvencesinin ve ulaşım olanaklarının yetersizliği, maddi sıkıntılar, randevu alamama, kadın doktorların olmaması, utanma, duyarlılığın olmaması-ihmal, unutma, sağlık bakım sisteminin zor anlaşılması, korku, kaderci yaklaşımdır. Kolaylaştırıcı faktörler içinde bilgilendirme, sağlık personelinin ilgili ve hoşgörülü olması, ücretsiz hizmet, ulaşımın sağlanması, randevu sisteminin geliştirilmesi, telefonla hatırlatmaların yapılması yer almaktadır. Sağlığı geliştirme modelleri kullanılarak yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı

davranışlarını gerçekleştirme oranları ve algıları (duyarlılık, ciddiye, yarar, sağlık motivasyonu, öz etkililik algısı) kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. Engel algısında deney grubunda anlamlı olarak bir azalma saptanmıştır.

Sonuç: Yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında olumlu değişimlerin olması Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'ni temel alan hemşirelik girişimlerinin etkinliğini göstermekte olup, bu girişimlerin ulusal düzeyde yaygınlaştırılması olumlu değişimlerde sürekliliğin sağlanması açısından önemli olabilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlığı geliştirme modelleri, Meme ve serviks kanseri, Hemşirelik.

**EFFECTS OF NURSING INTERVENTIONS PLANNED WITH THE HEALTH
PROMOTION MODELS ON THE BREAST AND CERVICAL CANCER EARLY
DETECTION BEHAVIORS OF THE WOMEN**

ABSTRACT

Objective: The study was conducted in order to determine the inhibiting factors in the breast and cervical cancer early detection behaviors of women over age 40 and to ensure them to perform the breast and cervical cancer early detection behaviors (monthly regular breast-self examination, clinical breast examination, having mammography scan and having pap smear test).

Method: Research was carried out in two stages. The first phase of the research was carried out qualitatively in order to determine the inhibiting factors in the early detection behaviors of the women. 43 women were interviewed for breast cancer early detection behaviors while 35 women were interviewed for cervical cancer. Data were collected through semi-structured interview form and were analyzed through the method of content analysis. The second phase was the quantitative part. Research sample was composed of 100 women, 50 of whom constituted the experiment group and 50 of whom constituted the control group. It is a quasi-experimental study. In the collection of the data, Information Forms related to the Socio-Demographical attributes and the Previous Behaviors, Health Belief Model Scale, Self-Efficacy Scale and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II-Health Responsibility Subscale were used.

Findings: As a result of the obtained data, factors inhibiting the breast-cervical cancer early detection behaviors of the women were found as lack of knowledge of the women concerning the breast-cervical cancer and the early detection behaviors, deficiencies of health insurance and transport facilities, financial problems, appointment problems, absence of female doctors, embarrassment, lack of sensitivity-negligence, forgetting, difficulty in understanding the health care system, fear and fatalist approach were frequently addressed. As to the facilitating factors, they include informing the patients, attention and tolerance of the health personnel, cost free service, availability of the transportation means, improvements in the appointment system and reminding the patients via telephone. At the end of the nursing interventions performed by using the health promotion models, it was found that rates and perceptions of the women concerning the breast and cervical cancer early detection behaviors were higher in

the experiment group when compared to the control group. Besides, a significant decrease was detected in the inhibiting factors perception of the experiment group.

Conclusion: Positive changes observed in the breast and cervical cancer early detection behaviors of the women as a result of the nursing interventions shows the efficiency of the nursing interventions based on the Health Belief Model and the Health Promotion Model. Spreading these interventions to the national level is of importance in maintaining the continuity of the positive changes.

Key Words: Health promotion models, Breast and cervical cancer, Nursing.

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Meme ve serviks kanseri önemli bir halk sağlığı sorunu olup erken tanındığında bireyin hayatta kalma şansı artmaktadır. Dünyada tüm kadın kanserleri içinde %23 oranında görülen meme kanseri 2008 yılında 1.38 milyon olarak bildirilmektedir (International Agency for Research on Cancer, [IARC], 2010). Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türü olup 2006 yılında insidansı 100.000’de 37.6 iken 2008 yılında bu oran 41.6’ya yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Serviks kanseri ise kadınlarda görülen kanserlerin %12’sini oluşturmaktadır. Yeni serviks kanseri vakalarının 2008 yılında yaklaşık 529.000 olduğu ve bunların %90’ının gelişmekte olan ülkelerde yer aldığı bildirilmektedir (IARC, 2010). Ülkemizde serviks kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türleri içerisinde onuncu sırada yer almaktadır. İnsidansı 2008 yılında 100.000’de 4.4’tür (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Meme ve serviks kanserinde sağlığı koruma/geliştirmenin, morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yöntemi erken tanıdır. Meme kanserinde klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi, meme kanserinde önerilen başlıca erken tanı yöntemleridir. Kendi Kendine Meme Muayenesinin (KKMM) erken tanı etkinliği hakkında farklı görüşler ve araştırmalar olmasına karşın (Bradbury, 2001; Haris ve Kinsinger, 2002) hissedilebilen meme tümörlerinin tespit edilmesinde önerilmekte ve özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde kadınlarda meme sağlığı bilincinin oluşturulmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Anderson ve ark., 2006; Gürsoy, 2008). Serviks kanserinin erken tanısında en etkin yöntem pap smear testi yaptırmaktır (Kaiser Permanente Care Management Institute, 2006). Pap smear testi ucuz ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir.

Kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan çalışmalar erken tanı davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir (Beydağ ve Karaoğlu, 2007; Demirhan, Özen, Bostancı ve Zincir 2002; Deveci, Açık ve Rahman 2010; Dişçigil, Şensoy, Tekin ve Söylemez 2007; Jirojwong ve MacLennan, 2003; Juon, Seo ve Kim 2002; Kalichman, Williams ve Nachimson 2000; Maaita ve Barakat 2002; Makuc, Bren ve Freid 1999; McFarland 1999; Tuong, 2007; O’Malley ve Forrest 2002; Yi, Cielito ve Gibby 2001). Kalichman ve arkadaşlarının (2000) KKMM eğitiminin meme muayenesi üzerine etkisini incelediği çalışmalarında, kadınların %85’inin daha önce KKMM ile ilgili eğitim aldığını ancak %45’inin her ay düzenli meme muayenesi yaptığını ifade edilmektedir. Vietnam’lı 345 kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların %18.6’sının her ay düzenli KKMM yaptığı, klinik

meme muayenesi yaptırma oranının %48.7 ve mamografi çekirme oranlarının %32.8 olduğu bildirilmiştir (Yi ve ark. 2001). Juon ve arkadaşları'nın (2002) yaptıkları çalışmada, 60 yaş üstü kadınların %93'ünün mamografiyi duyduğu, ancak %63'ünün tarama yaptırdığı belirtilmiştir. Makuc ve arkadaşları (1999), gelir düzeyi düşük olan kadınlarda son bir yıl içerisinde mamografi çekirme oranlarının %48.4 olduğunu ifade etmiştir.

Maaaita ve Barakat (2002) Ürdün'de 600 kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınların %75'inin daha önce hiç pap smear testi yaptırmadıklarını belirlemişlerdir. O'Malley ve Forrest (2002), 40-65 yaş grubu 1200 yoksul Afrika kökenli Amerika'lı kadın üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %75 oranında pap smear testi yaptırmadıklarını saptamışlardır. McFarland (1999), gelir seviyesi düşük olan kadınlarda pap smear yaptırma oranı %16.7 iken, gelir düzeyi yüksek olan kadınlarda bu oranın %50 olduğunu belirtmiştir. Peragollo, Alba ve Tow (1997), Latin kadınlarda yaptıkları tanımlayıcı çalışmada kadınların düzenli pap-smear testi yaptırmadıklarını vurgulamışlardır.

Ülkemizde Beydağ ve Karaoğlu'nın (2007) yaptığı çalışmada, kadınların %58'inin KKMM ile ilgili bilgisi olmadığı, %69.5'inin KKMM yapmadığı ve %50'sinin meme muayenesinin nasıl yapıldığını bilmediği için yapmadıkları saptanmıştır. Demirhan ve arkadaşları (2002), kadınların %42.7'sinin KKMM'sini bildiklerini, sadece %29.5'inin doğru olarak uyguladıklarını belirtmiştir. Dişçigil ve arkadaşları (2007) ise yaptıkları çalışmada, her ay düzenli olarak KKMM yapan kadınların oranının %17.9 olduğunu, klinik meme muayenesi yaptırma oranının %42.7 ve mamografi çekirme oranının %40.6 olduğunu saptamışlardır. Başka bir çalışmada, 412 kadından %71.3'ünün KKMM yapmayı bilmediği, %72'sinin ise yapmadığı belirtilmiştir (Alpteker ve Avcı, 2010).

Deveci ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında, kadınların %96.7'sinin pap smear testini hiç duymadıklarını saptamışlardır. Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda da pap smear testi yaptırma oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Malatya'da 18-49 yaş arasında kadınların pap smear yaptırma oranlarının %19.4 olduğu belirtilmiştir. (Ak, Canbal, Turan ve Gürbüz, 2010). Kalyoncu ve arkadaşları (2003), İç Anadolu Bölgesi'nde %20, Yücel (2006), Ege Bölgesi'nde %24, Ozan (2007), Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde farklı meslek gruplarında %11 gibi pap smear yaptırma oranları olduğunu saptamışlardır.

Meme ve serviks kanseri mortalite hızlarının yüksek olması bu kanserlere yönelik erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen faktörlere dikkat çekmektedir (Akyüz ve

ark. 2006; Barroya, Buki ve Feigal 2005; Boyer, Williams, Callister ve Marshall 2000; Champion, Skinner ve Menon 2000; Fang ve ark., 2007; Juon ve ark., 2003; Maxwell ve ark., 2003; Ogedegbe ve ark., 2005; Park, Hur, Kim ve Song 2007; Paskett ve ark., 2006; Van Til ve ark., 2003; Wong ve ark., 2009; Young ve Severson 2005). Bu nedenle engelleyici faktörlerin belirlenmesi ve bu engellere yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir (Ersin ve Bahar, 2011).

Dünyada kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak yapılan hemşirelik girişimlerinin etkinliği pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Bu çalışmalarda meme ve serviks kanserinin erken tanılanabilmesinde bireylerin bu konuda bilinçli olmalarının önemi vurgulanmaktadır (Bonfil, Marzo, Pladevall ve Marti 2009; Lee ve ark. 2007). Bireyleri bilinçlendirerek farkındalıkları ve motivasyonları arttırılabilir. Yapılan çalışmalar eğitimin meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında etkili olduğunu desteklemektedir (Austin, Ahmad, McNally MJ ve Steward 2002; Beydağ ve Karaoğlu 2007; Champion, Skinner ve Foster 2000; Curbow ve ark., 2004; Gölbaşı, Kutlar ve Akdeniz 2009; Paskett ve ark. 2006; Maxwell, Bastani, Perlaminda Vida ve Umme 2003; Tuong 2007). Ancak bazı durumlarda erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde eğitimin tek başına etkili olmadığı belirtilmekte, kişisel stratejilerden çok birden fazla eyleme geçirici stratejilerin (hatırlatıcıların), etkili olduğu ifade edilmektedir (Oliver-Vazquez, Ayendez, Perez, Almodovar ve Calderon 2002). Austin ve arkadaşları (2002) ve Curbow ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında, kadınlara yönelik hazırlanan eğitim materyallerinin, hatırlatıcıların (telefon ve mektup ile hatırlatma, mail gönderme, yazılı davet gönderme, ev ziyareti) kadınların kanser taramalarına katılımlarında önemli olduğu belirtilmektedir. Sağlık profesyonellerinden olan halk sağlığı hemşireleri hemşirelik girişimleri yolu ile (eğitim ve eyleme geçiriciler) kadınların erken tanı davranışlarının arttırılmasına katkıda bulunmaktadır (Ersin ve Bahar, 2011). Bu nedenle hemşireler olumlu sağlık davranışlarını geliştirecek kilit kişiler oldukları için eyleme geçiricileri bilmeli ve uygulamada kullanmalıdır (Güvenç, 2008).

Ayrıca yapılan çalışmalar meme-serviks kanseri ve erken tanı davranışlarına yönelik bilincin arttırılması ve bu davranışların düzenli olarak yapılması için modellerle desteklenmiş hemşirelik girişimlerinin yapılandırılması ve uygulanması gerektiğini ortaya koymaktadır (Oliver-Vazquez ve ark. 2002). Bu bilincin arttırılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinde aktif görevi olan halk sağlığı hemşireleri önemli rol oynamaktadır. Hemşirelik disiplini birçok kavramsal modelle zenginleşmiştir. Hemşire araştırmacılar, araştırmalarında bu kavramsal

modellerden birini kullanmalıdırlar (Fawcett ve Gigliotti, 2001). Kadınlarda erken tanı davranışlarının kazandırılmasında kullanılan birçok model bulunmaktadır. Bu modeller, Sağlık İnanç Modeli, Planlı Davranış Teorisi, Transteorik Model, Precede-Proceed Model, Sosyal Öğrenme Teorisi ve Sağlığı Geliştirme Modeli'dir (Glanz, Rimer ve Viswanath 2008). Bu modellerden Sağlık İnanç Modeli, meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını arttırmada en sık kullanılan modeldir. Bunun yanı sıra erken tanı davranışlarında sınırlı çalışılmış olan Sağlığı Geliştirme Modeli de sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılmaktadır.

Meme ve serviks kanseri erken tanındığında bireyin yaşam süresi uzamakta ve hayatta kalma şansı artmaktadır. Bu nedenle her iki kanserin erken tanı çalışmaları oldukça önemlidir. Bu kanserler için kullanılan yöntemler oldukça basit, uygulanması kolay ve ekonomik yöntemlerdir. Bu nedenle kadınların erken tanı davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlere yönelik modeller ile desteklenmiş hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulamaya geçirilmesi kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

1.2.1. Araştırmanın Birinci Amacı

Kırk yaş üstü kadınların **meme ve serviks kanseri** erken tanı davranışlarına yönelik engelleyici faktörleri belirlemek,

1.2.2. Araştırmanın İkinci Amacı

Belirlenen engelleri ortadan kaldırmaya yönelik Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak planlanan hemşirelik girişimleri ile kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını geliştirmektir (Kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi ve pap smear testi).

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların **meme kanseri** erken tanı davranışlarına yönelik **algı puan ortalamaları** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

a: Duyarlılık algısı

b: Ciddiyet algısı

c: Sağlık motivasyonu

d: KKMM yarar algısı

e: KKMM öz-etkililik algısı

f: Mamografi yarar algısı

H2: Deney grubunun hemşirelik girişimleri sonrası kadınların **meme kanseri** erken tanı davranışlarına yönelik **engel algı puanı ortalamaları** kontrol grubuna göre daha düşüktür.

a: KKMM engel algısı

b: Mamografi engel algısı

H3: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların **KKMM yapma sıklığı** daha yüksektir.

H4: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların **KMM yaptırma sıklığı** daha yüksektir.

H5: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların **Mamografi çekirme sıklığı** daha yüksektir.

H6: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların **serviks kanseri** erken tanı davranışlarına yönelik **algı puan ortalamaları** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

a: Duyarlılık algısı

b: Ciddiyet algısı

c: Yarar algısı

d. Öz-etkililik algısı

H7: Deney grubunun hemşirelik girişimleri sonrası kadınların **pap smear testi engel algı puanı ortalamaları** kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H8: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların **pap smear testi yaptırma sıklığı** daha yüksektir.

H9: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların **sağlık sorumluluğu** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme ve Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Pahalı tedavisi ile ekonomik bir yük getiren kansere karşı ulusal sağlık stratejilerinin geliştirilmesi ve koruyucu sağlık önlemleri alınabilmesi için öncelikle hastalık boyutunu ortaya koyacak tanımlayıcı istatistiklere ihtiyaç vardır (Kavlak, Bal Yılmaz ve Dülgerler, 2010). Bu nedenle hemşirelerin toplumu tanınması sağlık hizmetlerinin sunumunda önem taşımaktadır. Toplum tanındığında hizmet verilen bölgedeki risk altındaki gruplar belirlenebilmekte, bu grupların en sık maruz kalabilecekleri hastalıklar tespit edilebilmektedir. Bu hastalıklara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini sunalabilmek için hastalıkların özelliklerini (yer, zaman ve kişi) bilmek önemlidir. Böyle bir durumda hemşireler epidemiyoloji bilgisinden yararlanmalıdır. Meme ve serviks kanseri görülme sıklığı gittikçe artan hastalıklar olduğu için hemşireler, dünyadaki ve Türkiye’deki meme ve serviks kanseri epidemiyolojini bilmeli, bu doğrultuda verecekleri hizmeti planlamalı ve uygulamaya geçirebilmelidir.

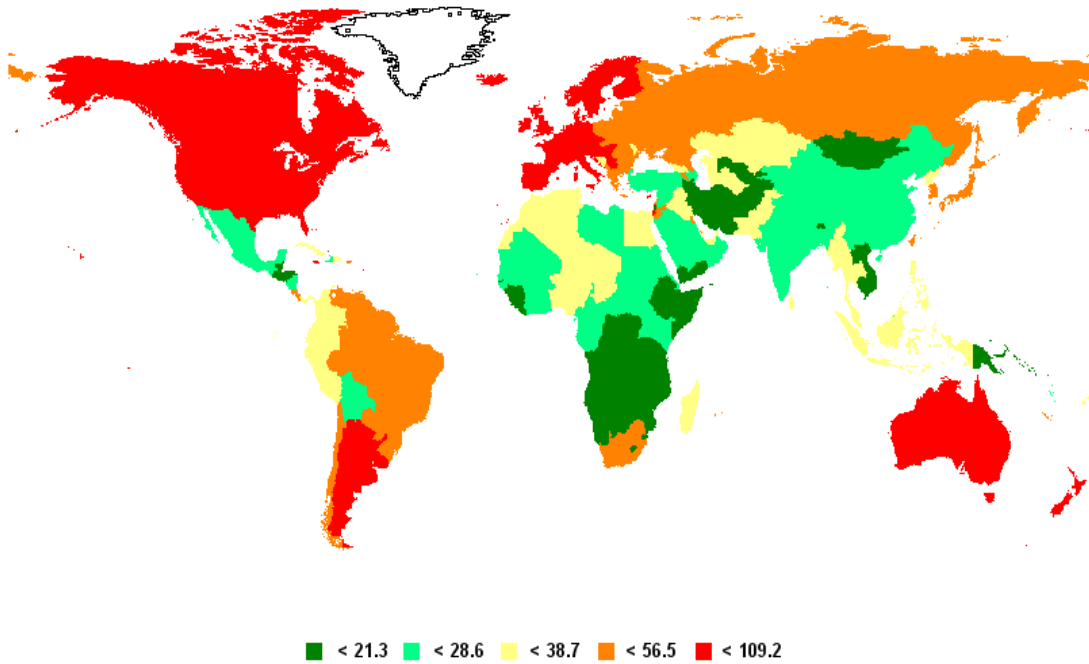
2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünyada 2008 yılı verilerine göre 1.38 milyon yeni meme kanseri vakası saptanmıştır ve %10.9’luk oran ile dünyada en sık görülen kanserler arasında ikinci sırada yer almaktadır. Kanserden ölümlerde ise beşinci sıradadır (Tablo 1) (IARC, 2010).

Tablo 1. Dünyada Kadın ve Erkekler Arasında En Sık Görülen 10 Kanser Türü, 2008. (IARC, 2010)

Kanser Türü	Sayı	Yüzde	Yaşa Standartize İnsidans
Akciğer	1608000	12.7	23.0
Meme	1383000	10.9	39.0
Kolon	1233000	9.7	17.4
Mide	989000	7.8	14.1
Prostat	913000	7.2	28.5
Karaciğer	748000	5.9	10.8
Serviks	529000	4.2	15.2
Özefagus	482000	3.8	7.0
Lösemi	386000	3.0	5.3
Non-Hodgkin Lenfoma	355000	2.8	5.1

Meme kanseri kadın kanserleri içerisinde ilk sırada yer almaktadır. Meme kanseri insidansı Japonya hariç gelişmiş ülkelerde yüksek olup, Batı Avrupa’da yüz binde 89.7 iken Doğu Afrika’da 19.3’tür. Gelişmekte olan ülkelerde insidansı daha düşük olup; Doğu Asya’da yaşa standartize insidansı yüz binde 6.3, Orta Asya’da 12.0, Kuzey Doğu Asya’da 13.4’tür (Şekil 1) (IARC, 2010).



Şekil 1: Dünyada Meme Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı, 2008 (IARC, 2010).

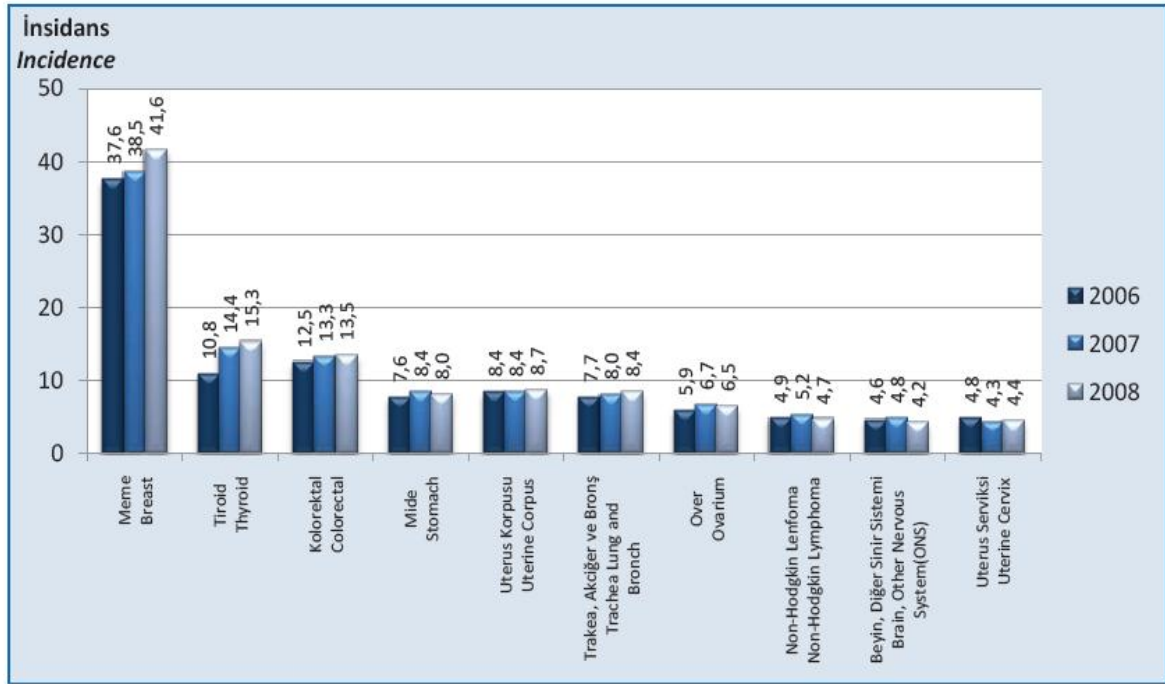
Dünyada meme kanseri sıklığı ülkeden ülkeye, ülkelerin bölgelerine ve etnik gruplara göre farklılık göstermektedir. Meme kanseri görülme sıklığı en yüksek olan ülkeler arasında; Fransa (yüz binde 99.7), İsrail (yüz binde 96.8), İtalya (yüz binde 86.3), Avusturalya (yüz binde 84.8), Kanada (yüz binde 83.2), Almanya (yüz binde 81.8), İsveç (yüz binde 79.4) ve Amerika (yüz binde 76) yer almaktadır (IARC, 2010). Meme kanseri sıklığı Rusya, Polonya, Brezilya, İspanya, Güney Afrika gibi ülkelerde yüz binde 40-60 arasındadır. Avrupa ülkelerinde meme kanserinin görülme sıklığı kuzey ülkelerinden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır (IARC, 2010).

Meme kanseri mortalite oranı, gelişmiş olan ülkelerde %30 (190.000 ölüm / 636.000 olgu) iken az gelişmiş ülkelerde geç tanı ve yetersiz tedavi nedeniyle %43’tür (221.000 ölüm / 514.000 olgu). Diğer taraftan, meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre beş yıllık sağ kalım

oranları, gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir (Özmen ve Özsoy 2009).

Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup 2006 yılında insidansı yüz binde 37.6 iken 2008 yılında bu oran 41.6’ya yükselmiştir (Şekil 2).

(Sağlık Bakanlığı, 2011)



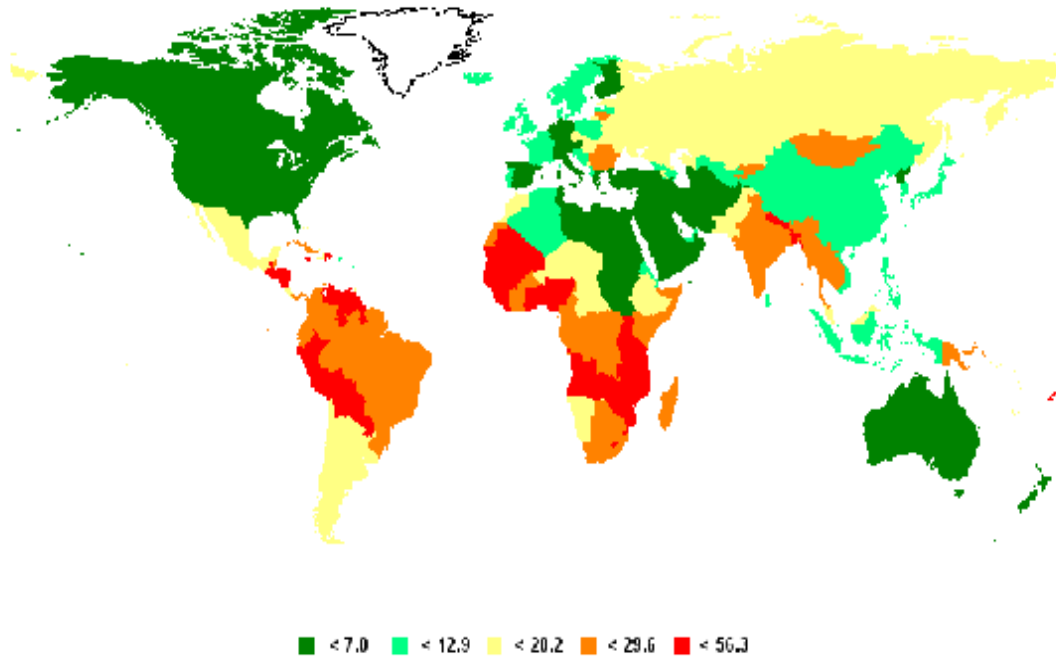
Şekil 2. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, 2006-2008

Türkiye’de meme kanserinin sıklığı bölgelere göre değişmektedir. Türkiye’nin doğusunda meme kanseri sıklığı yüz binde 20 iken, bu oran batı bölgelerimizde yüz binde 50’ye ulaşmaktadır. Toplumdaki kültürel ve sosyal değişiklikler (erken menarş, geç doğum, az laktasyon, gec menopoz, diyet, obezite, hormon replasman tedavisi, doğum kontrol hapı kullanılması, yaşam süresinin uzaması vs.) kısaca yaşamın batılaşması (*westernizing life*) meme kanseri sıklığını arttırmaktadır (Özmen ve Özsoy 2009).

2.1.2. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Erken tanı uygulamalarında toplum taraması yapılacak hastalıklara, toplumda sık karşılaşılmaması, tedavi seçeneklerinin olması, tarama maliyetinin tedaviden daha düşük olması gibi özellikleri dikkate alınarak karar verilmektedir. Bu nedenle erken tanı çalışmalarında etkin bir role sahip olan hemşirelerin günümüzde insidansı giderek artan serviks kanserinin epidemiyolojisini bilmeleri önemlidir.

Serviks kanseri, 2008 yılında 529.000 yeni vaka ile tüm kanserler içerisinde yedinci, kadınlarda görülen kanserler arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Tablo 2). Serviks kanseri görülme sıklığı açısından yüksek riskli bölgeler, Doğu ve Batı Afrika yüz binde 30, Güney Afrika yüz binde 26.8, Güney-Orta Asya yüz binde 24.6, Güney Amerika yüz binde 23.9 ve Orta Afrika yüz binde 23.0'dır. En düşük risk taşıyan bölgeler ise Batı Asya, Kuzey Amerika, Avusturalya yüz binde 6'dan daha azdır. Serviks kanseri 275.000 ölümden sorumludur ve bu ölümlerin %88'i gelişmekte olan ülkelerdedir. Serviks kanseri açısından en riskli bölgeler sırasıyla Doğu Afrika, Batı ve Güney Afrika'dır (IARC, 2010).



Şekil 3. Dünyada Serviks Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı, 2008 (IARC, 2010).

Tablo 2. Dünyada Kadınlar Arasında En Sık Görülen 10 Kanser Türü, 2008 (IARC, 2010).

Kanser Türü	Sayı	Yüzde	Yaşa Standartize İnsidans
Meme	1383000	22.9	39.0
Kolon	570.000	9.4	14.6
Serviks	529.000	8.8	15.2
Akciğer	513.000	8.5	13.5
Mide	349.000	5.8	9.1
Uterus	287.000	4.8	8.2
Over	225.000	3.7	6.3
Karaciğer	225.000	3.7	6.0
Tiroid	163.000	2.7	4.7
Non-Hodgkin Lenfoma	156.000	2.6	4.2

Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise Türkiye’de 1996’da 623 tane serviks kanseri saptanmış olup tüm kadın kanserleri arasında yedinci sırada iken 2002 yılında bu sayı 708’e çıkmış ancak tüm kadın kanserleri arasında onuncu sıraya gerilemiştir. Serviks kanseri sayısı 2003 yılı verilerinde 763’e çıkarken tüm kadın kanserleri arasında da dokuzuncu sıraya yükselmiştir. Serviks kanseri insidansı 2006 yılında yüz binde 4.8 iken 2008 yılında bu oran 4.4’e gerilemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

2.2. Meme ve Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Bireylerin meme ve serviks kanseri risk faktörleri açısından değerlendirilerek, meme ve serviks kanserine neden olan etmenler konusunda bilgilendirilmesi hemşirelerin temel sorumlulukları arasındadır. Her geçen gün meme ve serviks kanseri konusunda yeni bilgiler ortaya çıkmakta, tedavisi, erken tanısı konusunda sürekli bir gelişme görülmektedir. Bu nedenle hemşireler tarafından meme ve serviks kanserinin etiyolojisinde rol oynayabilecek faktörlerin araştırılması ve saptanması, riskli grupların belirlenmesi, bu konuda bilgilendirilmesi, kontrol edilebilen risk faktörlerinin belirlenmesi erken tanı ve tedavi yöntemlerinin saptanmasında yardımcı olacaktır (Campbell, 2002; Kavlak, Bal Yılmaz ve Dülgerler, 2010).

Meme kanserinin hangi nedene bağılı olarak ortaya çıktığı tam olarak bilinmemektedir. Tüm dünyada yapılan araştırmalar sonucunda bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Birçok risk faktörü ile ilişkili olan meme kanserinin, risk faktörlerinin az veya çok olmasına göre, görülme sıklığı da farklılık göstermektedir (American Cancer Society, 2011; Somunoğlu, 2007).

Serviks kanseri ile Human Papilloma Virüs (HPV) ilişkisi olduğu belirtilmektedir. Bu ilişki ilk olarak 1980'lerin başında Alman Virologist Herold Zun Hausen tarafından belirlenmiş ve elde edilen pozitif bulgularla beraber bu konuda önemli bir bilgi birikimine ulaşılmıştır. Günümüzde serviks kanseri gelişiminde en önemli etiyolojik faktörün HPV ve 120'den fazla suşlarının olduğu bilinmektedir. Bunlardan HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, HPV 45, HPV 51, HPV 52, HPV 53 suşlarının serviks kanseri ile ilişkisi olduğu kanıtlanmıştır (Açıkgöz, 2010).

Kadınlarda meme ve serviks kanseri görülme riskini etkileyen faktörler aşağıda yer almaktadır (American Cancer Society, 2011; IARC, 2010).

2.2.1. Meme Kanseri Risk Faktörleri

2.2.1.1. Meme Kanserinde Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'na Göre;

Cinsiyet: Kadınlarda erkekelere oranla daha fazla görülmektedir. Vakaların %99'unu kadınlar oluşturmakta, %1 veya daha azını ise erkekler oluşturmaktadır. Bunun nedeni kadınların erkeklere oranla daha fazla meme dokusuna sahip olması ve meme hücreleri üzerinde östrojen/progesteronun etkisidir (IARC, 2010).

Yaş: Meme kanseri için yaş önemli bir risk faktörüdür. Yaş ilerledikçe meme kanseri riski artar. Sekiz invaziv meme kanserinden birisi 45 yaşın altında iken, üç invaziv meme kanserinin ikisi 55 yaş ve üzerinde görülmektedir (IARC, 2010).

Genetik Faktörler: BRCA1 ve BRCA2 geninde mutasyon olması, ATM, p53, CHEK2, PTEN, CDH1, STK11 gen mutasyonları meme kanserinin oluşmasında oldukça etkilidir. Meme kanserinin sadece %10-15'i herediter kökenli iken, bunların yarısından fazlası (%50-60) BRCA-1 genindeki mutasyondan, %10-%30'u ise BRCA-2 genindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır (IARC, 2010).

Ailede Meme Kanseri Öyküsü: Birinci dereceden akrabalarda meme kanseri öyküsü riski iki katına çıkarır. Birinci derece akrabalarının sayısı iki ise risk üç katına çıkmaktadır.

Akrabalarda meme kanseri ne kadar erken yaşta ortaya çıkmış ise o kişide risk daha fazla artar (IARC, 2010).

Meme Kanseri Hikâyesi: Daha önce meme kanseri hikayesi olan bir kadının diğer memesinde veya aynı memede meme kanseri görülme riski 3-4 kat fazladır (IARC, 2010).

İrk ve Etnik Köken: Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riski daha yüksektir. Buna karşın 45 yaş ve altında meme kanseri görülme oranı Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda daha yüksektir (IARC, 2010).

Yoğun Meme Dokusu: Meme dokusu yoğun olan kadınlarda glandüler doku fazla, yağ dokusu az olmakta ve risk artmaktadır (IARC, 2010).

Bening Meme Hastalığı:

Non-Proliferatif lezyonlar, meme kanseri riskini arttırmaz. Meme kanseri ile ilişkisi çok düşüktür. Atipik olmayan proliferatif lezyonlar, meme kanseri riskini 1.5-2 kat arttırır. Atipik proliferatif lezyonlar, meme kanseri riskini 4-5 kat arttırır (IARC, 2010).

Menstrual Öykü: Erken Menarş (12 yaş) ve Geç Menapoz (55 yaş üzeri) meme kanserinin oluşmasında oldukça etkilidir. Daha uzun süre östrojen ve progesterona maruz kalma ile açıklanmaktadır (IARC, 2010).

Radyasyon Tedavisi Öyküsü (Göğüs Bölgesi): Çocukluk veya adölesan döneminde alınan radyasyon tedavisi riski arttırmaktadır. 40 yaş sonrası radyasyon tedavisi riski arttırmaz (IARC, 2010).

Dietstilbestrole (DES) Maruz Kalma: 1940-1960 yılları arasında düşük riskini azaltmak için gebelerde DES kullanılmıştır. DES, hem kullanan kadınlarda hem de onların çocuklarında az da olsa riski arttırmaktadır (IARC, 2010).

2.2.1.2. Yaşam Tarzı ile İlişkili Risk Faktörleri

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'na Göre;

Doğum Öyküsü: Hiç doğum yapmayan ve 30 yaşından sonra doğum yapan kadınlar risk altındadır. Gebeliğin fazla olması ve genç yaşta gebe kalma riski azaltır. Gebelik yaşam boyunca menstruasyon sayısını azaltarak riski düşürür (IARC, 2010).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Oral kontraseptif kullanan kadınlarda hiç kullanmayanlara oranla risk çok az olsa da fazladır. Oral kontraseptif kullanımını 10 yıl öncesinde bırakan kadınlarda risk kalmamıştır (IARC, 2010).

Menapoz Sonrası HRT Kullanımı: Östrojen ve progesteronun kombine kullanımı meme kanseri riskini arttırırken, yalnız östrojen kullanımı riski arttırmaz. Bazı çalışmalarda 10 yıl ve daha üzeri östrojen kullanımının meme kanseri riskini arttırdığı gösterilmektedir (IARC, 2010).

Emzirme: 1.5-2 yıl süreli emzirme az da olsa meme kanseri riskini azaltır (IARC, 2010).

Alkol Kullanımı: Günde 1 kadeh alkol riski hafif arttırırken, 2-5 kadeh alkol alımı riski 1.5 kat arttırmaktadır. Alkol alımının kanserojenik olabilecek sitotoksik ürünlerin ortaya çıkmasına neden olduğuna ve meme dokusundaki hücre permabilitesinde değişikliğe yol açtığına inanılmaktadır (IARC, 2010).

Obezite: Bazı çalışmalar şişmanlığın özellikle 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini arttırdığını göstermektedir (IARC, 2010).

Fiziksel Aktivite: Haftada 1.5-2.5 saat egzersiz, riski %18 azaltmaktadır (IARC, 2010).

Yukarıda belirtilen risk faktörleri dışında etkisi henüz kanıtlanmamış belirsiz olan faktörler de bulunmaktadır. Bunlar diyet ve vitamin alımı, antiperspirant kullanımı, kürtaaj, meme implantları, çevresel kimyasallar, sigara kullanımı ve gece çalışmasıdır (American Cancer Society, 2011; IARC, 2010).

Yapılan çalışmalarda çeşitli risk faktörlerinin meme kanseri üzerindeki etkisi incelenmiştir (Althuis, Brogan ve Coates, 2003; Meeske, Pres, Patel ve Franceschi, 2004; Oran, Celik ve Erman, 2004; Rosenberg, Magnusson, Lindstrom, Wedren ve ark., 2006). Althuis ve arkadaşları (2003)'nın çalışmasında oral kontraseptiflerin meme kanseri oluşma riski ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Özellikle 5 yıldır oral kontraseptif kullananlarda bu oranın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada, gebelik sayısının ve emzirme süresinin meme kanseri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Üç veya daha fazla gebelik hikayesi olan kadınların bir gebelik hikayesi olan kadınlara göre daha az meme kanseri riski taşıdığı saptanmıştır (Meeske, Pres, Patel, Franceschi, 2004). Oran ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, olumlu yaşam tarzının (beslenme, egzersiz vs.) meme kanseri riskini azalttığı belirtilmektedir. Bir başka çalışmada da hormon replasman tedavisinin meme kanseri riskini arttırdığı saptanmıştır (Rosenberg ve ark., 2006). Risk faktörleri hakkında hemşirelerin yaptığı çalışmalar sınırlı sayıdadır (Beji ve Reis 2007). Bir çalışmada, 405 meme kanserli hasta ile meme kanseri olmayan 1050 kadın risk faktörleri açısından karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda eğitim, beden kitle indeksi, hipertansiyon veya diyabet hastalığının bulunması, ilk doğum yaşı, emzirme, menarş yaşı, hormon replasman tedavisi, oral

kontraseptif ve alkol kullanımı ile birinci derece akrabalarında endometrial kanser bulunmasının meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmiştir.

2.2.2. Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Amerikan Kanser Birliği'ne Göre;

HPV (human papilloma virus): Yüksek riskli tipleri HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, ve HPV 45'tir. Tüm serviks kanserlerinin yaklaşık %70'ine HPV 16, HPV 18'in neden olduğu bilinmektedir (American Cancer Society, 2011).

Sigara: Sigara içmeyen kadınlara oranla riski 2 kat artırır. Sigaranın servikal hücrelerde hasara neden olarak kanser gelişimine neden olduğu düşünülmektedir (American Cancer Society, 2011).

İmmünoşüpresif İlaç Kullanımı: İmmün sistemi baskılayarak etki etmektedir (American Cancer Society, 2011).

Chlamydia Enfeksiyonu: Üreme sisteminde enfeksiyona neden olan bir bakteridir. Çalışmalar, geçmişte veya şimdiki öyküsünde Chlamydia enfeksiyonu olan kadınların servikal kanser riskinin yüksek olduğunu göstermiştir (American Cancer Society, 2011).

Diyet: Sebze ve meyve tüketiminin düşük olması riski arttırmaktadır. Ayrıca kilolu kadınlarda görülme oranı 3 ila 10 kat daha fazladır (American Cancer Society, 2011).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Beş yıldan fazla oral kontraseptif kullanan kadınlarda risk iki katına çıkmaktadır. Tablet kullanımı bırakıldığında 10 yıl içerisinde risk azalmaktadır (American Cancer Society, 2011).

Gebelik Sayısı: Üç ve daha fazla gebelik riski arttırmaktadır. Gebelik süresince korunmasız cinsel ilişkide bulunmak ve gebelik hormonlarının etkisi ile riskin arttığı belirtilmektedir. Diğer bir açıklama gebelikte immün sistemin zayıflamasıdır (American Cancer Society, 2011).

Erken Yaşta Gebelik: Gebelik yaşı 17 ve öncesi olan kadınların, ilk gebelik yaşı 25 ve üzeri olan kadınlara oranla serviks kanseri riskinin 2 kat arttığı belirtilmektedir (American Cancer Society, 2011).

Yoksulluk: Sağlık hizmetlerine ulaşım, erken yaşta cinsel ilişki ve gebelik, yetersiz hijyen koşullarının yoksul kadınlar arasında riski arttırdığı bilinmektedir (American Cancer Society, 2011).

Dietstilbestrole (DES) kullanımı: Gebelikte anneleri DES kullanan kadınlarda servikste adenokarsinom gelişme riski daha fazla olarak belirtilmektedir (American Cancer Society, 2011).

Aile Öyküsü: Ailesinde serviks kanseri olan kadınlarda risk 2-3 kat artmaktadır (American Cancer Society, 2011).

Yapılan çalışmalarda, ilk cinsel ilişkinin 17 yaş ve öncesi, ilk gebelik yaşının erken olmasının serviks kanseri riskini arttırdığı, oral kontraseptif kullanımının riski azalttığı belirtilir iken, kilo ve sigaranın serviks kanseri ile çok ilişkili bulunmadığı (Green ve ark., 2003) saptanmıştır. Ayrıca birden fazla cinsel partnerin olması, menstrüel hijyenin kötü olmasının (Juneja, Sehgal, Mitra ve Pandey 2003), düşük sosyo-ekonomik düzeyin riski arttırdığı (Parikh, Brennan ve Boffetta 2003) belirtilmiştir. Hemşirelerin yaptığı bir çalışmada da, cinsel ilişkiye başlama yaşının 16'dan küçük olması ve genital enfeksiyon öyküsünün olmasının kadınlarda serviks kanseri riskini arttırdığı, bununla birlikte eğitim düzeyinin yüksek olması, bekar olma ve alkol kullanımının olmamasının riski azalttığı saptanmıştır (Reis, Beji ve Kılıç, 2011).

2.3. Meme ve Serviks Kanserin Belirtileri

2.3.1. Meme Kanserin Belirtileri

Meme kanserinin belirtileri hastalığın vücuttaki yayılım derecesine ve kişiye göre farklılık göstermektedir (Somunoğlu, 2007). Meme kanserinin belirtileri konusunda unutulmaması gereken nokta, memede meydana gelen değişikliklerin birçok nedeni olduğudur. Bu değişikliklerin büyük çoğunluğu zararsız olmakla birlikte küçük bir ihtimalle meme kanserinin ilk işaretleri olabileceği de unutulmamalıdır. Bu nedenle kadınların kendileri için neyin normal olduğunu bilmeleri memelerinin doğal yapısını incelemeleri, değişikliklerin neler olduğunu tespit etmeleri ve gecikmeden rapor etmeleri tavsiye edilmekte ve yaşları ile orantılı meme tarama programlarına katılmalarının önemine dikkat çekilmektedir (National Helath Services Breast Screening Programmes, 2008). Kadınların bu konudaki farkındalıklarının artırılmasında hemşireler önemli rol oynamaktadırlar.

Genel olarak meme kanserinin ilk belirtisi bir sertlik ya da kitlenin ortaya çıkmasıdır. Meme kanserinin diğer klinik belirtileri arasında (American Cancer Society, 2011; Elik, 2006);

- Meme derisinde kalınlaşma, ödem ve renk değişikliği,
- Areolada kalınlaşma, kızarıklık ya da yara,
- Memede ya da areolada çekilme,
- Meme başlarının duruşunda değişiklik,
- Meme ucunda kaşıntı,
- Memelerde asimetri,
- Meme ucundan kanlı akıntı gelmesi,
- Koltuk altında kitle ele gelmesi,
- Memedeki damarlarda belirginleşme,
- Kitle olan meme tarafındaki kolda ödem,
- İleri dönemde sırt ve kemik ağrıları yer almaktadır.

2.3.2. Serviks Kanserinin Belirtileri

Jinekolojik kanserlerin tedavisinde başarı hastalığın evrelerine göre değişmektedir. Bu evrelerin sınıflanmasında hastada var olan belirtiler oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin bu belirtiler konusunda kadınları bilgilendirmeleri, bu yolla farkındalıklarını arttırmaları gerekmektedir. Serviks kanserinde görülen belirtiler aşağıda yer almaktadır (American Cancer Society, 2011; Ertem, 2010).

- Anormal vajinal kanama,
- Cinsel ilişki sonrası kanama,
- Menapoz sonrası kanama,
- Periyodlar arasında lekelenme ve kanama,
- Adet kanamalarının uzun süremesi ve normalden daha ağır geçmesi,
- Pelvik muayene sonrası kanama,
- Vajinal yoldan alışılmadık akıntının olması,
- Bu akıntının bazen kan içermesi,
- Cinsel ilişki sırasında ağrı olması,
- İleri evrelerde bel ve kasık ağrısı, idrar yapmada güçlük ya da bacak ödemi görülebilir.

2.4. Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı

2.4.1. Meme Kanserinde Erken Tanı

Kadınlarda öldürücü olan meme kanseri insidansının günden güne artması önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Meme kanseri yaygın olmasına karşın, genellikle yavaş bir gelişme hızı gösteren, tanısı erken yapıldığında oldukça başarılı tedavi sonuçları elde edilebilen ve ölüm oranı azaltılabilen bir kanser türüdür. Ayrıca meme kanserinin erken tanı ve tedavisi yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkili olmaktadır (Kılıç, 1994; Koca, 2010).

Morbidite ve mortalite oranı azımsanmayacak oranda olan meme kanserinin özellikle kadınların sağlığı/yaşamı açısından taşıdığı risk ile erken evre, etkili tedavi ve iyi prognoz ilişkisi dikkate alındığında, erken tanı çalışmalarının yaşama geçirilmesinin önemi açıkça ortaya çıkmaktadır (Akyolcu ve Uğraş, 2011). Meme kanserinin erken tanısında mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) önerilmekte, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ise farkındalık yaratması açısından önemli görülmektedir. Mamografi, KMM ve KKMM uygulamalarını içeren tarama yöntemlerinin hedefi, meme kanserinin erken dönemde tanılanması, etkili/başarılı tedavi ve daha uzun bir yaşam şansının sağlanmasıdır (Akyolcu ve Uğraş, 2011). Bu önerilerin uygulanmasında sağlık personelinin eğitimi, motivasyonu, kadınların bilgi, tutum ve davranışları çok önemlidir (Koca, 2010). Hemşireler kanserin erken tanı ve tedavisi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Ayrıca meme kanseri gelişiminde önemli olan riskleri, yüksek risk grubundaki kişileri ve meme kanseri tanısına götüren bulguları tanımlamalıdır. Aynı zamanında bireyleri risk durumlarından haberdar etmeli, kontrol altına alınabilen risk faktörlerini belirlemelidirler. Hemşireler çalıştığı toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri ile bireylerin değer yargılarını, yaşam tarzlarını, sağlık-hastalık algılarını, sağlık inançlarını bilmelidirler. Bireylerin sağlık inançlarının bilinmesi olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında önemli bir etkidir. Bu nedenle kadınlara erken tanı ve tedavinin önemi kavratılmalı, KKMM ile ilgili becerileri geliştirilmeli, düzenli ve periyodik aralıklarla erken tanı davranışlarını (mamografi, klinik meme muayenesi) yapma sorumluluğu kazandırılmalıdır (Öztürk, Engin, Kişioğlu ve Yılmaz 2000).

2.4.1.1. Mamografi

Mamografi, memenin radyolojik olarak X-ışını ile görüntülenmesi şeklinde tanımlanmakta ve memenin yapısını ortaya koymaktadır (National Health Services Breast Screening Programmes, 2008). Meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesinin iyi ve doğru bir yolu olarak ifade edilen mamaografi, rutin tarama tetkiki olarak kabul edilmektedir (Campbell, 2002). Günümüzde mamografi meme kanseri mortalitesini azaltan en önemli tarama yöntemidir. Mamografinin, meme kanserine bağlı olarak ortaya çıkan ölümlerin azaltılmasında etkili bir yöntem olduğunun altı çizilmekte (Schaler ve Rose, 2002; Tabar, Smith ve Duffy 2003) ve bu oranın da %15-40 arasında değiştiği ifade edilmektedir. Bu konuda yapılan ve yayımlanmış olan tüm çalışmalar dikkate alındığında, mortalitede %35'e varan azalma görülmektedir (Miedema ve Totemichi, 2003).

Amerikan Kanser Birliği mamografiyi 40 yaş ve üzerindeki kadınların her yıl çekirtmesi gerektiğini belirtmektedir (American Cancer Society, 2011). Ülkemizde ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre; 50-69 yaş arası tüm kadınlara, her iki yılda bir, her iki meme için, birisi medyolateral oblik, diğeri ise kraniokaudal olmak üzere ikişer poz mamografi filmi çekilmektedir. Ayrıca asıl tarama metodu mamografi olmakla beraber, taramaya katılan her kadın, hekim tarafından da muayene edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

2.4.1.2. Klinik Meme Muayenesi

Literatürde hem hekim veya hemşire tarafından yapılan meme muayenesinin hem de mamografi çektirilmesinin, meme kanserinden meydana gelen ölüm oranlarının azaltılmasında etkili olabileceği yönünde bilgiler bulunmaktadır (Iannotti, Finney, Sander ve De Leon 2002; Lampic, Thurfjell ve Sjöden 2003; Lane, Zapka, Bren ve Messina 2000). Ayrıca klinik meme muayenesinin (KMM) özellikle 40-49 yaş arasındaki kadınlarda, meme kanserinin erken dönemde belirlenmesinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Klinik meme muayenesi mamografi ile birlikte uygulandığında, meme kanserinin belirlenme oranı %5-20 artmaktadır. Meme dokusu yoğun olan kadınlarda mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır ve mamografi ile belirlenen meme kanserlerinin %60'ı KMM ile tespit edilebilmektedir (Weiss, 2003). Klinik meme muayenesinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla Hindistan'da yapılan bir çalışmada, ilk izlem sonuçları erken evre meme kanseri

insidansının deney ve kontrol grubunda sırasıyla 18.8 ve 8.1 olduğu, geç evre meme kanseri insidansının ise 19.6 ve 21.7 olduğu belirtilmiştir (Sankaranarayanan ve ark. 2011).

Memenin tamamının filminin çekilmesinin mümkün olmadığı durumlar ile kadınlardan yaşı genç olanlarda mamografinin etkililiğinin tartışmalı olarak nitelendirildiği durumlarda, mamografinin etkisi sınırlı olacağı için, KMM yapılmasının olumlu sonuçlar vereceğine işaret edilmektedir (Green ve Taplin, 2003; Oestreicher ve ark., 2002). Ayrıca yanıltıcı olabilecek mamografi sonuçlarının kişilerin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin KMM ile ortadan kaldırılabilmesi de düşünülmektedir (Park ve ark., 2000; Tabar ve ark., 2002). Bu nedenle düzenli olarak KMM yapılması tavsiye edilmekte, böylelikle de meme kanserinin erken evrelerde teşhis edilme imkanının doğacağı belirtilmektedir (Oestreicher ve ark., 2002).

Amerikan Kanser Birliği 20-40 yaş grubu kadınlarda 3 yılda bir, 40 yaş sonrasında her yıl KMM yaptırılmasını önermektedir (American Cancer Society, 2011).

Türkiye Ulusal Kanser Tarama standartlarına göre; 20-39 yaş arasındaki her kadının 2-3 yılda bir, 40-50 yaş arasındaki kadınların 2 yılda bir ve 50-69 yaş arasındaki kadınların her yıl klinik meme muayenesi yaptırması önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

2.4.1.3. Kendi Kendine Meme Muayenesi

Amerikan Kanser Birliği'ne göre, KKMM 20 yaşından sonra her kadın tarafından evinde tek başına kolaylıkla uygulanabilecek, kısa süre içerisinde erken tanıya yönlendirebilecek, maliyet gerektirmeyen, kadının mahremiyetinin korunduğu bir muayene yöntemidir (American Cancer Society, 2011). Kendi Kendine Meme Muayenesinin (KKMM) etkinliği hakkında farklı görüşler ve araştırmalar olmasına karşın (Bradbury, 2001; Haris ve Kinsinger, 2002) hissedilebilen meme tümörlerinin tespit edilmesinde önerilmekte (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2003) ve özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde kadınlarda meme sağlığı bilincinin oluşturulmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Anderson ve ark., 2006; Gürsoy, 2008). Ayrıca literatürde, KKMM düzenli olarak uygulandığında meme kanseri mortalite oranının azalacağı bildirilmiştir (Pillay, 2002). Kanada Ulusal Meme Kanseri Tarama Grubu'nun 2000 yılında 50-59 yaş arası 40.000 kadının 9-13 yıl izleyerek gerçekleştirdiği randomize kontrollü çalışma sonucunda ayda bir KKMM'nin güvenilirliği konusunda kesin kanıtlara ulaşılmıştır (Epstein, Bertell ve Seaman 2001).

Bu çalışmalardan farklı olarak, KKMM'nin meme kanseri mortalite oranını azaltmadığı, selim kitle biyopsi sayısını arttırdığını, buna bağlı olarak, sağlık bakım kaynaklarının gereksiz harcanmasına, bireyde stres oluşumuna, memede yara izi ve şekil bozukluğuna neden olduğu bildirilmiştir (National Breast Cancer Coalition, 2010; McCready, Littlewood ve Jenkinson, 2005; Kösters ve Gøtzsche 2003; Tarrant, 2006).

Thomas ve arkadaşları (2002), Shanghai'de 1989-1991 yılları arasında 30 yaş ve üzeri 267.040 kadını 10 yıl izlenerek KKMM ve meme kanseri mortalitesi üzerine etkisini incelemiştir. İzlemler sonucunda KKMM eğitimi alan kadınlar ile eğitim almayan kadınlardaki sonuçların benzer olduğu, KKMM'nin meme kanseri mortalitesini azaltmada etkili olmadığı, düzenli KKMM yapan deney grubunda, selim kitle biyopsisinin daha fazla yapıldığı saptanmıştır.

Rusya'da 1985-1989 yılları arasında 40-64 yaş grubu 122.471 kadın 10 yıl süre ile izlenerek meme kanseri mortalite oranları incelenmiştir. Çalışmanın 1999 ve 2003 yılı izlem sonuçlarına göre KKMM'nin mortalite üzerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Semiglazov ve ark., 1999).

Kösters ve Gotzsche (2008) tarafından yapılan bir sistematik tarama çalışmasında ise; KKMM'nin yararlı etkisinin olmadığı ve biyopsi sayısını arttırdığı bildirilmekte ve kadınların KKMM yapmaması önerilmektedir.

KKMM, meme kanserinin erken tanısı için kadınların yapması gereken, yaşamlarını güvenceye alan bir uygulama olarak tanıtılmış ve meme sağlığı otoritelerince meme kanseri tarama rehberlerinde yer verilmiştir. Yukarıda belirtilen somut durumlar ve olasılıklar, meme kanserinin göreceli de olsa erken tanısında KKMM'nin kadınların yaşamında önemli olduğu düşüncesini kuvvetlendirmektedir. Özellikle Türkiye'nin de içinde yer aldığı gelişmekte olan ülkelerde, sosyo-ekonomik gerçekler dikkate alındığında KKMM'nin tartışmasız önemli bir gereklilik ve kaçınılmaz bir uygulama olduğu görülmektedir. Ancak meme kanserinin erken dönemde belirlenebilmesi için KKMM'nin doğru ve etkin yapılması gerektiği göz ardı edilmemeli; kadınlarda doğru KKMM yapma oranını arttırmada sosyo-kültürel yapı ve özellikler dikkate alınarak, meme sağlığı eğitim programlarının hazırlanması, yaşama geçirilmesi ve yaygınlaştırılması çok önemlidir (Akyolcu ve Uğraş, 2011). Bu aşamada halkın sağlığını koruma ve geliştirme konusunda kilit kişiler olan halk sağlığı hemşirelerine önemli

görevler düşmektedir. Kadınları düzenli ve doğru KKMM konusunda bilgilendirmeli, bu bilgilerini hayata geçirmeleri için kadınları desteklemelidirler.

Sonuç olarak, KKMM'nin tarama yöntemi olarak farkındalıkların arttırılmasında önemli olduğu, tek başına meme kanseri mortalitesini azaltmada sınırlı bir etkiye sahip olduğu ve bu nedenle KKMM ile birlikte KMM ve mamografi yaptırmının de önemli olduğu bildirilmiştir (Anderson ve ark., 2006).

2.4.2. Serviks Kanseri Erken Tanı

Serviks kanseri erken dönemde tanındığında tedavi şansı yüksek bir hastalıktır. Serviks kanserinin oluşum evresinin uzun olması, çıplak gözle fark edilmeyen ve hiçbir belirtinin olmadığı dönemde, epitel içinde başlayan patolojik değişikliklerin pap-smear testi ile %90-95 oranında tespit edilmesi, serviks kanseri erken tanısının önemini arttırmaktadır. Serviks kanserinin tanısında kullanılan pap-smear maliyet açısından etkin olan yöntemlerden bir tanesidir. Serviks kanseri riskini azaltan birçok sağlık davranışı vardır, ancak hiçbir davranış rutin pap smear yaptırmaya kadar etkili değildir (Akyüz ve ark., 2006).

Amerikan Kanser Birliği'nin pap smear testi taraması konusunda bazı önerileri aşağıda yer almaktadır;

- Taramalara 21 yaşında veya ilk cinsel ilişkiden sonra 3 yıl içerisinde başlanması ve her yıl yapılması,
- Otuz yaş sonrası son üç tarama normal çıkan kadınlarda testin 2-3 yılda bir tekrarlanması,
- Annenin DES kullanmış olması veya uzun süreli immün sistemi baskılayan ilaç kullanımı olan kadınların taramalara her yıl olacak şekilde devam etmesi,
- Yetmiş yaş ve üzeri kadınlarda son yapılan pap smear testlerinden 3 veya daha fazla normal sonuç elde edildiğinde taramaların sonlandırılması şeklindedir (American Cancer Society, 2011).

Ülkemizde Serviks Kanseri Ulusal Tarama Standartları'na göre; taramalara 30 yaşında başlanmakta ve 35-40 yaş arasındaki kadınlara en az bir kez pap smear yapılması önerilmektedir. Ayrıca bu testlerin 5 yıllık aralarla tekrarlanması, son iki testi negatif çıkan 65 yaş üzeri kadınlarda taramanın sonlandırılması belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Birey, aile ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmede hemşirelerin önemli bir rolü vardır. Toplumun bilgilendirilmesi, istedik davranışların kazandırılması ve istenmedik davranışların değiştirilmesi için hemşirelerin eğitici, danışmanlık, rehberlik gibi

fonsiyonlarını etkin kullanmaları gerekmektedir. Hemşirenin en önemli rollerinden birisi olan sağlık eğitimi, kadınların olumlu sağlık davranışı geliştirmelerinde etkili bir yöntemdir (Akyüz ve ark., 2006). Olumlu sağlık davranışı değişikliği kısa bir sürede gerçekleştirilemeyeceği için kadınların serviks kanseri erken tanı davranışlarının değiştirilmesinde eğitimlerin sürekli yapılması, eğitim yapılacak grubun özelliklerine ve davranışı engelleyen nedenlere yönelik olarak girişimlerin planlanması gerekmektedir.

Kadınların sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik farklı davranış ve tutum geliştirmelerine neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin belirlenmesi, uygun girişimlerin planlanıp uygulamaya geçirilmesi çeşitli modellerle açıklanmıştır. Bu modeller kadınlarda davranış değişimine yönelik çalışmalara yol gösterici niteliktedir. Meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışları sıklıkla Sağlık İnanç Modeli (SİM) kullanılarak açıklanmaktadır. Bunun yanı sıra Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) de sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında kullanılmaktadır.

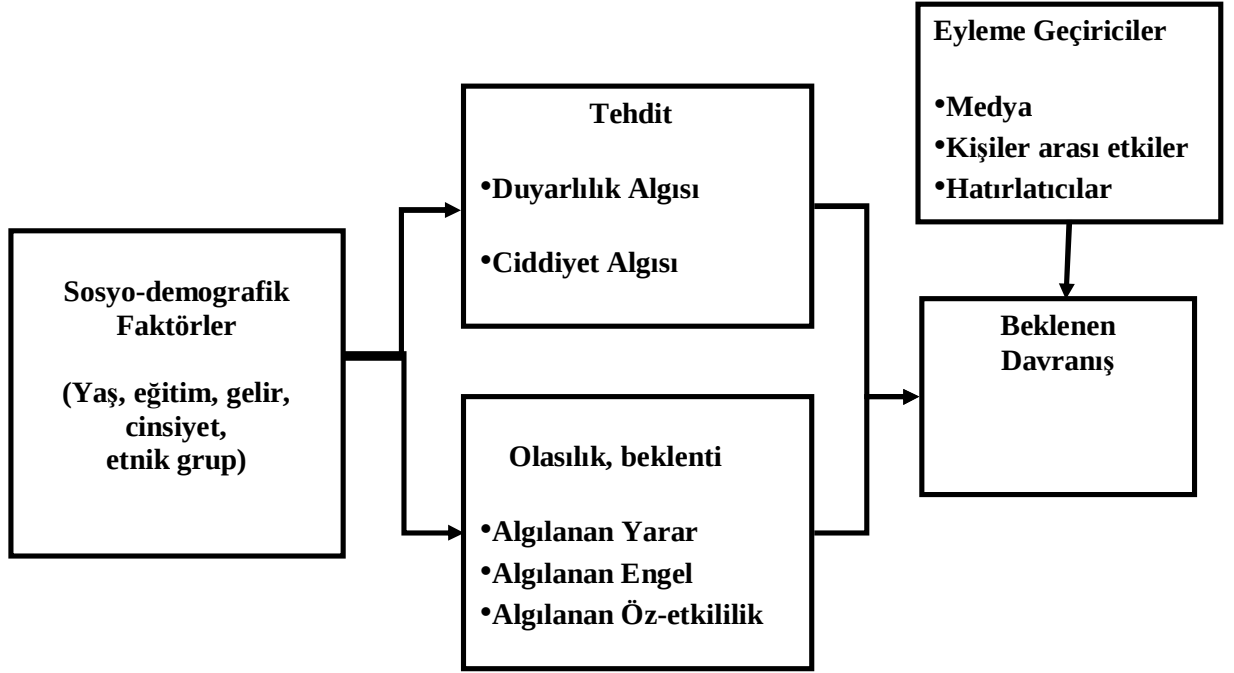
2.5. Sağlık İnanç Modeli

SİM son elli yıldır sağlık davranışının kavramsal çerçevesinin oluşturulmasında en sık kullanılan modeldir. Model, 1950'lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tansında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Rosenstock, Strecher ve Becker 1988; Champion ve Skinner, 2008; Gasalberti, 2002). Model sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. SİM'nin anahtar kavramları (Şekil 4), eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem de engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi gibi) varsa ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir. Modelin en güçlü ayırıcının algılanan engeller olduğu belirtilmektedir (Champion ve Skinner, 2008; Gasalberti, 2002; Pender, Murdaugh ve Parsons 2006; Pender, 1987).

BİREYSEL ÖZELLİKLER

ALGILAR

EYLEM



Şekil 4. Sağlık İnanç Modeli (Rosenstock, Strecher ve Becker, 1988)

2.5.1. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri

2.5.1.1. Bireysel Özellikler

2.5.1.1.1. Sosyo-Demografik Faktörler

Cinsiyet, yaş, eğitim, etnik köken ve gelir demografik değişkenlerden bazılarıdır. Bu özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algısal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Yaş, eğitim durumu, gelir gibi faktörlerin artması sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır (Hochbaum, 1958).

Altmış yaş ve üzeri kadınların %40-45'inde meme kanseri görülmesine karşın, yaşın artmasıyla birlikte meme kanseri tarama hızları düşmekte (Remennick, 2006, Zhu ve ark., 2002) ve meme kanseri farkındalıkları azalmaktadır (Zhu ve ark., 2002). Eğitim durumu meme kanseri erken tanı davranışlarının yapılmasında etkili olmaktadır. Juon ve arkadaşlarının (2003) 60 yaş üstü kadınlarda yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların eğitim düzeyi düşük olan kadınlardan daha fazla erken tanı davranışlarına başvurduğu belirtilmektedir. Ayrıca gelir düzeyi düşük kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını gösterme oranları da düşmektedir. Yapılan çalışmalar, yoksul bireylerde meme

kanseri erken tanı davranışlarının düşük olduğunu göstermektedir (Chan ve ark., 2007; Dişçigil ve ark., 2007).

Ayrıca sosyal sınıf, sosyal baskı, kişilik yapısı gibi değişkenler sosyo-psikolojik değişkenler arasında yer almaktadır. Destek grupların baskısı sağlık davranışı ile ilgili tutum ve inançların değişmesinde etkilidir (Clemen-Stone, McGuire Sandra ve Eigsti Diane 2002; Elik, 2006). Lierman, Young, Cope, Georgiadou ve Benoliel (1994) çalışmasında, kadınlara yapılan eğitim ve akran desteğinin KKMM davranışını geliştirmede etkili olduğu belirtilmiştir.

2.5.1.2. Algılar

2.5.1.2.1 Algılanan Duyarlılık

Bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma ya da sağlık ile ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusunda inancıdır. Sağlıklı davranışları benimsemeye insanlar üzerinde etkili olan güçlü algılardan bir tanesidir. Birey öncelikle sorun gelişme olasılığını değerlendirmektedir. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir (Clemen ve ark. 2002; Glanz ve ark., 2008).

Yapılan bir çalışmada 145 kadından % 25'inin düzenli KKMM yaptığı, meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının fazla olduğu belirtilmiştir (Jirojwong ve MacLennan, 2003). Bazı çalışmalarda ise mamografi çekirme ile algılanan duyarlılık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Champion ve Menon, 1997; Champion ve Scott, 1997; Hyman ve ark., 1994). Kadınlarda algılanan duyarlılık ile mamografi çekirme arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada algılanan duyarlılığı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara göre mamografi çekirme oranları 0.74 kat daha fazla saptanmıştır. Aynı çalışmada algılanan duyarlılık ile mamografi çekirme arasında negatif yönde, zayıf, anlamsız bir ilişkinin ($r = -.29$) olduğu belirtilmiştir (Palmer, Fernandez, Tortolero-Luna, Gonzales ve Mullen 2005). Ayrıca erken tanı davranışına yönelik yapılan eğitim algılanan duyarlılık üzerinde oldukça etkilidir. Champion ve arkadaşları (2000) tarafından 50-85 yaş arasındaki kadınlarda yapılan randomize kontrollü çalışmada (RKÇ), deney grubundaki kadınların eğitim öncesi algıladıkları duyarlılık telefonla görüşülen grupta ortalama 11.66'dan eğitim sonrası ortalama 15.85'e yükselmiştir. Bireysel görüşme yapılan grupta ise eğitim öncesi ortalama 11.80 iken eğitim sonrası ortalama 16.30 olmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmuştur ($F = 13.26$; $p = .001$). Ancak Avcı, Atasoy ve Sabah (2007)'ın kadınlarda KKMM'sini yapma durumlarını saptamak için yaptıkları çalışmalarında, kadınların KKMM'si duyarlılık algısı düşük saptanmış olup eğitim öncesi ile eğitim sonrası karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca kadınlarda serviks kanseri duyarlılık algısının artması ile erken tanı davranışı gösterme oranlarının arttığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Jirojwong ve MacLennan, 2003; Jirojwong, MacLennan ve Manderson 2001),

Yapılan çalışmalarda duyarlılık algısının artırılmasında eğitimin önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca duyarlılık algısı ile davranış arasındaki ilişkiye bakıldığında duyarlılık arttıkça davranışın gerçekleşme olasılığı da artmaktadır.

2.5.1.2.2. Algılanan Ciddiyet ve Tehdit

Sağlık problemini algılama konusundaki inançtır. Algılanan ciddiyet kavramı hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançları ifade etmektedir. Ciddiyet algısı çoğunlukla tıbbi bilgi veya deneyime dayansa da aynı zamanda bir kişinin hastalığın yaratacağı zorluklar veya o kişinin genel olarak hayatındaki etkileri ile ilgili sahip olduğu inançlardan da kaynaklanabilir. Algılanan ciddiyet hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır (Hochbaum, 1958).

Tuong'nin (2007) Vietnam'lı kadınlarla meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yaptığı bir çalışmada, kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası taramaya ilişkin ciddiyet algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Ancak Avcı ve arkadaşlarının (2007), yaptıkları çalışmada ise KKMM'sini yapma durumları incelenmiş, eğitim öncesine göre eğitim sonrası ciddiyet algılarında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Daevenport ve arkadaşları (2011) meme kanseri ciddiyet algısının mamografi taramalarına katılmada etkisinin olmadığını belirtmiştir. Ayrıca Jirojwong ve arkadaşları (2001), pap smear testi yaptırma oranlarının serviks kanseri ciddiyet algısının artması ile artış gösterdiğini belirtmişlerdir.

Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet birleşerek algılanan tehditi oluşturmaktadır. Meme ve serviks kanserinin ciddiyetini kavramış ve kansere yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadının, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, mamografi çekirme, klinik meme muayenesi ve pap smear testi yaptırma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Clemen ve ark. 2002; Glanz ve ark., 2008; Nahcivan ve Secginli 2003).

2.5.1.2.3. Algılanan Sağlık Motivasyonu

Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışın gerçekleştirilmesine yönelik isteklilik durumudur. Bu kavram modele 1988 yılında Becker tarafından eklenmiştir (Nahcivan ve Seçginli, 2003). Kadınların meme ve serviks kanserine yönelik olarak sağlık motivasyonlarının yüksek olması koruyucu sağlık davranışları gösterme olasılıklarını arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlık motivasyonu algısının KKMM yapma ve mamografi yaptıрма durumuna yönelik olumlu etkisi belirtilmiştir (Champion ve Scott 1997; Petro-Nustas, 2001). Avcı ve arkadaşları (2007)'ın yaptıkları çalışmada, eğitim sonrası KKMM yapmayı bilenlerin bilmeyenlere göre sağlık motivasyonunu daha yüksek algıladıkları saptanmıştır. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda müdahale sonucunda algılanan sağlık motivasyonunun arttığı ve davranışı etkilediği belirtilmektedir. Ancak hemşirelik literatüründe sağlık motivasyonunun mamaografi çektirme, klinik meme muayenesi ve pap-smear yaptıрма davranışı üzerinde etkisini gösteren bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

2.5.1.2.4. Algılanan Yarar

Bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar faydalı algıladığı, o davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Bu nedenle bireylere olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilerek, bireylerin sağlıklı ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamaları yapmanın yararı ile ilgili bilgilenmeleri sağlanabilir. Böylece bireyin kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar (Clemen ve ark. 2002; Glanz ve ark., 2008; Hochbaum, 1958).

Yapılan çalışmalarda meme kanserine yönelik kadınların algıladıkları yararlar arasında, hastalığın erken tanınması ile daha kolay tedavi imkanlarını sağlaması, kanserden ölümleri azaltması, erken dönemde kitleyi tespit etmeyi sağlaması, tedavi için bir şans olarak görülmesi, sağlığı sürdürme ve uzun bir yaşamı sağlamak yer almaktadır (Avcı ve ark., 2007; Champion ve ark., 2000; Tuong, 2007). Champion ve arkadaşları (2000), tarafından 50-85 yaş arasındaki kadınlarda yapılan randomize kontrollü çalışmada, deney grubundaki kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası algıladıkları yarar yüksek çıkmıştır. Kontrol grubu ile

karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F = 3.91$; $p = .02$). Tuong'nin (2007) çalışmasında, kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası taramaya ilişkin yarar algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Avcı ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada ise KKMM yapmayı bilenlerin bilmeyenlere göre yararları yüksek algıladığı ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Jirogwong ve arkadaşları (2001), pap smear testi yarar algısı yüksek olan kadınların pap smear yaptırmaya oranlarının daha fazla olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığını belirtmiştir. Agurto, Bishop, Sanchez, Betancourt ve Robles (2004), yoksul kadınların pap smear yaptırmaya yönelik algılanan yararları arasında pap smear testi sonucunun negatif çıkmasının kendilerini rahat hissetmelerine neden olduğunu ifade etmişlerdir. Tung ve arkadaşları (2008), yaptığı tanımlayıcı ve kesitsel çalışmalarında serviks kanseri erken tanı davranışları ile kadınların yarar algıları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yarar algısının yüksek olması kadınların pap smear testi yaptırmada etkili bir değişken olduğu saptanmıştır. Lee, Fogg ve Menon (2008), Kore kökenli Amerikalı kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada yarar algısının yüksek olmasının kadınların pap smear testi yaptırmada etkili olduğunu belirtmişlerdir. McFarland'ın (2003), çalışmasında pap smear testine yönelik olarak kadınların yarar algılarının yüksek olmasında eğitimin etkili olduğu belirtilmiştir.

2.5.1.2.5. Algılanan Engeller

Önerilen davranışı gerçekleştirmeyi zorlaştıran faktörler ya da davranışın yol açacağı düşünülen istenmeyen sonuçlardır. Sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirir. Bunun sonucunda davranışı eyleme geçirir ya da geçirmez. Algılanan yarar algılanan engelden fazla ise koruyucu sağlık davranışının gerçekleşme olasılığı o kadar fazladır (Clemen ve ark. 2002; Glanz ve ark., 2008; Hochbaum, 1958). Kadınların meme tarama hızlarında ve meme kanseri erken tanı davranışına yönelmesinde psikolojik, yapısal, organizasyonel ve sosyo-kültürel faktörler etkili olmaktadır (Lee, Tripp-Reimer, Miller, Sadler ve Lee 2007; Remenninck, 2006). *Psikolojik faktörler arasında*; kanser korkusu, erken tanı uygulamaları hakkında bilginin olmaması, utanma, duyarlılığın olmaması, ailenin konforunun bozulması, memesini kaybetme korkusu, ölüm korkusu, beden imajında değişiklik korkusu (Baroya ve ark., 2005; Champion ve ark., 2000; Maxwell ve ark.,

2003; Ogedegbe ve ark., 2005; Park ve ark., 2007; Paskett ve ark., 2006; Remennick, 2006; Young ve Severson, 2005), yanlış inançlar ve algılar, kaderci yaklaşım (Nahcivan ve Seçginli, 2007; Ogedegbe ve ark., 2005; Remennick, 2006; Young ve Severson, 2005) yer almaktadır. *Yapısal faktörler arasında ise*; sağlık sigortasının olmaması, ulaşım sıkıntısı, yeterli zamanın olmaması, maliyetin yüksek olması (Ogedegbe ve ark., 2005; Young ve Severson, 2005; Champion ve ark., 2000) bulunmaktadır. *Organizasyonel faktörler içinde*; kadın bakım verenlerin olmaması (Borrayo ve ark., 2005; Remennick, 2006), sağlık bakım sisteminin zor anlaşılması, bakım verenlerle kadınlar arasında dil engelinin olduğu (Remennick, 2006) belirtilmektedir. *Sosyo-kültürel faktörlere bakıldığında*; bazı kültürlerde erkeklerin daha baskın olması, kadınların erkeklere bağımlı pozisyonunda olması, evde ve ailede kadınların itaat eden konumunda olması (Remennick., 2006) gibi engellerin yer aldığı görülmektedir. Ayrıca Champion ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, deney grubundaki kadınların eğitim öncesi algıladıkları engel eğitim sonrası yüksek çıkmıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 2.69$; $p = .068$).

Ülkemizde meme kanseri erken tanısına yönelik engelleri tanımlamaya yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Avcı ve arkadaşları (2007)'ın yaptıkları çalışmada KKMM'sini yapma durumları incelenmiş, eğitim öncesine göre eğitim sonrası engel algısında bir artış görülmüştür. Ayrıca aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Kadınların bilgi düzeyi ve risk algılamaları arttıkça pap smear yaptıрма oranları da artmaktadır (Akyüz ve ark., 2006). Çalışma sonuçları, kadınların serviks kanseri'nin erken tanısı için başvuru oranlarının düşük olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalarda engelleyici faktörler arasında, ulaşım ve hizmeti almak için maddi olanaksızlıkların ve sosyal güvencenin olmamasının ilk sıralarda yer aldığı vurgulanmaktadır (Facione, Dodd, Holzemer ve Meleis 1997, Remennick 2006). Ayrıca kanser korkusu, ilgisizlik, utangaçlık, kanser ve erken tanı hakkında bilgi yetersizliği, bireyin sağlık algısı, sağlık personeli ile yaşanan olumsuz deneyimler ve sağlık personelinin cinsiyeti, sağlık kuruluşuna ulaşım güçlüğü, randevu alma ve sırada bekleme ile ilgili rahatsızlıklar, kültür ve geleneksel uygulamalar gibi nedenler de engeller içinde yer almaktadır (Van Til, MacQuarrie ve Herbert 2003; Fang, Ma, Tan ve Nungia 2007, Juon ve ark., 2003; Wong ve ark., 2009). McFarland (2003) yaptığı çalışmasında kadınların serviks kanseri ve pap smear testi ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz ve test yaptırmak için gerekli kaynaklara ulaşmalarının da sınırlı olduğunu belirtmiştir.

Walter, Lindquist ve Covinsky (2004) çalışmalarında pap smear test yaptırmanın yaşla birlikte azaldığını ancak kötü sağlık durumu ile pap test yaptırma arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir. Taylor (2002) sağlık güvencesi olmayanların daha az pap test yaptırdığını, yaşı daha genç olanlar, evli ve sağlık durumunu iyi algılayanların daha fazla pap test yaptırdığını belirlemiştir.

2.5.1.2.6. Algılanan Öz Etkililik

Bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inancı, kararlılığı ve iradesidir. Algılanan öz-etkililik, 1988 yılında Rosenstock, Strecher, ve Becker tarafından modele eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz etkililik önemli rol oynamaktadır (Glanz ve ark., 2008; Hochbaum, 1958).

Jirogwong ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara göre 4.6 kat daha fazla her ay düzenli KKMM yaptıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca Petro-Nustas'ın (2001) ve Champion ve Scott'un (1997) yaptıkları çalışmalarda öz etkililik algısının KKMM yapma ve mamografi yaptırma durumuna yönelik olumlu etkisi belirtilmiştir. Palmer ve arkadaşları (2005), kadınlarda öz etkililik algısının yükselmesi ile mamografi çekirme arasında pozitif yönde, güçlü, anlamlı bir ilişki olduğunu ($r = .73$) ve mamografi çekirme oranının 2.10 kat arttığını saptamışlardır. Avcı ve arkadaşları (2007)'in yaptıkları çalışmada, eğitim sonrası KKMM yapmayı bilenlerin bilmeyenlere göre öz etkililiği daha yüksek algıladıkları saptanmıştır. Ayrıca aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Jirogwong ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan çalışmada, kadınların pap smear testi yaptırma ile öz etkililik algıları arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir. Tung, Nguyen ve Tran (2008), Viyetnam'lı kadınlarda öz-etkililik algısının yüksek olmasının kadınların pap smear testi yaptırmasında etkili olduğunu saptamışlardır.

2.5.1.3. Eylem

2.5.1.3.1. Eyleme Geçiriciler

Sağlık davranışının ortaya çıkma sıklığına etki eden durumlardır. Davranışı gerçekleştirmede hazır bulunuşluk önem taşımaktadır. Hazır bulunuşluk algılanan duyarlılık ve algılanan yarardan etkilenir. Eyleme geçiriciler davranışı tetikleyen mekanizma olarak da kabul edilebilir. SİM’nde harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğu belirtilmektedir (Glanz ve ark., 2008; Hochbaum, 1958).

Kadınlarda erken tanı davranışlarına katılımı ve sürdürmeyi sağlayan çeşitli eyleme geçiriciler yer almaktadır (Bonfil, Marzo, Pladevall ve Marti 2009; Kwok, Cant ve Sullivan 2005; Taplin ve ark., 2000; Oliver-Vazquez ve ark., 2002). Eyleme geçiriciler internal ve external olabilir (Clemen ve ark. 2002; Elik, Z., 2006). İnternal eyleme geçiriciler hastalığa özgü rahatsızlık belirtilerinin hissedilmesidir. External eyleme geçiriciler ise, hatırlatıcıların kullanılmasını (hatırlatıcı mektuplar, telefonla hatırlatma, mail ile hatırlatma, bilgi verici broşürler, ev ziyaretleri, kombine müdahaleler, medya vs.) ve konu ile ilgili eğitimi içermektedir. Sağlık profesyonellerinden olan halk sağlığı hemşireleri eyleme geçiriciler yoluyla kadınların erken tanı davranışlarının arttırılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle hemşireler olumlu sağlık davranışlarını geliştirecek kilit kişiler oldukları için eyleme geçiricileri bilmeli ve uygulamada kullanmalıdırlar.

2.5.1.3.1.1. Hatırlatıcıların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi

Kanser tarama programlarına katılımı sağlayan çeşitli stratejiler (hatırlatıcı mektuplar, telefonla hatırlatma, mail ile hatırlatma, bilgi verici broşürler, ev ziyaretleri, kombine müdahaleler) bulunmaktadır. Bu stratejilerin erken tanı davranışlarının arttırılmasında etkili olduğu saptanmıştır (Arevian, Nouredine ve Kabakian-Khasholian 2006; Bonfil ve ark., 2009; Champion ve ark., 2002; Kwok ve ark., 2005; Lantz ve arkadaşları 1995; Seow, Straughan ve Lee 1998; Taplin ve ark., 2000).

Taplin ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, hatırlatıcı randevuların verilmesinin, telefon edilmesinin ve mektup gönderilmesinin etkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunda randevu zamanlarının kadınlara hatırlatılmasının taramalara katılımı etkili olduğu saptanmıştır. Bonfil ve arkadaşları (2009) yaptığı 117 çalışmadan oluşan bir metaanaliz çalışmasında, mamografi çekme davranışında

mektupla hatırlatma, eğitim materyallerinin mail ile gönderilmesi, telefonla hatırlatma, eğitim aktivitelerinin etkili olduğunu saptamıştır. Çalışmada ev ziyaretlerinin etkili olmadığı belirtilmiştir. Ancak Seow ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, ev ziyareti yapmanın etkili olduğu mamografi çekirme oranını %13.3 oranında arttırdığı ifade edilmiştir. Champion ve arkadaşlarının (2002) 50-64 yaş grubu kadınlarda yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada, mektup, eğitim materyali ve ev ziyareti yapılan grubun, eğitim materyallerini mektupla gönderildiği gruptan ve sadece ikinci hatırlatma yapılan kontrol grubundan %13.3'den daha fazla tarama yaptırdıkları belirtilmiştir. Kwok ve arkadaşları (2005) taramalara katılımda yazılı davet göndermenin kolaylaştırıcı bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Lantz ve arkadaşlarının (1995) kadınlarda hatırlatıcı kullanımının mamografi çekirmeye yönelik etkisini inceledikleri çalışmada, hatırlatıcı mektup gönderilen ve daha sonrasında telefon ile hatırlatmaların yapıldığı deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre 4.5 kat daha fazla mamografi çektiği, mamografi çekirme oranının 3.1 kat arttığı belirtilmektedir. Avcı ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, eğitimle birlikte ayda bir olmak üzere 3 kez yapılan telefonla hatırlatmanın KKMM'nin düzenli yapılmasında etkili olduğu belirtilmektedir. Arevian ve arkadaşları (2006), Lübnan'lı kadınlarda yapılan (hatırlatıcıların kullanılması) girişimlerin pap smear testi yaptırmada etkisini incelemiştir. Bir yıl sonrasında tüm girişimlerin kadınlarda pap smear yaptırma oranlarında etkili olduğunu ve son bir yıl içinde %45.5'inin test yaptırdığını göstermiştir. Lantz ve arkadaşları (1995) çalışmalarında hatırlatmaların yapıldığı deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre 6.9 kat daha fazla pap smear testi yaptırdığını belirtmiştir. SİM, sağlığı korumada birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak adlandırılan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda, sağlık profesyonellerinin (hemşire vs.), davranışla ilgili eyleme geçiriciler konusunda bireylere yardımcı olmasına olanak sağlamaktadır.

2.5.1.3.1.2. Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışında Eğitimin Önemi

Meme ve serviks kanserinin erken tanılanabilmesinde bireylerin bu konuda bilinçli olmaları önemlidir. Bireyleri bilinçlendirerek bu konuda farkındalıkları ve motivasyonları artırılabilir (Anderson ve ark. 2006; Gürsoy, 2008). Kadınlarda meme kanserinin erken dönemde önlenmesi tüm kadınların bu konuda sağlık eğitimleri ile bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile mümkün olacaktır. SİM kullanılarak yapılan çalışmalarda bireylerin konu ile bilgilendirilmelerinin ardından olumlu sağlık davranışlarını geliştirdikleri

(Nahcivan ve Seçginli 2007; Pender, 2006; Oliver-Vazquez ve ark., 2002) ve erken tanı davranışlarına (KKMM, KMM ve mamografi) başvurdıkları saptanmıştır (Beydağ ve Karaoğlu 2007; Champion ve Huster, 1995; Champion ve ark., 2000; Constanza ve ark., 2000; Earp ve ark., 2002; Gölbaşı, Kutlar ve Akdeniz, 2009; Maxwell ve ark., 2003; Navarro ve ark., 1998; Neguyen, Vo, McPhee ve Jenkins, 2001; Parlar, Bozkurt ve Ovayolu, 2004; Paskett ve ark., 2006; Sadler, Dong, Ko, Luu ve Nguyen, 2001; Taylor, 1998; Tuong, 2007). Tablo 3’de verilen eğitimler sonucunda kadınların erken tanıya yönelik sağlık davranışlarındaki olumlu değişimler görülmektedir. Ayrıca Tuong’nin (2007) Vietnam’lı kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası KKMM bilgisi ve KKMM yapma durumlarının arttığı belirtilmiştir. Ancak klinik meme muayenesi ve mamografi’de eğitim öncesine göre eğitim sonrası anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla beraber kadınların %80’i mamografi için randevu alacağını belirtmiştir. Constanza ve arkadaşları (2000) 50 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada, eğitim öncesine göre eğitim sonrası mamografide bir artış saptanamamıştır.

Tablo 3. Erken Tanıya Yönelik Sağlık Davranışlarındaki Olumlu Değişimler

Yazar Adı- Çalışmanın Yılı ve Tipi	Davranış		
	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Değişimler
	Kendi Kendine Meme Muayenesi		
Navarro ve arkadaşları, 1998 - Deneysel	%28.6	%51.8	%23.2
Gölbaşı ve arkadaşları, 2007 - Deneysel	%4.3	%51.6	%47.3
Beydağ ve arkadaşları, 2007 - Deneysel	%52	%62.7	%10.7
Parlar ve arkadaşları, 2004 - Deneysel	%37.5	%90.6	%53.1
	Klinik Meme Muayenesi		
Neguyen ve arkadaşları, 2001 - Deneysel	%72.3	%76.5	%4.2
Champion ve arkadaşları, 2000 - RKÇ	%18.5	%33.2	%14.7
Constanza ve arkadaşları, 2000 - RKÇ	%68	%74	%6
Sadler ve arkadaşları, 2001- Deneysel	%40	%48	%8
	Mamografi		
Paskett ve arkadaşları, 2006 - RKÇ	%34	%54.6	%20.6
Maxwell ve arkadaşları, 2003 - RKÇ	%47	%59	%12
Earp ve arkadaşları, 2002 - RKÇ	%41	%58	%17
Neguyen ve arkadaşları, 2001- Deneysel	%64.7	%68.9	%4.2
Champion ve Huster, 1995 - Yarı Deneysel	%42.7	%62.3	%19.6
Champion ve arkadaşları, 2000 - RKÇ	%7	%21.4	%14.4
Navarro ve arkadaşları, 1998 - Deneysel	%30.4	%56.4	%26

Arevian ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, eğitimin pap smear yaptırma oranını arttırdığı görülmüştür. Yapılan bütün çalışmalar eğitimin etkinliğini desteklemektedir. Ancak serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan bir çalışmada müdahaleler sonucunda pap smear yaptırma oranı %76 iken iki yıl sonraki izlemde %60 olarak saptanmıştır (Do, Taylor, Yasui, Jackson, Tu 2001). Benzer olarak Taylor ve arkadaşlarının (2002), Çin’li 432 kadınla yaptığı çalışmada pap smear yaptırma oranının %81’den %64’e düştüğü belirtilmiştir.

Ayrıca önemli olan bir nokta ise bazı durumlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde eğitimin tek başına etkili olamayacağıdır (Oliver-Vazquez ve ark. 2002). Öncelikle erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesi için kadınların bu davranışları gerçekleştirmesinde etkili olan dış engellerin belirlenmesi, daha sonra eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu eğitimlerin hatırlatıcılarla desteklenmesi önem taşımaktadır (Bonfil ve ark., 2009; Oliver-Vazquez ve ark., 2002). Oliver-Vazquez ve arkadaşları (2002) 50 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmalarında, bilgi vermenin kadınlarda taramaya uyumu sağlayamadığını, meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde randevu ve ulaşım olanaklarının sağlanmasının etkili olacağını belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada kişisel stratejilerden çok kombine eyleme geçirici stratejilerin (hatırlatıcıların), özellikle de sağlık personelinin (hemşire, ebe vs.) eğitim yapmasının etkili olduğu ifade edilmektedir (Oliver-Vazquez ve ark., 2002).

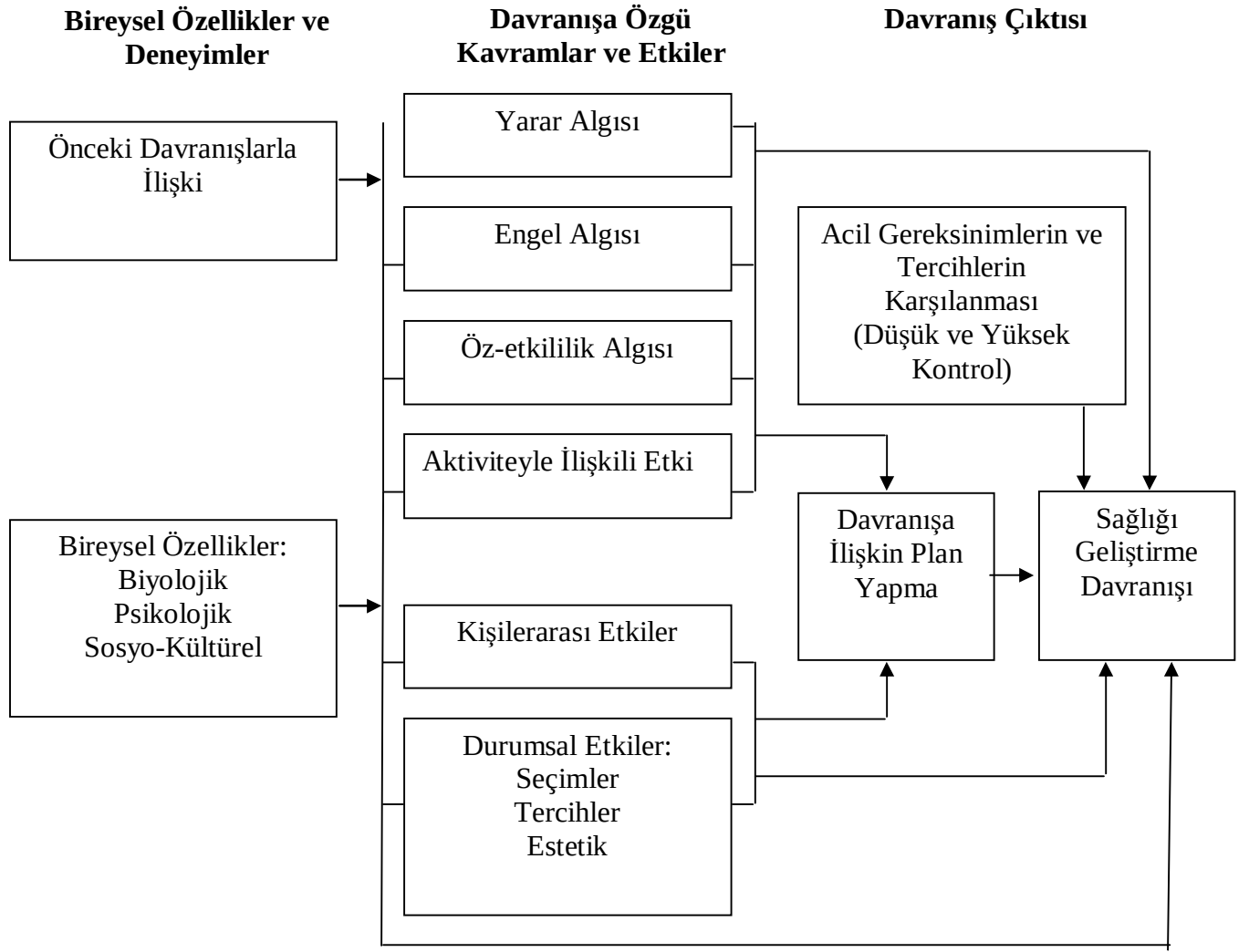
SİM revize edilmeden önce Pender, engel ve yarar algısının sağlığı koruma davranışlarını açıklamada en önemli kavramlar arasında olduğunu, ayrıca algılanan ciddiyet ve duyarlılığın sağlığı koruma davranışlarını açıklamada belirleyici olduğunu ifade etmiştir. Ancak davranışın oluşması için karar verme sürecini etkileyen kontrol algısı, öz-etkililik algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenlerin modelde yer alması gerektiğini belirterek, bu kavramları da içeren SGM’ni oluşturmuştur (Pender, 1987).

2.6. Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender, SGM’ni 1980 yılında geliştirmiş olup 1987 ve 1996 yılında modeli revize etmiştir (Şekil 5) (Pender, 1987; Pender, 1996). SGM sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek niteliktedir ve model sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamıştır (Pender, 1987). Modelde sağlığı geliştirici unsurlar ve nedensel mekanizmalar açıklanmaktadır ve model üç önemli fonksiyona hizmet etmektedir:

- Sağlığı geliştirici davranış oluşumunu açıklayabilecek kavramlar arası ilişkileri ortaya koymaktadır.
- Deneysel olarak test edilebilecek hipotez oluşturulmasını sağlamaktadır.
- Bağımsız araştırma sonuçlarını birbirleriyle ilişkili hale getirmektedir (Pender, 1987).

SGM ile SİM'nin benzer kavramları arasında kişisel faktörler, algılanan engel ve algılanan yarar, öz-etkililik algısı ve kişiler arası ilişkiler bulunmaktadır. Model, SİM'ne benzer olarak algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik gibi kavramların davranış oluşumunda önemli olduğunu açıklamaktadır. Ayrıca SGM'nde bireylerin davranışı üzerinde önceki davranışlarının etkili olduğu belirtilmektedir. Model meme kanseri erken tanı davranışları üzerinde çok az çalışılmış olmasının yanı sıra, SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %75'i sonraki davranışları tanımlamada *önceki davranışların* etkisini desteklemektedir (Pender, 2006). Bir davranışın gerçekleştirilmesinde geçmişteki aynı ve benzer davranışların ne kadar tekrarlandığı önemlidir. Önceki davranışlar sağlık davranışlarını hem doğrudan hem de dolaylı yoldan etkilemektedir. Şimdiki davranışlara önceki davranışların doğrudan etkisinin, bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık oluşumuna katkı sağlamasına bağlı olabileceği belirtilmektedir. Sosyal-Bilişsel Teori ile uyumlu olarak önceki davranışlar; algılanan öz etkililik, yarar, engel ve aktiviteyle ilişkili etki üzerinden sağlığı geliştirme davranışlarını etkilemektedir (Pender, 1987; 2006). Önceki davranışlar tüm bu kavramların etkileri ile ilişkili olarak sağlığı koruma davranışlarını etkilemektedir (Bandura, 1999).



Şekil 5. Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender, 1996)

2.6.1. Sağlığı Geliştirme Modeli Bileşenleri

2.6.1.1. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Pender bireysel özellikleri biyolojik (yaş, cinsiyet), psikolojik (benlik saygısı, öz-motivasyon, sağlığın kişisel olarak anlamı) ve sosyo-kültürel faktörler (etnik köken, eğitim, sosyo-ekonomik durum) olarak kategorize etmiştir (Pender, 2006). Bireyin davranışları bu bireysel özelliklerden etkilenmektedir. Modelde bireyin davranışlarının deneyimlerden ve kişisel özelliklerden etkilendiği belirtilmektedir. Deneyimler olumlu ya da olumsuz olabilir.

2.6.1.2. Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler

Algılanan engel ve algılanan yarar, öz-etkililik algısı SİM ile benzer olduğu için yeniden açıklanmamıştır.

2.6.1.2.1. Aktiviteyle İlişkili Etki

Aktiviteyle ilişkili etki özel bir davranışla ilişkili olarak pozitif veya negatif duygulardan oluşur. Davranışa ilişkin bireyde oluşan duygular, bireyin davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağı veya uzun vadede davranışı koruyup koruyamayacağını etkiler. Davranışa yönelik pozitif duygular davranışın tekrarlanma olasılığını arttırırken, negatif duygular davranışın tekrar oluşmasına engel olabilmektedir. Aktiviteyle ilişkili etki, davranışı doğrudan veya öz etkililiği arttırarak dolaylı olarak etkilemektedir (Pender, 2006).

2.6.1.2.2. Kişilerarası Etkiler

Davranışa ilişkin diğerlerinin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır. Çevredeki bireylerin bireye, davranışa ilişkin verdiği destektir. Kişilerarası etkileşim normlar (diğerlerinin beklentilerinin önemi), sosyal destek (araçsal ve duygusal destek), model alma (bir davranış kazanmada diğerlerini gözlemleyerek öğrenilenler) boyutlarından oluşmaktadır. Birinci kişilerarası etkileşim kaynakları aile üyeleri, akranlar ve sağlık personelidir (Pender, 2006).

2.6.1.2.3. Durumsal Etkiler

Bireyin içinde yaşadığı çevre davranış oluşumunu etkilemektedir. Bireyin ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum alması gerekmektedir. Durumsal etkiler, SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %56'sında sağlık davranışının belirleyicisi olarak gösterilmektedir (Pender, 2006).

2.6.1.3. Davranış Çıktısı

2.6.1.3.1. Davranışa İlişkin Plan Yapma

Davranış planlı belli stratejiler doğrultusunda gerçekleştirmeyi içermektedir. Davranışa ilişkin plan yapma, davranışsal bir olayı gösterir. Bu plana bağlılık göz ardı edilemeyen veya karşı durulamayan bir tercih ortaya çıkmadıkça bireyde davranış oluşumuna neden olmaktadır. Davranışa ilişkin plan yapma, davranışla ilgili niyet kavramını içerir. Fishbein ve Ajzen'e göre niyet davranışın önemli bir belirleyicisidir. Bu niyet kavramı planlı bir stratejiyi

kapsamaktadır ve planlı strateji kendine veya bir başkasına bağılılıkla şekillendirilen niyete neden olur (Pender, 2006).

2.6.1.3.2. Acil Gereksinimlerin ve Tercihlerin Karşılanması

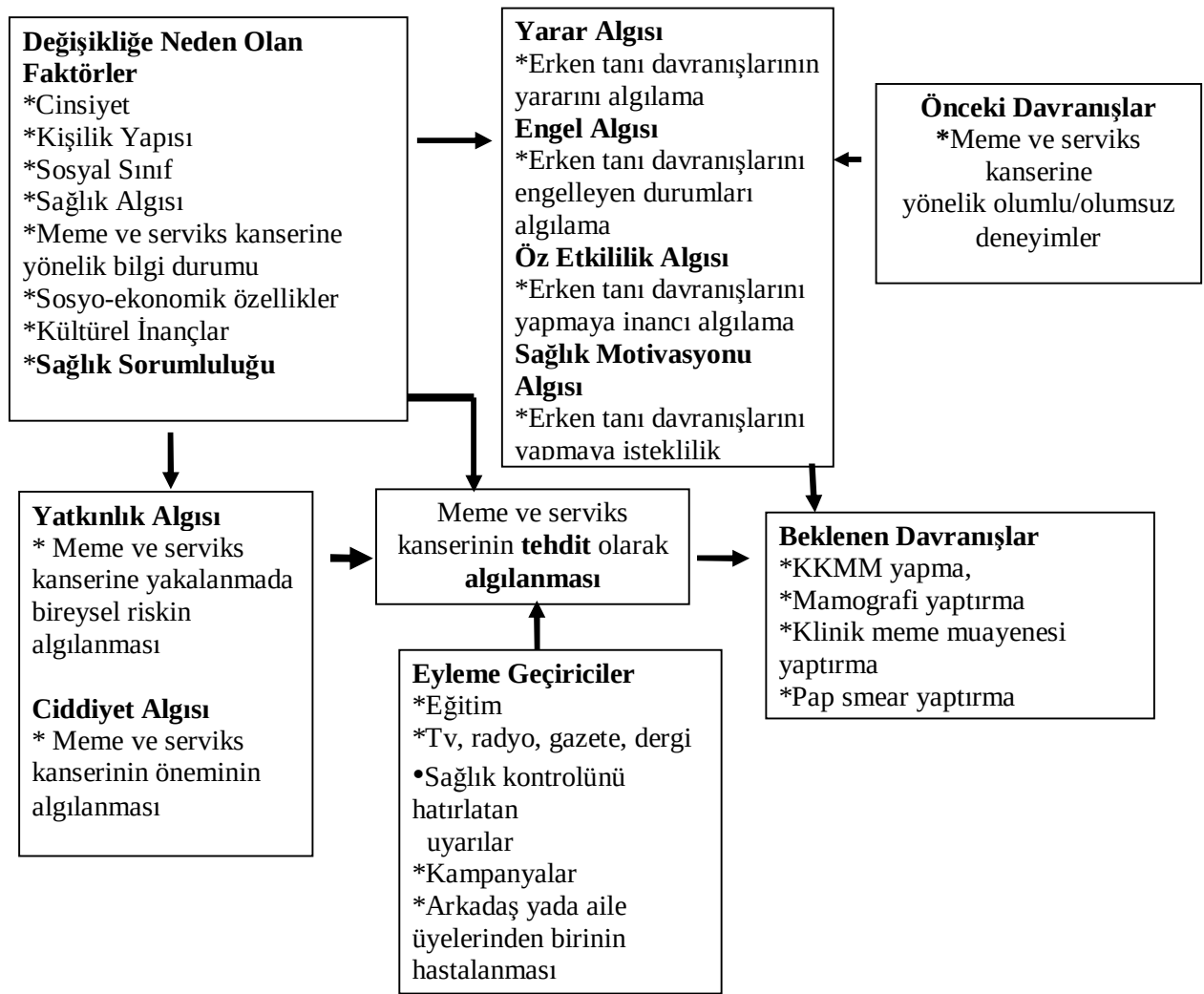
Planlanan bir sağığı geliştirme davranışının hemen öncesinde acil bir gereksinimin ortaya çıkması davranış çıktısını etkileyecektir. Gereksinimler iş, aile sorumlulukları ve çevresel olaylar gibi bireyin üzerinde nispeten düşük kontrolünün olduğu davranışlardır. Tercihler ise bireylerin üzerinde yüksek kontrole sahip oldukları davranışlar olarak görülür (Pender, 2006).

Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik Sağığı Geliştirme Modeli kullanılarak yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Dula'nın (1996) yaptığı çalışmada 65 yaş üzeri kadınların %35.7'nin ayda bir kez KKMM yaptığı belirtilmiştir. Chang, Sarna ve Carter (2001) 52 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmada girişim sonrası kadınların 12 ay içinde %80.8'inin mamografi çektiğini belirtmişlerdir.

Taylor'ın (1998) çalışmasında meme kanseri erken tanısında KKMM'ne yönelik yapılan eğitim programının etkisi incelenmiştir. Çalışmada, eğitim programına katılan kadınların meme muayenesine yönelik olarak algılanan engellerinin eğitim almayan gruba oranla azaldığı, yarar ve öz-etkililik algılarının arttığı saptanmıştır. Eğitim alan gruptaki kadınların erken tanı davranışı gösterme oranlarının arttığı belirtilmektedir.

Ayrıca 1987 yılında Walker, Sechnist ve Pender tarafından geliştirilmiş olan Sağıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğı sağığı geliştirme davranışlarında sık kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada bu ölçekte yer alan sağık sorumluluğı alt boyutunun meme kanseri erken tanı davranışlarındaki etkisi incelenmiştir (Johnson, 1998). Johnson'ın (1998), 20 yaş ve üzeri Afrikan Amerikan kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarının uygulanması ve sağıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptığı tanımlayıcı çalışmasında, kadınların %34.6'sının ayda bir kez veya daha sık KKMM'ni yaptığı, %9.6'nın iki yılda bir, %69.7'sinin yılda bir klinik meme muayenesi yaptırdığı (KMM), %32.2'nin yılda bir mamografi çektiğini belirtilmiştir. Çalışmada sağık sorumluluğı alt boyutu ile KKMM ($r = -.406$), KMM ($r = -.299$), ve mamografi ($r = -.231$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda bireysel sorumluluğun yüksek olması motivasyonlarını arttırmakta dolayısı ile tarama davranışlarını da etkilemektedir. Ancak Sağığı Geliştirme Modeli kullanılarak serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan çalışmaya ulaşılamamıştır.

Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'nin olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde etkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu modeller kullanılarak yapılacak hemşirelik girişilerinin meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesinde oldukça etkili olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada engellerin belirlenmesi ve bu engellere yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanıp uygulanmasında Sağlık İnanç Modeli'nin bütün alt boyutları, Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bireysel faktörlerden psikolojik faktörler içinde yer alan sağlık sorumluluğu ile önceki davranışlar alt boyutu kullanılmıştır (Şekil 6).



Şekil 6. Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Meme ve Serviks Kanserine Uyarlaması

ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI (KALİTATİF BÖLÜMÜ)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. Birinci aşama; kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki engelleri belirlemek için kalitatif olarak yürütülmüştür.

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmanın birinci aşaması, kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik engelleri belirlemek için, kalitatif olarak gerçekleştirilmiştir. Veri toplama yöntemi olarak odak grup görüşmesi kullanılmıştır. Odak grup görüşmeleri farklı gruplarda, farklı zamanlarda yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma İzmir'in Narlıdere Bölgesi'nde Mart-Nisan 2010 (meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik engelleri belirlemek), Nisan-Haziran 2010 (serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik engelleri belirlemek) tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bölgede Narlıdere Belediye'sine bağlı Pakize Ateş Kadın Danışma Merkezi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı işbirliği ile kadınlara ve ailelerine sağlık konusunda hizmetler sunulmaktadır. Odak grup görüşmeleri Pakize Ateş Kadın Danışma Merkezi ve muhtarlıkların belirttikleri yerlerde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Narlıdere Bölgesi'nde yaşayan 40 yaş üstü kadınlar oluşturmaktadır. Her iki kalitatif çalışmada da ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Odak grup görüşmelerinde örnekleme, araştırmaya katılmaya gönüllü ve 40 yaş üstü olan, Türkçe konuşan, meme ve serviks kanseri tanısı almamış, son bir yıl içinde mamografi çektirmemiş ve pap smear yaptırmamış olan kadınlar oluşturmuştur. Kadınlara Narlıdere Bölgesi Kaymakamlığı ve muhtarlıklarının adres sisteminden adres bilgileri alınarak ulaşılmıştır.

Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik engelleri belirlemek için beş odak grup görüşmesi yapılmış olup toplam 43 kadına ulaşılmıştır. Odak grup görüşmelerindeki kadın sayısı 7-11 arasında değişmektedir.

Serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik engelleri belirlemek için ise dört odak grup görüşmesi ile 35 kadına ulaşılmıştır. Odak grup görüşmelerindeki kadın sayısı 5-10 arasında değişmektedir.

Meme ve serviks kanseri odak grup görüşmelerine katılan kadınların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4’de görülmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

	Meme Kanseri		Serviks Kanseri	
Özellikler	Katılımcılar			
	X ± SD			
Yaş	55.02±12.05		52.20 ± 11.01	
	Sayı (n=43)	%	Sayı (n=35)	%
Eğitim				
Okur-yazar değil	25	58.1	14	40.0
Okur-yazar	2	4.7	3	8.6
İlkokul	12	27.9	9	25.7
Ortaokul	2	4.7	5	14.3
Lise ve üzeri	2	4.7	4	11.4
Gelir				
Gelir Giderden Az	36	83.7	23	65.7
Gelir Gidere Eşit	7	16.3	10	28.6
Gelir Giderden Fazla	-	-	2	5.7

3.4. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli rehber alınarak hazırlanmış, *yarı yapılandırılmış görüşme soru formu* kullanılmıştır. Görüşme formu açık uçlu sorulardan oluşmuştur ve uzman görüşü alınmıştır. Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik soru formu 8 (Bkz. EK 7), serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik soru formu 6 (Bkz. EK 8) sorudan oluşmuştur. Görüşmeler tek oturum şeklinde gerçekleştirilmiştir. Konu ile ilgili yeni bilgiye ulaşılamayınca kadar görüşmeye devam edilmiştir. Yeni bilgilere ulaşamadığı durumlar yeterli sınır kabul edilip bu noktada (veri doygunluğu) görüşmelere son verilmiştir.

3.5. Odak Grup Görüşmesinin Yapılandırılması

Muhtarlıklardan alınan adresler ile belirlenen kadınların evlerine gidilerek çalışmanın amacı açıklanmış ve onamları alınmıştır. Katılmayı kabul eden kadınlar daha önce belirlenen yerlere tarih ve saat verilerek davet edilmiştir. Kadınlara toplantı sabahı toplantı saati, yeri telefonla hatırlatılmıştır. Odak grup görüşmeleri iki araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar bu konuda eğitim almış araştırma görevlileridir. Yüz yüze gerçekleştirilen görüşmelerde ses kayıt cihazı ve görüşmeci notları kullanılmıştır. Kayıt cihazı kullanılmadan önce katılımcılardan kayıt için izin alınmış olup, kayıt başlayınca bu onam ve çalışmanın amacı tekrarlanmıştır. Görüşme sırasında gözlemci araştırma görevlisi tarafından kadınların etkileşimi not edilmiştir. Aynı zamanda odak gruplara katılımı arttırmak için ikramlarda bulunulmuştur. Her odak grup görüşmesi ortalama 45 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Çözümlemesi ve Analizi

Araştırma verilerinin analizinde tümdengelim yöntemi ile içerik analizi kullanılmıştır. İçerik analizi süreci; Görüşme verilerinin yazıya geçirilmesi, verilerin düzenlenmesi, anlamlı veri birimlerinin saptanması, analiz matriksi oluşturulması, meme ve serviks kanseri erken tanı davranışı engel ve kolaylaştırıcıların saptanması için analiz matriksinde verilerin kodlanması, analiz matriksine göre kodlanan verilerin tekrar gözden geçirilmesi, analiz süreci ve sonuçların rapor edilmesini içermektedir (Polit ve Beck, 2004).

Araştırmanın geçerliği: Nitel araştırmada geçerlik, inandırıcılık ve aktarılabilirlik ile değerlendirilmektedir (Elo ve Kyngas 2008). Bu araştırmada inandırıcılık verilerin analizinde uzman görüşü alınması ve katılımcı teyidi ile sınanmıştır. Aktarılabilirlik için ise ölçüt örneklem seçimi, örneklem seçim kriterleri ve veri toplama yöntemi açıkça tanımlanmıştır.

Araştırmanın güvenilirliği: Nitel araştırmada güvenilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik ile değerlendirilmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2006). Çalışmada tutarlık için; araştırma verilerinin betimsel bir yaklaşımla doğrudan sunulması, aynı araştırmaya birden fazla araştırmacının dahil edilmesi, verilerin elde edilmesinde birden fazla araştırmacının olması, elde edilen verilerin analizinde bir başka araştırmacıdan destek alınması, veri analizinin önceden oluşturulmuş ve ayrıntılı tanımlanmış bir kavramsal çerçevenin kullanılması kriterlerine uyulmuştur. Araştırmanın kavramsal çerçevesinde SİM ve SGM kullanılmıştır. Görüşmelerden sonra kaydedilen veriler ikinci bir kez ses kaydından dinlenerek metin kayıtlarının yanlışsız, eksiksiz olduğu doğrulanmış ve bu yolla verilerin güvenilirliği

sağlanmıştır. Çalışmada teyit edilebilirlik için araştırmacının konumu, araştırılan bireylerin özellikleri, verilerin elde edildiği sosyal ortam, kavramsal çerçeve ve veri analiz yöntemi açıkça tanımlanmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Narlıdere Belediyesi'nden, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırmada bölgedeki 40 yaş ve üzeri bireylerin ev adreslerine ve telefon numaralarına ulaşmak için Narlıdere Kaymakamlığı'ndan izin alınmıştır. Örneklemeye dahil edilme kriterlerine uyan kadınlardan sözel onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmada ana kategoriler meme ve serviks kanserinde algılanan engeller ve algılanan kolaylaştırıcılarıdır.

4.1. Tarama Engelleri

4.1.1. Psikolojik Faktörler

Meme kanseri tarama engelleri olarak; kadınların çoğu **meme kanseri bilgilerinin** olmadığını, meme kanseri ve erken tanı davranışları ile ilgili **bilgi kaynağı** olarak en sık televizyon olmak üzere, doktor ve hemşirelik öğrencilerinden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca kadınlar **erken tanı davranışları ve tarama zamanı hakkında** yeterince bilgi verememişlerdir. Ancak erken teşhisin önemli olduğunu hatta hayat kurtardığını söyleyen kadınlar olmuştur. KKMM’ni yapmayı bildiğini belirten kadınlar uygulamayı gösterirken yanlış yapmışlardır. Dört kadın bildiğini ancak, yapmadığını bazı kadınlar da yaptığını ancak anlamadığını belirtmiştir. Bir kadın “*aklıma gelmediğinden değil, bilmediğimden yapmıyorum (12. katılımcı)*” demiştir. **Tarama zamanı konusunda,** kadınlar KKMM, KMM ve mamografinin tam olarak ne zaman, ne sıklıkta ve nasıl yapacağını doğru söyleyememiştir. Meme muayenesini yapan bazı katılımcılar KKMM yapmaması konusunda kitleyi anlayamama veya bulamama endişesinden bahsetmiştir. **Üç kadın** KKMM için, “*altı ayda bir, her banyodan sonra, uykum kaçtığımda, aklıma geldikçe*” şeklinde ifade ederken, iki kadın ayda bir kez adetten sonra banyoda yaptığını belirtmiştir. Kadınlar sağlık personeli tarafından yapılan muayenenin KMM olduğunu bilmediklerini, hiç duymadıklarını belirtmişlerdir. Bir kadın 40 yaşından sonra senede bir kez, iki kadın iki senede bir mamografi çektirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Kadınlar bilgi eksikliğini sağlık personelinden bu konu hakkında bilgi alamamaya bağlamışlardır.

Bütün odak grup görüşmelerinde üzerinde en çok durulan kavram **duyarlılığın olmaması, ihmaldir.** Kadınlar meme kanseri erken tanı davranışlarına katılımı ihmal nedenleri arasında sıklıkla ağrının olmaması, kendilerini sağlıklı hissetme ve taramalara gerek duymadığını tartışırken bir kaç katılımcı ise önemsiz gördüğü, mamografi sırasında radyasyon aldığı ve vücutlarına gereken özeni göstermedikleri için yaptırmadığını belirtmiştir. **Üç kadın** “*ağrı hissetmediysen gitmezsin tabi*”, kadınların çoğu da “*ihmal*” olduğunu belirtmiştir. Beş kadın sağlıklarının önemli olduğunu, taramaları yaptırmadıklarını ama yaptırmaları gerektiğini belirtmektedir. Bir kadın “*yaşımız genç demiyeceksiniz, dikkat etmemiz lazım (15.*

katılımcı)” demiştir. Beş odak grup görüşmesinde de taramaları yaptırmamanın en büyük nedeni olarak **unutma** kavramından bahsedilmiştir. Bazı kadınlar önemsemediği, bazı kadınlar okuma yazma bilmediği için, bazıları da hatırlatan birileri olmadığı ve ev işlerinin yoğun olması nedeniyle unuttuklarını belirtmişlerdir.

Kadınların büyük çoğunluğu taramaları yapmama nedeni olarak **korku** kavramını tartışmışlardır. En sık **kanser tanısı alma korkusunu** dile getirmişlerdir. Ayrıca bazı kadınlar mamografi çektirirken alınan radyasyonun da kansere neden olacağını belirtmişlerdir. Bir kadın bu durumu “*Etkiliyormuş, doktorlarımız çok çektirmeyin diyor (11. katılımcı)*” cümlesi ile ifade etmiştir. Altı kadın **ölüm korkusundan** bahsetmiştir. Kadınlar “*bir hastalığımız çıkar diye korkuyoruz (18. katılımcı). Onun için gidemiyoruz (41. katılımcı.)*”, “*Hastalığı kendimizde görmüyoruz (29. katılımcı)*” gibi cümlelerle korkularını açıklamaya çalışmışlardır. Odak grup görüşmelerinin özellikle iki tanesinde **işlemin verdiği rahatsızlık** tartışılmıştır. Mamografi çektiren kadınlardan iki yanesi mamografinin rahatsız edici bir yönünün olmadığını söylerken bazı kadınlar ise mamografi çekilirken kendisinin veya çevredeki kişilerin ağrı, acı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Kadınlar “*Makinaya koyunca bastırınca hafif acıyor (14. katılımcı). Eti çekince acır (25. katılımcı)*” şeklinde açıklama yapmışlardır.

Serviks kanseri tarama engelleri olarak; kadınların çoğu serviks kanseri hakkında bilgilerinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcılar meme kanseri ve taramaları ile ilgili **bilgi kaynağı** olarak daha çok doktordan bilgi aldıklarını, serviks kanserinin **belirtileri, nedenleri, risk faktörleri ve tedavisi** hakkında bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca kadınlar kanama olmadan doktora gitmeyeceklerini söylemişlerdir. Kadınlar bilgilerinin olmamasını kendilerine sağlık personeli tarafından bu konuda açıklama yapılmamış olmasına bağlamışlardır.

Kadınlar pap smear’ın tam olarak ne zaman, ne sıklıkta ve nasıl yapacağını doğru söyleyememiştir. **Tarama zamanı hakkında** “*doktor altı ay, bir yıl sonra tekrar yaptır dedi (7. katılımcı)*”, “*doktor sık sık yaptırsan iyi olur dedi (34. katılımcı)*” şeklinde ifadelerde bulunmuşlardır. İki kadın pap smearın senede bir kez yaptırılması gerektiğini belirtmiştir.

Duyarlılığın olmaması ve ihmal bütün odak grup görüşmelerinde üzerinde en çok durulan kavramlardı. Kadınlar serviks kanseri taramalarına katılımda ihmal nedenleri arasında; herhangi bir rahatsızlıklarının olmamasından, çok çocuk doğurdukları için kanser olmayacaklarını düşünmelerinden, önemsemediklerinden, ciddiye almamalarından bahsetmişlerdir. Bir kadın “*Buradaki insanlar sağlıklı içli dışlı değiller. Başım ağrıyor der*

uzanır, ilaç alır geçti der. Doktora gitmeyiz... (8.katılımcı)” olarak açıklamalarda bulunmuştur. Dört odak grup görüşmesinde de taramaları yaptırmamanın nedenleri arasında **unutma, kanser olma ve ölüm korkusundan** bahsedilmiştir. Ayrıca tartışılan nedenler arasında işlemin verdiği rahatsızlık da ifade edilmiştir. Çünkü muayene masasının kendilerini rahatsız ettiğini belirtmişlerdir. Bu durumu kadınlar *“çatala (muayene masası) yatmayı sevmediğim için yaptıрма gereği duymadım (25. katılımcı)”*, *“çatala yatmak insanı biraz tedirgin ediyor (24. katılımcı)”* şeklinde açıklamışlardır.

4.1.2. Yapısal Faktörler

Meme kanseri tarama engellerli olarak; kadınların büyük çoğunluğu **sağlık sigortasının** olmaması ve **maliyetin yüksek olmasının** erken tanı davranışlarını gerçekleştirmede engel olduğunu belirtmişlerdir. Kadınlar *“Şimdi de gitmek istiyorum ama sigortamız yok gidemiyorum (45. katılımcı)”*, *“ Parasızlıktan gidemiyorum (3. katılımcı)”*, *“ Bir kere özelde oldum. Her sene ücret verecek gücüm yok (24. katılımcı)”* diyerek tarama yaptıramadıklarını, yaptırmak isteseler bile ücretini ödeyemeyeceklerini belirtmişlerdir. Özellikle yaşlı kadınlar başka bir engel olarak **ulaşım sıkıntısını belirtmişlerdir**. Bütün odak grup görüşmelerinde en çok konuşulan ve vurgulanan konular arasında **randevu alamama**, randevu alsalar bile kliniklerin kalabalık olması, sağlık personelinin konu hakkında bilgi vermemesi, işlemlerin uzun sürmesi nedeniyle yaşanan **uzun bekleme saatleri** gibi sorunlar dile getirilmiştir. Bir kadın *“Randevu alamıyoruz. Hastaneler işlemleri çok uzatıyor. Bir ay sonra gelin diyorlar. Artık insan o kadar bıkmış ki gitmek istemiyorsunuz. Hastaysam evde öleyim diyorsunuz, bu zorluğu çok yaşıyoruz (17. katılımcı)”* diyerek sağlık kuruluşunu kullanmadığını belirtmiştir. İki kadın çocuklarının sağlık problemi nedeniyle evden ayrılmakta güçlük çektiğini, bu nedenle taramalar için sağlık kuruluşuna gidemediklerini belirtmişlerdir. Kadınların çoğu tarama yaptırmama nedenleri arasında sağlık personeli tarafından **kendilerine söylenmediğini**, ayrıca gitseler bile sağlık personelinin kendilerine **ilgi göstermediğini ve hoşgörülü olmadığını** tartışmışlardır. Katılımcıların bazıları *“Elime gel diye kağıt vermediler diye gitmedim (21. katılımcı)”*, *“Bir sene sonra gel deseler gideriz (30. kadın)”*, *“ Anlatan yok, doktorlara gidiyorsun ilgilenmiyorlar (16. katılımcı)”* şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır.

Serviks kanseri tarama engelleri olarak; kadınlar arasında tarama engellerinden bir tanesi de **sağlık sigortasının olmamasıdır**. Kadınların büyük çoğunluğu bu engelden

bahsetmiştir. Dört odak grup görüşmesinde de en çok tartışılan engel ise **maliyetin yüksek** olmasıdır. Kadınlar maliyetin yüksek olması nedeniyle serviks kanseri taraması için sağlık kuruluşuna gitmediklerini belirtmişlerdir. Bir kadın “*İmkanım yok gitmeye, bazen yol parası bulamıyorum (35. katılımcı)*” şeklinde açıklama yapmıştır.

Kadınlar gidilecek merkezin uzak olması durumunda tarama yaptırmayacaklarını ve bu nedenle **ulaşımın** önemli olduğundan bahsetmişlerdir. **Yeterli zamanın olmaması ve uzun bekleme saatleri** de pap smear yaptırmama nedenlerindendir. Kadınlar yapılan işlemlerin günlerce sürmesinden, sonuçları geç almaktan ve çok sıra beklemekten hoşlanmadıklarını bu nedenle de tarama yaptırmaya gitmediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca kalabalığın fazla olması da tartışılan nedenler arasında yer almaktadır. Bir diğer sorun ise tarama için **randevu alamama** durumudur. Kadınlar “*Zaten işin bir günde de bitmiyor. Bir hafta boyunca hastaneye gidiyorum. Pazartesi başlıyor, cumaya bitiyor. Hastaneye girince çıkamıyorsun, ilgilenmiyorlar. Muayene olsam sonuçları beklerken hasta oluyorum (13. katılımcı)*” cümleler ile randevu almanın zor olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların çoğu tarama yaptırmama nedenleri arasında sağlık personeli tarafından **kendilerine söylenmediğini**, ayrıca gitseler bile sağlık personelinin kendilerine **ilgi göstermediğini ve hoşgörülü olmadığını** tartışmışlardır. Kadınlar “*Ultrasonda baktı ama pap-smear testi istemedi ve ben şaşırdım (7. katılımcı)*”, “*Masa başında oturuyorlar, insanı hiç umursamıyorlar. Bilgisayarın başında bekliyorlar. Sen saatlerce bekle derdin mi var diye sormuyorlar (19. katılımcı)*” şeklinde açıklama yapmışlardır.

4.1.3. Kurumsal Faktörler

Meme kanseri tarama engellerli olarak; kadınların tarama yaptırmalarında etkili olan bir diğer engel ise **sağlık bakım sisteminin zor anlaşılmasıdır**. Kadınların çoğu yapılan işlemleri daha önce yaptırmadıkları ve taramaların nerede yapıldığını bilmedikleri için sağlık kuruluşuna gitmediklerini belirtmişlerdir. Bir kadın “*Nereye, nasıl gideceğimizi, hangi işlemleri yaptıracağımızı bilmiyoruz (18. katılımcı)*” şeklinde belirtmiştir.

Serviks kanseri tarama engelleri olarak; kadınlar smear testinin nerede yapıldığını bilmediklerini, zorunlu olmadıkça hastaneye gitmediklerini belirtmişlerdir. Bir kadın “*Nereye gitmem gerektiği konusunda çok kararsızım (21. katılımcı)*” diyerek bu durumu açıklamaya çalışmıştır.

4.1.4. Sosyo-Kültürel Faktörler

Meme kanseri tarama engellerli olarak; odak grup görüşmelerinde kadınların, taramalara katılımlarını engelleyen durumlar arasında en çok üzerinde durdukları noktalardan bir tanesi de **kültürel faktörlerdir**. Tartışmalar sırasında kadınlar **eşlerinden izinsiz doktora gidemediklerini, ayrıca eşlerinin** erkek doktora muayene olmalarına izin vermediklerini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar Türk toplumunun geleneksel yapısı ve dini inancı nedeniyle **utanma** duygusunun yaşandığını ve kendilerinin taramalara katılmadıklarını vurgulamışlardır. Hatta kadınlardan bir tanesi aile sağlığı merkezindeki doktorun erkek olması nedeniyle iki senedir doktora gitmediğini belirtmiştir. İki kadın ise dini açıdan hekimin kadın veya erkek olmasının kendilerini rahatsız etmediğini belirtmişlerdir. Bir kadın bu durumu *“Doktor olduktan sonra, yemini olduktan sonra bunun hiçbir günahı yok. O yüzden erkek kadın hiç fark etmez (11. katılımcı)”* şeklinde açıklamıştır. Çalışmada, kadınların çoğu kanserin Allah’tan geldiğini belirtmiştir. Kadınlar *“Kaderde varsa olur (19. katılımcı)”*, *“Gelirse Allah’tan diyoruz (20. katılımcı)”* şeklinde tartışmışlardır.

Serviks kanseri tarama engelleri olarak; Kadınlar eşlerinin baskın konumda olduğunu, eşleri izin verirse doktora gidebileceklerini belirtmişlerdir. Ayrıca erkek doktora da muayene olmadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmada, kaderci yaklaşım ön plandadır ve her şeyin Allah’tan geldiği inancı oldukça yaygındır. Kadınlar *“Bizim hayatımız buymuş, kaderimiz buymuş (31. katılımcı)”*, *“Bizimkiler erkeğin muayene etmesini istemezler. Bayan isterler. Geçmişimizden gelen bir utanç var. Erkek göremez, dokunamaz diye. Biraz da eşlerin korkusu var (17. katılımcı)”*, *“Bizim kültürümüzde hiçbir eş karısını bir erkeğin muayene etmesini istemez (5. katılımcı)”* şeklinde açıklama yapmışlardır.

4.2. Tarama Davranışlarını Kolaylaştıran Faktörler

Meme kanseri taramalarında kolaylaştırıcı faktörler olarak; kadınlar eğitim, broşür ve medya ile **bilgilendirilirse**, bunun yanı sıra sağlık çalışanı tarafından hatırlatma yapılırsa (sağlık çalışanı tarafından telefon açılarak, ev ziyaretleri yapılarak) ve seminerler verilirse meme kanseri taramalarına katılacaklarını tartışmışlar ve önerilerde bulunmuşlardır. Kadınların çoğu *“Bilgi bekleriz”, “Seminerler yapılabilir”* demişlerdir. Ayrıca hastalık belirtilerinin olmasının kolaylaştırıcı bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Kadınlar meme kanserine ilişkin **hizmetlerin ücretsiz verilmesinin, ulaşım olanaklarının kolaylaştırılmasının, randevu sisteminin geliştirilmesinin** katılımı olumlu yönde

etkileyeceğini ifade etmişlerdir. Ayrıca telefonla çağrılınca gitmek zorunda hissettiklerini belirtmişlerdir. Kadınlar “*Bir mecburiyet olsa, gün verilse giderim (33. katılımcı)*”, “*Telefonla hatırlatmalar yapılsın (41. katılımcı)*” şeklinde açıklama yapmışlardır.

Kadınlar sağlık personelinin **tarama önerisinde bulunmasını ve güler yüzlü, hoşgörülü olmasını** talep etmişlerdir. Bir kadın “*Gittiğimizde hoşgörülü ve güler yüzlü olursa erkekte olsa çekinmeyiz (6. katılımcı)*”, “*Biz cahilsek karşımızdaki doktorumuz bize detaylı anlatsın değil mi? Biz onu istiyoruz (9. katılımcı)*” diyerek sağlık personelinin beklentisini dile getirmiştir. Ayrıca kadınlar hastanedeki işleyişin anlatılması, bilinen bir kurumda kolayca taramaların yaptırılmasının kendileri için iyi olacağını belirtmişlerdir.

Bir kadın kadınların erkek baskısından kurtulmaları için **cesaretlendirilmelerinin** önemli olduğunu, bunun da eğitimle sağlanabileceğini vurgulamıştır. Ayrıca kadınlar **bayan doktorlardan hizmet alırlarsa** kendilerini daha rahat hissedeceklerini belirtmişlerdir. Bir kadın “*Bayan doktor olursa utanmayız ama erkek doktor olursa çekiniriz. Utanırız...(13. katılımcı)*” şeklinde açıklama yapmıştır.

Serviks kanseri taramalarında kolaylaştırıcı faktörler olarak; kadınların çoğu kolaylaştırıcı faktörler içinde bilgilendirmenin ve kendilerine hatırlatma yapılmasının önemli olduğunu vurgulamıştır. Kadınlardan biri “*bilgi almadan bizim insanlarımız yaptırmaz. Yapacağınız testin çok iyi bir açıklaması olacak ki bunu aldıktan sonra gitsinler. Bilgi verilirse eminim yaptırırlar (15. katılımcı)*” şeklinde açıklama yapmışlardır. Ayrıca kadınlar uzun bekleme saatlerinin olması ve yeterli zamanlarının olmaması nedeniyle bulundukları bölgede bir merkezin açılmasının ve bu merkezde doktor tarafından muayene edilmelerinin taramaya katılmalarını kolaylaştıracağını belirtmişlerdir. Randevu alma sorunu için kendilerine gün, saat verilmesinin, sonuçların aynı gün içinde çıkmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bir kadın “*dediğim gibi randevu olayı olabilirse, gelin yapalım denirse ve sonuçlar aynı gün verilirse gidilir, yaptırılır (18. katılımcı)*” demiştir. Kadınlar ulaşım sıkıntısı için kendilerine servis tahsis edilmesinin iyi olacağını ifade etmişlerdir. Ayrıca kendilerine telefonla hatırlatma yapılırsa ve kadın doktor tarafından muayene edilirlerse pap-smear yaptıracaklarını belirtmişlerdir.

5. TARTIŞMA

5.1. Tarama Engelleri

5.1.1. Psikolojik Faktörler

Meme kanseri tarama davranışlarına yönelik; kadınların meme kanseri taramalarına neden katılmadıklarının bilinmesi sağlığı geliştirme aktivitelerine katılmaları konusunda bireyleri motive etmede oldukça önemlidir. Bu çalışmada katılımcıların algıladıkları engellerin davranışa geçmelerinde etkili olduğu görülmektedir. Kadınların meme kanseri erken tanısı ve tarama zamanı konusunda yeterli bilgiye sahip olmama durumu çalışmanın önemli sonuçlarından. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Park, 2007, Paskett ve ark. 2006). Kadınlar bilgi kaynağı olarak televizyon başta olmak üzere, doktor ve hemşirelik öğrencilerini belirtmişlerdir. Bazı çalışmalarda katılımcılar bilgilerini daha çok medyadan, arkadaş veya yakın çevresinden edindiklerini ifade etmiştir (Park ve ark. 2007; Sadler ve ark. 2007). Katılımcıların bilgi kaynağı olarak çoğunlukla medyayı kullanmasının nedenleri, kolay ulaşılabilir bir araç olmasından, sağlık hizmetlerinin bireylere yeterince ulaşamamasından kaynaklanabilir. Ayrıca bilgisizlik ve yanlış bilgiler kişilerin meme kanseri konusundaki farkındalıklarını etkileyip, duyarlılık ve ciddiyet algılarının yetersiz olmasına neden olup, meme kanseri tarama davranışlarına katılmalarında engelleyici bir rol oynamış olabilir.

Çalışmada **duyarlılığın** olmaması beraberinde gelen **ihmal ve unutma** oldukça önemli engellerdendir. Duyarlılık, meme kanserine yakalanma olasılığını algılamada etkilidir. Kadınların neredeyse hepsinin taramaları ihmal ettiklerini, duyarlılıklarının olmadığını belirtmeleri bazı çalışma sonuçlarını da desteklemektedir (Park, 2007). Bu durum kadınların risk algılarının düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir. Kadınların **ihmal** nedenleri arasında yer alan önemsememe, işleri nedeniyle hatırlayamama, cahil olduklarını söylemeleri, işlemin verdiği rahatsızlık duygusu ve ağrı, acı, sızı olmadan tarama davranışının gösterilmediği, sağlıklı hissetme duygusu diğer çalışmaların sonuçlarını desteklemektedir (Kwok ve ark., 2005; Ogedegbe ve ark., 2005). Kişilerin kendilerini sağlıklı hissetme duygusu koruyucu davranışların gerçekleşmesinde oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlıklarını kaybedecekleri korkusu ve bu endişenin yaşanması taramalara katılımı engellemiş olabilir. Duyarlılığın olmaması ve ihmal sonucu kadınlar taramaları özellikle de KKMM'ni yapmayı unutmaktadırlar. Pender'e göre bireylerin sağlıklarına verdikleri önem sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Sağlığı geliştiren davranışların

gerçekleşmesinde bireylerin sağlık tanımlarının önemli olduğunu ve genellikle hasta oldukları ya da ölümden korktukları zaman sağlıklarının önemini farkına vardıklarını bildirmektedir (Pender, 2006). Bu çalışmada hastalık hakkında yaşanan **korku duygusu** literatürü desteleyici olarak engelleyici bir faktör olarak belirtilmiştir (Ersin ve Bahar, 2011; Maxwell ve ark. 2003; Ogedegbe ve ark., 2005). Ancak yapılan çalışmalarda bu çalışmanın aksine korku kolaylaştırıcı bir faktör olarak da tartışılmıştır (Borraya ve ark., 2005; Buki ve ark., 2007; Kwok ve ark. 2005, Lamyian ve ark. 2007).

Serviks kanseri tarama davranışlarına yönelik; bazı kadınlar pap-smear testinin önemli olduğunu düşünmesine rağmen, kadınların çoğu serviks kanseri taramalarına katılmamışlardır. Diğer çalışmalarda da olduğu gibi bu çalışmada belirti olmadan serviks kanseri taramalarına gereksinim olmadığı algısı (Boyer ve ark., 2001; Guilfoyle , Franco ve Gorin 2007; Wong ve ark., 2009; Kim ve ark., 2004;) kadınlar tarafından sıkça belirtilmiştir. Kadınların kendilerini sağlıklı olarak görmeleri ve kanser olma korkusu tarama davranışına katılımı engellemiş olabilir. Ogedegbe ve arkadaşları (2005) bireyin kendini sağlıklı olarak görmesinin taramalara katılımda engelleyici bir faktör olduğunu belirtmiştir. Pender, sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesinde bireylerin sağlık tanımlarının önemli olduğunu ve genellikle hasta oldukları ya da ölümden korktukları zaman sağlıklarının önemini farkına vardıklarını belirtmiştir (Pender, 2006). Yapılan çalışmalarda korku kadınların taramalara katılımında major bir engel olarak belirtilmiştir (Agurto ve ark. 2004; Austin ve ark, 2002; Guilfoyle ve ark., 2007; Ogedegbe ve ark., 2005). Belirtinin olmaması, aile hikayesinde kanser öyküsünün olmaması, kadınların servikal kanser duyarlılık algılarının düşük olduğunu gösterebilir. Kılıç (1994) çalışmasında; kadınların bilgi eksikliği, önemsememe, kötü bir tanı konulması korkusu gibi nedenlere bağlı olarak jinekolojik muayeneden çekindiklerini belirtmiştir. Servikal kanserle ilgili bilginin yetersizliği ya da yokluğu hassasiyet ve ciddiyet algısını etkilemiş olabilir. Kadınların bilgi eksikliği ve yanlış bilgilerinin olması hastalık duyarlılık ve ciddiyet algısını azaltabileceği için kadınların taramalara katılmalarında engelleyici olmuş olabilir. Bu çalışmada bilgi almak ve cesaretlendirilmek önem taşımaktadır. Kadınların çoğunun bilgilerini doğrudan sağlık personeli yerine medyadan edinmiş olması nedeni ile servikal kanserde koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık personellerinin tutumlarının da gözden geçirilmesi gereklidir.

5.1.2. Yapısal Faktörler

Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik; çalışmada kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik sağlık personelinin tarama yaptırmalarını söylemeleri gibi bir beklentilerinin olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda bu çalışmaya benzer sonuçlar elde edilmiştir (Ersin ve Bahar, 2011; Maxwell ve ark. 2003; Park ve ark. 2007; Paskett ve ark. 2006; Remennick 2006; Ogedegbe ve ark., 2005). Çalışmada ulaşım olanaklarını ve maliyeti tartışan kadınlar daha çok sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlardır. Dolayısı ile kadınlara ücretsiz ulaşım olanaklarının sağlanması tarama davranışlarını gerçekleştirmelerini sağlayabilir. Çalışmada sağlık bakım sisteminin zor anlaşılması engeli, Remennick'in (2006) çalışmasını desteklemektedir.

Serviks kanseri tarama davranışlarına yönelik; diğer çalışmalarda olduğu gibi sağlık personelinin önerisi, sağlık personelinin iletişimi kadınların taramalara katılımında major engeller arasında sıralanmıştır (Agurto ve ark. 2004; Austin ve ark, 2002; Guilfoyle ve ark., 2007). Pap smear yaptırma, pelvik muayene ile ilgili önceki sağlık hizmeti deneyiminden memnuniyetsizlik kadının bir sonraki teste katılımında önemli bir engel olduğu benzer şekilde diğer çalışmalarda da bildirilmektedir (Abdullahi, Copping, Kessel, Luck, 2009; Agurto ve ark. 2004; Guilfoyle ve ark., 2007). Sağlık personelinin olumsuz yaklaşımı bireylerin duyarlılık algısını etkileyerek, pap smear yaptırmalarına engel olmuş olabilir.

5.1.3. Kurumsal Faktörler

Meme kanseri tarama davranışlarına yönelik; Kadınların sağlık sistemini zor olarak tanımlamaları sağlık merkezlerini kullanmamalarından ve bazı kadınların okuma yazma bilmemelerinden kaynaklanabilir.

Serviks kanseri tarama davranışlarına yönelik; Çalışmada pap smear yaptırmaya gitmeme nedenleri arasında kurumların işleyişini bilmemek majör engel olarak karşımıza gelmektedir. Kurum işleyişini bilmemek kadınlar tarafından bir korku unsuru olarak algılanmış ve pap smear yaptırmaya engel olmuş olabilir. Bu nedenle hemşirelerin muayeneye gelen kadınlara yapması gerekenleri, kurumun işleyişini anlatmaları pap smear yaptırmayı olumlu yönde etkileyebilir.

5.1.4. Sosyo-Kültürel Faktörler

Meme kanseri tarama davranışlarına yönelik; yapılan çalışmalara benzer olarak bu çalışmada da erkeklerin baskın konumda olması, utanma, kadın bakım verenlerin olmaması, yanlış inançlar ve algılar, kaderci yaklaşım tartışılmıştır (Remennick, 2006). Sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesinde Türk toplumunun kültürel özellikleri, inançları oldukça önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda inancın davranışı geliştirmede engel olabileceği (Borrayo ve ark. 2005; Remennick, 2006) gibi kolaylaştırıcı olduğu da belirtilmektedir (Lamyian ve ark. 2007; Lee ve ark. 2007). Ayrıca çalışmada katılımcıların kadın doktorların olmasını istemeleri çalışma sonuçlarını desteklemektedir (Maxwell ve ark. 2003; Borrayo ve ark. 2005). Kadınların inançlı, gelenek ve göreneklerine bağlı olmaları beraberinde kendi vücutlarını gösterirken utanmaları, kadın doktorları istemelerinin nedeni olabilir.

Çalışmanın bulgularından olan “kaderci yaklaşım” kadınlar arasında oldukça sık tartışılmıştır. Ogedegbe ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da kaderci yaklaşımın önemli bir engel olduğu belirtilmektedir. Türk toplumunun dini inancında yer alan “kadercilik” bazı kadınların kendi sağlıklarının kontrolünün olmadığı inancını getirdiği için taramalara katılımı engellemiş olabilir. Kadınlara hemşireler tarafından kaderci yaklaşımın sağlığı geliştirmede etkili olmadığını belirten açıklamaların yapılması etkili olabilir. Sağlığı koruma ve geliştirmede halk sağlığı hemşiresinin etkin bir sağlık hizmeti sunabilmesi için öncelikle toplumu tanılaması gerekmektedir. Toplumu tanılamada bireylerle görüşmeler oldukça önemlidir. Bu nedenle bu çalışma halk sağlığı hemşirelerine yol gösterici niteliktedir.

Serviks kanseri tarama davranışlarına yönelik; çalışmada, servikal kanser taramasına katılım ile ilgili kültürel olarak yaşanan engellerden mahremiyet/utanma en sık tartışılan engeldir. Fiziksel muayene sırasında vücudun özel bir bölümünün gösterilmesi ile ilgili olan utanma, kadın erkek hekim tarafından muayene ediliyorsa önemli bir engel olarak karşımıza gelmektedir. Yapılan çalışmalarda hekim cinsiyetinin taramalara katılımı engelleyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir (Abdullahi ve ark., 2009; Guilfoyle ve ark., 2007; Van Til ve ark., 2003). Utanmanın yaşla birlikte arttığı ve pap-semeary yaptırma ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır (Lee-Lin ve ark., 2007). Diğer çalışmalarda utanma kadınların taramalara katılımında major engel arasında sıralanmıştır (Agurto ve ark. 2004; Austin ve ark. 2002; Guilfoyle ve ark., 2007). Kılıç (1994) çalışmasında, kadınların utanma nedeni ile jinekolojik muayeneden çekindiklerini belirtmiştir. Kadınların toplumsal değerlere ve dine daha bağlı

olabileceği düşünülürken kadın vücudunun gösterilmesi ile ilgili tabuları olabilir. Bu nedenle utanma en çok konuşulan engeller arasında dile getirilmiş olabilir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı bölgede geleneklerine bağlı kadınlar çoğunluktadır. Bu nedenle eşler baskın durumdadır ve kadınlar eşlerinden izinsiz muayeneye bile gidememektedirler. Bu durum kadınların taramaya gitmelerinde önemli bir engel olabilir. Bu çalışmada farklı olarak eşin izin vermemesi engeller arasında sıralanmıştır. Türk kültür yapısında, özellikle geçmiş kuşakta, hastalık/sağlıkla ilgili konularda eşlerin kararına önem verilmektedir. Bu durum kadınların sağlığı algılamalarını etkilemekte, dolayısı ile pap-smear yaptırmada karşımıza önemli bir engel olarak çıkmaktadır.

5.2. Erken Tanı Davranışlarını Kolaylaştıran Faktörler

Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik; çalışmada sağlık personeli tarafından bilgilendirmenin önemli bir kolaylaştırıcı olduğu belirtilmiştir. Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak yapılan çalışmalarda bireylerin konu ile bilgilendirilmelerinin ardından olumlu sağlık davranışlarını geliştirdikleri (Oliver-Vazquez ve ark., 2002; Pender, 2006) ve erken tanı davranışlarına başvurdukları saptanmıştır (Beydağ ve Karaoğlu 2007; Earp ve ark., 2002; Gölbaşı ve ark., 2009; Maxwell ve ark., 2003; Parlar ve ark., 2004; Paskett ve ark., 2006; Taylor, 1998; Tuong 2007). Ayrıca kadınlar eğitime ek olarak sağlık personeli tarafından hatırlatma yapılmasının (sağlık çalışanı tarafından telefon açılarak, ev ziyaretleri yapılarak) meme kanseri erken tanı davranışlarına katılmalarında etkili olduğunu tartışmışlardır. Yapılan çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir (Bonfil ve ark. 2009; Champion ve ark., 2002; Kwok, Cant ve Sullivan, 2005). Ancak Bonfil ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında hatırlatıcı olarak ev ziyaretinin etkili olmadığı da belirtilmiştir. Ayrıca bu çalışmada kadınların bazıları bu görüşmeden sonra tarama yaptırmaya karar verdiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların bu açıklamalarından yapılan görüşmenin kadınların öz etkililik ve ciddiye algılarını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Bu çalışmanın sonucuna benzer olarak yapılan çalışmalarda, sağlık hizmeti sunumunda sağlık personelinin kadınlara meme kanseri erken tanı davranışlarını önermesi ve etkili iletişim becerilerini kullanmalarının kolaylaştırıcı faktör olduğu belirtilmiştir (Lamyian ve ark. 2007; Borrayo ve ark. 2005).

Serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik; çalışmada kadınlar pap smear yaptırmada konusunda bilgilendirilme ve hatırlatma yapılması üzerinde durmuştur. Yapılan

Çalışmalarda, kadınlara yönelik hazırlanan eğitim materyallerinin, hatırlatıcıların (telefon, mail...) kadınların kanser taramalarına katılımlarında önemli olduğu belirtilmektedir (Austin ve ark., 2002; Curbow ve ark., 2004). Sağlık hizmeti sunumunda sağlık personelinin kadınlara taramalara katılımlarını önermesi (Guilfoyle ve ark., 2007; Van Til ve ark., 2003; Austin ve ark., 2002; Ogedegbe ve ark., 2005) ve sağlık personelinin etkili iletişim becerilerini kullanmalarının (Agurto ve ark. 2004; Van Til ve ark., 2003) nemli olduğu gösterilmiştir

Bu çalışmaların bulguları sağlık hizmeti sunumunda sağlık çalışanları kadar meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına kadınların katılımını artırmada hizmetin kalitesinin değerlendirilmesine ve çözümler aranmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Bu nedenle halk sağlığı hemşiresi olarak hizmet sunarken engelleri bilmek kadar, çözümlerinin de bilinmesi ve uygulamaya konulması sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıracaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Sonuçlar

Bu çalışmaların bulguları SİM ve SGM'ne uyumlu olarak meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmemesinde algılanan engellerin ve kolaylaştırıcı faktörlerin önemli bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır.

Görüşmeler sonucunda kadınların meme kanseri erken tanı davranışları hakkında bilgisinin olmaması, sağlık güvencesinin ve ulaşım olanaklarının yetersizliği, maddi sıkıntılar, randevu alamama, utanma, duyarlılığın olmaması-ihmal, unutma, sağlık bakım sisteminin zor anlaşılması, korku en sık tartışılan engellerdir.

Serviks kanserine yönelik engeller ise; kadınların serviks kanseri ve erken tanı davranışı hakkında bilgisinin olmaması, duyarlılığın olmaması-ihmal, unutma, korku, sağlık güvencesinin olmaması, maddi sıkıntılar, randevu alamama, kadın doktorların olmaması, utanma, kaderci yaklaşım olarak saptanmıştır.

Kolaylaştırıcı faktörler içinde bilgilendirme, sağlık personelinin ilgili ve hoşgörülü olması, ücretsiz hizmet, ulaşımın sağlanması, randevu sisteminin geliştirilmesi, telefonla hatırlatmaların yapılması yer almaktadır.

6.2. Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Öneriler

Meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik engellerin belirlendiği ulusal ve bölgesel düzeyde hemşirelik çalışmaları planlanabilir. Bu çalışmalar doğrultusunda sağlık personelinin (özellikle birinci basamakta çalışan halk sağlığı hemşirelerinin) farkındalıkları arttırılabilir,

Ulusal ve bölgesel düzeyde kolaylaştırıcı faktörlerin ön planda tutulduğu hemşireler tarafından yapılacak meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik tarama programlarının düzenlenmesi, bu faaliyetler sürdürülürken farklı disiplinlerle işbirliğine geçilmesi sağlık davranışının gerçekleştirilmesinde etkili olabilir.

Çalışmalar, meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik gelecekte yapılacak kalitatif ve randomize kontrollü hemşirelik çalışmalarına yön verebilir.

Kadınların utanma engeline yönelik olarak kadın ve erkek doktorların hizmet verdiği ve kadınların doktor tercihlerinin olduğu merkezler oluşturulabilir.

Sağlık güvencesinin olmaması, ulaşım sıkıntısı, maddi yetersizliklere yönelik olarak kurumlar ile işbirliği kurularak ücretsiz hizmet olanakları sağlanabilir.

ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI (KANTİTATİF BÖLÜMÜ)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın ikinci aşaması, ilk aşamada belirlenen engellere yönelik olarak planlanan girişimler ile deney ve kontrol grubunun karşılaştırılmasını sağlayacak şekilde kantitatif olarak yürütülmüştür.

3.1. Araştırmanın Tipi

Yarı deneysel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı

Çalışma İzmir Narlıdere Bölgesi'nde yer alan 11 mahallede, 2009-2012 yılları arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Narlıdere Bölgesi'nde toplam 11 mahallede yaşayan 10369 kadın oluşturmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan 50 deney ve 50 kontrol grubu olmak üzere 100 kadın çalışmaya alınmıştır. Kadınlar deney ve kontrol gruplarına rastgele sayılar tablosu kullanılarak randomize olarak atanmıştır (Şekil 9). Üç kez farklı saatlerde gidilerek ulaşılamayan kadınlar yerine yedek listesinden belirlenen kadınlara gidilmiştir.

Çalışmanın gücü için primer sonuç değişkenleri olarak kadınların KKMM yapma, KMM ve mamografi yaptıрма durumu kullanılmıştır. Araştırma tamamlandıktan sonra NQuerty ve etki büyüklüğü için G-power 3 programı kullanılmıştır. Çalışmanın istatistiksel gücü, KKMM için .99'dur ($\alpha=.05$, Etki Büyüklüğü = .48, Odds Ratio = .03, Güven aralığı .95, $n_1=50$, $n_2=50$) (Machin ve Campbell, 1987; Fleiss, Tytun ve Ury 1980).

Katılımcılar birbirilerinden etkilenmeyecekleri bölgelerden, birbirine benzer özellikler taşıyan kadınlardan seçilmiştir. Bu çalışmada deney ve kontrol grubuna atanan kadınlar arasında bazı sosyo-demografik özellikler açısından farklılık olmadığını incelemek üzere homojenite testi yapılmıştır (Tablo 5). Analiz sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-Demografi Özelliklerine Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Yaş								
40-49 yaş	20	40.0	17	34.0	37	37.0	.886	.642
50-59 yaş	11	22.0	15	30.0	26	26.0		
60 yaş ve üstü	19	38.0	18	36.0	37	37.0		
Eğitim								
Okur-Yazar Değil	12	24.0	12	24.0	24	24.0	.769	.979
Okur-Yazar	2	4.0	4	8.0	6	6.0		
İlkokul	20	40.0	19	38.0	39	39.0		
Ortaokul	4	8.0	4	8.0	8	8.0		
Lise	6	12.0	7	14.0	13	13.0		
Üniversite	6	12.0	4	8.0	10	10.0		
Medeni Durum								
Evli	44	88.0	45	90.0	89	89.0	.102	.749
Bekar	6	12.0	5	10.0	11	11.0		
Sosyal Güvence								
Var	45	90.0	43	86.0	94	94.0	.379	.538
Yok	5	10.0	7	14.0	6	6.0		
Toplam	50	100	50	100	50	100		

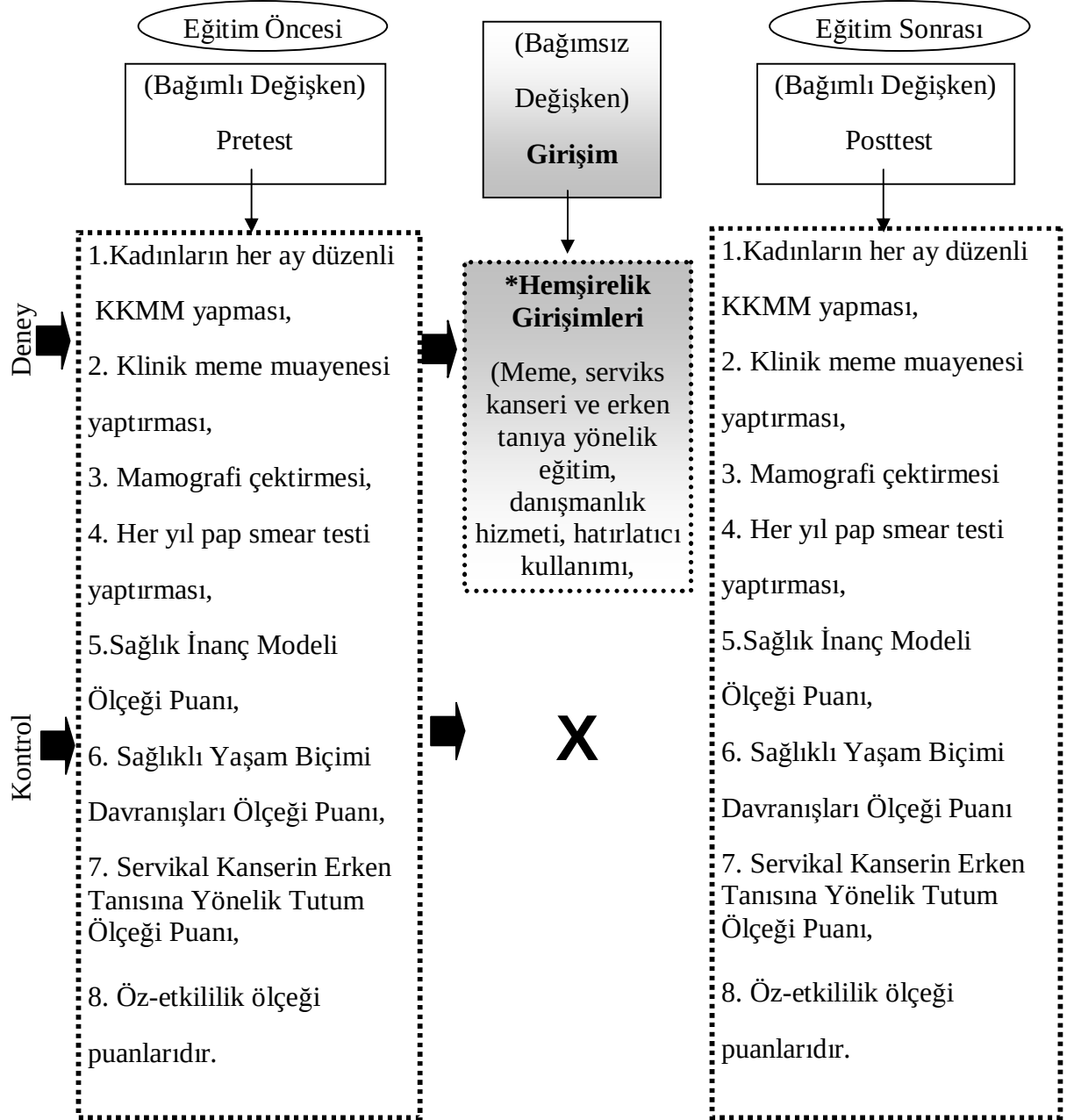
3.4. Örneklemden Çıkarma Kriterleri: 40 yaşından küçük olan, memesinde herhangi bir kitle bulunan veya meme, serviks kanseri tanısı almış olan, her ay düzenli KKMM yapan, son 1 yıl içerisinde pap test, mamografi ve KMM yaptırmış, histerektomi ameliyatı geçirmiş olan kadınlar araştırmaya alınmamıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

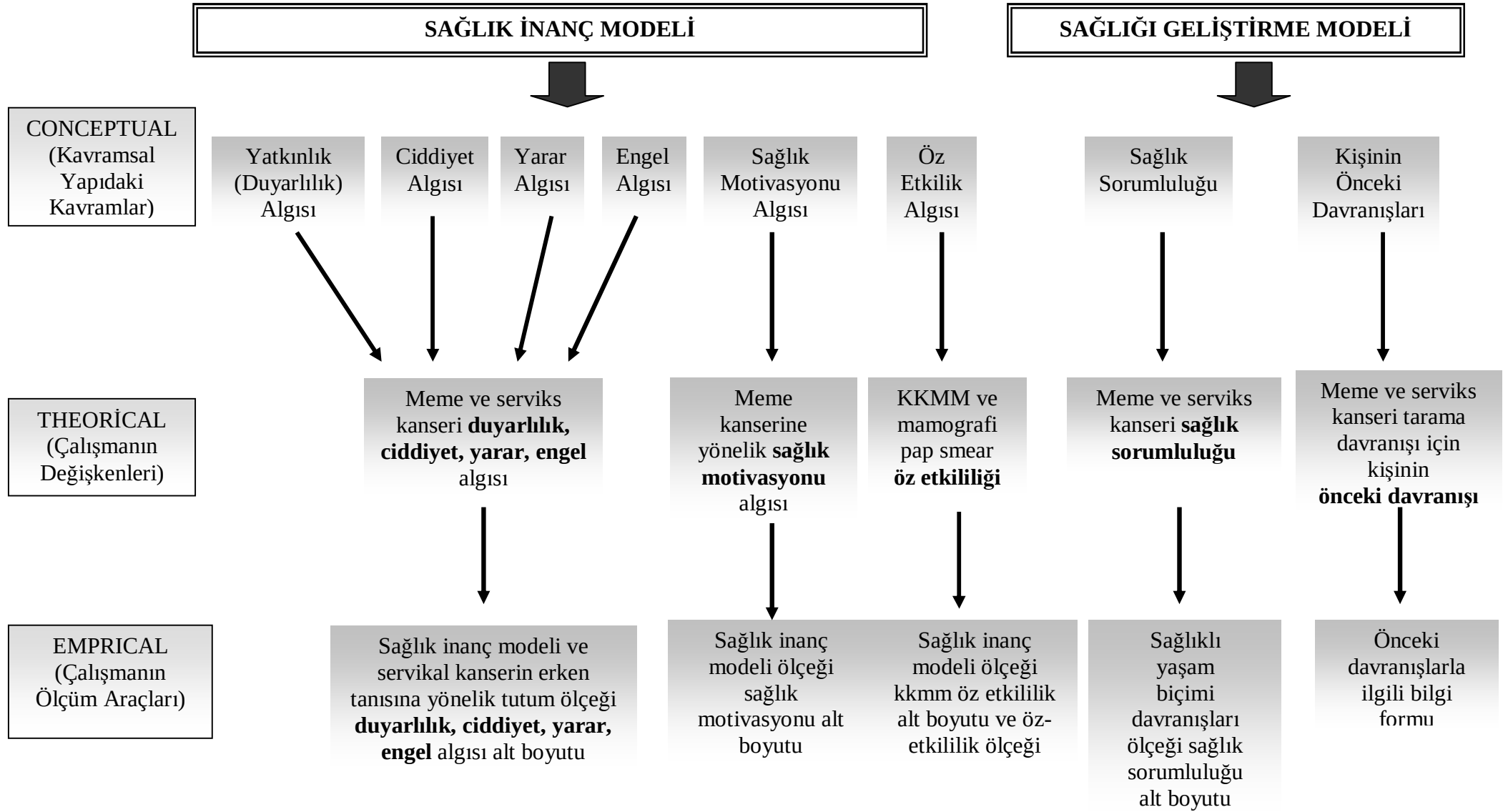
3.5.1. Bağımlı Değişkenleri; Kadınların her ay düzenli KKMM yapması, izlem süresi olan üç ay içerisinde klinik meme muayenesi yaptırması, mamografi çekirtmesi ve pap smear testi yaptırması, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum

Ölçeği, Öz-Etkililik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanlarıdır (Şekil 7).

3.5.2. Bağımsız Değişkenleri: Hemşirelik girişimleri (Eğitim, danışmanlık hizmeti, hatırlatıcı kullanımı ve izlem) (Şekil 7).



Şekil 7. Araştırmanın Değişkenleri



Hemşirelik Girişimleri: Meme ve serviks kanserine yönelik eğitim
Danışmanlık, hatırlatıcı kullanımı (telefon ile hatırlatma)

Şekil 8. Araştırmanın Kavramsal Yapısı (CTE Yapısı)

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın ikinci bölümünde altı adet form kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan form, kadınların yaş, eğitim, medeni durum, sosyal güvenlik durumuna yönelik dört sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK 1).

3.6.2. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği: Meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Victoria Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş 1993, 1997 ve 1999 yıllarında revize edilmiştir (Gözüm, Karayurt ve Aydın, 2004). Sağlık İnanç Modeli'nin meme kanserine yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesine göre **duyarlılık/ yatkınlık algısı**; meme kanserine yakalanmada bireysel riskin algılanması, **ciddiyet algısı**; meme kanserine yönelik bireysel tehdidin, hastalığın öneminin algılanması, **yarar algısı**; mamografi, meme ultrasonografisi, KKMM ve KMM'nin olumlu sonuçlarının yararlarının algılanması, **engel algısı**; bireyin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları gerçekleştirmemesinde etkili olan faktörlerin algılanması, **öz etkililik algısı**; bireyin meme kanseri erken tanısına ilişkin davranışları başarı ile yapabilmeye olan bireysel inancı, **sağlık motivasyonu algısı**; bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır. **Tehdit algısı**; meme kanserinin toplumdaki yaygınlığının algılanmasını ifade eder. Ölçeğin 1984, 1993, 1997 ve 1999 yıllarında yapılan revizyonlarının alt boyutları güvenirlik katsayıları sırasıyla 0.60-0.78, 0.80-0.93, 0.65-0.90 ve 0.75-0.88 arasında değişmektedir.

Champion'un Meme Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği üç çalışma ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu çalışmada Gözüm ve Aydın tarafından (2004) uyarlanan Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkçe formu kullanılmıştır. Ölçeğe ait alt boyutlar, madde sayısı ve Cronbach Alpha değerleri Tablo 6'da verilmiştir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin genel toplam puanı yoktur. Her bir boyutun kendi toplam puanı kullanılmaktadır. Ölçek 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçeğin puanlaması "kesinlikle katılmıyorum" 1 puandan, "kesinlikle katılıyorum" 5 puana doğru sıralanmaktadır. Alt boyutlardan elde edilen puanların yükselmesi o alt boyuta ait algının yüksek olduğunu ifade etmektedir (Bkz. EK 2).

Tablo 6. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Madde Sayısı ve Cronbach Alpha Değerleri (Gözüm ve Aydın, 2003).

Alt Boyutlar	Gözüm & Aydın 2003	
	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
Duyarlılık	3	0.69
Ciddiyet	6	0.75
Sağlık Motivasyonu	5	0.83
KMMM yarar algısı	4	0.83
KKMM engel algısı	8	0.73
KKMM özetkililik algısı	10	0.82
Mamografi yarar algısı	5	0.80
Mamografi engel algısı	11	0.81

3.6.3. *Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği*: Özmen ve Özsoy tarafından geliştirilen ölçekteki maddeler Sağlık İnanç Modeli'nin dört alt boyutunu araştırmak amacıyla yapılandırılmıştır (Bkz. EK 3). Ölçekte algılanan duyarlılık alt boyutu için 9 madde, algılanan ciddiyet alt boyutu için sekiz madde, algılanan engel alt boyutu için yedi madde, algılanan yarar alt boyutu için altı madde bulunmaktadır. **Duyarlılık** alt boyutu; 8, 9, 12, 14, 15, 19, 21, 24, 28. maddeler, **ciddiyet** alt boyutu; 1, 2, 5, 7, 10, 18, 26, 29. maddeler, **engel** alt boyutu; 11, 13, 17, 20, 23, 25, 30. maddeler ve **yarar** alt boyutu; 3, 4, 6, 16, 22, 27. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin tümü ve alt boyutları için Cronbach Alpha katsayısı 0.89-0.70 arasındadır. Likert tipi ölçekleme kullanılan ölçekte yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Kısmen katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum şeklindeki ifadeler ile değerlendirilmektedir. Ölçekteki 30 maddenin 22 tanesi olumlu, sekiz tanesi (3, 6, 8, 15, 17, 24, 25 ve 27 numaralı sorular) olumsuz ifadedir. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersten yapılmaktadır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30'dur. Ölçeğin uygulanma süresi ortalama 15 dakikadır (Özmen ve Özsoy, 2009).

3.6.4. Öz-Etkililik Ölçeği: Öz-Etkililik Ölçeği Lechner ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Ölçek kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına yönelik öz-etkililik algılarını ölçmektedir. Yedi maddeden oluşan ve yedili likert tipinde olan ölçekte katılımcılara ölçek maddelerinde belirtilen koşullarda taramaya katılmak isteyip istemeyecekleri ile ilgili farklı durumlar verilmiştir. Taramaya katılmayı düşünür müsünüz sorusuna yanıtlara -3 (kesinlikle hayır) ve +3 (kesinlikle evet) arasında puanlar verilmektedir. Yanıtlar -21'den +21'e doğru giden toplam bir skor aralığından oluşmaktadır. Yüksek puan, spesifik bir davranışın geliştiği yönünde daha yüksek bir öz etkililik algısının olduğunun göstergesidir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.90'dır (Lechner, De Vries, ve Offermans, 1997). Türkiye'de güvenirlik geçerlilik çalışması Beşer, Bahar, Aydoğdu, Kıssal ve Ersin (2012) tarafından yapılmış olup Cronbach Alpha katsayısı 0.84 olarak saptanmıştır (Bkz. EK 4).

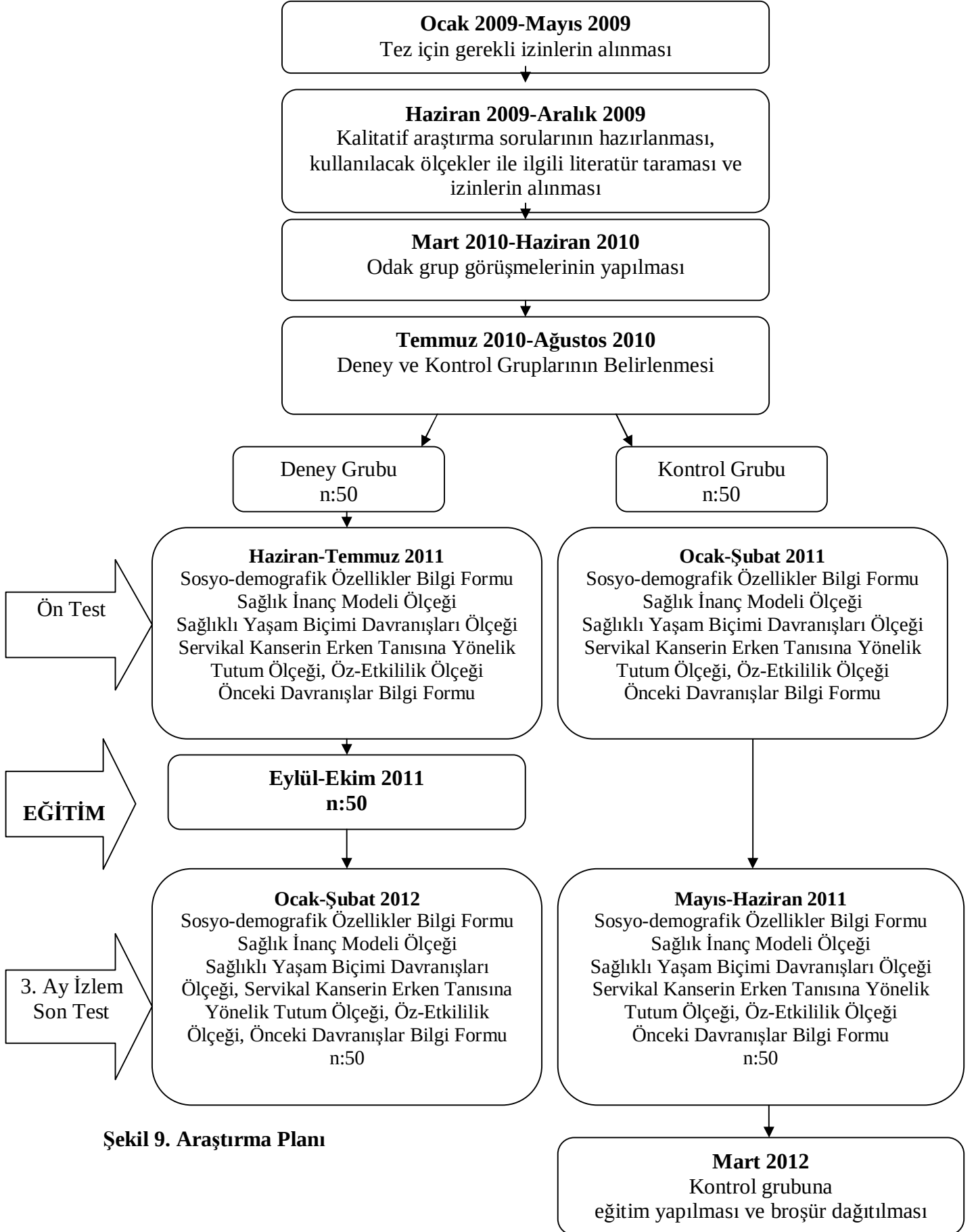
3.6.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu:

Ölçek, Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Toplam 52 maddeden oluşan ölçeğin manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere toplam 6 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur ve 4'lü likert tipindedir (Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4)). Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208 olup, Cronbach Alpha katsayısı 0.94'tür. Ölçeğin alt faktörlerinin Alpha değeri 0.79-0.87 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Bahar, Beşer, Gördes, Kıssal ve Ersin (2008) tarafından uyarlanan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" Türkçe formunun "Sağlık Sorumluluğu" alt boyutu kullanılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .92 olup Sağlık Sorumluluğu alt boyutu Cronbach Alfa katsayısı 0.77'dir. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda en düşük puan 9, en yüksek puan 36'dır. Puan düştükçe sağlık sorumluluğu düşmekte, puan yükseldikçe sağlık sorumluluğu yükselmektedir (Bkz. EK 5).

3.6.6. Önceki Davranışlarla İlişkili Bilgi Formu:

Araştırmacılar tarafından Nola Pender'dan danışmanlık alınarak oluşturulan form, kadınların meme ve serviks kanserine yönelik önceki erken tanı davranışlarıyla ilişkili dört sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK 6).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 9. Araştırma Planı

3.8. Verilerin Toplanması

3.8.1. Ön Testlerin Uygulanması

Deney ve kontrol grubundaki kadınlara ön-testte sosyo-demografik özellikler bilgi formu, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği, Öz-Etkililik Ölçeği, Önceki davranışlar bilgi formu doldurulmuştur. Verilerin toplanması için her kadın evinde bireysel olarak ziyaret edilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yapılarak soru-cevap şeklinde toplanmıştır.

3.8.2. Girişim

3.8.2.1. Hedeflerin-Eğitim İçeriğinin Hazırlanması: Araştırmanın ilk aşamasında yapılan odak grup görüşmelerinin sonuçlarına göre eğitim hedef ve davranışları oluşturulmuş, Hemşirelik Eğitimi Anabilim Dalı'nda görev yapan dört, Eğitim Bilimlerinde görev yapan bir öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır (Tablo 7). Oluşturulan hedef ve davranışlara yönelik olarak eğitim içeriği hazırlanmıştır (Tablo 8). Eğitim içeriği hazırlanırken Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak yapılan odak grup görüşmelerinin sonuçlarından yararlanılmıştır. Ayrıca odak grup görüşmelerinde en sık karşılaşılan engeller eğitim sırasında katılımcılar ile paylaşılmış ve görüşleri alınarak, yanlış bilinen inançlar üzerinde durulmuştur.

Tablo 7. Eğitim Hedefleri ve Davranışları

MEME KANSERİ	
Bilişsel Alan Hedefleri ve Davranışları	
H1	Memenin anatomik yapısını bilme
D1	Memenin normal yapısını söyleme
D2	Memedeki anormal değişikliklerin nasıl olacağını söyleme
H2	Meme kanseri risk faktörlerini bilme
D1	Meme kanseri risk gruplarını söyleme
H3	Meme kanserinin önemini bilme
D1	Kadınlarda meme kanseri görülme oranını söyleme
H4	Meme kanseri belirtilerini bilme
D1	Meme kanseri belirtilerini söyleme
H5	Meme kanseri erken tanısını bilme

D1	Meme kanserinde erken tanının önemini kavrama
D2	KKMM'nin ne zaman yapılacağını söyleme
D3	KKMM'nin ne sıklıkta yapılacağını söyleme
D4	KKMM'nin nasıl yapılacağını söyleme
D5	Klinik meme muayenesinin ne zaman yaptırılacağını söyleme
D6	Klinik meme muayenesinin ne sıklıkta yapılacağını söyleme
D7	Mamografinin ne zaman ve ne sıklıkla çektirilmesi gerektiğini söyleme
D8	Mamografinin ne sıklıkla çektirilmesi gerektiğini söyleme
H6	Erken tanılama için başvurabileceği merkezleri bilme
D1	Erken tanılama için başvurabileceği merkezleri söyleme
Duyuşsal Alan Hedefleri ve Davranışları	
H1	Meme kanseri erken tanı yöntemlerinin önemine inanma
D1	Meme kanseri erken tanı yöntemlerini öğrenme
H2	Kendi kendine meme muayenesi yapmaya istekli olma
D1	KKMM'nin gerekli olduğunu söyleme
H3	KKMM'ni alışkanlık haline getirme
D1	KKMM'ni her ay düzenli olarak yapma
H4	Mamografi çektermeye istekli olma
D1	Mamografi çektermek için zaman ayırma
H5	Klinik meme muayenesi yaptırmada istekli olma
D1	Klinik meme muayenesi yaptırmak için zaman ayırma
Devinişsel Alan Hedefleri ve Davranışları	
H1	KKMM'ni maket üzerinde eğiticinin yardımı ile yapabilme
D1	KKMM'ni maket üzerinde eğitimcinin yardımı ile işlem basamakları doğrultusunda yapma
H2	KKMM'ni kendi üzerinde istenilen yeterlilikte yapabilme
D1	KKMM'ni kendi üzerinde işlem basamakları doğrultusunda yapma.
SERVİKS KANSERİ	
Bilişsel Alan Hedefleri ve Davranışları	
H1	Kadın üreme organlarının anatomik yapısını bilme
D1	Kadın üreme organlarını söyleme

D2	Serviksin nerede olduğunu söyleme
H2	Serviks kanseri risk faktörlerini bilme
D1	Serviks kanseri için risk gruplarını söyleme
H3	Serviks kanserinin önemini bilme
D1	Kadınlarda serviks kanseri görülme oranını söyleme
H4	Serviks kanseri belirtilerini bilme
D1	Serviks kanseri belirtilerini söyleme
H5	Serviks kanseri erken tanı yöntemlerini bilme
D1	Pap-smear testinin önemini kavrama
D2	Pap-smear testinin hangi yaşta yapılmaya başlanması gerektiğini söyleme
D3	Pap-smear testinin ne zaman yaptırılması gerektiğini söyleme
H6	Erken tanılama için başvurabileceği merkezleri bilme
D1	Erken tanılama için başvurabileceği merkezleri söyleme
Duyuşsal Alan Hedefleri ve Davranışları	
H1	Pap- smear testi yaptırmamanın önemine inanma
D1	Pap -smear testi yaptırmak için zaman ayırma
H2	Pap- smear testi yaptırmaya istekli olma
D1	Pap- smear testini isteyerek yaptırma
Devinişsel Alan Hedefleri ve Davranışları	
H2	Pap-smear testi öncesi gerekli hazırlıkları yapma
D1	Cinsel ilişki hazırlıklarla ilgili önlemleri sıralayabilme
D2	Vajinal duş yapılmaması gerektiğini söyleme
D3	Vajinal ilaç kullanımının nasıl olacağını söyleme
D4	Menstruasyon periyoduna göre pap smear yaptırma zamanını söyleme

H: Hedef, D: Davranış

Hemşirelik girişimlerinde kullanılan ifadeler teorik çerçeveyi oluşturan sağlığı geliştirme modellerinin bileşenlerine göre yapılandırılmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Sağlığı Geliştirme Modellerinin Bileşenleri ve Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Açıklamalar

Sağlığı Geliştirme Modellerinin Bileşenleri	Açıklamalar
Duyarlılık Algısı	*Kadın olmak meme ve serviks kanseri için önemli bir risk faktörüdür. *Kadınlar arasında en sık görülen kanser türü meme kanseridir. *Yaşla birlikte meme kanseri riski artmaktadır. *Serviks kanseri de kadın kanserleri içinde önemli bir yere sahiptir. Birden fazla partnerin olması gib riskleri vardır. *Birinci derece akrabalarınızda meme ve serviks kanseri var ise sizde de olma ihtimali oldukça yüksektir.
Ciddiyet Algısı	*Kendinize verdiğiniz önem sevdiklerinize verdiğiniz önemi gösterir *Meme kadınlığın önemli bir sembolü olarak algılanmaktadır. *KKMM yaparak, KMM yaptırarak, mamografi çektilererek memede gelişebilecek hastalıkları erken aşamada teşhis edebilirsiniz. *Aynı zamanda rahim ağzı kanserini de pap smear yaptırarak erken dönemde saptayabilir, hastalığın kötü sonuçlarını engelleyebilirsiniz. *Korku sadece teşhisi geciktirir. Tedaviye hiçbir katkı sağlamaz.
Sağlık Motivasyonu Algısı	*KKMM, KMM, Mamografi çektilme ve pap smear yaptırma sağlığını kontrol etmek ve sürdürmek için önemli bir adımdır. *KKMM, KMM, mamografi çektilme ve pap smear yaptırmanız başka insanlar için iyi bir örnek oluşturabilir *Memenizdeki ve rahim ağzındaki değişimleri zamanında tespit etmek istiyorsanız mutlaka KKMM, KMM, Mamografi çektilmeniz ve pap smear yaptırmanız gerekmektedir. *KKMM yaptıkça memenizi daha iyi tanıyacak ve olabilecek değişiklikleri daha iyi fark edebileceksiniz *Memedeki hastalıkların büyük çoğunluğu kadınların kendileri

	tarafından tespit edilmektedir
Algılanan Yarar Algısı	*KKMM, KMM, Mamografi çekirme ve pap smear yaptırma memedeki ve rahim ağzındaki hastalıkları erken dönemde teşhis etmenizi sağlar. *Erken dönemde teşhis edilen hastalıklar tedaviye olumlu yanıt verirler. *KKMM maliyetsizdir. Zamanınızı almaz. Uygulaması kolaydır. Acı vermez. *KMM ve mamografi de acı vermez, zamanınızı almaz. *Mamografi en küçük kitleyi bulmada en iyi yoldur. Kanseri hissedilinceye kadar büyümesini beklemek yerine erken teşhis edebilirsiniz ve iyileşmeniz daha hızlı olur. *Rahim ağzı kanserinin tanısında kullanılan pap-smear maliyet açısından etkin olan yöntemlerden bir tanesidir. Serviks kanseri riskini azaltan birçok sağlık davranışı vardır, ancak hiçbir davranış rutin pap smear yaptırma kadar etkili değildir.
Öz-etkililik Algısı	*KKMM eğitiminin sonunda memenizdeki değişiklikleri fark edebilecek duruma geleceksiniz. *Her ay KKMM yapmanız memenizdeki değişiklikleri tespit etme yeteneğinizi arttıracaktır. *Ayrıca KMM, mamografi çekirme ve pap smear yaptırdıktan sonra aslında endişe duymaya gerek olmadığını göreceksiniz ve bir kişinin hatırlatmasına gerek kalmadan kendiniz düzenli yaptıracaksınız. *Bunun için sizler bir sağlık kuruluşuna gidebilir ve bu testlerinizi yaptırabilirsiniz.
Engel Algısı	
Korku	*Kanser olma ve ölüm korkusu kadınların taramalara katılmasını engellemektedir. Ancak kanser erken dönemde saptandığı zaman tedavi şansı artmakta ve yaşam süresi uzamaktadır. *Kanserin henüz vücuda yayılmadan, küçük bir alanda iken tespit edilmesinde erken tanı yöntemlerinin önemi oldukça

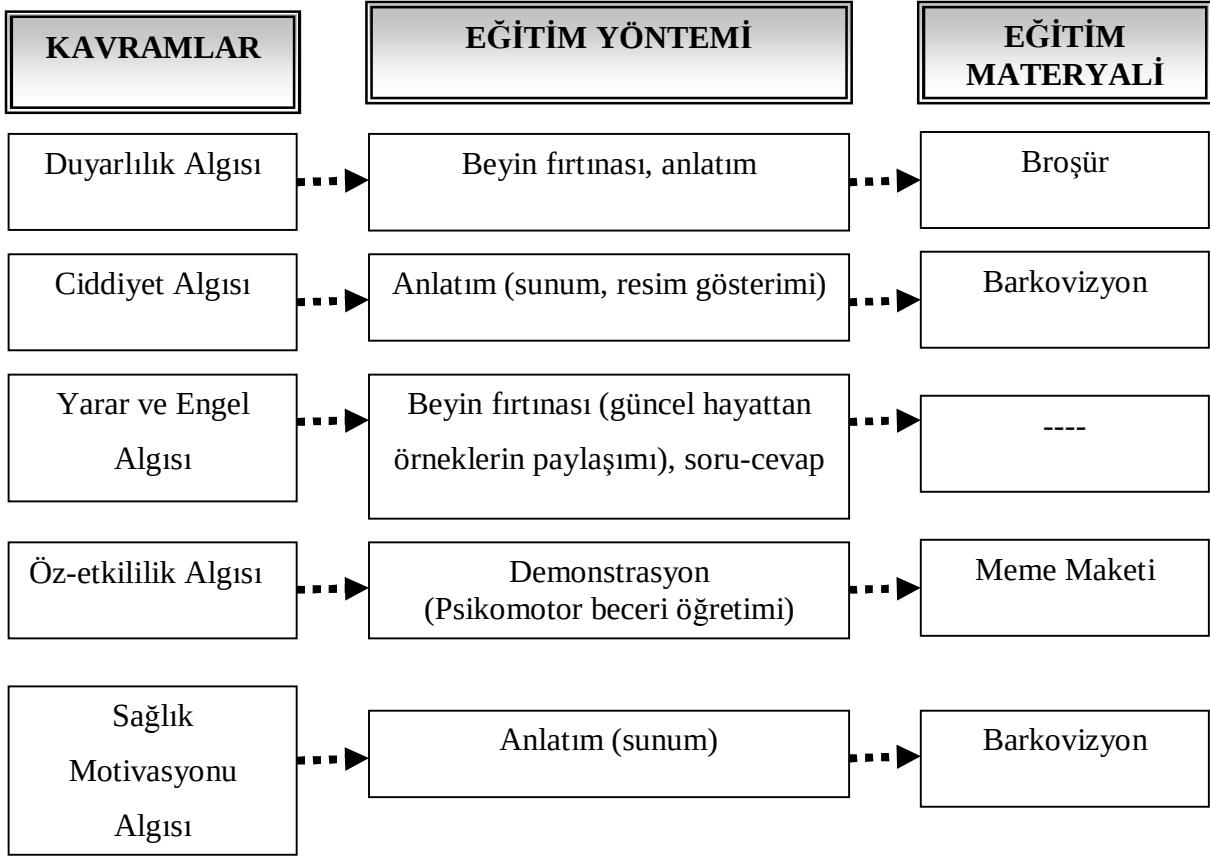
	büyüktür. *Taramalara katılmadan önce korku yaşamamız normaldir ancak erken tanı hayatta kalma şansımızı artırır. *Pek çok kadın mamografi çekiminden ve pap smear yaptırdıktan sonra normal sonuçlar almaktadır ve böylece kendilerini daha iyi hissetmektedirler. Değişim bulsanız bile çoğunlukla kanser değildir kanser olsa bile erken bulunursa iyileşme şansınız artar. Her iki şekilde de endişeleriniz azalacaktır.
Maliyet ve hastanede uzun bekleme zamanları	*Taramaların ücretsiz yapıldığı ve kalabalık olmayan sağlık kuruluşları bulunmaktadır (KETEM ve ASM'ler).
Unutma	*Erken tanı davranışlarını gerçekleştirmede engel olan faktörlerden bir tanesi de unutmadır. *Tarama zamanlarını hatırlamak için farklı yöntemler kullanabiliriz (hatırlatıcı kartlar, telefonla hatırlatma). *Randevu tarihlerinizi mutlaka görebileceğiniz bir yere kaydedin. Aileniz ve arkadaşlarınızdan hatırlatmaları için yardım isteyebilirsiniz.
Bilgi kaynağının yetersiz olması, bilgisizlik	*Görüşme yaptığım kadınların çoğu meme ve rahim ağzı kanseri konusunda yeterli bilgilerinin olmadığını, tarama sıklıklarını bilmediklerini belirttiler. Bu eğitim sizin bu konuda bilgi sahibi olmanızı sağlayacak (sunum).
İhmal	*KKMM sadece 10 dakikanızı alır. Her ay sadece 10 dakika. Hiçbir şey sağlığınıza daha kıymetli değildir. Sağlığınıza parmaklarınızın ucunda. *Mamografi çektirseniz ya da meme muayenesi yaptırsanız bile KKMM yapmayı bırakmamalısınız. Sizin vücudunuzu sizden dah iyi kimse tanıyamaz. *Pap smear yaptırmak ise zaman almaz önemli olan kararlı olmak ve yaptırmaktır.
Ağrı	*Mamografi çekilirken bir miktar ağrı hissedilmektedir. Bu ağrı mamografi çekiminin en iyi sonucu vermesi için memelerin

	sıkıştırılması sonucunda oluşur. Ancak bu durum kadınlar arasında farklılık gösterir. Bazı kadınlar hiç ağrı hissetmezken, bazı kadınlar ağrı hissetmektedir. Ağrı çekimden sonra kısa sürede geçmektedir. *Pap smear yaptırırken biraz ağrı-acı hissetmeniz normaldir. Bazı kadınlar hiç ağrı hissetmediklerini ifade etmektedir.
Utanma	*Kadınların çoğu kadın bir doktor tarafından muayene olmak istemektedir. Kendinizi daha rahat hissetmeniz açısından personelinin kadın olduğu sağlık kuruluşlarına gidebilirsiniz (KETEM vs.). *Bu duygunuz olabilir ama kadın hekim olmasa bile sağlığınız için erkek doktorlara da muayene olmalısınız. Çünkü sağlığınız her şeyden daha değerlidir.
Radyasyon Alma Korkusu	*Bazı kadınlar radyasyon aldıklarını düşündükleri için mamografi çektilerini belirtmektedir. Ancak mamografi çektilirken alınan radyasyonun miktarı bir akciğer filmi çektilirken aldığınız radyasyondan daha azdır. *Kar-zarar ilişkisini göz önüne aldığımızda mamografi çektilmek erken tanı için oldukça önemlidir.
Önceki Davranışlar	*Kişinin önceki davranışları yeni geliştireceği davranışları etkilemektedir. *Olumlu deneyimler davranışların pekiştirilmesinde etkilidir. *Olumsuz deneyimler sizleri engellemesin. Bu olumsuzlukları ortadan kaldırmanın yollarını aramak, çözüm üretmek sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde önemlidir.
Sağlık Sorumluluğu	*Sağlığı koruma ve geliştirmenin en önemli yolu kişinin kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmesidir. Yani sizler kendi sağlığınızın önemini farkında olursanız sağlığınız için gerekli davranışları bilir uygulamak için fırsat ararsınız.

Şeklinde mesajlar ile kadınların meme ve serviks sağlığına yönelik sağlık inançları değiştirilmeye çalışılmış, meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik taramaları yapmaları için teşvik edilmiştir.

3.8.2.2. Eğitimlerin Yürütülmesi: Eğitimler araştırmacı tarafından yapılmış ve 8 hafta sürmüştür. Eğitimlerin süresi ortalama 65 dakika olup (meme ve serviks kanseri ve tarama davranışlarına ilişkin eğitim 30 dakika, kadının maket üzerinde doğru ve etkin KKMM yapma aşamalarını içeren KKMM'nin öğretimi 25 dakika, yazılı materyallerin (meme ve serviks kanseri erken tanı eğitim broşürü) dağıtılması ve açıklanması 10 dakika), katılımcıların evlerinde bireysel olarak gerçekleştirilmiştir. Eğitimde memenin anatomik yapısı, memedeki anormal değişiklikler, meme kanseri risk faktörleri, meme kanserinin önemi, meme kanseri belirtileri, meme kanserinin erken tanısı, meme kanserini erken tanılama için başvurulabilecek merkezler, kadın üreme organlarının anatomik yapısı, serviks kanseri risk faktörleri, serviks kanserinin önemi, serviks kanseri belirtileri, serviks kanseri erken tanı yöntemleri, serviks kanserini erken tanılama için başvurulabilecek merkezlere ilişkin konular yer almıştır. Eğitimler power point sunusu ile yapılmıştır (Bkz. EK 9). Eğitimde beyin fırtınası, anlatım, soru-cevap, demonstrasyon yöntemleri kullanılmıştır (Şekil 10). Eğitimler bittikten sonra araştırmacı tarafından kadınlara içerisinde kitleler bulunan ve meme kanseri belirtilerinin gözlenebildiği meme maketi üzerindeki değişiklikler sorulmuş ve kitleleri bulmaları istenmiştir. Ayrıca kadınlardan geri bildirim alınarak da eğitimin değerlendirilmesi yapılmıştır. Son aşama olarak kadınlara araştırmacı tarafından hazırlanan meme kanseri, KKMM, rahim ağzı kanseri konusundaki broşürler dağıtılmıştır (Bkz. EK 10-11-12).

Şekil 10. Sağlık İnanç Modeli Kavramları, Kullanılan Eğitim Yöntemleri ve Materyalleri



3.8.3. Hatırlatmanın Yapılması, Son Testlerin Uygulanması, İzlem

Eğitim sonrası eğitime katılan kadınlara erken tanı davranışlarına yönelik olarak her ay telefon ile hatırlatma yapılmış, birlikte hazırlanan hatırlatıcı kartları kullanıp kullanmadıkları sorulmuştur. Eğitim sonrası 3. ayda araştırmacı tarafından kadınlar evlerinde ziyaret edilerek hem son testleri doldurulmuş, hem de izlemleri gerçekleştirilmiştir. Son ev ziyaretinde her ay düzenli KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma, mamografi çekirme ve pap smear testi yaptırma durumları sorgulanmıştır. Ayrıca deney ve kontrol grubundaki katılımcılara son-testte sosyo-demografik özellikler bilgi formu, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği, Öz-Etkililik Ölçeği doldurulmuştur. Verilerin toplanması ev ziyaretleri ortamında katılımcı ile yüz yüze görüşmeyle ve soru-cevap şeklinde gerçekleştirilmiştir.

3.9. Verilerin Analizi

Veriler SPSS 11.0 bilgisayar programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde;

- Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası ölçek puanları arasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi,
- Deney ve kontrol gruplarının kendi içerisinde hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası ölçek puanları arasında iki eş arasındaki farkın önemlilik testi,
- Deney ve kontrol grubunda hemşirelik girişimleri sonrası meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları arasında ki-kare testi,
- Deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri önceki meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları ile hemşirelik girişimleri sonrası meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları arasında McNemar testi yapılmıştır.

3.10. Araştırma Etiği

Araştırmanın yürütülebilmesi için Narlıdere Belediyesi'nden, Tülay Aktaş Meme Merkezi'nden ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Bkz. EK 13). Ayrıca deney ve kontrol grubuna alınacak seçilmiş olan kişilere araştırma ile ilgili bilgi verilerek onam alınmıştır. Çalışma sonrasında kontrol grubuna hazırlanan broşürler verilmiş ve sağlık eğitimi yapılmıştır. Sağlık eğitimlerine katılmayan kadınlara eğitimdeki konuların yer aldığı broşür (servikal ve meme kanserinde erken tanı, önemi, kanser belirtileri, tedavileri gibi bilgilendirici konular yer alacaktır) verilmiştir.

3.11. Araştırmanın Bütçesi

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) tarafından desteklenmiştir.

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Örneklem sayısının sınırlı olması ve izlem süresinin kısa olması çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

4.1. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları

Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Önce	Sonra	t	p
	Duyarlılık			
	X±SD	X±SD		
Deney Kontrol	7.44±3.69	8.92±3.68	-2.671	.010
	6.74±3.25	6.70±3.51	.078	.938
	t= -1.007 p= .316	t= -3.086 p= .003		
	Ciddiyet			
Deney Kontrol	19.26±6.68	20.66±7.28	-3.667	.000
	20.50±6.55	19.60±6.81	1,062	.293
	t= .938 p= .351	t= -.752 p= .454		
	Sağlık Motivasyonu			
Deney Kontrol	20.44±3.20	22.92±2.20	-5.465	.000
	20.26±2.88	20.26±3.22	.000	1,000
	t= -.295 p= .768	t= -4.823 p= .000		
	KKMM Yararları			
Deney Kontrol	14.60±3.72	19.60±1.16	-45.891	.000
	14.42±4.12	14.88±3.25	-1.110	.272
	t= -.229 p= .819	t= -9.674 p= .000		
	KKMM Engelleri			
Deney Kontrol	21.96±6.38	11.00±3.04	-8.489	.000
	20.94±5.96	20.62±5.72	.349	.728
	t= -.826 p= .411	t= 10.502 p= .000		
	KKMM Öz-Etkililiği			
Deney Kontrol	27.46±9.10	48.38±3.20	-14.715	.000
	25.64±11.71	26.16±9.79	-.445	.658
	t= -.868 p= .388	t= -15.242 p= .000		
	Mamografi Yararları			
Deney Kontrol	19.34±3.50	23.66±1.87	-7.101	.000
	19.16±4.09	19.16±4.33	.000	1,000
	t= -.237 p= .813	t= -6.747 p= .000		
	Mamografi Engelleri			
Deney Kontrol	30.84±7.83	28.98±8.09	8.441	.000
	28.36±7.38	20.58±6.72	-.884	.381
	t= -1.630 p= .106	t= 5.649 p= .000		

Her iki grupta (deney/kontrol grubu) **hemşirelik girişimleri öncesi** duyarlılık algısı, ciddiye algısı, sağlık motivasyonu algısı, KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, KKMM öz-etkililik algısı, mamografi yarar algısı ve mamografi engel algısı puan ortalamaları

karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Her iki grupta (deney/kontrol grubu) **hemşirelik girişimleri sonrası** deney ve kontrol gruplarının meme kanseri duyarlılık algısı, sağlık motivasyonu algısı, KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, KKMM öz-etkililiği, mamografi yarar algısı ve mamografi engel algısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Ancak deney ve kontrol gruplarının ciddiyet algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 9).

Deney grubunda meme kanseri duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu algısı, KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, KKMM öz-etkililiği, mamografi yarar ve engel algısı puan ortalamaları hemşirelik girişimleri öncesine göre, hemşirelik girişimleri sonrasında daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 9).

Kontrol grubunda meme kanseri duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu algısı, KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, KKMM öz-etkililik algısı, mamografi yarar ve engel algısı puan ortalamaları hemşirelik girişimleri öncesine göre, hemşirelik girişimleri sonrasında daha düşük bulunmuş olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 9).

4.2. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları

Tablo 10. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumları

KKMM Yapma Durumu	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		X^2	P*
	n	%	n	%		
Düzenli Yapan	42	84	6	12	49.079	.000
Yapmayan	8	12	44	88		
Toplam	50	100	50	100		

*Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde **KKMM** yapma durumları Tablo 10'da yer almaktadır. Deney grubundaki kadınların %84'ü düzenli KKMM yaparken bu oran kontrol grubunda %12'dir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

KKMM yapan kadınların % 64.3'ü bu davranışı bir yıldan daha önceki bir zamanda deneyimlediğini %35.7'si hiç deneyimlemediğini belirtmiştir. Kadınların KKMM yapma davranışı ile önceki davranışları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 11. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumları

KMM Yaptırma Durumu	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		X^2	P*
	n	%	n	%		
Yaptıran	11	22.0	2	4.0	5.559	.017
Yaptırmayan	39	78.0	48	96.0		
Toplam	50	100	50	100		

*Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Tablo 11'de deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde **KMM** yapma durumları yer almaktadır. Deney grubundaki kadınların %22'si düzenli KMM yaparken bu oran kontrol grubunda %4 olup aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

KMM yapan kadınların % 36.4'ü bu davranışı bir yıldan daha önceki bir zamanda deneyimlediğini %63.6'sı hiç deneyimlemediğini belirtmiştir. Kadınların KMM yapma davranışı ile önceki davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 12. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Mamografi Yaptırma Durumları

Mamografi Yaptırma Durumu	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		X²	P*
	n	%	n	%		
Yaptıran	17	34.0	3	6.0	10.563	.001
Yaptırmayan	33	66.0	47	94.0		
Toplam	50	100	50	100		

*Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde kadınların %34'ü **mamografi** çektirir iken kontrol grubunda bu oran %6'dır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 12).

Mamografi çektiren kadınların % 94.1'i bu davranışı bir yıldan daha önceki bir zamanda deneyimlediğini %5.9'u hiç deneyimlemediğini belirtmiştir. Kadınların mamografi çektirme davranışı ile önceki davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark s ($p<0.05$).

4.3. Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları

Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUP	Önce	Sonra	t	p
	Duyarlılık			
	X±SD	X±SD		
Deney Kontrol	26.14±4.86	31.56±4.63	-7.149	.000
	26.68±5.81	24.50±6.16	3.033	.004
	t=.504 p=.615	t= -6.479 p= .000		
	Ciddiyet			
Deney Kontrol	29.38±5.91	30.84±4.20	-4.249	.000
	28.78±5.73	29.14±5.75	-.565	.575
	t= -.516 p=.607	t= -1.688 p= .095		
	Engel			
Deney Kontrol	22.56±3.64	21.92±3.49	4.939	.000
	22.52±3.39	22.08±3.19	.861	.394
	t= -.057 p=.955	t= .239 p= .811		
	Yarar			
Deney Kontrol	21.92±3.85	27.32±2.61	-10.146	.000
	21.32±4.17	21.20±4.43	-.025	.980
	t= -.747 p= .457	t= -8.412 p= .000		

Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri öncesi serviks kanseri erken tanısına yönelik tutum ölçeği alt boyutları olan duyarlılık, ciddiyet, engel ve yarar algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri sonrası serviks kanseri erken tanısına yönelik tutum ölçeği duyarlılık ve yarar algısı alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak ciddiyet ve engel algısı alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Deney grubunun hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrasında serviks kanseri duyarlılık, ciddiyet algısı ile pap smear testi engel ve yarar algıları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13). Kontrol grubunda ise hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrasında serviks kanseri ciddiyet algısı ile pap smear testi engel ve yarar algıları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup ($p>0.05$), duyarlılık algısındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Önce X±SD	Sonra X±SD	t	p
Deney	2.76±12.22	14.96±6.75	-6.908	.000
Kontrol	2.64±12.10	-2.20±11.20	3.373	.001
	t= -.049 p= .961	t= -9.276 p= .000		

Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri öncesi öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmaz iken ($p>0.05$), hemşirelik girişimleri sonrası bu fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 14).

Deney grubunda hemşirelik girişimleri öncesi öz-etkililik ölçeği puan ortalaması hemşirelik girişimleri sonrasına göre artmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunda hemşirelik girişimleri öncesi öz-etkililik ölçeği puan ortalaması hemşirelik girişimleri sonrasında düşmüş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 14).

4.4. Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları

Tablo 15. Deney ve Kontrol Gruplarında Girişim Sonrası Pap Smear Testi Yaptırma Durumları

Pap Smear Testi Yaptırma Durumu	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)	
	n	%	n	%
Yaptıran	19	38.0	---	---
Yaptırmayan	31	62.0	50	100
Toplam	50	100	50	100

Tablo 15’de deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri sonrası pap smear testi yaptırma durumları verilmiştir. Pap smear testi yaptırma durumu deney grubunda %38’dir. Kontrol grubunda pap smear yaptıran kadın bulunmamaktadır.

Pap smear yaptıran kadınların %73.7’si bu davranışı bir yıldan daha önceki bir zamanda deneyimlediğini %26.3’ü hiç deneyimlemediğini belirtmiştir. Kadınların pap smear yaptırma

davranışı ile önceki davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

4.5. Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları

Tablo 16. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	Önce X±SE	Sonra X±SE	t	p
Deney	16.82±3.72	20.38±3.28	-10.035	.000
Kontrol	16.54±3.41	15.90±3.81	1.259	.214
	t= -.392 p= .696	t= -6.302 p= .000		

Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri öncesi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri sonrası sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 16).

Deney ve kontrol grupları kendi içinde karşılaştırıldığında, deney grubunda hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamasında artış olup aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunda hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 16).

5. TARTIŞMA

5.1. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına İlişkin Algıları

Bu çalışmada deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası meme kanseri **duyarlılık algısı puan ortalamaları** arasında anlamlı bir fark olması (Tablo 9) “H1a: Deney grubunda verilen hemşirelik girişimleri sonrası kadınların meme kanseri duyarlılık algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezini doğrulamıştır.

Duyarlılık, meme kanserine yakalanma olasılığını algılamada oldukça etkilidir (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008). Ayrıca bireylerin sağlıklarına verdikleri önemin bir göstergesidir ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Pender, 2006). Yapılan çalışmalarda, duyarlılık algısının artması ile davranışın olumlu yönde etkilendiği ve eğitimin duyarlılık algısını arttırmada etkili olduğu belirtilmektedir (Champion, 2000; Champion ve Menon, 1997; Jirojwong ve MacLennan, 2003; Lu, 2001; Tuong, 2007). Rao, Sum, Nair, Kamath’ın (2005) yaptığı çalışmada, eğitimin kadınların meme kanseri ile ilgili duyarlılığını arttırdığı tespit edilmiştir. Benzer olarak Aydın’ın (2004) çalışmasında da eğitim sonrasında kadınların duyarlılık algılarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmadan farklı olarak Daevenport ve arkadaşları (2011), kadınlara verilen eğitim sonrası deney ve kontrol grupları arasında meme kanseri duyarlılık algısında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır. Benzer olarak Garza ve arkadaşları (2005), eğitim sonrasında kadınların meme kanseri duyarlılık algılarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmişlerdir. Avcı ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında, kadınlarda eğitim öncesine göre eğitim sonrası duyarlılık algısı düşük saptanmış olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde, bireyin hastalıkları önleme ve sağlığı sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Bu algı, bireyin birincil korunmaya olan isteğini yansıtır. Bu çalışmada uygulanan hemşirelik girişimleri sonucunda duyarlılık algısının yüksek çıkması, kadınların meme kanserinin erken dönemde saptanmasının tedavi şansını arttırdığının bilincinde olmalarının, kendilerini kadın olmalarından dolayı riskli grup içinde görmelerinin, erken tanı davranışlarını ihmal etmemeleri gerektiği inancında olmalarının bir göstergesi olabilir. Bu sonuç hem verilen eğitimin, hatırlatıcı kullanımının, dağıtılan broşürlerin etkili olduğunu, hem de kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmeye istekli olduklarını düşündürmektedir.

Deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası meme kanseri **ciddiyet algısı puan ortalamaları arasında** istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 9) ve “H1b: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların meme kanseri ciddiyet algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir. Ancak çalışmada hemşirelik girişimleri sonrasında deney grubundaki kadınların meme kanseri ciddiyet algısı puan ortalamaları kontrol grubuna göre yüksek çıkmıştır. Girişim sonrası deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında deney grubunda ciddiyet algı puan ortalamasında artış olduğu görülmektedir.

Chuntharapat, Sripotchanart ve Phongthanasarn (2005) yaptıkları çalışmada, eğitim sonrası katılımcıların meme kanseri ciddiyet algılarında bir artma olduğunu tespit etmişlerdir. Tuong'nin (2007) Vietnam'lı kadınlarla yaptığı bir çalışmada, kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası taramaya ilişkin ciddiyet algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu bulgulardan farklı olarak Daevenport ve arkadaşları (2011) İspanyol kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, girişim sonrası deney ve kontrol grupları arasında meme kanseri ciddiyet algıları arasında fark saptamamışlardır.

Bazı organların hassasiyeti kişi için çok belirgin olabilir. Bu ya kendi hayat deneyimlerine dayanarak çıkarttığı sonuçlardır ya da ailede görülen bir rahatsızlık sebebiyle kendinin de o hastalığa duyarlı olduğu inancıdır. SİM'ne göre beklenen sağlık davranışları ile ciddiyet algısının önemi vurgulanmakla birlikte, birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi ve algılanması, bireyin meme kanserine yönelik davranışlarında ciddiyet algısının etkisini sınırlamış olabilir. Ayrıca bazı durumlarda kişiler belli hastalıklara karşı daha duyarlı olurlar ve ciddiyet algıları yükselir. Çünkü bu hastalıkların yaşamsal riski konusunda bilinçlenmişlerdir. Bu nedenle deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri sonrası ciddiyet algısı puan ortalamaları artmış olabilir.

Bu çalışmada deney grubundaki kadınlarda kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası meme kanseri **sağlık motivasyonu algısı puan ortalamaları arasında** anlamlı bir fark saptanması (Tablo 9) ve “H1c: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların sağlık motivasyonu kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezini doğrulamaktadır.

Literatür incelendiğinde Chuntharapat ve arkadaşlarının (2005), yaptıkları çalışmada eğitim sonrası sağlık motivasyonu algılarında anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır. Benzer olarak

Merey' in (2002), çalışmasında yapılan eğitim ile kadınların sağlık motivasyonu algıları daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmadan farklı olarak Seçginli (2007) yaptığı çalışmasında, meme sağlığı geliştirme programının kadınların sağlık motivasyonu algıları üzerinde etkisi olmadığını belirtmiştir. Benzer şekilde Aydın'ın (2004) çalışmasında programın sağlık motivasyonuna katkısının bulunmaması, kadınların program öncesi dönemde sağlık motivasyonu algısının yüksek olması ile açıklanmıştır.

Sağlık motivasyonunun yüksek olması meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde istekli olmayı göstermektedir. Eğitim, hatırlatıcı kullanılması gibi hemşirelik girişimleri ile bu istek arttırılabilmektedir. Bu çalışmada kadınların hemşirelik girişimleri sonrası sağlık motivasyonunda artış olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada, deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası **KKMM yarar algısı puan ortalamaları arasında** anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 9) ve “H1d: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların KKMM yarar algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası **KKMM engel algısı puan ortalamaları arasında** da anlamlı bir fark saptanmış olup (Tablo 9), “H2a: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik KKMM engel algıları kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezi doğrulanmıştır.

Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında yarar algısının yüksek ve engel algılarının düşük olmasının önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (Champion ve Menon, 1997; Fernandez ve ark., 2009; Lu, 2001; Paskett ve ark., 1999). Lu'nun (2001), çalışmasında eğitimsel girişim sonrasında yarar algısında artma olmuştur. Jirojwong ve MacLennan (2003) çalışmasında, eğitim sonrası kadınlarda KKMM yarar algısının yüksek ve engel algısının düşük olduğunu belirtmiştir.

Farklı olarak Avcı ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, kadınların KKMM'ni yapma durumları incelenmiş, eğitim öncesine göre eğitim sonrası engel algısında bir artış görülmüştür. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Algılanan yarar ve algılanan engel meme kanserinin erken tanısında bireyin tutum ve davranışlarını etkileyen algılar içinde yer almaktadır. Sağlık İnanç Modeli'ne göre, algılanan engelde kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirir. Bunun sonucunda davranışı eyleme

dönüştürür ya da dönüştürmez. Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre ise algılanan engel bireyin davranışını dolaylı ya da dolaysız olarak etkiler (Park, 2007, Paskett ve ark. 2006). Bu çalışmada katılımcıların algıladıkları engellerin davranışa geçmelerinde etkili olduğu görülmektedir. Sağlık İnanç ve Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, kadınlar meme kanseri erken tanı davranışlarının yararını kavrar ve daha az engel ile karşılaşarlarsa olumlu sağlık davranışlarını sergileme oranının artması beklenir. Bu çalışmada kadınların yarar algısının artması ve engel algılarının azalması yapılan hemşirelik girişiminin etkili olduğunu göstermekte olup beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri sonrası **KKMM öz-etkililik algısı puan ortalamalarında** kontrol grubuna göre anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 9) ve “H1e: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların KKMM öz-etkililik algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Öz etkililik algısı, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalarda kadınların öz etkililik algılarının artması ile meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirme olasılığının da arttığı görülmektedir (Champion ve Menon, 1997; Daevenport ve ark., 2011; Lu, 2001). Petro-Nustas'ın (2001) ve Champion ve Scott'un (1997) yaptıkları çalışmalarda öz etkililik algısının KKMM yapma durumuna yönelik olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir. Avcı ve arkadaşları (2007)'ın yaptıkları çalışmada, eğitim sonrası KKMM yapmayı bilenlerin bilmeyenlere göre öz-etkililiği daha yüksek algıladıkları saptanmıştır. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmada deney grubuna yapılan hemşirelik girişimleri ile kadınlara KKMM'nin öğretilmesi ve meme maketi üzerinde kadınların kitleleri tespit etmelerinin sağlanmasının KKMM öz-etkililik algılarının gelişmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmada hemşirelik girişimleri sonrası deney grubundaki kadınların **mamografi yarar algısı puan ortalamaları** kontrol grubuna göre yüksek, **engel algısı puan ortalamaları** ise düşük saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 9). Bu sonuçlar “H1f: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların mamografi yarar algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir”, “H2b: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik mamografi engel algıları kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezlerini doğrulamaktadır.

Tuong'nin (2007) çalışmasında, kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası taramaya ilişkin mamografi yarar algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Daevenport ve arkadaşları

(2011), İspanyol kadınlarda deney grubunda mamografi yarar algısını kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptamışlardır. Champion ve arkadaşları (2000), tarafından 50-85 yaş arasındaki kadınlarda yapılan randomize kontrollü çalışmada, kadınlar mamografi çekirtmeye yönelik yararları; erken tanı konulmasını sağlar, %95 tedavi imkanı vardır, kitleler çok küçük iken mamografi ile saptanabilir, meme kanseri erken dönemde saptanınca birçok tedavi seçeneği vardır şeklinde ifade etmişlerdir. Ayrıca deney grubundaki kadınların eğitim öncesi algıladıkları yarar telefonla görüşülen grupta ortalama 19.93'den eğitim sonrası ortalama 20.45'e yükselmiştir. Bireysel görüşme yapılan grupta ise eğitim öncesi ortalama 19.76 iken eğitim sonrası ortalama 20.08 olmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F = 3.91$; $p = .002$). Aynı çalışmada, deney grubundaki kadınların eğitim öncesi algıladıkları engel telefonla görüşülen grupta ortalama 21.88'den eğitim sonrası ortalama 20.24'e düşmüştür. Bireysel görüşme yapılan grupta ise eğitim öncesi ortalama 21.19 iken eğitim sonrası ortalama 19.93 olmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 2.69$; $p = .068$). Garza ve arkadaşlarının (2005), 40-65 yaş grubunda yaptıkları çalışmalarında verilen eğitim sonrasında kadınların mamografi engel algılarında anlamlı fark saptar iken, mamografi yarar algılarında değişiklik saptamamışlardır. Bu çalışmada kadınların mamografi yarar algılarının artması ve engel algılarının azalması yapılan hemşirelik girişimleri ile ilişkilidir. Çünkü, hemşirelik girişimleri öncesinde yapılan kalitatif çalışma ile engellerin belirlenmesi ve hemşirelik girişimlerinin bu engellere göre yapılandırılmasının yarar algısını arttırdığını, engel algısını azalttığını düşündürmektedir.

5.2. Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları

Bu çalışmada deney grubunda hemşirelik girişimlerinden 3 ay sonra yapılan izlemde **KKMM yapma oranı** %84 iken kontrol grubunda bu oran %12 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 10). Bu bulgu "H3: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların KKMM yapma sıklığı daha yüksektir" hipotezini doğrulamaktadır.

Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak Jirojwong ve MacLennan'ın (2003) çalışmasında, Tayland'lı 145 kadından % 25'inin düzenli KKMM yaptığı, meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olan kadınlarda KKMM yapma oranının daha fazla olduğu

belirtilmiştir. Champion ve Menon (1997), Afrika kökenli Amerika'lı kadınlarda KKMM yapmayı ve mamografi çektirmeyi etkileyen değişkenleri tanımlamak için yaptıkları çalışmada algılanan duyarlılıkta artış olması ile KKMM yapma oranlarının arttığını saptamışlardır. Lu (2001) tarafından Tayvan'lı kadınlarda yapılan bir diğer çalışma, duyarlılık algısının KKMM yapma niyeti üzerinde etkisi olduğunu ancak KKMM yapma oranlarında etkili olmadığını, KKMM yapma niyeti varyansının %26'sının duyarlılık algısı ile açıklandığı belirtilmiştir.

Duyarlılık arttıkça davranışın gerçekleşme olasılığı da artmaktadır. Bir kadının erken tanı davranışlarının geliştirilmesi için öncelikle meme kanserine yatkın olduğunu hissetmesi ve meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılaması gereklidir. Duyarlılık algısındaki artış ile meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışların da daha fazla olacağı belirtilmektedir. Bu çalışmada yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda deney grubunda duyarlılık algısının artması kadınların KKMM yapma oranlarını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda deney grubundaki kadınların sağlık motivasyonunun kontrol grubuna göre yüksek olması, KKMM yapma oranlarını arttırdığını düşündürmektedir. Sağlık motivasyonu, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışların oluşması için genel niyet ve isteklilik durumunu ifade etmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık motivasyonu algısının KKMM yapma davranışlarında olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir (Champion ve Scott 1997; Petro Nustas, 2001). Bir çalışmada, sağlık motivasyonunun artması ile KKMM sıklığının arttığı tespit edilmiştir (Graham, Liggons ve Hypolite 2002). Chuntharapat ve arkadaşlarının (2005), yaptıkları çalışmada eğitim sonrası sağlık motivasyonunda anlamlı bir fark ortaya çıkmış ve bunun KKMM uygulamalarını arttırdığı saptanmıştır. Merey'in (2002), çalışmasında KKMM hakkında eğitim alan bireylerin sağlık motivasyonu algıları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada deney grubundaki kadınların sağlık motivasyonunun kontrol grubuna göre yüksek olmasının, KKMM yapma oranlarını arttırdığı düşünülmektedir.

Literatürde öz-etkililik algısı davranışın oluşması ve sürdürülmesinde en önemli etken olarak tanımlanmaktadır. Jirogwong ve Mclennan (2003), öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara göre 4.6 kat daha fazla her ay düzenli kendi kendine meme muayenesi yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada, deney grubunda KKMM yapma oranlarındaki artışın kadınların hemşirelik girişimleri sonrası öz-etkililik algılarının yüksek olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Umeh ve Gibson' un (2001) çalışmasında, KKMM yararları arttıkça ve algılanan engeller azaldıkça KKMM uygulama sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Petro-Nustas ve Mikhail'in (2002), çalışmasında yarar algısı ile KKMM sıklığı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Aynı çalışmada engel algısı azaldıkça KKMM sıklığının arttığı belirtilmektedir. Farklı olarak Jirojwong ve MacLennan (2003) kadınlarda KKMM yarar algısı ve engel algısının KKMM yapma oranlarını etkilemediğini belirtmiştir. Bu çalışmada deney grubunda yer alan kadınların KKMM yarar algılarının yüksek, engel algılarının düşük olarak saptanması kadınların hemşirelik girişimleri sonrasında KKMM yapma oranlarını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Kadınlarda meme kanserinin erken dönemde önlenmesi tüm kadınların bu konuda bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile mümkün olacaktır. Sağlık İnanç Modeli kullanılarak yapılan çalışmalarda bireylerin konu ile bilgilendirilmelerinin ardından olumlu sağlık davranışlarını geliştirdikleri (Nahcivan ve Seçginli 2007; Pender, 2006; Oliver-Vazquez ve ark., 2002) ve erken tanı davranışlarına (KKMM, KMM ve mamografi) başvurdıkları saptanmıştır (Beydağ ve Karaoğlu 2007; Champion ve Huster, 1995; Champion ve ark., 2000; Constanza ve ark., 2000; Earp ve ark., 2002; Gölbaşı, Kutlar ve Akdeniz, 2009; Maxwell ve ark., 2003; Navarro ve ark., 1998; Nguyen ve ark., 2001; Parlar ve ark., 2004; Paskett ve ark., 2006; Taylor, 1998; Tuong, 2007). Bu nedenle kadınların KKMM davranışının artmış olması hemşirelik girişimlerinin bir göstergesidir ve beklenen bir sonuçtur. Ayrıca bu çalışmada kadınların KKMM yapma davranışının bir yıldan önceki herhangi bir dönemde yaptıkları KKMM davranışlarından anlamlı düzeyde etkilendiği saptanmıştır. Literatürde önceki davranışların meme ve serviks kanseri erken tanısına yönelik olarak sonradan gerçekleştirilen davranışlara olan etkisinin incelendiği çalışmalara ulaşılammıştır. Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre bireyin önceki sağlık davranışları şimdiki davranışların oluşumunda bireyi davranışa hazırlamakta, davranışın alışkanlık haline gelmesinde etkili olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada kadınların çoğunun bir yıldan önceki herhangi bir zamanda KKMM davranışını deneyimlemiş olması engel algılarının düşmesini, bu davranışı gerçekleştiren kadınların sayısının artmasını sağlamış olabilir.

Bu çalışmada deney grubunda hemşirelik girişimlerinden 3 ay sonra yapılan izlemde **KMM yaptıran kadın oranı** %22 iken kontrol grubunda KMM yaptıran kadın oranı %4'dür. Aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olması (Tablo 11) "H4: Deney grubunda

hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların klinik meme muayenesi yaptırmaya sıklığı daha yüksektir” hipotezini desteklemektedir.

Constanza ve arkadaşları (2000) 50 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada, eğitim öncesine göre eğitim sonrası KMM’nde bir artış saptanmıştır. Benzer olarak Nguyen ve arkadaşları (2001) ile Champion ve arkadaşları (2000) tarafından çalışmalarda yapılan eğitimin KMM’si yaptırmada etkili olduğunu göstermektedir. Ancak Tuong’nin (2007) Vietnam’lı kadınlarla yaptığı çalışmada, kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası klinik meme muayenesi yaptırmaya arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bu çalışmada, kadınların hemşirelik girişimleri sonrası KMM yaptırmaya oranlarının yüksek çıkması hemşirelik girişimlerinin (eğitim, hatırlatıcı kullanımı) etkinliğini göstermesi açısından beklenen bir sonuçtur. Ayrıca duyarlılık ve sağlık motivasyonu algısının yüksek olmasının KMM’ni yaptırmaya davranışında etkili olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmada kadınların KMM yapma davranışının bir yıldan önceki herhangi bir dönemde yaptıkları KMM davranışlarından anlamlı düzeyde etkilenmiştir. SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %75’i kadınların sonradan geliştirdikleri davranışlarda önceki davranışların etkili olduğunu belirtmektedir (Pender, 2006). Bu çalışmanın sonucu kadınların KMM’ne yönelik önceki davranışlarının hemşirelik girişimlerinden sonraki KMM davranışını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Deney grubunda hemşirelik girişimlerinden 3 ay sonra kadınların **mamografi çekirme davranışlarında** artış olduğu saptanmış (Tablo 12) ve “H5: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların mamografi çekirme sıklığı daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Kadınlarda algılanan duyarlılık ile mamografi çekirme arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada algılanan duyarlılığı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara oranla mamografi çekirme oranlarının 0.74 kat fazla olduğu ve algılanan duyarlılık ile mamografi çekirme arasındaki korelasyonun .29 olduğu saptanmıştır. Bu bulgudan farklı olarak bazı çalışmalarda mamografi taramalarına katılım ile duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Champion ve Menon, 1997; Champion ve Scott, 1997; Hyman ve ark., 1994). Mickey, Durski, Worden ve Danigelis (1995), düşük gelirli Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda yaptığı ve kadınların meme kanseri tarama davranışları ile ilişkili faktörleri incelediği çalışmalarında, duyarlılık algısının düzenli mamografi çekirilmesinde önemli bir belirleyici olmadığı bulunmuştur. Ayrıca Constanza ve arkadaşları (2000) tarafından 50 yaş

ve üzeri kadınlarda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, eğitim öncesine göre eğitim sonrası mamografide bir artış saptanamamıştır. Russell, Perkins, Zollinger ve Champion (2006), son 5 yıl içinde en az 1 kez mamografi çektiren 602 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada duyarlılık algısının rutin mamografi taramalarında önemli olmadığını saptamışlardır. Cronan ve arkadaşları (2008), 146 kadında yaptığı çalışmada algılanan duyarlılık ile kadınların mamografi taramalarına katılımları arasında ilişki olmadığını saptamıştır. Tuong'nin (2007) Vietnam'lı kadınlarla yaptığı çalışmada, kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası mamografi çektirmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bununla beraber kadınların %80'i mamografi için randevu alacağını belirtmiştir. Bu çalışmada kadınların duyarlılık algılarında artış olmasının mamografi çektirmelerini etkilediği düşünülmektedir.

Sağlık motivasyonunun yüksek olması da kadınların mamografi tarama davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık motivasyonu algısının mamografi yaptırmaya durumuna yönelik olumlu yönde etkisi olduğu belirtilmiştir (Champion ve Scott 1997; Petro Nustas, 2001). SİM'ne göre, sağlık motivasyonu algısı yüksek olan kadınların düzenli mamografi çektirme eğilimleri daha yüksek olacaktır. Bu çalışmada kadınların sağlık motivasyonlarında artış görülmesinin kadınların mamografi çektirme oranlarında artışa neden olduğunu düşündürmektedir.

Literatür öz-etkililik algısının mamografi davranışını göstermede olumlu etkisini desteklemektedir. Champion ve arkadaşları (2005), kadınlarda öz-etkililik algısının artması ile mamografi çektirme oranının 1.09 kat arttığını saptamışlardır. Palmer ve arkadaşları (2005), kadınlarda öz-etkililik algısının yükselmesi ile mamografi çektirme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ($r=.73$), öz-etkililik algısının artması ile mamografi çektirme oranının 2.1 kat arttığını saptamışlardır. Cronan ve arkadaşları (2008) üç etnik grup üzerinde yaptıkları çalışmada, tüm gruplarda öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların mamografi tarama davranışlarının daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Fernandez ve arkadaşları (2009), yoksul 50 yaş ve üzerindeki İspanyol kadınlarda meme ve serviks kanseri taraması geliştirme programının etkinliğini değerlendirmişlerdir. Altı aylık izlem sonrasında deney grubunda mamografi öz-etkililik algılarında anlamlı fark bulunmuştur.

SİM'de de belirtildiği üzere öz etkililik arttıkça meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirme olasılığının artması beklenen bir sonuçtur. Bu çalışmada deney grubundaki kadınların mamografi çektirme davranışlarında artış görülmesinin kadınların öz-etkililik

algılarının hemşirelik girişimleri sonrası yüksek olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Meme kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesinde yarar ve engel algılarının etkili olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir (Champion ve Menon, 1997; Fernandez ve ark., 2009; Lu, 2001; Paskett ve ark., 1999). Farklı olarak Russell ve arkadaşları (2006), yarar algısının rutin mamografi taramalarında önemli olmadığını sadece engel algısının düşük olmasının mamografi çekimini arttırdığını saptamıştır. Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada algılanan yarar ile kadınların mamografi davranışları arasında ilişki olmadığı ancak engel algılarının düşük olmasının mamografi yaptırmada etkili olduğu belirtilmiştir (Cronan, 2008). Bu çalışmada kadınların yarar algısındaki yükselme ve engel algısındaki düşme mamografi davranışını olumlu yönde etkilemiştir ve beklenen bir sonuçtur.

Yapılan bütün çalışmalar meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde eğitimin etkinliğini desteklemektedir. Ancak eğitimi yapmadan önce bireylerin erken tanı davranışlarını gerçekleştirmelerine engel olan faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu faktörler belirlendikten sonra eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu eğitimlerin **hatırlatıcılarla** desteklenmesi önem taşımaktadır (Bonfil ve ark., 2009; Oliver-Vazquez ve ark., 2002). Sağlık İnanç Modeli'nde bir davranışın gerçekleştirilmesinde eyleme geçirici olarak hatırlatıcı kullanımının önemli olduğu bildirilmektedir. Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarına katılımı ve sürdürmeyi sağlayan çeşitli hatırlatıcılar (hatırlatıcı mektuplar, telefonla hatırlatma, mail ile hatırlatma, bilgi verici broşürler, ev ziyaretleri, kombine müdahaleler, medya..) yer almaktadır (Bonfil ve ark., 2009; Gözümlü, Karayurt, Kav ve Platin; 2010; Hacıhasanoğlu ve Gözümlü, 2008; Kwok ve ark., 2005; Taplin ve ark., 2000; Oliver-Vazquez ve ark., 2002).

Bu çalışmada, deney grubuna verilen eğitim sonrasında kadınlara konu ile ilgili broşürler dağıtılmış, telefon ile hatırlatma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda bireylerin konu ile bilgilendirilmeleri ve eyleme geçirici unsurların kullanılması ile olumlu sağlık davranışlarını geliştirdikleri saptanmıştır (Bonfil ve ark., 2009; Champion ve ark., 2002; Kwok ve ark., 2005; Lantz ve arkadaşları 1995; Seow ve ark., 1998; Taplin ve ark., 2000, Arevian ve ark., 2006). Kalichman ve arkadaşları (2000) Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda yaptıkları çalışmada sağlık eğitiminin yanı sıra, film ve meme maketi kullanmıştır. Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların KKMM yapma oranlarının kontrol grubuna göre 3.5

kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Champion ve arkadaşları (2006) 344 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, bilgisayar etkileşiminin %40, video formatındaki mesajların %24.6 ve broşürün %32.1 oranında mamografiye bağlılığı arttırdığını bulmuştur.

SİM, sağlığı koruma ve geliştirmede sağlık profesyonellerinin (hemşire vs.), davranışla ilgili eyleme geçiriciler konusunda bireylere yardımcı olmasına olanak sağlamaktadır. Bu çalışmada hemşirelik girişimleri sonrası kadınların KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çekirme oranlarının kontrol grubuna göre yüksek çıkması verilen eğitimin ve hatırlatıcı (telefon ile hatırlatma, broşür) kullanımının etkinli olduğunu göstermektedir.

Ayrıca bu çalışmada kadınların bir yıldan önceki herhangi bir dönemde mamografi çekirmelerinin hemşirelik girişimleri sonrası mamografi çekirme davranışlarını anlamlı düzeyde etkilendiği saptanmıştır. Önceki davranışlar bireyi yeni davranışa hazırlamakta ve alışkanlık oluşumuna katkı sağlamaktadır (Pender 2006). Bu sonuç kadınların daha önceki olumlu deneyimlerinden ve engel algılarının düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

5.3. Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları

Bu çalışmada, deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri sonrası Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği alt boyutlarından **duyarlılık algısı puan ortalamaları** kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmış olup (Tablo 13). “H6a: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların serviks kanseri duyarlılık algısı puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Literatürde kadınlarda serviks kanseri ve pap smear testine yönelik inançlarını içeren çalışmalar sınırlı sayıdadır. McFarland (2003), pap smear testi ve servikal kansere yönelik olarak kadınların bilgi ve algılarını incelediği çalışmada, 30 kadın ile yaptıkları görüşme sonrasında, katılımcıların çoğunluğunun serviks kanseri duyarlılık algılarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Jirogwong ve arkadaşları (2001), kadınlarda yaptıkları çalışmada kadınların sağlık inançları ve pap smear yaptırma durumlarını incelemiştir. Çalışmada, serviks kanseri duyarlılık algısı yüksek olan kadınların pap smear yaptırma oranlarının daha fazla olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir. McFarland (1999), gelir seviyesi düşük ve yüksek olan kadınlarda algılanan duyarlılık ile pap smear testi yaptırma oranları arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmada deney grubunda hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası duyarlılık algısında anlamlı bir farkın olması verilen hemşirelik girişimlerinin etkili olduğunu ve kadınların kendilerini serviks

kanseri olma konusunda risk altında görmelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Ayrıca kontrol grubunda da girişim öncesine göre girişim sonrası duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunması doldurulan veri toplama formları ile ilişkili olabilir.

Çalışmada deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri sonrası ölçek alt boyutlarından serviks kanseri **ciddiyet algısı puan ortalamaları** arasında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 13) ve “H6b: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların serviks kanseri ciddiyet algıları kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir. Ancak deney grubunda hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası serviks kanseri ciddiyet algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Jirogwong ve arkadaşları (2001), ciddiyet algısı yüksek olan kadınların pap smear testi yaptırmaya oranlarının daha fazla olduğunu saptamıştır. Yapılan başka bir çalışmada kadınların serviks kanserine yönelik olarak ciddiyet algılarının yüksek olduğu belirtilmektedir (McFarland, 2003). Bu çalışmada kadınların hemşirelik girişimleri sonrası serviks kanseri ciddiyet algılarında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmaması kanseri ciddi bir hastalık olarak algılamamalarından ve kaderci yaklaşımlarından (kaderde varsa olur) kaynaklandığını düşündürmektedir. Ayrıca deney grubunda hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası ciddiyet algısında artış olması hemşirelik girişimlerinin etkinliğini göstermesi açısından beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası pap smear testi yaptırmaya yönelik **yarar algısı puan ortalamaları** arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 13) ve “H6c:Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların serviks kanseri **yarar algısı** kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi doğrulanmıştır. Deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası pap smear testi yaptırmaya yönelik **engel algısı puan ortalamaları** arasında anlamlı bir fark saptanmamış olup (Tablo 13) “H7:Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların pap smear testi engel algısı kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezi red edilmiştir.

Tung ve arkadaşları (2008), Viyetnam kökenli Amerikalı 80 kadın üzerinde yaptığı tanımlayıcı ve kesitsel çalışmalarında serviks kanseri erken tanı davranışları ile kadınların yarar ve engel algıları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yarar algısının yüksek olması ve engel algısının düşük olmasının kadınların pap smear testi yaptırmada etkili değişkenler olduğunu

saptamışlardır. Lee ve arkadaşları (2008), Kore kökenli Amerikalı 189 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada yarar algısının yüksek olmasının ve engel algısının düşük olmasının kadınların pap smear testi yaptırmada etkili olduğunu saptamışlar, engel algısı düşük olan kadınların yüksek olan kadınlara oranla 7 kat daha fazla pap smear testi yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Jirogwong ve arkadaşları (2001), pap smear testi yarar algısı yüksek olan kadınların pap smear yaptırma oranlarının daha fazla olduğunu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığını belirtmiştir. Ayrıca pap smear engel algıları düşük olan kadınlar testi 0.1 kez daha yüksek oranda yaptırırken gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Paskett ve arkadaşları (1999), Afrika kökenli Amerikan kadınlarda yaptıkları toplum tabanlı çalışmada yapılan girişimlerin kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına etkisini incelemiştir. Üç yıllık izlem sonrasında deney grubunda pap smear yaptırma oranı %73'ten %87'ye yükselmiştir. Kadınların engel algılarında deney grubunda anlamlı bir fark saptanmış iken, pap smear testine yönelik pozitif inançları ve bilgilerinde girişim sonrası fark saptanmamıştır. Agurto ve arkadaşları (2004), kadınların pap smear yaptırmaya yönelik algılanan yararları arasında pap smear testi sonucunun negatif çıkmasının kendilerini rahat hissetmelerine neden olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca kadınların pap smear testi yaptırarak hastalıktan korunduklarına inandıkları, testin serviks kanseri dışında cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve vajinal enfeksiyonların tespitinde etkili olduğunu düşündüklerini saptamışlardır. MacFarland (2003), pap smear testine yönelik olarak kadınların yarar algılarının yüksek olduğunu belirtmiştir. Kadınların pap smear testini yaptırmama nedenlerini bilgi eksikliği olarak ifade etmiştir. Bu çalışmada deney grubundaki kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası yarar algılarının yüksek olması hemşirelik girişimlerinin etkili olduğunu göstermesi açısından beklenen bir sonuçtur. Ancak hemşirelik girişimleri sonrası deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmaması kadınların kültürel özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada deney grubundaki kadınlar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hemşirelik girişimleri sonrası serviks kanseri **öz-etkililik algısı puan ortalamaları** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup (Tablo 14). “H6d: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların pap smear testi öz-etkililik algıları kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Tung ve arkadaşları (2008), Viyetnam'lı kadınlarda öz-etkililik algısının yüksek olmasının kadınların pap smear testi yaptırmada etkili olduğunu saptamışlardır. Tayvan'lı kadınlarda yapılan başka bir çalışmada da öz-etkililik algısı yüksek olan kadınlarda pap smear

testi yaptıırma oranı özetkililik algısı düşük olan kadınlara göre 2.5 kat daha fazladır ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Jirogwong ve ark. 2001). Bu çalışmada deney grubundaki kadınlarda girişim öncesine göre girişim sonrası öz-etkililik algısının yüksek olması hemşirelik girişimlerinin etkinliğini göstermesi açısından beklenen bir sonuçtur.

5.4. Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları

Bu çalışmada deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası **pap smear testi yaptıırma sıklığı** kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo 15) ve “H8: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların pap smear testi yaptıırma sıklığı daha yüksektir” hipotezi doğrulanmıştır.

Arevian ve arkadaşları (2006), Lübnan’lı kadınlarda eğitim, broşür verme, ücretsiz pap smear yaptıırma kartı gönderme, radyo programı ile bilgilendirme gibi farklı girişimlerin pap smear testi yaptıırmada etkisini incelemiştir. Bir yıl sonrasında tüm girişimlerin kadınlarda pap smear yaptıırma oranlarında etkili olduğunu ve son bir yıl içinde %45.5’inin test yaptıırdığını saptamışlardır. Lantz ve arkadaşları (1995), kadınlarda hatırlatıcı kullanımının pap smear testi yaptıırmaya yönelik etkisini inceledikleri çalışmada; hatırlatıcı mektup ve daha sonrasında telefon ile hatırlatmaların yapıldığı deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre 6.9 kat daha fazla pap smear testi yaptıırdığı belirtilmektedir.

Bu çalışmada kadınların eğitim sonrası serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutum ölçeğı alt boyutlarından duyarlılık, yarar algılarının yüksek, engel algılarının düşük çıkmasının pap smear testi yaptıırma davranışını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Ayrıca bu sonuç kadınlara verilen eğitim ve telefon ile hatırlatmaların da etkili olduğunun bir göstergesidir. Aynı zamanda kadınların öz-etkililik algılarının eğitim sonrası yüksek çıkmasının da pap smear yaptıırma konusunda kendilerine olan güvenlerini arttırdığını ve pap smear testi yaptıırma oranını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Kadınların bir yıldan önce herhangi bir dönemde deneyimledikleri pap smear davranışı sonraki pap smear yaptıırma davranışlarını anlamlı düzeyde etkilemiştir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır (Pender 2006). Bu çalışmanın sonucu kadınların pap smear yaptıırmaya yönelik önceki davranışlarının hemşirelik girişimlerinden sonraki pap smear yaptıırma davranışını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

5.5. Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları

Bu çalışmada deney ve kontrol grubu arasında kadınların hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği **Sağlık Sorumluluğu alt boyutu** puan ortalamasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 16) ve H9: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların sağlık sorumluluğu kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Literatürde meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları ile ilgili çalışmalarda genellikle SİM kullanılmış olup Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak yapılan çalışma sınırlı sayıdadır (Johnson, 1998; Taylor, 1998). Johnson’ın (1998), 20 yaş ve üzeri Afrika kökenli Amerika’lı kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarının uygulanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptığı tanımlayıcı çalışmasında, kadınların %34.6’sının ayda bir kez KKMM’ni yaptığı, %9.6’nın iki yılda bir KMM yaptırdığı, %32.2’nin yılda bir mamografi çektiği belirtilmiştir. Çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyutu ile KKMM ($r = -.406$), KMM ($r = -.299$), ve mamografi ($r = -.231$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Kadınlarda bireysel sorumluluğun yüksek olması motivasyonlarını arttırmakta dolayısı ile tarama davranışlarını da etkilemektedir. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması ve gerektiğinde profesyonel kişilere başvurması anlamına gelen sağlık sorumluluğunda hemşirelik girişimleri sonrası deney ve kontrol grubu arasında fark olması, kontrol grubundaki kadınların sağlık algılarının yüksek olmasından ve herhangi bir belirti olmadan sağlık hizmetlerini kullanmamalarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca bu sonuç hemşirelik girişimlerinin kadınların sağlığı algılamalarını olumlu yönde etkilediğinin bir göstergesidir.

Ayrıca meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olması davranış üzerindeki etkisini göstermeye yönelik daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algı ve Davranışlarına Yönelik Sonuçlar

Bu çalışmada yapılan hemşirelik girişimleri sonrasında kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM yarar, KKMM öz-etkililik, ve mamografi yarar algısı puan ortalamalarında artma, KKMM ve mamografi engel algısı puan ortalamalarında azalma olduğu saptanmıştır. Ancak hemşirelik girişimleri sonrasında deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik ciddiye algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca hemşirelik girişimleri sonrası kadınların KKMM yapma, KMM yaptıрма ve mamografi çekirme oranları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde deney grubunda artış olduğu görülmüştür.

Deney ve kontrol grupları karşılaştırıldığında hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası kadınların serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak duyarlılık, yarar, öz-etkililik algısı puan ortalamaları artmış olup, engel ve ciddiye algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ayrıca hemşirelik girişimleri sonrası kadınların pap smear testi yaptıрма sıklığının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında deney grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür.

Deney grubunda yer alan kadınların hemşirelik girişimleri sonrası sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamalarının kontrol grubuna göre arttığı görülmüştür. Elde edilen veriler doğrultusunda;

6.2. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algı ve Davranışlarına Yönelik Öneriler

- Kadınlara yapılan hemşirelik girişimlerinin, meme ve serviks kanseri ile bu kanserlere yönelik erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesine yönelik farkındalığı arttırdığı ve algıları olumlu yönde etkilediği göz önünde bulundurulduğunda hemşireler tarafından yapılan girişimlerin ulusal ve bölgesel düzeyde yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması,

- Kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmesinde utanma, doktorun kadın olmaması gibi engeller gözönünde bulundurulduğunda kadınlara verilen hizmetlerin öncelikle kültüre özgü planlanması ve uygulanması,

- Sağlık kuruluşlarını erken tanı için kullanmayan kadınların nedenleri arasında uzun bekleme zamanları, randevu alamama, sosyal güvencenin olmaması gibi faktörlerin olması nedeniyle, kadınların erken tanı için başvurabilecekleri kurumlar hakkında bilgilendirilmesi, gerekirse yerel yönetimler ile işbirliği kurularak ücretsiz sağlık hizmeti olanağının sağlanması ve bu hizmetin yaygınlaştırılması,

- Ev ziyareti, telefon ile hatırlatma, broşür gibi birden fazla hatırlatıcının birlikte kullanılmasının kadınların unutma engellerini ortadan kaldırdığı, erken tanı davranışlarını arttırdığı dikkate alındığında, daha fazla hatırlatıcının (mail ile hatırlatma, bilgilendirici mektuplar vs.) kombine kullanılması ve bu hizmetlerin sunumunda halk sağlığı hemşirelerinin etkin rol alması,

- Toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından hemşirelik öğrencilerinin kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında etkili faktörler konusunda bilinçlendirilmesinin önemli olduğu düşünüldüğünde Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli gibi sağlığı geliştirme modellerine hemşirelik lisans müfredatlarında yer verilmesi önerilmektedir.

Araştırmacılara Öneriler

- Literatür incelendiğinde, Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve Sağlığı Geliştirme Modeli'nin (SGM) kavramlarını eğitim öncesi ve sonrası karşılaştıran ve eğitimin bu kavramlar üzerindeki etkisini gösteren hemşireler tarafından yapılan deneysel çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu nedenle yapılan girişimlerin etkinliğini görmek açısından Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli kavramlarını girişim öncesi ve sonrası karşılaştıran ve girişimin etkinliğini gösteren randomize kontrollü çalışmaların yapılması,

- Sağlık İnanç Modeli'nin bileşenlerine yönelik (duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel, öz etkililik, sağlık motivasyonu algıları) ayrı ayrı çalışmaların yapılması, bu çalışmaların sonuçlarını karşılaştıracak hemşirelik çalışmalarının planlanması,

- Meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak yapılan çalışmalarda SİM kullanımının yaygın olmasına karşın Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşenlerinden önceki davranışlar ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarının davranış oluşumunu nasıl etkilediğine yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olması nedeniyle bu konuların araştırıldığı hemşirelik çalışmaların yapılması,

- Literatür incelendiğinde meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde Planlı Davranış Teorisi, Transteorik Model gibi modellerin etkili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle Planlı Davranış Teorisi, Transteorik Model'e göre yapılandırılmış hemşirelik çalışmaların yaygınlaştırılması,

- Kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesinde Sağlık İnanç Modeli'nin kullanıldığı daha geniş örneklem ve daha fazla izlem sürelerini kapsayan çalışmaların planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abdullahi A, Copping J, Kessel A, Luck M, ve ark. Cervical screening: perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. Public Health 2009;123(10),680-685.
- Açıkgöz A. Meme ve serviks kanseri risk düzeyleri ve erken tanı hizmetleri kullanımı ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı AD. İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Agurto I, Bishop A, Sanchez G, Betancort Z, ve ark. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. Preventive Medicine 2004; 39:91-98.
- Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda papsmear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2010;2(2):1-4.
- Akyolcu N, Uğraş GA. Kendi kendine meme muayenesi: Erken tanıda ne kadar önemli? Meme Sağlığı Dergisi 2011;7(1):10-14.
- Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, ve ark. Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48:25-29.
- Alpteker H, Avcı A. Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. The Journal of Breast Health 2010; 6(2):74-79.
- Althuis MD, Brogan DR, Coates RJ. Hormonal content and potency of oral contraceptives and breast cancer risk among young women. British Journal of Cancer 2003; 88:50–58.
- American Cancer Society. Breast Cancer: Early Detection Erişim Tarihi:29.01.2012
<http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/MoreInformation/BreastCancerEarlyDetection/index>
- American Cancer Society. Causes, risk factors, and prevention topics what are the risk factors for breast cancer? 2011,
<http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/breast-cancer-risk-factors>.
Erişim Tarihi: 20.01.2012.
- American Cancer Society. Cervical Cancer. 2011
<http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/cervical-cancer-risk-factors>. Erişim Tarihi:29.01.2012

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Breast cancer screening. 2003, <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=3990&search=breast+self+examination>. Erişim: 03.04.2008.
- Anderson BO, Shyyan R, Eniu A, Smith R, ve ark. Breast cancer in limited-resource countries:an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines. *The Breast Journal* 2006; 12(1): 3-15.
- Arevian M, Nouredine S, Kabakian-Khasholian T. Raising awareness and providing free screening improves cervical cancer screening among economically disadvantaged Lebanese/Armenian women. *Journal of Transcultural Nursing* 2006; 17(4):357-364.
- Austin L, Ahmad F, McNally MJ, Steward D. Breast and cervical cancer screening in Hispanic Women: a literature review using the Health Belief Model. *Women's Health Issues* 2002;12:122-128.
- Avcı İA, Atasoy A, Sabah E. Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2007; 15(60):119-128.
- Aydın İ. Meme kanserinin erken tanısına yönelik iki farklı eğitimin, öğretmenlerin meme kanseri taramalarındaki inanç ve davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği AnaBilim Dalı Doktora Tezi, Erzurum, 2004.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(1): 1-13.
- Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Asian Journal of Psychology* 1999; 2:21-41.
- Borrayo EA, Buki LP, Feigal BM. Breast cancer detection among older Latinas: is it worth the risk?. *Qualitative Health Research* 2005;15:1244-1263.
- Bradbury J. Stop teaching breast selfexamination, Say Canadian experts. *The Lancet Oncology* 2001;2(8),461.
- Beji NK, Reis N. Risk factors for breast cancer in Turkish women: a hospital-based case-control study. *European Journal of Cancer Care* 2007;16:178-184.
- Beşer A, Bahar Z, Aydoğdu GN, Ersin F, Kıssal A. Validity and reliability study for the self-efficacy scale. *Health Med* 2012; 6(1):195-200.

- Beydağ KD, Karaoğlu H, Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(2):106-111.
- Bonfill CX, Marzo CM, Pladevall VM, Marti J. ve ark. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening. The Cochrane Library 2009;1:1-24.
- Boyer LE, Williams M, Callister LC, Marshall ES. Hispanic Women's Perceptions Regarding Cervical Cancer Screening. JOGNN 2001;30(2):240-245.
- Bradbury J. Stop teaching breast selfexamination, Say Canadian experts. The Lancet Oncology 2001;2(8),461.
- Buki LP, Jamison J, Anderson CJ, Cuadra AM. Differences in predictors of cervical and breast cancer screening by screening need in uninsured Latina women. Cancer 2007;110: 1578-85.
- Campbell JB. Breast Cancer-Race, Ethnicity, and Survival: A literature Review. Breast Cancer Research and Treatment 2002; 74(2):187-192.
- Chan SS, Chow, DMK, Loh EK, Wong DC, et al. Using a community-based outreach program to improve breast health awareness among women in Hong Kong. Public Health Nursing 2007;24(3):265-273.
- Champion V, Huster G. Effect of interventions on stage of mammography adoption. J Behav Med 1995;18(2):169-87.
- Champion VL, Menon U. Predicting mammography and breast selfexamination in African American women. Cancer Nursing 1997;20:315-322.
- Champion VL, Scott CR. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. Nursing Research 1997;46:331-337.
- Champion V, Skinner C, Foster J. The effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs knowledge and behavior related to mammography screening. Oncology Nursing Forum 2000; 27(10):1565-71.
- Champion V, Skinner C, Menon U, Seshadri R, ve ark. Comparisons of tailored mammography interventions at two months post intervention. Ann Behaviour Medicine 2002; 24(3):211-18.
- Champion V, Skinner CS, Menon U. Development of a self efficacy scale for mammography. Research in Nursing & Health 2005;28:329-336.

- Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. In: Glanz K., Rimer B.K., Viswanath K.V., eds. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, Inc 2008;46-65.
- Chang BL, Sarna L, Carter PA. Mammography screening behavior in older women caregivers. *Geriatric Nursing* 2001;22(1):33-36.
- Chuntharapat S, Sripotchanart W, Phongthanasarn J. Effects of Health Belief Model instruction on breast self-examination compliance in perimenopausal women. *Songklanakarind Journal of Nursing* 2005;20(2):123-138.
- Clemen-Stone S, McGuire Sandra L, Eigsti Diane G. Comprehensive Health Nursing Familiy Aggregate and Community Practice. Sixth Edition. 2002. By Mostby:386-387.
- Constanza M, Stoddard A, Luckmann R, White M ve ark. Promoting Mammography: results of a randomized trial of telephone counseling and a medical practice intervention. *Am J Prev Med* 2000;19(1):39-46.
- Cronan TA, Villalta I, Gottfried E, Vaden Y, ve ark. Predictor of mammography screening among ethnically diverse low income women. *Journal of Women's Health* 2008; 17(4): 527-538.
- Curbow B, Bowie J, Garza M, McDonnell KA, ve ark. Community-based cancer screening programs in older populations: making progress, but can we do better? *Preventive Medicine* 2004;38(6):676-693.
- Deavenport A, Modeste N, Marshak HH, Neish C. Closing the gap in mammogram screening: an experimental intervention among low-income Hispanic women in community health clinics. *Health Educ Behav* 2011; 11:1-10.
- Demirhan H, Özen İ, Bostancı M, Zincir M. Pamukkale üniversitesi kredi ve yurtlar kurumu kız öğrencilerinde kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bir araştırma, *Sağlık ve Toplum*, 2002;2(3):45-51.
- Deveci ES, Açık Y, Rahman S. Elazığ'ın kenar semtlerinde yaşayan kadınların yaşam koşulları ve sağlık riskleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010;9(1):45-50.
- Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege Bölgesi'nde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Medical Journal*,2007; 20(1):29-36.
- Do HH, Taylor VM, Yasui Y, Jackson JC ev ark., Cervical cancer screening among Chinese immigrants in Seattle, Washington. *Journal of Immigrant Health*, 2001;3:15-21.

- Dula DL, Factors which influence self breast examination in women aged sixty five and older, Presented to the Faculty of the School of Nursing, For Degree of Master of Science, Nursing Science, United State, 1996.
- Earp JA, Eng E, O'Malley MS, Altpeter M, ve ark. Increasing use of mammography among older, rural African American Women: results from a community trial. *Am J Public Health* 2002;92:646–654.
- Elik Z. Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamaları üzerine etkisi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2006.
- Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 2008;62(1):107–115.
- Epstein SS, Bertell R, Seaman B. Dangers and unreliability of mammography: breast examination is a safe, effective, and practical alternative. *International Journal of Health Services* 2001;31(3):605-615.
- Ersin F, Bahar Z. Inhibiting and Facilitating Factors Concerning Breast Cancer Early Diagnosis Behavior in Turkish Women: A Qualitative Study According to the Health Belief and Health Development Models. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention* 2011;12(7):1849-1854.
- Ertem G. Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onkoloji Dergisi* 2010;25(3):124-132.
- Facione NC, Dodd MJ, Holzemer W, Meleis AI. Help seeking for self discovered breast symptoms, Implications for early detection. *Cancer Pract* 1997;5:220-227.
- Fang C, Ma GX, Tan Y, Nungia C. A multifaceted intervention to increase cervical cancer screening among underserved Korean women. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 2007;16(6):1298-1302.
- Fawcett J, Gigliotti E. Using conceptual models of nursing to guide nursing research: the case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly* 2001;14(4):339-345.
- Fernandez ME, Gonzales A, Tortolero-Luna G, Williams J. ve ark. Effectiveness of Cultivando La Salud: A Breast and Cervical Cancer Screening Promotion Program for low-income Hispanic Women. *American Journal of Public Health* 2009; 99(5): 936-943.

- Fleiss JL, Tytun A, Ury SHK. A simple approximation for calculating sample sizes for comparing independent proportions. *Biometrics* 36(1980) pp. 343-346.
- Garza MA, Luan J, Blinka M, Farabee-Lewis, RI, ve ark. A Culturally targeted intervention to promote breast cancer screening among low-income women in East Baltimore, Maryland. *Cancer Control* 2005; November:34-41.
- Gasalberti D. Early detection of breast cancer by self-examination: The influence of perceived barriers and health conception. *Oncology Nursing Forum* 2002;29(9):1341-1347.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (Ed). *Health behavior and health education theory, research, and practice*. San Francisco, CA : Jossey Bass, 2008.
- Graham ME, Liggons Y, Hypolite M. Health beliefs and self breast examination in black women, *J Cult Divers* 2002; 9(2):49-54.
- Green BB., Taplin SH. Breast Cancer Screening Controversies. *The Journal of The American Board of Family Practice* 2003; 16(3): 233-241.
- Green J, Berrington de Gonzalez A, Sweetland S, Beral V, ve ark., Risk factors for adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20-44 years: the UK national case-control study of cervical cancer. *Br J Cancer* 2003;89:2078-2086.
- Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H. Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri/kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007;3(2):53-57.
- Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme kanseri taramalarında champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2004;1(2):71-85.
- Gözüm S, Aydın İ. Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *Cancer Nursing* 2004;27(6):491-498.
- Gözüm S, Karayurt Ö, Kav S, Platin N. Effectiveness of peer education for breast cancer screening and health beliefs in eastern Turkey. *Cancer Nursing* 2010;33(3):213-220.
- Guilfoyle S, Franco R, Gorin SS. Exploring older women's approaches to cervical cancer screening. *Health Care for Women Int.* 2007;28: 930–950.
- Güvenç G. Serviks kanseri hakkında farkındalık arttırmaya yönelik geliştirilen yöntemin kadınların pap smear yaptırmalarına etkisi. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Doktora Tezi*, 2008, Ankara.

- Gürsoy AA. Kendi kendine meme muayenesi çelişkisi. TAF Prev Med Bull, 2008;7(3):257-260.
- Hacıhasanoğlu R, Gözümlü, S. The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self-examination on women attending a public education centre European Journal of Oncology Nursing 2008; 12: 58–64.
- Haris S, Kinsinger LS. Routinely breast selfexamination is dead, What does it mean?. Journal of National Cancer Institutes. 2002;94(19):1420-1421.
- Hochbaum G.M. (Subsequently modified by other authors). Health Belief Model.Erişim:17.03.2010. http://www.courseweb.uottawa.ca/epi6181/images/Health_Belief_Model_review.pdf. 1958.
- Hyman RB, Baker S, Ephraim R, Moadel A, ve ark. Health belief model variables as predictors of screening mammography utilization. Journal of Behaviour Medicine 1994; 17:391-406.
- Iannotti RJ, Finney LJ, Sander AA, De Leon JM. Effect of Clinical Breast Examination Training on Practitioner's Perceived Competence. Cancer Detection and Prevention 2002;26:146-148.
- International Agency for Research on Cancer, IARC. GLOBOCAN 2008, Cancer Fact Sheet.2010, <http://globocan.iarc.fr/>. Erişim Tarihi: 25.02.2012.
- International Agency for Research on Cancer, IARC. 2005, <http://www.iarc.fr/> Erişim Tarihi: 25.02.2012.
- Jirojwong S, MacLennan R. Health Beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai Migrants in Brisbane. Journal of Advanced Nursing 2003; 41(3):241-249.
- Jirojwong S, MacLennan R, Manderson L. Health beliefs and pap smears among Thai Women in Brisbane, Australia. Asia-Pacific Journal of Public Health 2001; 13(1):19-23.
- Juon H, Seung-Lee C, Klassen AC. Predictors of regular pap smear among Korean-American women. Preventive Medicine 2003; (37):585-592.
- Johnson CR. The relationship between health promoting lifestyles and the practice of breast cancer screening behaviours in adult women. A Thesis Presented to The Faculty of the Department of Nursing Clarkson Collage, 1998, United State.
- Juneja A, Sehgal A, Mitra AB, Pandey AA. Survey on risk factors associated with cervical cancer. Indian J Cancer 2003;40:15-22.

- Kaiser Permanente Care Management Institute. Cervical cancer screening guideline.2006, www.guideline.gov. Erişim Tarihi:01.03.2008.
- Kalichman SC, Williams E, Nachimson D. Randomized community trial of a breast self-examination skills-building intervention for Inner-City African-American women. JAMWA,2000; 55 (1):47-50.
- Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuranların pap smear hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Sağlık ve Toplum 2003;13(2):60-66.
- Kavlak O, Bal Yılmaz H, Şeyda D, Emzirme ve kanser araştırmalarının incelenmesi, Meme Sağlığı Dergisi 2010;6(4):141-144.
- Kim H, Lee K, Lee S, Kim S. Cervical cancer screening in Korean Americanwomen: Findings from focus group interviews. Journal of Korean Academy of Nursing 2004;34(4):617-624.
- Kılıç MS. Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda olan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. Fırat Üniversitesi Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara, 1994.
- Koca B. Kendi kendine meme muayenesini bilmenin kadın sağlığı açısından önemi. Yeni Tıp Dergisi 2010;27:10-14.
- Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;(2).Art. No.: CD003373. doi:10.1002/14651858. CD003373. 2008;4:2-17
- Kwok C, Cant R, Sullivan G. Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. Health Education Research 2005; 20(6):739–747.
- Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F, Faghihzadeh S, ve ark. Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. Eastern Mediterranean Health Journal 2007; 13(5):1160-1169.
- Lampic C, Thurfjell E, Sjöden PO. The Influence of A False-Positive Mammogram On A Woman's Subsequent Behaviour for Detecting Breast Cancer. European Journal of Cancer 2003;39:1730-1737.
- Lane DS, Zapka J, Breen N, Messina CR, Fotheringhams DJ. A Systems Model of Clinical Preventive Care: The Case of Breast Cancer Screening Among Older Women. Preventive Medicine 2000;31:481-493.

- Lantz PM, Stencil DS, Lippert MT, Beversdof S. ve ark. Breast and cervical cancer screening in a low-income managed care sample: the efficacy of physician letters and phone calls. *American Journal of Public Health* 1995; 85(6):834-836.
- Lee EE, Fogg L, Menon U. Knowledge and beliefs related to cervical cancer and screening among Korean-American women. *West J Nurs Res* 2008; 30(8):960-74.
- Lee-Lin F, Pett M, Menon U, Lee S ve ark. Cervical cancer beliefs and Pap test screening practices among Chinese American immigrants. *Oncol Nurs Forum* 2007;34(6):1203-1209.
- Lee EE, Fogg L, Menon U. Knowledge and beliefs related to cervical cancer and screening among Korean-American women. *West J Nurs Res* 2008; 30(8):960-74.
- Lee EE, Tripp-Reimer T, Miller A, Sadler G, ve ark. Korean American women's beliefs about breast and cervical cancer and associated symbolic meanings. *Oncology Nursing Forum* 2007;34(3):713-720.
- Lechner L, De Vries H, Offermans N. Participation in a breast cancer screening program: Influence of past behavior and determinants on future screening participation. *Preventative Medicine* 1997; 26:473-482.
- Lierman LM, Young HM, Cope CP, Georgiadou F, Benoliel JQ. Effect of education and support on breast self examination in older women. *Nursing Research* 1994;43(3):158-163.
- Lu ZJ. Effectiveness of breast self-examination nursing interventions for Taiwanese community target groups. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34:163-170.
- Maaita M, Barakat M. Jordanian women's attitudes towards cervical screening and cervical cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;22(4):421-2.
- Machin D, Campbell MJ. *Statistical Tables for Design of Clinical Trials* Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1987.
- Makuc DM, Breen N, Freid V. Low income, race, and the use of mammography, HSR: Health Services Research, 1999;34,1 (April 1999, Part II).
- Maxwell AE, Bastani R, Perlaminida Vida BA, Umme SW. Result of randomized trail to increase breast and cervical cancer screening among Filipino American women. *Preventive Medicine* 2003;37: 102-109.

- McFarland DM. Cervical cancer and pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. Doctoral thesis, Boston College, Graduate School of Nursing, Massachusetts, 1999, United States.
- McFarland DM. Cervical cancer and pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. *International Nursing Review* 2003;(50):167-175.
- McCready T, Littlewood D, Jenkinson J. Breast self-examination and breast awareness: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14(5):570-8.
- Meeske K, Press M, Patel A, Franceschi S. Impact of reproductive factors and lactation on breast carcinoma in situ risk. *International Journal of Cancer* 2004;110:102–109.
- Merey S. Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.
- Mickey RM, Durski J, Worden JK, Danigelis, NL. Breast cancer screening and associated factors for low income African-American women. *Preventive Medicine* 1995; 24:467-476.
- Miedema B, Tatemichi S. Breast and cervical cancer screening for women between 50 and 69 years of age: What prompts women to screen?. *Women's Health* 2003;13:180-184.
- Nahcivan NÖ, Seçginli, S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modeli ölçeğinin kullanımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;7(1):33-38.
- Nahcivan N, Seçginli S. Health beliefs related to breast self examination in a sample of Turkish women. *Oncology Nursing Forum* 2007;34(2):425-432.
- National Breast Cancer Coalition. Breast Self-Exam: Current Research and Recommendations. (<http://www.stopbreastcancer.org/index.php?option=comcontent&task=view&id=505&Itemid=180>). Erişim Tarihi: 12.05.2010.
- National Health Services Breast Screening Programmes. <http://cancerscreening.org.uk/breastscreen>, Erişim Tarihi: Mart 2008.
- Navarro AM, Senn KL, McNicholas LJ, Kaplan RM, ve ark. Model intervention enhances use of cancer screening tests among Latinas. *Am Journal Preventive Medicine* 1998;15(1): 32-41.
- Nguyen T, Vo PH, McPhee SJ, Jenkins CNH, Promoting Early Detection of Breast Cancer among Vietnamese-American Women, Results of a Controlled Trial. *Cancer Supplement* 2001;91(1):267-273.

- Oestreicher N, White E, Lehman CD, Mandelson MT, ve ark. Predictors of sensitivity of clinical breast examination. *Breast Cancer Research and Treatment* 2002; 76:73-81.
- Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, DuHamel K ve ark. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *Journal of the National Medical Association* 2005;97(2):162-170.
- Oliver-Vazquez M, Ayendez MS, Perez ES, Almodovar HV, ve ark. Breast cancer Health Promotion Model for older Puerto Rican women: Results of a pilot programme. *Health Promotion International* 2002;17(1):3-11.
- O'Malley AS, Forrest CB. Adherence of low-income women to cancer screening recommendations. *Journal of General Internal Medicine* 2002;17:144-154.
- Oran B, Celik I, Erman M. Analysis of menstrual, reproductive, and life-style factors for breast cancer risk in Turkish women: a case-control study. *Medical Oncology* 2004; 21:31-40.
- Ozan YD. Farklı meslek gruplarına mensup 15-65 yas arası kadınların, meme ve serviks kanserinden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, 2007, Diyarbakır.
- Özmen D, Özsoy SA. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 25(1):51-69.
- Öztürk M, Engin VS, Kışioğlu AN, Yilmazer G. Effects of Education on Knowledge and Attitudes Breast Self Examination Among 25+ Years Old Women. *Easterne Journal of Medicine* 2000; 5(1): 13-17.
- Palmer RC, Fernandez ME, Tortolero-Luna G, Gonzales A, ve ark. Correlates of mammography screening among hispanic women living in lower rio grande valley farmworker communities. *Health Education & Behaviour* 2005; 32(4):488-503.
- Parikh S, Brennan P, Boffetta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. *Int J Cancer* 2003;105:687-691.
- Park SM, Hur HK, Kim GY, Song HY. Knowledge, barriers, and facilitators of Korean women and their spouses in the contemplation stage of breast self-examination. *Cancer Nursing* 2007;30(1):78-84.

- Parlar S, Bozkurt Aİ, Owayolu N. Bir ana çocuk sağığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğıtımın değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8(2):9-15.
- Paskett E, Tatum C, Rushing J, Michielutte R ve ark. Randomized of an İntervention to Improve Mamography Utilization Among a Triracial Rural Population of Women. Journal of the National Cancer Institute 2006;98(17):1226-1231.
- Pender NJ, Murdaugh LC, Parsons AM. Health promotion in nursing practice. Fifth edition. USA:Prentce Hall, 2006; 51-57.
- Pender NJ. Health promotion in nursing practice (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton and Lange. 1996;102-110.
- Pender NJ. Health promotion in nursing practice. Second Edition. Norwalk, CT:Appleton&Lange, 1987.
- Peragallo NP, Alba ML, Tow B. Cervical cancer screening practices among Latino women in Chicago. Public Health Nursing 1997;14(4):251-255.
- Petro-Nustas WI. Young Jordanian women's health belief about mammography. Journal of Community Health Nursing 2001;18(3):177-194.
- Petro-Nustas W, Mikhail BI. Factors associated with breast selfexamination among Jordanian women. Public Health Nursing 2002; 19:263-270.
- Pillay AL. Rural and urban South African women's awareness of cancer of the breast and cervix. Ethnicity&Health 2002;7:103-14.
- Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principles and methods. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins. 2004.
- Rao RS, Suma N, Nair NS, Kamath VG. Acceptability and effectiveness of a breast health awareness programme for rural women in India. Indian J Med Sci 2005;59:8-402.
- Reis N, Beji NK, Kılıç D. Servikal kanser için risk faktörleri: hastane temelli vaka-kontrol çalışmasının sonuçları. International Journal of Hematology and Oncology 2011;21(3):153-159.
- Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. The Breast Journal 2006;12(1):103-110.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health Education & Behavior 1988;15(2):175-183.

- Rosenberg LU, Magnusson C, Lindstrom E, Wedren S, ve ark. Menopausal hormone therapy risk of different histological subtypes of breast cancer: a case-control study. *Breast Cancer Research* 2006;8:11.
- Russell K, Perkins SM, Zollinger TW, Champion VL. Sociocultural context of mammography screening use. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33:105-112.
- Sadler GR, Dong HS, Ko CM, Luu TT, ve ark. Vietnamese American women: Breast cancer knowledge, attitudes, and screening adherence. *American Journal of Health Promotion*. 2001;15: 211-214.
- Sadler GR, LaHousse SF, Riley J, ve ark. Predictors of breast and cervical cancer screening among Chamorro women in Southern California. *J Cancer Educ* 2007;25:76-82.
- Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yıllığı 2010. 2011, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf?ret=0>. Erişim Tarihi: 20.02.2012.
- Sağlık Bakanlığı. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Serviks kanseri taraması ulusal standartları. 2009, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/kanser/pdf/serviks_kanser_gen.pdf. Erişim Tarihi: 10.08.2010.
- Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thara S, Muwonge R, ve ark. Clinical breast examination: preliminary results from a cluster randomized controlled trial in India. *JNCI J Natl Cancer Inst* (2011);103(19):1476-1480
- Schaler RR, Rose DP. Mammography screening and breast cancer biology in african american women-a review. *Cancer Detection and Prevention* 2002;26:180-191.
- Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlığı geliştirme programının tarama davranışlarına etkisi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı hemşireliği Doktora Tezi, İstanbul, 2007.
- Semiglazov VF, Moiseyenko VM, Manikhas AG, Protsenko SA, ve ark., Interim results of a prospective randomised study of self-examination for early detection of breast cancer. *Vopr Onkol* 1999;45:265-271
- Seow A, Straughan PT, Lee HP. A randomized trial of the use of print material and personal contact to improve mammography uptake among screening non-attenders in Singapore. *Annals Acedemy of Medicine* 1998;27(6):137-142.
- Somunoğlu S. Meme kanserinde risk faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(5):1-12.

- Tabar L, Smith RA, Duffy SW. Update on effects of screening mammography. *The Lancet* 2002;360(27):337.
- Taplin SH, Barlow WE, Ludman E, Maclehos R ve ark. Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography: a randomized study. *Journal of National Cancer Institute* 2000;92(3):233-242.
- Tarrant M. Why are we still promoting breast self-examination? *International Journal of Nursing Studies* 2006;43(4):519-20. (PMID:16427642)
- Taylor GJ. Transforming decision making in African American Women: effects of a culturally sensitive breast self examination intervention. Doctoral Thesis, University of Alabama, 1998, Birmingham.
- Taylor, V.M., Jackson, J.C., Tu, S.P., Yasui, Y., Schwartz, S.M., Kuniyuki, A., et al. Cervical cancer screening among Chinese Americans. *Cancer Detection and Prevention* 2002; 26: 139–145.
- Thomas DB, Gao LG, Ray RM, Wang WW, ve ark. Randomized Trial of Breast Self-Examination in Shanghai: Final Results. *Journal of the National Cancer Institute* October 2 2002;94(19):1445-1457.
- Tung WC, Nguyen DHT, Tran T. Applying the transtheoretical model to cervical cancer screening in Vietnamese-American women. *International Nursing Review* 2008; 55:73–80.
- Tuong-Vi H. Anderson Cancer Center, Houston, TX. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American Women. *Oncology Nursing Forum* 2007;34(2):481.
- Umeh K, Gibson JR. Perceptions of threat, benefits, and barriers in breast self-examination amongst young asymptomatic women. *British Journal of Health Psychology* 2001;6:361-372.
- Van Til L, MacQuarrie C, Herbert R. Understanding the barriers to cervical cancer. screening among older women. *Qualitative Health Research* 2003;13(8):1116-1131.
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987; 36(2):76-80.

- Walter LC, Lindquist K, Covinsky KE. Relationship between health status and use of screening mammography and Papanicolaou smears among women older than 70 years of age. *Ann Intern Med* 2004;140(9):681-8.
- Weiss NS. Breast cancer mortality in relation to clinical breast examination and breast selfexamination. *The Breast Journal* 2003; 9(2):86-89.
- Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, ve ark. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian Women who have never had a pap smear: a qualitative study. *Singapore Medical Journal* 2009, 50(1):49.
- Yıldırım A, Şimşek H. Qualitative research methods in social sciences. Seçkin Publishing, Ankara. 2006.
- Yi JK, Cielito C, Gibby R. Factors Associated With Breast Self Examination Among Low Income Vietnamese Women. *Int. Quarterly of Community Health Education*, 2001;21(1).
- Young RF, Severson RK. Breast screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Research and Treatment* 2005;89:111-118.
- Yücel U. Kadınlara serviks kanserine ilişkin risk faktörleri ve korunma konusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2006, İzmir.
- Zhu K, Hunter S, Bernard LJ, Payne-Wilks K, Roland CL, Elam LC, et al. An intervention study on screening for breast cancer among single African-American women aged 65 and older. *Preventive Medicine* 2002; 34:536 –545

8. EKLER

EK 1

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Denek No:

İsim:

Adres:

Telefon:

1. Yaş:

2. Eğitim Durumu:

a- Okuryazar değil

b- Okur-yazar

c- İlkokul

d- Ortaokul

e- Lise

f- Üniversite

3. Medeni Durum: a-Evli b-Bekar

4. Sosyal Güvencesi:

a- SSK

b- Bağ-Kur

c- Emekli Sandığı

d- Sağlık Güvencesi Yok

EK 2

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

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

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir					
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum					
4. Meme kanserini düşünmek beni korkutur					
5. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım					
6.Meme kanserini düşünmekten korkarım					
7. Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek					
8. Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişkimi tehdit eder.					
9. Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek					
10. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim					
11. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					
12. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
13. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.					

14. Dengeli beslenirim.					
15. KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum.					
16. Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.					
17. Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.					
18. Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir.					
19. KKMM yapmaktan sıkılıyorum					
20. KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor					
21. Meme muayenesini yapmayı hatırlamak zordur					
22. Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok.					
23. Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, KKMM yapmanız gerekmez.					
24. Rutin mamografi çektiyorsanız KKMM yapmanız gerekmez					
25. Memelerim bana KKMM yapamayacağım kadar büyük geliyor.					
26. KKMM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var					
27. KKMM nin nasıl yapılacağını biliyorum					
28. KKMM ni doğru bir şekilde yapabilirim.					
29. KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim					
30. Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
31. Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
32. Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
33. KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum					
34. KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
35. Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
36. Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim.					

37. Mamografi ektirsem ve hiçbir Şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endiŐelenmem gerekmez.					
38. Mamografi ektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.					
39. Mamografi ektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.					
40. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.					
41. Mamografi ektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.					
42. Mememde kötü bir Şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.					
43. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım					
44. Mamografi ektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum					
45. Mamografi ektirmek çok sıkıntı vericidir.					
46. Mamografi ektirmek çok fazla zaman alır					
47. Mamografi ektirmek çok acı vericidir.					
48. Mamografi ekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.					
49. Mamografi ektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak					
50. Mamografi ektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam					
51. Mamografi ektirmekten daha önemli problemlerim var.					
52. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.					

Teşekkürler.

EK 3

SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

“Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği” Özmen tarafından geliştirilmiştir (Özmen ve Özsoy, 2009). Ölçekteki maddeler Sağlık İnanç Modeli’nin 4 alt boyutunu araştırmak amacıyla yapılandırılmıştır. Ölçekte algılanan duyarlılık alt boyutu için 9 madde, algılanan ciddiyet alt boyutu için 8 madde, algılanan engel alt boyutu için 7 madde, algılanan yarar alt boyutu için 6 madde bulunmaktadır. **DUYARLILIK** alt boyutu; 8, 9, 12, 14, 15, 19, 21, 24, 28. maddeler, **CİDDİYET** alt boyutu; 1, 2, 5, 7, 10, 18, 26, 29. maddeler, **ENGEL** alt boyutu; 11, 13, 17, 20, 23, 25, 30. maddeler ve **YARAR** alt boyutu; 3, 4, 6, 16, 22, 27. maddelerden oluşmaktadır.

Likert tipi ölçekte yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum şeklindeki ifadeler ile değerlendirilmiştir. Ölçekteki 30 maddenin 22 tanesi olumlu, 8 tanesi olumsuz ifadedir. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersten yapılır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30’dur. Ölçeğin uygulanma süresi ortalama 10 dakikadır.

Aşağıda kadınların rahim ağzı (servikal) kanser konusundaki tutumlarını içeren ifadeler bulunmaktadır. Aşağıda size bu konu ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Sorularda yanlış ya da doğru denecek cevap yoktur. En iyi cevap sizin kendi fikrinizdir. Bu nedenle her ifadeyi okuyup, üzerinde çok uzun süre düşünmeden size uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Hiçbir soruyu mümkün olduğunca boş bırakmamaya özen gösteriniz.

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.					
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.					
3. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.					
4. Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.					
5. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.					
6. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.					

7. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.					
8. Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.					
9.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.					
10. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.					
11. Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.					
12.Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum.					
13.Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım.					
14. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.					
15. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.					
16. Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.					
17. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı knseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor.					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.					
20.Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
21. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.					
22. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.					
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım.					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşyle ilişkilerini bozar.					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum.					

29. Rahim ağız kanseri olursam hayata küserim.					
30. Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağız kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım.					

EK 4

ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Öz etkililik ölçeği 7 maddeden oluşmuştur ve 7’li likert tipi bir ölçektir ($\alpha = 0.90$). Ölçekte katılımcılara ölçek maddelerinde belirtilen koşullarda taramaya katılmak isteyip istemeyecekleri ile ilgili farklı durumlar verilmiştir. Taramaya katılmayı düşünür müsünüz sorusuna yanıtlara -3 (=kesinlikle hayır) ve +3 (=kesinlikle evet) arasında puanlar verilmektedir. Yanıtlar -21’den +21’e doğru giden toplam bir skor aralığından oluşmaktadır. Yüksek puan, spesifik bir davranışın geliştiği yönünde daha yüksek bir öz etkililiğin göstergesidir.

	Kesinlikle Hayır (-3)	Büyük Olasılıkla Hayır (-2)	Düşük Olasılıkla Hayır (-1)	Kararsızım (0)	Düşük Olasılıkla Evet (+1)	Büyük Olasılıkla Evet (+2)	Kesinlikle Evet (+3)
1. Taramanın yapıldığı merkez uzaksa taramalara katılır mısınız?							
2. Tarama işlemi ağırlı ise taramalara katılır mısınız?							
3. Tarama işlemi paralı ise taramalara katılır mısınız?							
4. Tarama konusunda tedirgin iseniz taramalara katılır mısınız?							
5. Çevrenizdeki kadınlar tarama yaptırmak istemiyorsa taramalara katılır mısınız?							
6. Tarama çok zamanınızı alırsa taramalara katılır mısınız?							
7. Taramanın yapılma zamanı sizin için uygun değilse taramalara katılır mısınız?							

EK 5**SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II**

Bu anket şuan ki yaşam biçiminizi ve kişisel alışkanlıklarınızla ilgili soruları içermektedir. Lütfen her soruya doğru cevaplar vermeye çalışınız ve hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Kendinize en uygun ve en yakın olan cevabı veriniz.

Sağlık Sorumluluğu	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				

EK 6

ÖNCEKİ DAVRANIŞLARLA İLİŞKİLİ BİLGİ FORMU

1. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?

- a. Hiçbir zaman
- b. Ara sıra
- c. Her ay düzenli olarak

2. Klinik meme muayenesi yaptırıyor musunuz?

- a. Hiçbir zaman
- b. Ara sıra
- c. 20-39 yaş için: Üç yılda bir kez
40-49 yaş için: İki yılda bir kez
50-60 yaş için: Her yıl düzenli olarak

3. Mamografi çektiriyor musunuz?

- a. Hiçbir zaman
- b. Ara sıra
- c. 40-49 yaş için: İki yılda bir kez
50-60 yaş için: Her yıl düzenli olarak

4. Pap Smear testi yaptırıyor musunuz?

- a. Hiçbir zaman
- b. Ara sıra
- c. Her yıl düzenli olarak

EK 7

MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA YÖNELİK ALGILANAN ENGELLER GÖRÜŞME FORMU

Araştırmanın Amacı: Kadınların meme kanserini erken dönemde tanılamaya yönelik davranışlarında engelleyici faktörleri belirlemektir.

Araştırma Sorusu:

Kadınların KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma ve mamografi çekirtmede engelleri nelerdir?

Alt Sorular

Kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik bilgisi nasıldır?

Kadınların KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma ve mamografi çekirtmeye yönelik olarak algılanan engelleri nelerdir?

Görüşme Soruları

Meme kanserini erken dönemde tespit etmek için bildiğiniz yöntemler nelerdir?

KKMM yapmama nedenleriniz nelerdir?

Meme muayenesini doktora yaptırıyor musunuz?

Yaptırmıyorsanız bunun nedenleri nelerdir?

Hangi gereksinimleriniz karşılanırsa doktora meme muayenesi için başvurmanız kolaylaşır?

Mamografi çektirdiniz mi?

Mamografi çektirmeme nedenleriniz nelerdir?

Hangi gereksiniminiz karşılanırsa mamografi çektirmeniz kolaylaşır?

EK 8

PAP SMEAR TESTİ YAPTIRMAYA YÖNELİK ALGILANAN ENGELLER GÖRÜŞME FORMU

Araştırmanın Amacı: Bu fenomenolojik çalışmanın amacı; Kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik uygulamalarında engelleyici faktörleri belirlemektir.

Araştırma Sorusu:

Kadınların pap smear testi yaptırmalarındaki engelleri nelerdir?

Alt Sorular

Kadınların serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgisi nasıldır?

Kadınların Pap smear testi yaptırmaya yönelik olarak algılanan engelleri nelerdir?

Görüşme Soruları

1.Rahim ağzı kanserinin erken dönemde tespit edilebilmesi için bildiğiniz yöntemler var mı?

2. Sürüntü testi yaptırmama nedenleriniz nelerdir?

-Sürüntü testi yaptırma konusunda ne düşünüyorsunuz?

-Sürüntü testi yaptırmak için sizi cesaretlendiren şeyler var mı?

-Sürüntü testi yaptırma konusunda size engel olan durumlar var mı?

-Sürüntü testi yaptırmak için hangi koşulların sağlanması size kolaylık sağlar?

EK 9

MEME VE RAHİM AĞZI KANSERİ

SUNUM





MEME VE RAHİM AĞZI KANSERİ

FATMA ERSİN
 Danışman: Prof.Dr.Zuhal BAHAR

Dokuz Eylül Üniversitesi
 Hemşirelik Fakültesi

İçerik

Meme Kanseri

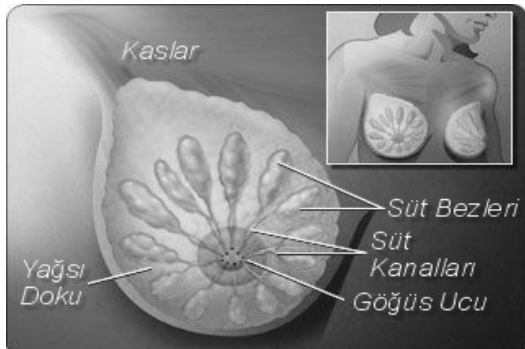
- Memenin Normal Yapısı
- Meme kanseri görülme oranı
- Meme kanseri için riskli gruplar
- Meme kanseri belirtileri
- Meme kanseri erken tanı yöntemleri
- Kendi kendine meme muayenesi

İçerik

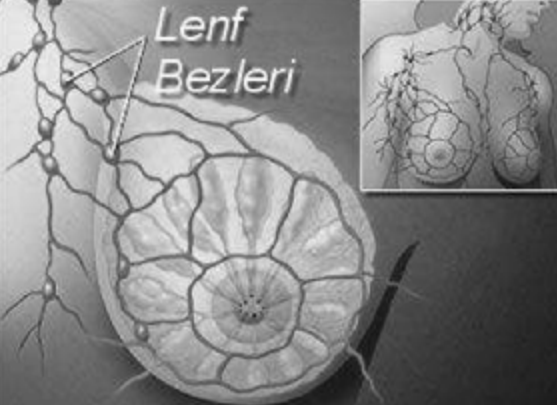
Rahim Ağzı Kanseri

- Kadın üreme organları yapısı
- Rahim ağzı kanseri görülme oranı
- Rahim ağzı kanseri için riskli gruplar
- Rahim ağzı kanseri belirtileri
- Rahim ağzı kanseri erken tanı yöntemleri

MEMENİN YAPISI



Kaslar
Yağsı Doku
Süt Bezleri
Süt Kanalları
Göğüs Ucu



Lenf Bezleri

MEME KANSERİ NEDİR ?

Meme dokusunu
meydana getiren
hücrelerin

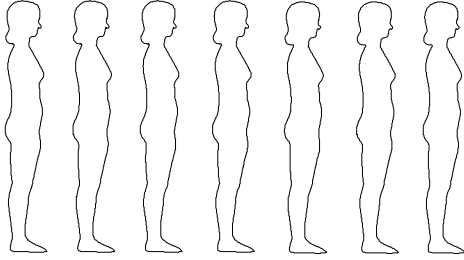


Anormal çoğalması
sonucunda oluşur



**MEME KANSERİNİN
GÖRÜLME ORANI NEDİR?**

*“Her Yedi Kadından Biri
Meme Kanserine
Yakalanıyor”*



KİMLER RİSK ALTINDADIR?

RİSK FAKTÖRLERİ



DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK
FAKTÖRLERİ



DEĞİŞTİRİLEMEZ RİSK
FAKTÖRLERİ

DEĞİŞTİRİLEMEZ RİSK FAKTÖRLERİ

KADIN OLMAK



DEĞİŞTİRİLEMEZ RİSK FAKTÖRLERİ

YAŞIN ARTMASI



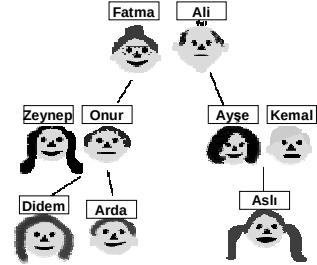
Risk Fazla



Risk Düşük

DEĞİŞTİRİLEMEZ RİSK FAKTÖRLERİ

Genetik



DEĞİŞTİRİLEMEZ RİSK FAKTÖRLERİ

Meme Dokusu Değişiklikleri

Önceden meme kanseri hikayesi
İkinci meme kanseri gelişme riskini 3-4 kat artırır



Bazı meme hastalıkları



Normal Süt Kanalı

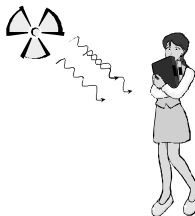
DEĞİŞTİRİLEMEZ RİSK FAKTÖRLERİ

İrk



DEĞİŞTİRİLEMEZ RİSK FAKTÖRLERİ

Çevresel Faktörler



- Endüstriyel bölgeye yakın yaşama
- Bazı gaz ve metaller

DEĞİŞTİRİLEMEZ RİSK FAKTÖRLERİ

İlk Adet Görme-Menapoz Yaşı

§ İlk menstruasyon: 12 y. Önce

§ Menopoz: 55 yş. sonra



DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİ

İlk Doğum Yaşı

- 30 yaşından sonra doğum yapanlar
- Hiç doğum yapmayanlar

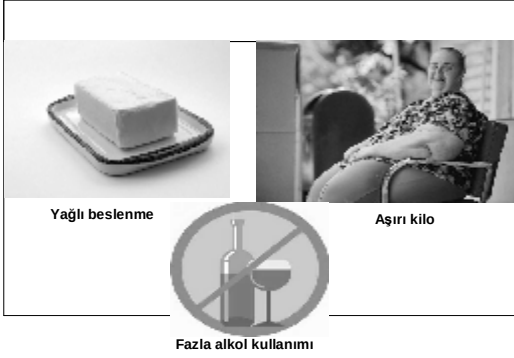


DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİ

Emzirme



DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİ



DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİ

Sigara Kullanımı



DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİ

**Doğum Kontrol Hapı Kullanımı
Östrojen Alınması**



**MEME KANSERİNİN
BELİRTİLERİ
NELERDİR
???**

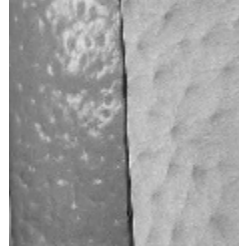
Meme Kanseri Belirtileri

Memede yada koltuk altında
kitle



Meme Kanseri Belirtileri

Portakal kabuğu görünüm



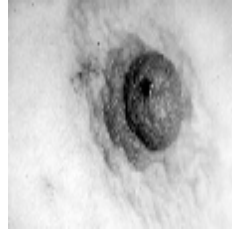
Meme Kanseri Belirtileri

Meme başında çekilme



Meme Kanseri Belirtileri

Meme Başı Akıntısı



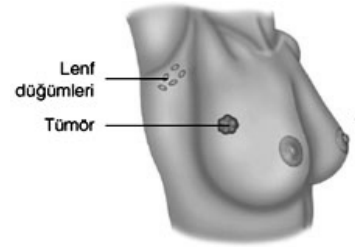
Meme Kanseri Belirtileri

Meme derisinde kızarıklık,
şişlik, ödem

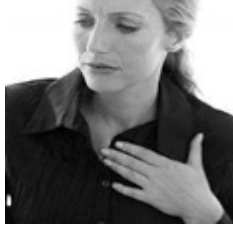


Meme Kanseri Belirtileri

Lenf Bezlerinde Şişlik



Ağrı



**MEME KANSERİNDEN
KORUNMANIN
EN İYİ YOLU**

**ERKEN TANI
ERKEN TEDAVİ**

ERKEN TANI TÖNTEMLRİ

**Kendi Kendine
Meme
muayenesi**

Klinik Muayene

Mamografi

YAŞ GRUBU	YÖNTEM	UYGULAMA SIKLIĞI
20-39 yaş kadınlar	KKMM Klinik muayene	Her ay 3 yılda bir
40-49 yaş kadınlar	KKMM Klinik muayene Mamografi	Her ay Her yıl 1 kontrol mamografisi
50 yaş ve üzeri kadınlar	KKMM Klinik muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl



**KENDİ KENDİNE
MEME
MUAYENESİ**



**NİÇİN KKMM'Sİ
YAPARIZ?**

Kendi meme dokumuzu daha iyi tanımak,

Memelerde oluşabilecek farklılıkları erken tanımak

NE
ZAMAN
YAPMALIYIZ?

Adet görüyorsanız ;

Her adet başlangıcından itibaren 5-7. günlerde yapılmalıdır.

.....2011						
Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Adet görmüyorsanız ;

HER AY KENDİNİZİN BELİRLEDİĞİ BİR GÜNDE DÜZENLİ OLARAK YAPINIZ.

..... 2011						
Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

..... 2011						
Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma	Cumartesi	Pazar
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

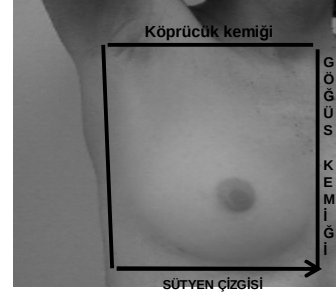
KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

Her bir meme için **5 dakika**



Her iki memenin
**incelenmesi ve
dokunulması toplam 10 dakika**

MUAYENE EDİLECEK BÖLGE



KKMM'nin iki aşaması vardır

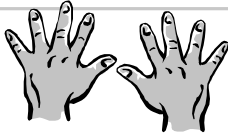
Gözle
Muayene

Elle
Muayene
A-Ayakta
B-Yatarak

Gözle Muayene

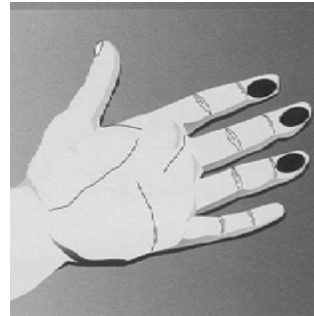


**MEME KANSERİNİN
ERKEN TANISINDA
EN ETKİLİ ARAÇ ;**

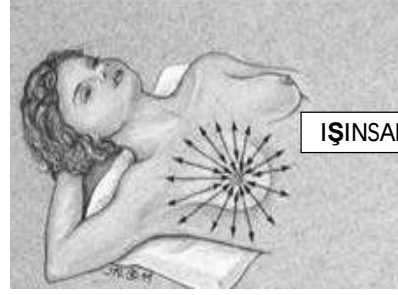


KENDİ ELLERİNİZDİR.

Muayene ederken hangi parmaklarınızı
kullanmanız gerekiyor?



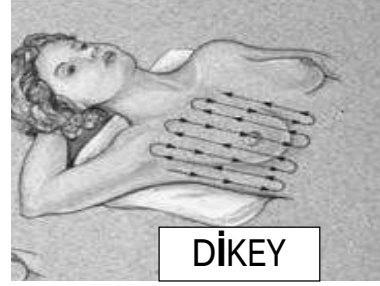
Elle muayene yöntemleri



DAİRESEL

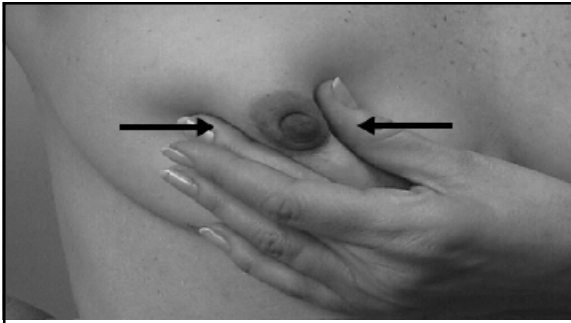
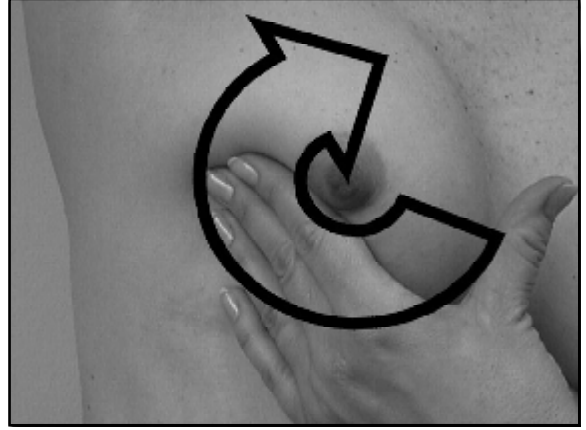


DİKEY



A-AYAKTA ELLE MUAYENE

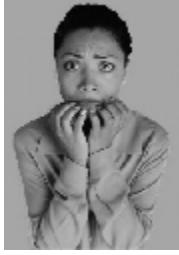




Meme ucu sıkılarak

B-YATARAK ELLE
MUAYENE





**Elinize kitle
geldiyse...**

**Hemen
korkmayın!**

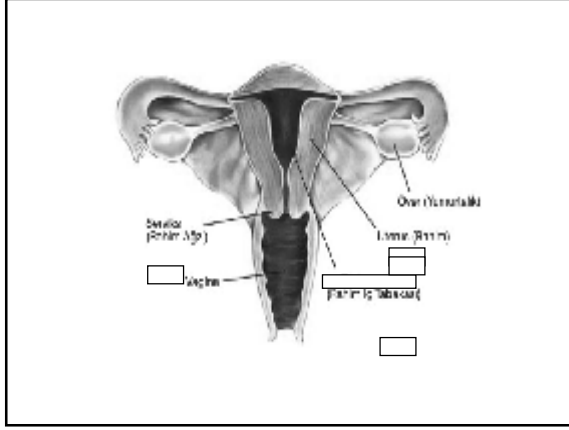
HEKİMİNİZE BAŞVURUN



Mamografi



**RAHİM AĞZI
(SERVİKS)
KANSERİ
NEDİR?**

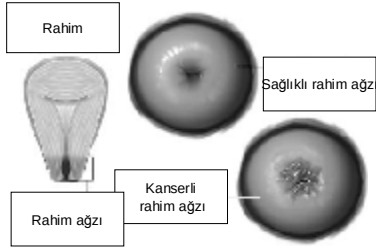


**Rahim ağzı hücrelerinin
büyüme ve çoğalmalarının
kontrol dışı gerçekleşmesi
sonucu**



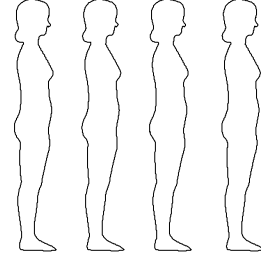
**“RAHİM AĞZI
KANSERİ”**

Rahim Ağzı Kanseri



Rahim Ağzı Kanseri Görülme Oranı

Her gün 4 kadın rahim ağzı kanserine yakalanıyor.



KİMLER RİSK ALTINDADIR?

İlk cinsel ilişkisinin genç yaşta olması



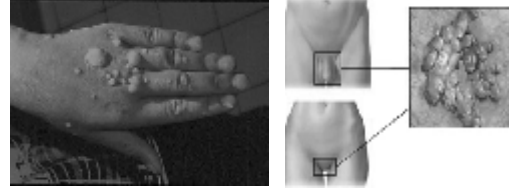
Bireyin önceden rahim ağzı kanseri tanısı alması

Anne ya da kız kardeşinde rahim ağzı kanseri öyküsü olması



Rahim Ağzı Kanserİ İÇİN Riskli Gruplar

Bazı Virüs ve Bakteriler



Rahim Ağzı Kanserİ İÇİN Riskli Gruplar

Fazla sayıda doğum yapmak



Rahim Ağzı Kanserİ İÇİN Riskli Gruplar

Sigara içmek



Rahim Ağzı Kanserİ İÇİN Riskli Gruplar

C vitamini ve A vitamini eksikliği



Rahim Ağzı Kanserİ Belirtileri Nelerdir?

Rahim Ağzı Kanseri Belirtileri

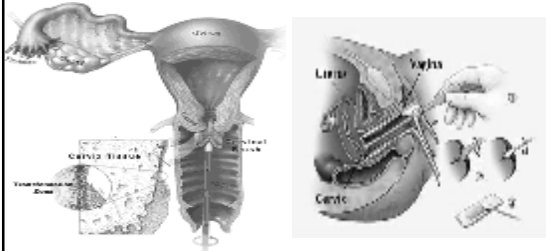
- Kanama
- Ağrılı cinsel ilişki
- Cinsel ilişki sırasında kanama



Rahim Ağzı Kanseri Erken Tanı Yöntemleri Nelerdir?

Rahim Ağzı Kanseri Erken Tanı Yöntemleri

SÜRÜNTÜ TESTİ



Sürüntü Testi Ne Zaman Yapılmalı?

- İlk cinsel ilişkiden en geç 3 yıl sonra
- 21 yaşından itibaren
- Her yıl

PAP SMEAR TESTİNDEN ÖNCE DİKKAT ETMENİZ GEREKEN BİR KAÇ DURUM

- Ø Pap smear testinden önce vajina sabun veya benzeri maddelerle yıkanmamalı,
- Ø Kullanılıyorsa vajinal ovül (fital) veya kremlerin kullanımı bırakılmalı,

PAP SMEAR TESTİNDEN ÖNCE DİKKAT ETMENİZ GEREKEN BİR KAÇ DURUM

- Ø İşlemden bir gün önce cinsel ilişkiye girilmemeli,
- Ø Mümkünse adet dönemlerinde pap smear testi yapılmamalıdır.

**MEME KANSERİ VE SERVİKS
KANSERİNİN ERKEN TANISI İÇİN
GİDİLEBİLECEK
MERKEZLER**

Nereye Başvurulabilir?

• KETEM



(KANSER ERKEN TEŞHİS TARAMA VE EĞİTİM
MERKEZİ)

Adres : Mithatpaşa Cad. Narlıdere / İZMİR

Tel: (0232) 238 23 93

• **AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİ**



Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Hastanesi'ne

**Diğer Devlet
Hastanelerinin Kadın
Doğum Polikliniklerine**



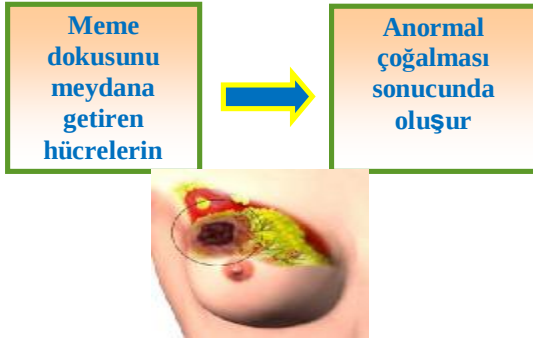
BAŞVURABİLİRSİNİZ

SAĞLIKLI GELECEKLER...

**DİNLEDİĞİNİZ İÇİN
TEŞEKKÜRLER... :)**

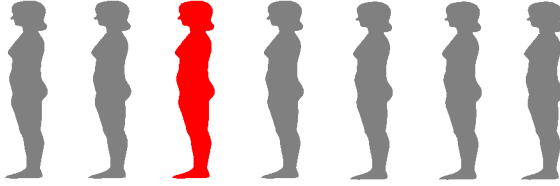
EK 10
MEME KANSERİ
BROŞÜR

Meme kanseri nedir?



Meme kanseri ne kadar sık görülür?

****Dünyada HER 7 KADINDAN BİRİNİN** meme kanseri olma olasılığı vardır.



Başlıca belirtileri nelerdir?

Bu belirtiler her zaman kanser anlamına gelmez.

Memede ya da koltuk altında kitle



Portakal kabuğu görünüm

Meme başında çekilme



Meme Başı Akıntısı

Meme derisinde kızarıklık, şişlik, ödem



Lenf Bezlerinde Şişlik, Ağrı



BAŞVURU YAPABİLECEĞİNİZ SAĞLIK KURULUŞLARI

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

**Adres: İnciraltı / Balçova Cerrahi Kliniği veya
Meme Polikliniğine başvurabilirsiniz.**

Sağlık Bakanlığı Dr. E. Hayri Üstündağ Kadın
Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Menopoz ve
Onkoloji Polikliniklerine başvurabilirsiniz.

Adres: Sümer Mh. 453 sk. No:2

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Adres: Gaziler Caddesi No: 468

Hastane Adı: Urla Devlet Hastanesi

Adres: İskele Mah. Ada Yolu/Urla

**Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Basın
Sitesi – İZMİR**

İzmir Tülay Aktaş KETEM

Ücretli olarak özel polikliniklerde de yaptırabilirsiniz...

Ek bilgi için: fatma ersin 0 505 670 66 50

fatma.ersin@deu.edu.tr



ÖNEMLİ BİR SORUN “MEME KANSERİ”



FATMA ERSİN

Danışman: Prof. Dr. Zühal Bahar

**“FARKINDAYIZ”
MEME KANSERİNİ
BİRLİKTE
YENECEĞİZ**

Meme kanseri riskini neler artırır?

***Ailenizde olması**

***50 yaşı'n üzerinde olmanız**

***Hiç çocuğunuzun olmaması**

***İlk çocuğunuzu 30 yaşlarından sonra doğurmanız**

***Çocuğunuz emzirmemeniz**

***On yıldan uzun süre hormon tedavisi alma**

***Aşırı kilo fazlalığı, aşırı alkol tüketimi**

***Adet dönemlerinizin erken başlaması**

***Menopoza geç girme**



Meme kanserinin erken tanısı mümkün müdür?

Mamografi,

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM),

Klinik meme muayenesi (hekim muayenesi)

Yöntemleri ile meme kanserinin erken

YAŞ GRUBU	YÖNTEM	UYGULAMA SIKLIĞI
20-39 Yaş Kadınlar	KKMM Klinik Muayene	Her Ay 3 Yılda Bir
40-49 Yaş Kadınlar	KKMM Klinik Muayene Mamografi	Her Ay Her Yıl 1 Kontrol Mamografi
50 Yaş ve Üzeri Kadınlar	KKMM Klinik Muayene Mamografi	Her Ay Her Yıl Her Yıl

tanısı mümkündür.

MAMOGRAFI

Mamografi, meme filminin özel bir cihaz ile çekimidir.



Cihaz düşük dozda **radyasyon** verir.

50 yaşı'n üzerinde düzenli olarak her sene mamografi incelemesi

yaptırmalısınız.

**40 YAŞINDAN SONRA HER YIL KLİNİK
MEME MUAYENENİZİ YAPTIRIN
(Hemşire ya da Doktorunuza)**

Meme kanseri tedavi edilebilir mi?

Tüm meme kanserlerinin %90'ında tedavi mümkündür.



EK 11

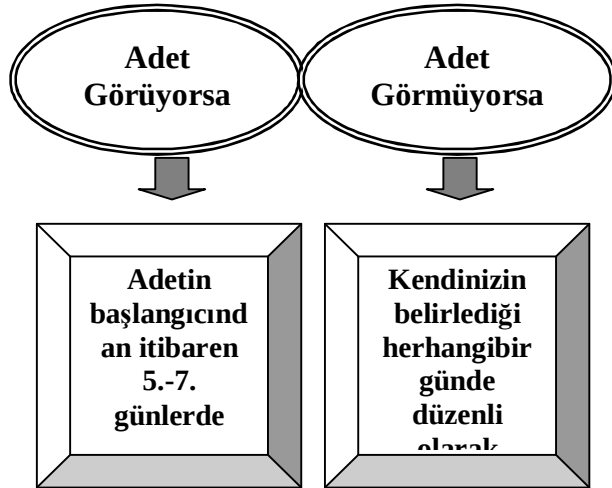
KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

BROŞÜR

Kendi Kendine Meme Muayenesi Neden Yapılır?

- * Kendi meme dokumuzu daha iyi tanımak
- * Memelerde oluşabilecek farklılıkları erken tanılamak

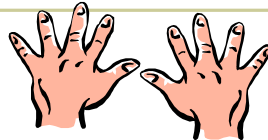
Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Ne Zaman Yapılmalıdır?



Doktora Başvurun!

1. Her İki Memenin Şekil ve Büyüklüğünde Bir Farklılık
2. Meme Başlarında veya Meme Derisinde Olağan Dışı Kızarma
3. Meme Başlarının Görünümünde Farklılık (Asimetri)
4. Meme Üzerindeki Toplardamarlarda Aşırı Belirginleşme (Varis Gibi)
5. Meme Başında İçe Çekilme
6. Meme Derisi Üzerinde İçe Çekilme, Küçük Çukurluk (Gamze Gibi)
7. Meme Başında Kabuklanma, Pullanma (Ekzama Gibi)

MEME KANSERİNİN
ERKEN TANISINDA
EN ETKİLİ ARAÇ ;



KENDİ ELLERİNİZDİR.



KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

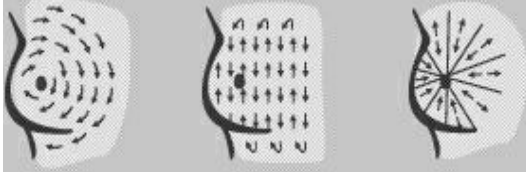


FATMA ERSİN

Danışman: Prof. Dr. Zühal Bahar

**MEME KANSERİNDEN
KORUNMANIN EN İYİ
YOLU ELLERİMİZİ
KULLANMAK**

Muayene Yöntemleri Nelerdir?



Dairesel

Dikey

Işınsal

Muayene ederken hangi parmaklarınızı kullanmanız gerekiyor?



Elin üç parmağının iç yüzeyleri kullanılır

KKMM'nin iki aşaması vardır:

1- GÖZLE DEĞERLENDİRME

2- ELLE MUAYENE

A-AYAKTA

B-YATARAK

1



Aynanın karşısına belden üzeri çıplak olarak gecin. Kollarınız iki yana serbestce sarkık durumda iken, meme, meme başı ve koltuk altının şekil, yüzey, simetri, renk, kitle görünümünü inceleyin. Deride herhangi bir kalınlaşma, renk değişikliği gibi farklılıklar olup olmadığına bakın. Meme başından akıntı gelip gelmediğini kontrol edin.

2

Ellerinizi başınızın arkasında kavuşturun ve birinci maddedeki muayeneyi tekrarlayın.



3



Ellerinizi görüldüğü şekilde kalçalarınızın üzerine koyun. Hafifçe öne doğru eğilin. Birinci maddedeki muayeneyi tekrarlayın.

4

Her iki meme başını hafifçe sıkıp akıntı gelip gelmediğine bakın.

5



Ayakta dik dururken, bir kolunuzu kaldırıp başınızın üstüne yerleştirin. Diğer elinizin orta üç parmağının iç kısımları ile memenin on kısmını; parmaklar bitişik durumda iken ise, belli bir bölgeden başlayarak ve hafifçe bastırarak, elinizi kaldırmadan, dairesel şekilde tüm memeyi ve koltuk altını muayene edin. Aynı muayeneyi kolunuzu değiştirerek diğer memenize de yapın.

6

Sırtüstü yatın. Bir kolunuzu başınızın altına koyun ve koltuk altınıza yastık veya katlanmış bir havlu koyarak memeyi diğer elinizle beşinci maddede tarif edildiği şekilde muayene edin. Aynı muayeneyi diğer meme ve koltuk altı için tekrarlayın.



EK 12
RAHİM AĞZI KANSERİ
BROŞÜR

Pap Smear Testinden Önce Dikkat Etmeniz Gereken Bir Kaç Durum

- Ø Pap smear testinden önce vajina sabun veya benzeri maddelerle yıkanmamalı,
- Ø Kullanılıyorsa vajinal ovül (fitil) veya kremlerin kullanımı bırakılmalı,
- Ø İşlemden bir gün önce cinsel ilişkiye girilmemeli,
- Ø Mümkünse adet dönemlerinde pap smear testi yapılmamalıdır.

DİKKAT

**HER TÜRLÜ
ANORMAL
(VE ÖZELLİKLE
ADET DIŞI OLAN)
KANAMADA**

DOKTORUNUZA BAŞVURUNUZ!!!

Serviks Kanserinin Erken Tanısı İçin Gidilebilecek Merkezler



1. Atatürk Hastanesi Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

Tel: 0 (232) 238 23 93

2. Aile Sağlığı Merkezleri

3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

4. Diğer Devlet Hastanelerinin Kadın Doğum Polikliniklerin



SAĞLIKLI GELECEKLER...



RAHİM AĞZI (SERVİKS) KANSERİ VE KORUNMA



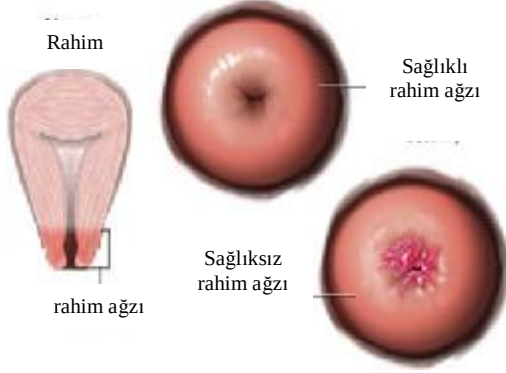
FATMA ERSİN

Danışman: Prof. Dr. Zuhal Bahar

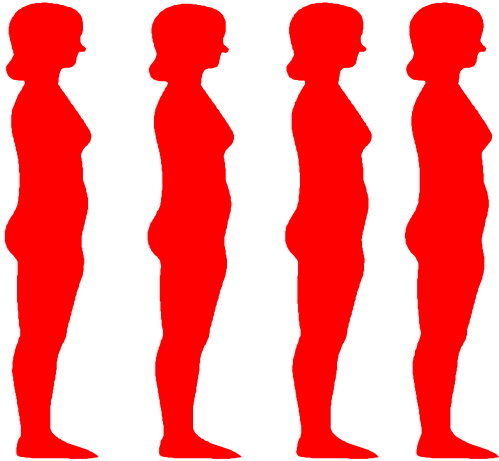


Rahim Ağzı Kanseri Nedir?

Rahim ağzı hücrelerinin büyüme ve çoğalmalarının kontrol dışı gerçekleşmesi sonucu oluşur



Her gün 4 kadın rahim ağzı kanserine yakalanıyor.



Rahim ağzı kanseri belirtileri nelerdir?

- ! Erken evrede hiçbir belirti olmaz
- ! İlerlemiş kanserlerde anormal kanamalar özellikle cinsel ilişki sonrası kanama
- ! Ağrılı cinsel ilişki
- ! Artmış sulu, kötü kokulu akıntı
- ! Kasık ağrısı

Kimler Tarama Yaptırmalıdır?

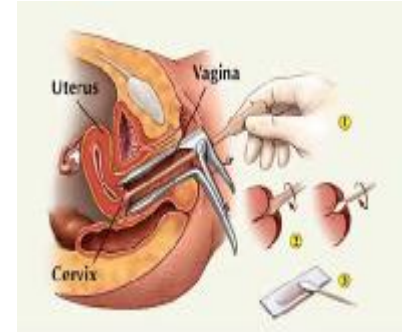
20 ve 65 yaş arasındaki bütün kadınlar pap smear testi yaptırmalıdır.

Kimler Risk Altındadır?

- * İlk cinsel ilişkinin genç yaşta olması
- * Bireyin önceden rahim ağzı kanseri tanısı alması
- * Anne ya da kız kardeşinde rahim ağzı kanseri öyküsü olması
- * Fazla sayıda doğum yapmak
- Sigara içmek
- * C vitamini ve A vitamini eksikliği
- * Eşin Sünnet Olmaması

Rahim Ağzı Kanseri Erken Tanı Yöntemleri Nelerdir?

SÜRÜNTÜ TESTİ



Sürüntü Testi Ne Zaman Yapılmalı?

- İlk cinsel ilişkiden en geç 3 yıl sonra
- 21 yaşından itibaren
- Her yıl

EK 13

ETİK KURUL VE İZİN BELGELERİ



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
ETİK KURUL KARARLARI**

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/56

Tarih: 14/01/2009

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan)
Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan Yrd.)
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye)
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)

Etik Kurul Sekreteri

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Etik Kurulumuzun 14 Ocak 2009 tarih ve 42/10/09 sayılı toplantısında, 39 kayıt numaralı evrak ile başvuran Prof.Dr.Zühal BAHAR'ın danışmanlığını yürüttüğü Doktora Öğrencisi Fatma ERSİN' in "Kadınlarda Meme ve Servikal Kanserde Erken Tanı Yöntemlerinin Arttırılması İçin Toplum Temelli Bir Çalışma" konulu doktora tezi uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.
Oy birliği ile kabul edilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Zühal BAHAR
Etik Kurul Başkanı



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
ETİK KURUL KARARLARI**

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.Y3.02.05/363

Tarih: 05/03/2009

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan)
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(Başkan Yrd.)
Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(üye)
Prof.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)

Etik Kurul Sekreteri

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Etik Kurulumuzun 5 Mart 2009 tarih ve 45/2/09 sayılı toplantısında, 234 kayıt numaralı dilekçe ile başvuran Prof.Dr.Zühal BAHAR'ın danışmanlığını yaptığı Doktora öğrencisi Fatma ERSİN'nin "Kadınlarda Meme ve Servikal Kanserde Erken Tanı Yöntemlerinin Arttırılması İçin Toplum Temelli Bir Çalışma" konulu tez projesinin başlığının "Kadınlarda Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Sağlığı Geliştirme Modellerinin Hemşirelik Girişim Sonuçlarına Etkisi" olarak değiştirilme talebi uygun görülmüştür.

Oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Zühal BAHAR
Etik Kurul Başkanı

T.C.
Narlıdere Kaymakamlığı
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı :B.05.4.VLK.4.35.72.01/491/609

08/06/2009

Konu :Fatma ERSİN'in Tez Çalışması.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 01/05/2008 tarih ve 1521 sayılı yazımız.

Enstitünüz Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Fatma ERSİN'in "Kadınlarda Menace ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Sağlık Geliştirme Modellerinin Hemşirelik Girişim Sonuçlarına Etkisi" konulu tez çalışmasını İlçemiz Kaymakamlığı'na bağlı muhtarlık verilerinden faydalanarak İlçemiz sınırları içerisinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Hasan GÜRSOY
Narlıdere Kaymakamı

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARLARI**

**TOPLANTI SAYISI : 11
TOPLANTI TARİHİ : 05.03.2012**

**TOPLANTI GÜNÜ : Pazartesi
TOPLANTI SAATİ : 12.30**

KARAR 37/ Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği doktora programı öğrencisi **Fatma ERSİN'in**, tez danışmanı Prof.Dr. Zühal BAHAR tarafından 29/02/2012 tarihli yazı ile önerilen ve daha önce Etik Kurul onayı alınan teze ait tez başlığı değişikliğinin aşağıdaki şekilde kabulüne mevcudun oy birliği ile karar verildi

Yeni Tez Başlığı : 'Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi'

Not : Teze DEU.HSI. MSc-2008970120 kodu verilmiştir. Tezin iç ve dış kapaklarında yer alması gereklidir.

EK 14

TEZDEN SCI KAPSAMINDA YAPILAN YAYINLAR

RESEARCH COMMUNICATION

Inhibiting and Facilitating Factors Concerning Breast Cancer Early Diagnosis Behavior in Turkish Women: A Qualitative Study According to the Health Belief and Health Development Models

Fatma Ersin*, Zuhul Bahar

Abstract

Aim: The aim of the present study is to investigate the perceived inhibiting and facilitating factors concerning breast cancer early diagnosis behavior in women over age 40. **Method:** A qualitative focus group interview method was applied with 43 participating women, in the period between March-April 2010, using a semi-structured interview questionnaire based on the Health Belief Model and the Health Development Model. Content analysis was used to analyse study data. **Results:** Inhibiting factors such as women's lack of knowledge regarding breast cancer and early detection behaviors, lack of health insurance and transportation facilities, financial difficulties, difficulty to make an appointment, scarcity of female doctors, feeling of embarrassment, lack of awareness-negligence, forgetting, feeling of fear, and a fatalistic approach were frequently discussed. Among facilitating factors, informed level, concerned and tolerant health care personnel, free health services, free transportation to hospital, improved appointment system, telephone reminders were included. **Conclusion and Recommendations:** Focus group interviews were found to be effective in determining inhibiting and facilitating factors concerning breast cancer early diagnosis behavior. National and regional training programs configured in accordance with the data obtained in the study may be effective in the implementation and maintenance of early diagnosis.

Keywords: Barriers - facilitators - health belief model - health development model-nursing

Asian Pacific J Cancer Prev, 12, 1849-1854

Introduction

To ensure participation of women in early diagnosis behaviors of breast cancer by regular self breast examinations is among health promoting activities. Health promotion and disease prevention are basic concepts in basic nursing practice (Fawcett and Gigliotti, 2001). Recognizing the level of knowledge, beliefs and attitudes of women regarding breast cancer early diagnosis behaviors is effective in the applications of training and persuading women accordingly (Champion and Skinner, 2008). In this respect, the Health Belief Model and the Health Development Model can be effectively used in determining perceived inhibiting factors concerning breast cancer early diagnosis behaviors of women. According to the Health Belief Model, when perceived barrier, the person evaluates positive and negative consequences of the behavior. Consequently, he transforms the behavior into action or not. (Hochbaum, 1958).

Perceived barriers are stated as the most powerful criterion of the model (Champion and Skinner, 2008). According to the Health Development Model, the perceived barriers of the individuals are important in maintaining the health behaviors directly or indirectly

(Pender et al., 2006). Even though the Health Development Model is not widely used in breast cancer applications, it explained only 75% of the behavior changes in the studies conducted (Pender et al., 2006).

Psychological, structural, institutional and socio-cultural factors are effective in breast screening rates and also directing women towards breast cancer early diagnosis behaviors (Lee et al., 2007; Remenninck, 2006). Psychological factors include fear of cancer, lack of information about early diagnosis applications, feeling of embarrassment, lack of sensitivity, disruption of family comfort, fear of losing the breast, fear of death, fear of change in the body image (Boraya et al., 2005; Champion et al., 2000; Maxwell et al., 2003; Ogedegbe et al., 2005; Park et al., 2007; Paskett et al., 2006). Among structural factors, lack of health insurance, transportation problems, shortage of time, high costs are identified (Ogedegbe et al., 2005; Champion et al., 2000). Difficulties in understanding the health care system and language barrier between women and health care providers are specified as institutional factors (Remenninck, 2006). When we refer the socio-cultural factors; more dominant men in some cultures, dependent position of women upon men, subservient position of women in the family and at home

Nursing Department, Dokuz Eylul University of Public Health, Izmir Turkey *For correspondence: fatmaersin1@gmail.com

and lack of female caregivers (Borrayo et al., 2005; Remennick, 2006), false beliefs and perceptions, and fatalistic approach is seen (Ogedegbe et al., 2005).

In addition, it is stated that facilitators (giving information, reminder letters, reminder telephone calls and mails, informative brochures, a home visits, combined interventions) are effective in the implementation and maintenance of the early diagnosis behaviors (Bonfill et al., 2009; Champion et al., 2002; Kwok et al., 2005) and underlined that individuals should be conscious in this respect (Oliver Vazquez et al., 2002; Gölbaşı et al., 2007). Lee et al (2007) reported women's breast screening rates would be increased by determining the barriers, and along with appropriate trainings and facilitators. Therefore, it is important that barriers should be identified, educational programs supported by models could be structured and implemented by nurses in order to increase awareness regarding breast cancer early diagnosis in women, and maintain this behavior on a regular basis (Oliver-Vazquez et al., 2002).

In this phenomenological study, it is aimed to investigate the perceived barriers and facilitators of women over age 40 with regard to breast self examination (BSE), clinical breast examination (CBE) and mammography within theoretical context of the Health Belief Model and the Health Promotion Model.

The study questions with regard to BSE, CBE and mammography were: What are the women's perceived barriers?; What are the women's facilitators?

Materials and Methods

Study Place and Characteristics

The present focus group interview method qualitative study was conducted in the period between 17 March and 04 April 2010 in Balçova Region of İzmir Province. In the region, Narlıdere Municipal Pakize Ateş Women's Counseling Center in cooperation with the Department of Public Health Nursing, School of Nursing, DEÜ, provide health related services to women and their families. Focus group interviews were performed at Pakize Ateş Women's Counseling Center and recommended place by municipality.

Study Group and Samples

The study environment consisted of 10 639 women aged over 40, and living in Balçova Region. Criterion sampling method was used. Women who were voluntary to participate in the study and over 40 years of age, not diagnosed as breast cancer, not practiced mammography in the last one year were included in the sampling. We approached women through address list obtained from Narlıdere district and neighborhood address system. Five focus group interviews were conducted, a total of 43 women were approached. Around 7-11 women participated in each focus group interviews. Sociodemographic characteristics of participants are shown in Table 1.

Data Collection

In this study, semi-structured interview questionnaire prepared in the guidance of the Health Belief Model and

the Health Development Model were used. The interview questionnaire consisted of open-ended questions and experts were asked for opinion. Some of the questions are hereby: "What are the methods you know for early detection of breast cancer?, What are your reasons for not practicing BSE?, Why don't you regularly go to doctor for clinical breast examination?, Which requirements of you should be fulfilled to make mammography screening easier for you? Interviews were carried out as single sessions. Interviews were continued until any new data was obtained. At the point that no new data was obtained (data saturation), interviews were terminated.

Structuring Focus Group Interviews

Women determined through the official address system of the district were visited at their homes, and asked for their consent to participate in the study after the aim of the study was explained. Women accepted to participate in the study were invited to the meetings at predetermined time and location. By telephone calls, women were reminded of the time and place of the meeting in the morning of the meeting day. Focus group interviews were carried out by two researchers who were educated on the subject. Tape recorder and interviewer notes were used during face-to-face interviews. Before using the recording device, women were asked for consent for recording interviews, and at the beginning of the recording, asking for the consent and aim of the study were repeated. At the time of interviews, the observer research assistant noted interactions among women. At the same time, food and beverages were offered in order to increase participation of the participating women in the interviews. Focus group interviews were lasted for approximately 45 minutes.

Data Analysis

Deductive content analysis methodology was used in the analysis of the study data. Content analysis process consisted of analysing tape-recorded data into written text, editing data, identifying significant data volumes, creating matrix analysis, encoding data of the matrix analysis in order to determine the barriers and the facilitators regarding breast cancer early diagnosis behaviors, reviewing the data encoded according to the matrix analysis, reporting the analysis process and the results (Polite and Beck, 2004).

Research Validity

Validity of a qualitative research is evaluated with reliability and transferability (Elo and Kyngas, 2008). Reliability of this study was tested by including the expert opinions in the analysis of data and the participants' confirmation. For transferability, criterion sampling, sample selection criteria and the data collection method were clearly defined.

Research Reliability

Reliability is evaluated with consistency and verifiability in a qualitative research (Yıldırım and Şimşek, 2006). For reliability of the study, according to the criteria met, study data was submitted directly with a descriptive approach, more than one researcher were included in the

Table 1. Sociodemographic Characteristics of the Participants

Characteristics	Number	%
Education		
Illiterate	25	58.1
Literate	2	4.7
Primary school graduate	12	27.9
Secondary school graduate	2	4.7
High school graduate or more	2	4.7
Income		
Income < expenditure	36	83.7
Income = expenditure	7	16.3
Income > expenditure	0	0.0

same study, more than one researcher worked in obtaining data, different researchers cooperated in the analysis of the data obtained, in the data analysis pre-established and in detail defined conceptual framework was used. SIM and SGM were used in the conceptual framework. In the end of the interviews, all data recorded was played for two times to confirm accuracy and precision of the texts, consequently reliability of the data was achieved. For the verifiability of the study, the position of the researcher, the characteristics of the participants, the social environment of the research, conceptual framework and data analysis method was clearly defined.

Research Ethics

In order to carry out the research study, approval and informed consent were taken from Narlıdere Municipality and the Ethical Committee of School of Nursing, DEÜ. In order to approach address and telephone information of 40 women living in the region, approval was taken from Narlıdere district. Oral consent was taken from the participating women which met the inclusion criteria of the study sampling.

Results

Barriers regarding Breast Cancer Screening

a) Psychological Factors: Majority of the women stated that they didn't have sufficient information of breast cancer, and as information source about early diagnosis behaviors regarding breast cancer, they pointed out mostly television, also doctors and nursing students. Moreover, women couldn't give sufficient information about early diagnosis behaviors and screening timing. On the other hand, some of the women mentioned about the importance of early diagnosis, even underlined potential life-saving impact. Some of the participants claiming that they knew how to perform BSE, did it wrong. Some others stated they knew how to perform BSE, but did not perform at all, while some others claimed they performed BSE, but did not understand what they were doing. One participant said "I do not perform BSE not because it doesn't come to my mind, but just because I don't know how to perform".

Concerning screening timing, almost none of the participating women could state exactly when, how often and how to perform BSE, CBE and mammography. Some of the participating women mentioned about the worry not to feel or detect the mass in practicing BSE. Regarding

BSE, some of the women expressed as "each six months, after each bath, when my sleep fled, as it comes to my mind", while two of the participants noted that they performed once a month following menstruation in the bathroom. The women indicated they didn't know, even didn't hear about the clinical examination performed by the health personnel, named CBE. According to one of the women, mammography screening should be performed once a year over the age of 40, while for two other women every two years. Concerning lack of information, women blamed health personnel for not informing enough.

The most emphasized concept in all focus group interviews was lack of sensitivity, neglecting. Among the prevalent causes leading to neglect participation in the behaviour of early diagnosis of breast cancer, some of the women discussed feeling no pain, feeling in general healthy, and feeling no need for screening, while a few of others mentioned about deeming it unimportant, radiation exposure in mammography, and ignoring their bodies. Three of the women expressed "if you don't feel pain you never go for screening", majority of the women underlined "neglecting". Five of the women stated that, although their health status had great importance, they didn't go for screening, but they should. One of the women expressed "we have to take care of health, despite being young". In five of the focus group interviews, forgetting was pointed out as the most important reason not to perform screening tests. Neglecting, inability to read and write, no one around as a reminder, hectic and intensive housework were other reasons mentioned by different women.

Majority of the women discussed the feeling of fear as a reason not to perform screenings. The fear of receiving a diagnosis of cancer was widely uttered. Moreover, some of the women implied that radiation exposure during mammography may also cause cancer. One of the women expressed this fact as "doctors don't recommend frequent mammography, because it does have an impact". Six of the women pointed out the fear of death. Women tried to express their feeling of fear with phrases like "we don't go to doctor for screening, because we are afraid of a disease to occur" or "we don't consider disease might occur in our bodies". Especially in two of the focus group interviews, some discomfort felt during the procedure was discussed. Some of the women had no complaints during screening of mammography, while some other experienced pain or discomfort, and commented as "with the compression executed in the instrument caused pain and discomfort".

b) Structural Factors: Majority of the women reported that lack of health insurance and high costs were inhibiting factors concerning early diagnosis behaviors. Women stated they couldn't easily pay for the screening and expressed as "I want to go to doctor for screening but I can't because I am uninsured", "I cannot go to doctor for screening due to financial difficulties", "I could once go to private doctor for screening, but I cannot afford it very year."

Particularly for old women, transportation problems was another barrier. Almost in all focus group interviews, difficulties in obtaining an appointment, overcrowded clinics, uninterested and unconcerned health personnel,

long-lasting procedures, prolonged waiting periods were among the issues frequently mentioned and emphasized. One of the women stated she wouldn't refer to health institutions and expressed as *"We cannot easily make an appointment. Procedures take a long time at the hospitals. They call again the next month. Anyway you get bored and gave up"*. Two of the women pointed out difficulties to leave the children at home due to their health problems and go to the hospitals for screenings. Irrelevant and intolerant approach of the health personnel was discussed as another barrier for the women. Some of the participants expressed as *"I didn't go to the doctor again, because they didn't give any paper for the next appointment"*, *"I would go if I were recalled for the next year"*, *"There is no one to informing me. When I apply to doctors, they don't pay attention and remain indifferent"*.

c) Institutional Factors: Difficulties in understanding the health care system is another barrier for women regarding screening. Most of the women reported they didn't previously practice most of the procedures performed and also didn't know where these screening procedures were performed. One of the women expressed her situation as *"I don't know where to go, how to go, and which procedures to conduct"*.

d) Socio-Cultural Factors: Throughout focus group interviews, one of the barriers for women to participate in the screening programs was underlined as cultural factors. During interviews, women noted that they should inform their husbands before they visited a doctor and moreover they were not allowed by their husbands to be examined by a male doctor. Some participants emphasized they didn't participate in the screening programs with the feeling of embarrassment, essentially based on traditional structure of Turkish society and religious beliefs. In fact, one of the women signified that she couldn't benefit from the family health center for two years because of the male doctor on duty. Two other women stated it's not religiously important if the doctor was male or female. She expressed this approach as *"it is not a sin to be examined by a male doctor who became a doctor with the Hippocratic oath. Therefore, it doesn't matter whether my doctor is male or female"*. Most of the women participating in the study believed cancer is something from the God. They said *"it occur if it is the inevitable fate"*, *"it comes from the God"*.

Facilitators regarding Breast Cancer Screening

The participating women discussed their participation in breast cancer screening programs and forwarded their proposals, so that they should be informed by education programs, brochures and the media, as well as by seminars and reminders (telephone reminders, home visits) conducted by health care workers. They implied as *"we would like to have information"*, *"seminars should be held"*. In addition, having some disease symptoms was indicated as a facilitating factor. Women suggested that providing free health services regarding breast cancer, facilitated transportation facilities, improved appointment system would positively influence their participation in the breast cancer screening programs. Furthermore, they

noted they necessarily go to doctor when they are called by the health personnel. They expressed as *"I would go to doctor by compulsion, or a fixed date of appointment"*, *"I would like to have telephone reminders"*.

The women demanded recommendations for screening programs provided by the health personnel, in a friendly and tolerant approach. One of the women expressed their expectations from health personnel as *"if we face a genial approach, we wouldn't hesitate going to a doctor, even if it is a male doctor"*, *"we might be ignorant, but our doctor should enlighten us in detail, we need information"*. Additionally, the women asked to be informed about the procedures in the hospitals, also noted that practicing the screening procedures in a known institution would be more convenient for themselves.

One of the participants emphasized that, encouraging women is important to emancipate women from men's oppression, and she pointed out it could be achieved primarily by education. They also noted they would feel better if they could communicate with female doctors with regard to health services. One participant stated *"I wouldn't fell embarrassed when examined by a female doctor"*.

Discussion

In order to motivate women to participate in the health improvement activities, it is highly important to recognize the inhibiting reasons for women regarding their participations in breast cancer screening programs. In this present study, the perceived barriers of the women were observed to influence their behaviors. Among the important consequences of this study, insufficient knowledge of women regarding breast cancer early diagnosis and timing of screening should be mentioned. Similar results were also obtained in other studies (Paskett et al., 2006; Park et al., 2007). As information sources, women identified foremost television, doctors and nursing students. In some studies conducted, participating women reported that they generally get informed through media, friends, and acquaintances (Park et al., 2007; Sadler et al., 2007). The reason for media to be so widely used as an information source by the participating women might be the fact that it is an easily accessible tool, whereas the submission of health services to individuals might be inadequate and unsatisfactory. Furthermore, ignorance and wrong information might have an inhibiting role in the participation of women in breast cancer early diagnosis behaviors as a consequence of influencing awareness of individuals regarding breast cancer, and so causing inadequate perceptions of sensitivity and severity.

In the present study, lack of sensitivity along with neglecting and forgetting are substantially important barriers. Sensitivity is considerably effective in perceiving the likelihood of developing breast cancer. Almost all women reported they neglected screening programs, and they were not sensitive on this issue, which is supporting some study data (Park et al., 2007). This might be due to the low levels of risk perception of women. Women mentioned about disregarding, forgetting due to workload, ignorance, discomfort felt during the procedure, inevitable

pain and distress occurred in the procedure, the sense of feeling healthy among the reasons leading to negligence, which are also compatible with the data of other studies (Kwok et al., 2005; Ogedegbe et al., 2005). The sense of feeling healthy is considered very important in practicing health protecting behaviors. On this account, the fear of losing current health status and the accompanying worries may inhibit the participation in the screening programs. As a result of insensitivity and negligence, women forget to conduct screening activities, particularly practicing BSE. According to Pender, the importance attributed by the individuals to their own health status had a direct impact on the realization of their own health behaviors. In the realization of health improvement behaviors, Pender reported that, health definitions of the individuals were considerably important, moreover they generally recognized the importance of their health status whenever they became ill or had the feeling of death (Pender et al., 2006). In this present study, the feeling of fear was identified as a barrier, in concordance with the data in literature (Maxwell et al., 2003; Ogedegbe et al., 2005). On the contrary, the feeling of fear was discussed as a facilitating factor in some other studies (Buki et al., 2004; Borraya et al., 2005; Kwok et al., 2005; Lamyian et al., 2007).

In this study, it is observed that, women had the expectation to be stimulated by the health care personnel to conduct screening procedures in terms of breast cancer early diagnosis behaviors. Similar results were obtained in other studies conducted (Maxwell et al., 2003; Paskett et al., 2006; Ogedegbe et al., 2005; Remennick, 2006; Park et al., 2007). Women who discussed particularly transportation facilities and cost of the procedures had lower socioeconomic conditions. Therefore, providing free transportation facilities may ensure screening behaviors of women. As a barrier detected in this study, difficulties regarding to understand the health care system supports the study data of Remennick (2006). The reasons of women who defined the health system as difficult may be based on the fact that they didn't frequently use health institutions, or else they were illiterate.

Similar to other studies, the dominant position of men, the feeling of embarrassment, lack of female health care personnels, wrong beliefs and perceptions, and fatalistic approach were all discussed in this study, as well (Remennick, 2006). In the implementation and maintenance of health behaviors, cultural characteristics and beliefs of Turkish society have great importance. In some studies conducted, beliefs were recognized as a barrier (Borrayo et al., 2005; Remennick, 2006), while in some other studies as a facilitator (Lamyian et al., 2007; Lee et al., 2007). Additionally, demand of the women for a female doctor support was compatible with the data of other studies (Maxwell et al., 2003; Borrayo et al., 2005). Women's claim for a female doctor may be due to religious factors, or customs and traditions, along with the feeling of embarrassment to show their bodies.

Another finding of the study was "fatalistic approach" and discussed widely among women. In the study of Ogedegbe et al (2005) fatalism was mentioned as an important barrier. "Fatalism" has a place in the religious

beliefs of the Turkish society and for some of the women it may lead to the recognition that she doesn't have the control of her own health, therefore, it may prevent women in the participation of screening programs. It can be effective if nurses would communicate with women and explain that fatalistic approach has no impact on health improvement practices. In the implementation and maintenance of health, in order to provide an effective health care service, public health nurse should first diagnose the society. Interviews with the individuals are important in the diagnosis of the society. For this reason, this present study is a guide for public health nurses.

Being informed by the health care personnel is determined as an important facilitator in this study. In the studies based on the Health Belief Model and the Health Development Model, it is observed that informed and instructed individuals displayed positive health-related behaviors (Pender et al., 2006; Oliver-Vazquez et al., 2002), and referred early diagnosis behaviors (Beydağ and Karaoğlu, 2007; Earp et al., 2002; Gölbaşı et al., 2009; Maxwell et al., 2003; Parlar et al., 2004; Paskett et al., 2006; Taylor, 1998; Tuong-Vi, 2007). In addition to being informed, being reminded by health care personnel (telephone reminders, home visits) was discussed by women as a positive guidance in terms of participation in early diagnosis behaviors. This finding is also supported by various studies (Bonfill et al., 2009; Champion et al., 2002; Kwok et al., 2005). However, in the study of Bonfill et al (2009) it is reported that home visits as a reminder were not found effective. Furthermore, following focus group interviews, some of the women decided to conduct screening procedures. According to the explanations of the participants, it may be considered that the perceptions of self-efficacy and seriousness of women are influenced positively by these interviews.

In various studies similar to this present study, recommendations regarding breast cancer early diagnosis behaviors of women and using effective communication skills of the health personnel are emphasized as facilitating factors in the delivery of health service (Lamyian et al., 2007; Borrayo et al., 2005). The present study data indicated that, in the context of health services provision, besides the efforts of the health care personnel, evaluating the quality of the health services and searching for effective solutions are mandatory in the process of increasing women's participation in the breast cancer early diagnosis behaviors. Therefore, while providing health services as a public health nurse, recognition and application of the solutions, as well as the barriers, will be a facilitating factor in the implementation of health behaviors.

In conclusion, focus group interviews are observed to be effective in determining barriers regarding breast cancer early diagnosis behaviors. This present study is a guide to public health nurses in determining these barriers. Therefore, after determining the barriers in breast cancer early diagnosis behaviors, national and regional training programs, configured in accordance with these data, may be organized. Randomized controlled studies including training programs for barriers may be conducted.

The facilitators identified in this study are reported to

be effective in the implementation and maintenance of the breast cancer early diagnosis behaviors. Therefore, organization of national and regional breast cancer screening programs by the nurses, in which facilitators are kept in the forefront, furthermore, collaborations with different disciplines, may be effective in the implementation of health services.

In Turkey, we didn't encounter with the studies conducted about breast cancer early diagnosis behaviors, in which the barriers were first identified, and then initiatives are planned and accomplished, within the theoretical framework of the Health Belief Model and the Health Development Model. In this respect, this present study may lead to future qualitative and randomized controlled studies in nursing, regarding breast cancer early diagnosis behavior.

References

- Beydağ KD, Karaoğlu H (2007). Effect of breast self examination education to the knowledge and attitudes of female students. *TSK Prev Med Bull*, **6**, 106-11.
- Bonfill CX, Marzo CM, Pladevall VM, et al (2009). Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Available from: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002943.html>.
- Borrayo EA, Buki LP, Feigal BM (2005). Breast cancer detection among older Latinas: is it worth the risk? *Qual Hlth Res*, **15**, 1244-63.
- Buki LP, Borrayo EA, Feigal B (2004). Are all Latinas the same? Perceived breast cancer screening barriers and facilitative conditions. *Psychol Women Quart*, **28**, 400-12.
- Champion V, Skinner C, Foster J (2000). The effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs knowledge and behavior related to mammography screening. *Oncol Nurs Forum*, **27**, 1565-71.
- Champion VL, Skinner CS (2008). The Health Belief Model. In: Glanz K., Rimer B.K., Viswanath K.V., eds. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, Inc. 46-65
- Champion V, Skinner C, Menon U, et al (2002). Comparisons of tailored mammography interventions at two months post intervention. *Ann Behaviour Med*, **24**, 211-18.
- Earp JA, Eng E, O'Malley MS, et al (2002). Increasing use of mammography among older, rural African American women: Results from a community trial. *Am J Public Hlth*, **92**, 646-54.
- Elo S, Kyngas H (2008). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, **62**, 107-15.
- Fawcett J, Gigliotti E (2001). Using conceptual models of nursing to guide nursing research: the case of the Neuman Systems Model. *Nurs Sci Quart*, **14**, 339-45.
- Gölbacı Z, Kutlar Z, Akdeniz H (2007). The effect of education given by nursing students on womens' knowledge and practice of breast cancer / breast self examination in a public training center. *J Breast Health*, **3**, 53-7.
- Hochbaum GM (Subsequently modified by other authors) (1958). Health Belief Model, [Update 2010 March 17] Available from http://www.courseweb.uottawa.ca/epi6181/images/Health_Belief_Model_review.pdf.
- Kwok C, Cant R, Sullivan G (2005). Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Hlth Educ Res*, **20**, 739-47.
- Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F, et al (2007). Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *East Med Health J*, **13**, 1160-9.
- Lee EE, Tripp-Reimer T, Miller A, et al (2007). Korean American women's beliefs about breast and cervical cancer and associated symbolic meanings. *Oncol Nurs Forum*, **34**, 713-20.
- Maxwell AE, Bastani R, Vida P, et al (2003). Result of randomized trail to increase breast and cervical cancer screening among Filipino American women. *Prev Med*, **37**, 102-9.
- Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, et al (2005). Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc*, **97**, 162-70.
- Oliver Vazquez M, Ayendez MS, Perez ES, et al (2002). Breast cancer Health Promotion Model for older Puerto Rican women: Results of a pilot programme. *Health Promotion Int*, **17**, 3-11.
- Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayolu N (2004). An evaluation Of education related to the breast cancer and breast self examination given to the women applied to mother and child health care center. *J Cumhuriyet Univ School Nursing*, **8**, 9-15.
- Park SM, Hur HK, Kim GY, et al (2007). Knowledge, barriers, and facilitators of Korean women and their spouses in the contemplation stage of breast self-examination. *Cancer Nurs*, **30**, 78-84.
- Paskett E, Tatum C, Rushing J, et al (2006). Randomized intervention to improve mamography utilization among a triracial rural population of women. *J Natl Cancer Inst*, **98**, 1226-31.
- Pender N, Murdaugh CL, Parsons MA (2006). Health Promotion in Nursing Practice, Fifth Edition, Pearson Education, New Jersey.
- Polit DF, Beck CT (2004). Nursing research: Principles and methods. (7 ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Remennick L (2006). The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *Breast J*, **12**, 103-10.
- Sadler GR, Ko CM, Cohn JA (2007). Breast cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors among African American women: the Black cosmetologists promoting health program. *BMC Public Health*, **7**, 57.
- Taylor GJ (1998). Transforming decision making in African American Women: effects of a culturally sensitive breast self examination intervention, Doctoral Thesis, University of Alabama, Birmingham.
- Tuong-Vi H. (2007). Anderson Cancer Center, Houston, TX. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American Women. *Oncol Nurs Forum*, **34**, 481.
- Yıldırım A, Şimşek H (2006). Qualitative Research Methods in Social Sciences. Seçkin Publishing, Ankara

RESEARCH COMMUNICATION

Effect of Health Belief Model and Health Promotion Model on Breast Cancer Early Diagnosis Behavior: A Systematic Review

Fatma Ersin*, Zuhul Bahar

Abstract

Breast cancer is an important public health problem on the grounds that it is frequently seen and it is a fatal disease. The objective of this systematic analysis is to indicate the effects of interventions performed by nurses by using the Health Belief Model (HBM) and Health Promotion Model (HPM) on the breast cancer early diagnosis behaviors and on the components of the Health Belief Model and Health Promotion Model. The review was created in line with the Centre for Reviews and Dissemination guide dated 2009 (CRD) and developed by York University National Institute of Health Researches. Review was conducted by using PUBMED, OVID, EBSCO and COCHRANE databases. Six hundred seventy eight studies (PUBMED: 236, OVID: 162, EBSCO: 175, COCHRANE:105) were found in total at the end of the review. Abstracts and full texts of these six hundred seventy eight studies were evaluated in terms of inclusion and exclusion criteria and 9 studies were determined to meet the criteria. Samplings of the studies varied between ninety four and one thousand six hundred fifty five. It was detected in the studies that educations provided by taking the theories as basis became effective on the breast cancer early diagnosis behaviors. When the literature is examined, it is observed that the experimental researches which compare the concepts of Health Belief Model (HBM) and Health Promotion Model (HPM) preoperatively and postoperatively and show the effect of these concepts on education and are conducted by nurses are limited in number. Randomized controlled studies which compare HBM and HPM concepts preoperatively and postoperatively and show the efficiency of the interventions can be useful in evaluating the efficiency of the interventions.

Keywords: Health belief model - health promotion model - breast cancer - nursing

Asian Pacific J Cancer Prev, 12, 2555-2562

Introduction

Breast cancer is an important public health problem on the grounds that it is frequently seen and it is a fatal disease. Breast cancer constitutes the 23 % of all cancer cases observed in women throughout the world (Anderson and Jakesz, 2008). In Turkey, it was detected that breast cancer comes first among the cancer types seen in women with a ratio of 34,7 per one hundred thousand (<http://www.saglik.gov.tr>). The most effective method of protecting/promoting the health and reducing morbidity and mortality is early diagnosis. Studies conducted so far have shown that breast cancer early diagnosis behaviors of women are not sufficient (Makuc et al., 1999; Kalichman et al., 2000; Demirhan et al., 2002; Juon et al., 2002; Jirojwong and MacLennan, 2003; Beydağ and Karaoğlu, 2007; Dişçigil et al., 2007).

In a study conducted on Thai women by Jirojwong and MacLennan (2003), it was detected that 25 % of 145 women performed breast self-examination (BSE) regularly and that possibility of performing BSE increased in women with a sensitivity towards breast cancer. In their studies where the effect of BSE training on the breast

examination was examined, Kalichman et al., (2000) stated that 85 % of women received a training as regards to the BSE beforehand but only 45 % of them performed breast examination regularly every month. Juon (2002) also stated that 93 % of women above the age of 60 has heard of mammography but only 63 % of them has undergone screening. Makuc et al. (1999) expressed that the ratio of low-income women to take mammography in the last one year was 48.4 %.

It was determined in the study conducted by Beydağ et al. (2007) in Turkey that 58 % of women did not have knowledge about this issue, 69.5 % of them did not perform BSE and 50 % of them did not make breast examination just as they did not know how to do. Demirhan et al., (2002) also stated that 42.7 % of women knew BSE but only 29.5 % of them performed it correctly. According to the results of the study conducted by Dişçigil et al., (2007), the ratio of women regularly performing the BSE every month was 17.9 %, the ratio of taking clinical breast examination was 42.7 % and the ratio of women taking mammography was 40.6 %.

These studies indicating the breast cancer early diagnosis behavior in women show that public health

Public Health Nursing Department, Nursing Faculty, Dokuz Eylül University, Izmir, Turkey
fatmaersin1@gmail.com

*For correspondence:

Table 1. The Health Belief Model and the Health Promotion Model and their Components

Health Belief Model	Health Promotion Model
Developed by Hochbaum and Rosenstock in early 1950s (Champion and Skinner, 2008).	Developed by Pender in 1987 revised in 1996 (Pender, 2006).
Components of the Models	
Individual Characteristics Socio-Demographic Factors	Relationship with Previous Behavior Personal Factors (biological, psychological, socio-cultural)
Perceptions Perceived Sensitivity Perceived Seriousness Perceived Benefit Perceived Barriers Perceived Self-Efficacy Perceived Health Motivation	Behavior-Specific Cognition Perceived Benefit Perceived Barriers Perceived Self-Efficacy Activity Related-Affect Interpersonal Influences Situational Influences Behavioral Outcome Immediate Competing Demands (low control) and preferences (high control) Commitment to a plan action

Action- Triggering Factors Health Promotion Behavior

nurses play an important role in raising the awareness about the early diagnosis behaviors. Training programs supported by models are deemed effective in developing breast cancer early diagnosis behaviors in women. The most frequently used models towards breast cancer early diagnosis behaviors are Health Belief Model, Planned Behavior Theory, Transtheoretical model, Precede-Proceed Model, Social Learning Theory and Health Promotion Model (Glanz et al., 2008).

Of these models, the Health Belief Model (Table 1) is the most frequently used method in increasing the breast cancer early diagnosis behaviors. Even though the Health Promotion Model (Table 1) is not used in the breast cancer frequently, it has been stated in the studies conducted on exercise, sexually transmitted diseases and nutrition that it explains 75 % of the positive behavior changes (Pender, 2006).

The objective of this systematic review is to indicate the effects of interventions performed by nurses by using the Health Belief Model (HBM) and Health Promotion Model (HPM) on the breast cancer early diagnosis behaviors and on the components of the Health Belief Model and Health Promotion Model. In this analysis, answers were sought for such questions as: "What is the effect of interventions made by using HBM and HPM on the breast cancer early diagnosis behaviors of women?, What is the effect of the applied interventions on the components of HPM?, What is the effect of applied interventions on the components of HPM?"

Materials and Methods

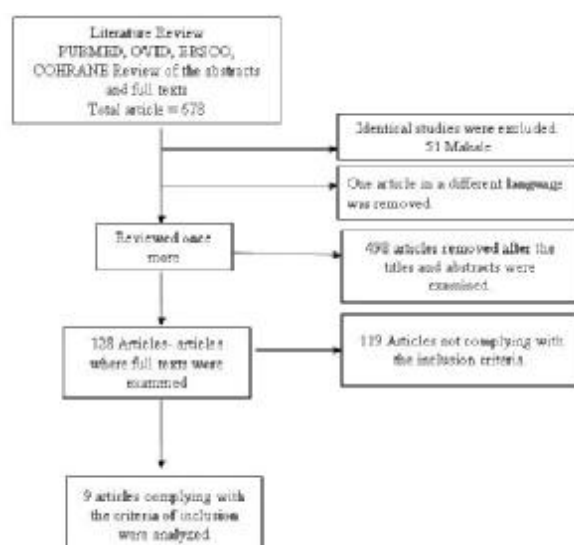
This study is a systematic review conducted in order to determine the effect of the interventions performed by using HBM and HPM on the breast cancer early diagnosis behaviors. This review was created in line with

the Centre for Reviews and Dissemination guide dated 2009 (CRD) and developed by York University National Institute of Health Researches (Centre for Reviews and Dissemination, 2009). This guide includes information regarding the basic principles and methods of systematic reviews carried out in the field of healthcare and contains sections of starting to systematic review, reviewing protocol, literature review, selection of the studies, data analysis, writing report.

There was not a limitation of date in the literature review. It was reviewed by using PUBMED, OVID, EBSCO, COCHRANE databases. Review was conducted between December 2009 and September 2010 by using seven key words in English and three key words in Turkish. English key words were "Breast cancer and early detection", "Breast cancer and early diagnosis", "Mammography and breast cancer", "Clinic breast examination and breast cancer", "Self-examination and breast cancer", "Breast cancer and Health Belief Model", "Breast cancer and Health Promotion Model" while Turkish key words were "Breast cancer and early diagnosis methods", "Breast cancer and Health Belief Model", "Breast cancer and Health Promotion Model".

Criteria determining the inclusion of the reviewed studies in the sampling

Studies including breast cancer and early diagnosis methods; Studies including the Health Belief Model and Health Promotion Model; Studies conducted on women above the age of 40; Experimental and quasi-experimental studies. As for the exclusion criteria; Qualitative studies and descriptive studies. Six hundred seventy eight studies (PUBMED: 236 studies, OVID: 162 studies, EBSCO: 175, COCHRANE: 105) were found at the end of the review. Abstracts and full texts of these six hundred seventy eight studies were evaluated in terms of inclusion and exclusion criteria and 9 studies were found to be consistent with the criteria (Figure 1).

**Table 1. Processes of Study Selection for the Present Systematic Review of Health Belief and Health Promotion Models**

Findings

In this study, 9 research articles were examined. Findings obtained from these studies were presented in groups below: Studies which were examined were conducted between 1992-2007. Samplings of the studies were composed of women above the age of 40. When the numbers of samples were taken into consideration, the studies with the least samples were conducted by Oliver-Vazquez et al., (2002) and Tuong (2007) (ninety four women). The study carried out by Costanza et al., (2000) had the highest number of participants with one thousand six hundred fifty five.

Conceptual Framework / Theoretical Structure, Applied Intervention and Research Groups

In the study conducted by Oliver-Vazquez et al., (2002) Health Belief Model was used in explaining the behaviors of women affecting their health and Precede-Procede Model was used in planning the education to be provided. While training program was applied to the experimental group, no intervention was performed on the control group. Training program was designed in order to develop a culturally appropriate health training regarding the breast cancer and early diagnosis for women above the age of 65, educate the healthcare personnel regarding the breast cancer screening conditions and the factors impeding the consistency and coordinate the minimum support services necessary for facilitating the access to clinical examination and mammography. Training was composed of three sessions lasting for 45-60 minutes. Women were provided with information as regards to the risk factors, recommended screening intervals and the social resources for screening.

In the study of Costanza et al. (2000) Health Belief Model was used in order to determine the barriers and the Transtheoretical Model was used so as to detect the consistency to mammography. There were three groups in the study. While training was provided to the experimental groups through consultancy via telephone (1 st group) and by the healthcare personnel (2 nd group), the control group was informed only by reminding through e-mail. Individuals providing consultancy in the study used a guide for determining the impediments regarding the health behavior and providing information about the impediments. Impediment specific telephone consultancies and reminders through e-mail were offered to women. Consultancy lasted for five minutes on average. A training calendar including the Clinical Breast Examination and mammography was also prepared for the training to be provided by the healthcare personnel. The objective of the training was to encourage women to take mammography and increase the number of women taking mammography. A five-hours course was organised for women who were provided with the training. Demonstration and practice skills took three hours of the course. Roleplays were performed by women and courses were organised free of charge in order to increase the participation. Women were called three times during the study.

In their studies, Seow et al. (1998) principally determined the impediments of women for not taking mammography through focus group interviews structured

according to the Health Belief Model. The following three separate groups were included in the study: the group to whom reminding was sent only through mail (control group), the group to whom reminding and a training material were sent through mail within the scope of the project (experimental group) and the group to whom both a reminding was made and a visit was paid at home (experimental group). At least one relative of each woman to whom a home visit was made was contacted. In the study, impediments of women for not taking mammography were determined principally through the focus group interviews structured according to the Health Belief Model. Training materials were designed in line with these results.

As for the study conducted by Champion et al. (2000a) based on the Health Belief Model (HBM) and Transtheoretical Model. Women were randomly assigned to an in-person counselling, or no counselling control group. Those randomized to receive counselling received an individually tailored counselling protocol that included information about the woman's stage mammography adoption as well as information about susceptibility to breast cancer, benefits of breast cancer screening, and ways to decrease barriers to breast cancer screening. Information regarding breast cancer and appropriate screening intervals also were covered. For both the telephone and in-person counseling interventions, a graduate nurse research assistant systematically addressed each of the components of susceptibility, benefits, and barriers. Women assigned to the in-person group were counseled in an available room at their HMO (health maintenance organization). If a woman was in the precompletion stage, particular emphasis was placed on susceptibility and benefits to enable her to move from not thinking about having a mammogram to at least considering the possibility. For women in the contemplation stage, more emphasis was placed on the barriers to mammography that were identified by each woman. In addition, written materials were used to detail the information covered during counseling. The in-person counseling protocol used printed brochures and flip charts and was presented during the counseling intervention. For women who received telephone counseling, the printed materials were mailed prior to the telephone counselling appointment. Both the telephone intervention group and the in-person group received information on breast self-examination

As for the study conducted by Maxwell et al. (2003) Planned Behavior Theory, Precede Model and the Health Belief Model in particular were used. Training focused on the breast cancer screening information and increasing the perceived sensitivity. Firstly, impediments perceived by women were determined. Moreover, the individuals who would give the training were informed about the impediments perceived by the participants and the probable answers to these impediments. Experiment and control groups were selected in a randomized manner. Breast cancer module was applied to the experimental group and it was about the knowledges and attitudes of women on the breast cancer. However, physical activity module was applied to the control group. Informations regarding the physical activity were provided in this

module. Experimental group was composed of 24 session groups and the control group was also composed of 24 session groups. There were 5-10 people in each session group on average. Sessions lasted for 60-90 minutes.

In the study conducted by Champion et al. (2000b) the Health Belief Model and Transtheoretical Model formed the theoretical structure. Firstly, nurse research assistants who would give the training were made to watch intensive training films lasting for two days and they were provided with manuals. Prior to the study, messages structured according to the Health Belief Model were sent to the women. Then, the experiment and control groups were determined. No intervention was applied on the control group. Interviews were planned in order to determine the beliefs of women included in the experimental group regarding the breast cancer. To this end, firstly an associate researcher got in touch with the women for an interview at home and appointments were made with women. Written messages were sent to women as regards to the perceived sensitivity, impediments and benefits. In the second phase, data were collected from the experiment and control groups as regards to the breast cancer beliefs and the socio-demographic properties. About one year later, interviews were made with the women at home as regards to their mammography behaviors and beliefs. Besides, the associate researcher organised meetings in order to talk with the women every month.

In the study of Rimer et al. (1992) the Health Belief Model and Social Learning Theory were included in the theoretical structure. Interventions directed to the perceived sensitivity and impediments were structured by taking the Health Belief Model as basis. Furthermore, the Social Learning Theory was used as guide in developing the interventions. Especially, setting a role model was accepted as the main strategy in the mammography motivation. Focus point of the interventions was to ensure women to display mammography behaviors both through the social environment and by themselves. More than one interventions were applied to the experimental group. E-mails encouraging the participation were sent to each woman, training program aimed at the importance of mammography was explained through letters and then, training sessions were organised by the researcher and home visits were made with mobile mammograms. Videos and written materials were also included in the training sessions. Some points were emphasized in the videos and the written materials. The necessity of mammography for old women, informations including the questions of women regarding the mammography and the fact that mammography can detect breast cancer at early stages and taking mammography is not difficult were only several of these points. Women were given bags to encourage them, they were offered cold beverages and group discussions took place. Any intervention on the control group was specified in the study.

In their experimental study, Tuong (2007) used the Health Belief Model and the Transcultural Nursing Theory in forming the conceptual framework. Experiment and control groups were selected randomly. A training was given to the experimental group about the breast cancer and BSE. Breast cancer knowledge, breast cancer health

beliefs, BSE knowledge and practice and informations concerning the mammography and the clinical breast examination (CBE) activities were included in the content of the training. No intervention was applied to the control group.

In the study of Champion et al. (2003) Health Belief Model was used in order to determine the susceptibility, benefits, barriers and the Transtheoretical Model was used so as to detect the consistency to mammography. Study intervention was based on women's stage of mammography adoption and their individual beliefs. Those randomized to Groups 2, 3, 5, and 6 received counseling based on their initial responses to susceptibility, benefits, and barriers items, and considering their baseline stage of mammography adoption. To test the efficacy on mammography adherence of tailored interventions delivered by five different methods, i.e., telephone counseling, in-person counseling, physician letter, and combinations of telephone with letter and in-person with letter. Graduate nurse research assistants delivered the telephone and in-person counseling. Counselors were trained during a 2-day meeting and their counseling sessions were systematically monitored for quality control. If a woman was in the precontemplation stage, her counseling emphasized susceptibility and benefits. Messages related to perceived susceptibility or benefits were specific to the woman's responses. For women in the contemplation stage, barriers specifically listed by the individual were discussed and strategies to lessen barriers addressed. Prior research has indicated that precontemplators may need information on perceived risk and benefits whereas addressing barriers may be more important for contemplators. Printed, nontailored materials were developed specifically for the study and contained general messages related to susceptibility, benefits, and barriers. Both telephone and in-person counseling used the same protocol for tailoring messages to promote mammography screening.

Intervention Message

Susceptibility: one woman in eight, 75% have no family history, risk increases with age. Benefits: discovered early, there is a 95% chance of cure, lumps are smaller when found by mammography, there are more treatment options when discovered early. Barriers: embarrassment, fear of cancer, lack of time, pain, radiation.

Measurement Tools and Follow-up Periods

Measurement tools used in the studies were indicated in the Table 1. In the study of Oliver-Vazquez et al., (2002) data were collected prior to the healthcare training sessions, during the session, after the session and 16-18 weeks later than the end of the session. In the study conducted by Champion et al., (2000a) the perceived sensitivity, perceived impediments and benefits were analyzed through a five-point likert type scale. A knowledge scale composed of 18 questions was used in evaluating the knowledge regarding the breast cancer and breast cancer screening. Minimum and maximum scores to be obtained from the scale were 0 and 18, respectively. Its Chronbach Alpha was 0.77. A question form developed

by the researchers was also used in order to determine the consistency to the mammography. As for the study of Maxwell et al., (2003) follow-ups were made through telephone 3-12 months later than the sessions. Knowledge and attitudes of women as regards to the breast cancer screening behavior were evaluated in the follow-ups. In their study, Champion et al. (2000b) conducted a follow-up after one year. In their study, Rimer et al., (1992) included previous breast cancer practices, benefits and impediments of screening, beliefs, informations of women regarding the breast cancer and their socio-demographic properties in the question form. A follow-up was realized three months later than the interview. In the experimental study carried out by Tuong (2007) the question form was applied prior to the training and three months later than the training. A follow-up was performed three months later than the intervention. In the study of Champion et al., (2003) Summated scales assessed HBM concepts of susceptibility (3 items), benefits (5 items), and barriers (11 items) by using five-point Likert responses. Information regarding scale development had been reported elsewhere. In this sample, Cronbach alpha for internal consistency ranged from 0.74 to 0.88. A follow-up was performed six months later than the intervention.

Results

In the study carried out by Oliver-Vazquez et al., (2002) a slight increase (4/22) was detected in the breast self-examination when the changes in the early diagnosis processes prior to the session and after 16-18 months were compared but a statistically significant difference was not found ($p > 0.01$). All women who had not taken mammography prior to the session took it thanks to the removal of the impediments and the support provided to them. however, the women who did not receive support did not take mammography. Besides, the ratio of demanding information from the healthcare personnel increased after the session.

In the randomised controlled study carried out by Costanza et al., (2000) the rate of women taking the clinical breast examination (CBE) increased in the experimental grup from 68 % prior to the training to 74 % following the training. However, an increase was not detected in the rate of women taking the mammography.

In the study carried out by Seow et al. (1998) 139 women out of 1500 (9,3 %) came to screening on their own. An increase of 7.6 % was observed following the intervention when compared to the rate prior to the intervention in the experimental grup to whom reminding and training material were sent. An increase of 7 % was detected in the control group when compared to the ratio prior to the intervention. An increase of 13.3 % was observed following the intervention in the second experimental grup to whom home visits were made. A significant difference was found between them when compared to the control group 1.90 (95 % GI 1.27 to 2.84). When it was compared to the second group, a significant difference of 1.75 was found (95 % GI 1.19 to 2.59).

In the study of Champion et al. (2000a) sensitivity perceived by women in the experimental grup prior

to the intervention increased from 11.66 to 15.85 on average after the intervention in the grup interviewed through telephone. As for the grup with whom face-to-face interviews were made, it reached to 16.30 from 11.80 on average following the intervention. When the experimental grup was compared to the control grup, the difference between the sensitivity levels measured prior to the intervention and following the intervention was found statistically significant ($F = 13.26$; $p = 0.001$). Benefits perceived by the women in the experimental grup prior to the intervention increased to 20.45 from 19.93 on average after the intervention in the grup interviewed through telephone. However, benefits perceived by the women in the experimental grup prior to the intervention increased to 20.08 from 19.76 on average after the intervention in the grup with whom face-to-face interviews were conducted. When the experimental grup was compared to the control grup, the difference between the perceived benefits measured prior to the intervention and following the intervention was found statistically significant ($F = 3.91$; $p = 0.020$). Impediments perceived by the women prior to the intervention declined to 20.24 from 21.88 on average after the intervention in the grup interviewed through telephone. However, impediments perceived by the women prior to the intervention decreased to 19.93 from 21.19 on average after the intervention in the grup with whom face-to-face interviews were made. When the experimental grup was compared to the control grup, the difference between the perceived impediments measured prior to the intervention and following the intervention was not found statistically significant ($F = 2.69$; $p = 0.068$). It was specified that an increase was also observed in the behavior of taking mammography following the intervention. A significant difference was not found between the groups in the phase of consistency to the mammography prior to the intervention ($X^2 = 8.90$, $p = 0.346$). Consistency to the mammography in the control grup following the intervention was 17 %, 30 % in the grup interview through telephone and 33 % in the grup with whom face-to-face interviews were made.

In the study of Maxwell et al. (2003) while the ratio of women to take mammography was 47 % prior to the intervention, it increased to 59 % following the intervention and the difference between these ratios was found as statistically significant ($p = 0.002$). Likewise, while the ratio of women taking mammography was 48 % prior to the intervention in the control grup, it reached to 57 % following the intervention and a statistically significant difference was detected between them ($p = 0.030$). No difference was detected between the ratios of experiment and control groups measured in terms of taking mammography prior to the intervention and following the intervention ($p = 0.40$). Score increases of 9-12 % were observed in both groups in terms of screening ratios.

In the study carried out by Champion et al., (2000b) while the status of the experimental grup to come into action at the cognitive level associated with the consistency to the mammography was 59 % prior to the intervention, it reached to 75.7 % after the intervention. As for the control grup, while it was 63.8 % prior to the intervention, it increased to 71.1 % following the intervention. After

the intervention, 50 % of the women in the experimental group and 18.8 % of the women in the control group came into action.

Rimer et al. (1992) determined in their study that there was a significant difference ($p = 0.002$) between the experiment and control groups in terms of feeling good and the believing that mammography was unnecessary ($p = 0.040$) and in terms of feeling healthy and believing that mammography was unnecessary ($p = 0.002$). The frequency of taking mammography three months later than the first interview was found to be 45 % in the experimental group and 12 % in the control group and the difference between these frequencies was determined to be statistically significant ($p = 0.000$). The cost of mammography reduced considerably both in the experiment and control groups thanks to the mobile mammography. The frequency of women in the experimental group to take mammography generally increased to 53 % from 35 % in the study. This ratio increased to 19 % from 6 % in the control group. While the ratio of women who did not attend the training regularly to take mammography increased to 41 % from 22 %, this ratio reached to 86 % from 75 % in women attending the training regularly.

In the experimental study conducted by Tuong (2007), a significant difference was found between two groups in terms of two subdimensions (perceived seriousness, perceived benefit) of the Health Belief Model. It was also stated that seriousness and benefit perceptions of women regarding the screening were higher following the intervention when compared to the levels prior to the intervention. BSE knowledge ($p = 0.005$) and the status of performing BSE ($p = 0.009$) increased following the intervention. No significant relationship was found with the clinical breast examination and mammography. However, 80 % of the women stated that they would make appointment for mammography.

In the study of Champion et al. (2003) All five interventions increased mammography adherence significantly relative to usual care (odds ratios, 1.93 to 3.55) at 6 months post intervention. The combination of in-person with physician letter was significantly more effective than telephone alone or letter alone. Women thinking about getting a mammogram at baseline were more likely to be adherent by 6 months; even those in usual care achieved 48% adherence compared with 50–70% in the intervention groups. In contrast, women not thinking about getting a mammogram needed the interventions to increase their adherence from 13% to over 30%.

As a conclusion, there is a limited number of studies conducted on women above the age of 40 by taking the Health Belief Model as basis. Furthermore, there were only two studies where the Health Promotion Model designed for the breast cancer early diagnosis behaviors was used (Johnson, 1998; Taylor, 1998). These studies were not included in the sampling as they were inconsistent with the criteria of inclusion.

Discussion

Five of the eight studies included in the review were randomized controlled studies while three of them were

experimental studies. Experimental studies conducted through the Health Promotion Model and consistent with the criteria of inclusion could not be found.

Interventions applied in the studies became effective in developing and maintaining the breast cancer early diagnosis behaviors in women. There are various triggering factors ensuring women to develop and maintain the breast cancer early diagnosis behaviors. Triggering factors include the use of training and reminders related to the issue (reminding letters, reminding through telephone, reminding via e-mail, informative brochures, home visits, combined interventions and media etc.) (Oliver-Vazquez et al., 2002; Kwok et al., 2005; Bonfil et al., 2009).

Interventions applied in the reviewed studies include telephone consultancy, demonstration, role plays (Champion et al., 2000a; Costanza et al., 2000), sending messages via e-mail (Rimer et al., 1992; Champion et al., 2000b), home visit (Seow et al., 1998) and training (Rimer et al., 1992; Costanza et al., 2000; Oliver-Vazquez et al., 2002; Maxwell et al., 2003; Tuong 2007) in particular. The most important intervention directed to the breast cancer early diagnosis behaviors is usually training on the issue. Thus, prevention of breast cancer in women at early stages will only be possibly by informing all the women with healthcare trainings and implementing the screening programs. It was detected in the studies conducted by using the Health Belief Model that individuals developed positive health behaviors (Champion et al., 2000a; Oliver-Vazquez et al., 2002; Pender, 2006; Nahcivan and Seçginli 2007) after they were informed about the issue and resorted to early diagnosis behaviors (BSE, CBE and mammography) (Rimer et al., 1992; Champion et al., 2000a; Constanza et al., 2000; Oliver-Vazquez et al., 2002; Maxwell et al., 2003; Paskett et al., 2006; Beydağ and Karaoğlu 2007; Gölbaşı et al., 2007; Tuong, 2007). However, another important point is that only training will not be effective in developing the breast cancer early diagnosis behaviors alone (Oliver-Vazquez et al., 2002). There are several key steps of developing the early diagnosis behaviors in women. Firstly, the external factors impeding women to realize these behaviors should be determined, then training programs should be designed accordingly and these trainings should be supported by the reminders (Bonfil et al., 2009; Oliver-Vazquez et al., 2002). It was expressed in the study of Oliver-Vazquez et al., (2002) that providing information did not yield consistency to the screening in women and that facilities related to appointments and transport would play an important role in developing the breast cancer early diagnosis behaviors. It was also stated in this study that the combined triggering strategies (reminders) and in particular the trainings provided by the healthcare personnel (nurse, midwife etc.) would be more effective than individual strategies (Rimer et al., 1992; Costanza et al., 2000; Oliver-Vazquez et al., 2002).

Public health nurses contribute to the promotion of early diagnosis behaviors by providing training and using the triggering factors. Thus, nurses should know the triggering factors and use them in practice as they are key individuals to develop the early diagnosis behaviors.

The effect of the interventions performed in two

studies on the components of the Health Belief Model (perceived benefit, sensitivity, impediment, seriousness) was assessed and it was observed that the intervention made by the nurses became effective on the components of the Health Belief Model (Champion et al., 2000a; Tuong, 2007). How individuals feel themselves in terms of preventing the diseases and maintaining the health is also of great importance in realisation of the expected health behavior. These perceptions reflect the willingness of the individual regarding the primary protection. Therefore, the individuals may be informed about the attitudes, behaviors related to the healthcare and benefits of performing the early diagnosis behaviors by indicating the effects of implementing and maintaining the early diagnosis behaviors on the length and quality of life. In this manner, it becomes more likely for the individuals to check their health themselves (Hochbaum, 1958; Glanz et al., 2008).

It was observed in the studies conducted so far that training plays an important role in increasing the sensitivity, seriousness and benefit perceptions. Besides, when the relationship between these perceptions and the behavior is taken into account, the possibility of realising this behavior increases as the seriousness and benefit perceptions increase (Champion et al 2000a; Tuong, 2007). Studies support the argument that training may increase the sensitivity, seriousness and benefit perceptions while they also indicate that more studies are necessary in this field.

It is clear that trainings provided in a study included in the systematic review play a key role in eliminating the factors impeding the realisation of breast cancer early diagnosis behaviors. Psychological, structural, organisational and socio-cultural factors are effective in directing women towards the breast cancer early diagnosis behavior and their breast screening rates (Remenninck, 2006). There are many studies whose objectives were to determine the impediments regarding the breast cancer early diagnosis behaviors. Nevertheless, interventions conducted by nurses and aiming to eliminate the impediments are limited in number. It has been observed in the studies that the possibility of realising the breast cancer early diagnosis behaviors increase as the self-efficacy and health motivation perceptions included in the Health Belief Model (Champion and Scott 1997).

Pender stated that impediment and benefit perceptions included in the model are among the most important concepts in explaining the health protection behaviors or estimating the behavior but the perceived seriousness and sensitivity were determinative in explaining the health protection behaviors (Pender, 2006). There were only two studies that were conducted by using the Health Promotion Model directed at the breast cancer early diagnosis behaviors (Taylor, 1998; Johnson, 1998). Taylor's (1998) study was excluded from the sampling as it did not include women above the age of 40 and Johnson's study (1998) was not included in the sampling as it was descriptive. It was observed in the study of Taylor (1998) that interventions applied by using the Health Promotion Model aimed at the breast cancer early diagnosis behaviors are effective on the behavior. However, the limited number

of these studies requires more nursing studies in order to prove their effects on the behavior.

In conclusion, when the literature was examined, it was observed that the experimental studies that compared the concepts of Health Belief Model before and after the training, indicated the effect of the interventions on these concepts and on the early diagnosis behaviors and were conducted by nurses were limited in number. Randomized controlled studies that compared the concepts of Health Belief Model before and after the intervention, indicated the efficiency of the interventions and would be applied by the nurses may be useful in order to examine the efficiency of the interventions.

There were two studies conducted by using the Health Promotion Model directed at the breast cancer early diagnosis behaviors. However, these studies did not comply with the criteria of inclusion. Studies related to HPM were usually about nutrition, exercise and substance abuse and positive behavior changes were detected at the end of the studies. Thus, experimental studies to be carried out by nurses by taking the Health Promotion Model as basis may be effective in developing early diagnosis behaviors. Furthermore, no study was found where the Health Promotion Model and Health Belief Model were used together. It is stated in the literature that the combined use of the models is important in planning the training and the behavior changes. Nursing researches to be conducted by using the Health Promotion Model and the Health Belief Model jointly are thought to become effective in planning and implementing the nursing interventions to be applied for behavior changes in women.

References

- Anderson BO, Jakesz R (2008). Breast cancer issues in developing countries: an overview of the Breast Health Global Initiative. *World J Surg*, **32**, 2578-85.
- Beydağ KD, Karaoğlu H (2007). Effect of breast self examination education to the knowledge and attitudes of female students. *TSK Prev Med Bull*, **6**, 106-11.
- Bonfill CX, Marzo CM, Pladevall VM, et al (2009). Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 1. Available from: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002943.html>.
- Centre for Reviews and Dissemination (2009). Systematic reviews. CRD Guidance for undertaking reviews in health care Published by CRD, University of York. [Accessed: January 12, 2010] Available from: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>.
- Champion V, Maraj M, Hui S et al (2003). Comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. *Prev Med*, **36**, 150-8
- Champion V, Ray DW, Heilman DK et al (2000b). A tailored intervention for mammography among low-income African-American Women. *J Psychosocial Oncol*, **18**, 1-13.
- Champion VL, Scott CR (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nurs Res*, **46**, 331-337
- Champion VL, Skinner CS (2008). The Health Belief Model. In: Glanz K., Rimer B.K., Viswanath K.V., eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, Inc. 46-65

- Champion V, Skinner C, Foster J (2000a). The effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs knowledge and behavior related to mammography screening. *Oncol Nurs Forum*, **27**, 1565-71.
- Champion V, Skinner C, Menon U, et al (2002). Comparisons of tailored mammography interventions at two months post intervention. *Ann Behaviour Med*, **24**, 211-18.
- Constanza M, Stoddard A, Luckmann R, et al (2000). Promoting mammography: results of a randomized trial of telephone counseling and a medical practice intervention. *Am J Prev Med*, **19**, 39-46.
- Demirhan H, Özen İ, Bostancı M et al (2002). Pamukkale universitesi kredi ve yurtlar kurumu kız öğrencilerinde kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bir araştırma. *Sağlık ve Toplum*, **2**, 81-4.
- Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N et al (2007). Knowledge, behaviour and performance in a group of women living in the Aegean Region. *Marmara Med J*, **20**, 29-36.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (2008). Health behavior and health education theory, research, and practice. (Ed. Orleans, T.). 4 th Edition. Jossey Bass, 5-62.
- Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H (2007). The effect of education given by nursing students on womens' knowledge and practice of breast cancer / breast self examination in a public training center. *J Breast Health*, **3**, 53-7.
- Hochbaum GM (Subsequently modified by other authors) (1958). Health Belief Model, [Update 2010 March 17] Available from http://www.courseweb.uottawa.ca/epi6181/images/Health_Belief_Model_review.pdf.
- Jirojwong S, MacLennan R (2003). Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among thai migrants in Brisbane. *J Adv Nursing*, **41**, 241-9.
- Johnson CR (1998). The relationship between health promoting lifestyles and the practice of breast cancer screening behaviours in adult women. A Thesis Presented to The Faculty of the Department of Nursing Clarkson Collage. United States.
- Juon HS, Seo YJ, Kim MT (2003). Breast and cervical cancer screening among Korean American elderly women. *Eur J Oncol Nurs*, **6**, 228-35.
- Kalichman SC, Williams E, Nachimson D (2000). Randomized community trial of a breast self-examination skills-building intervention for Inner-City African-American Women. *JAMWA*, **55**, 47-50.
- Kwok C, Cant R, Sullivan G (2005). Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Hlth Educ Res*, **20**, 739-47.
- Makuc DM, Breen N, Freid V (1999). Low income, race, and the use of mammography *Health Serv Res*, **34**, 229-39.
- Maxwell AE, Bastani R, Vida P, et al (2003). Result of randomized trail to increase breast and cervical cancer screening among Filipino American women. *Prev Med*, **37**, 102-9.
- Ministry of Health of Turkey Cancer Control Department, 2004. Cancer Statistics. [Accessed: April 21, 2010] Available from: <http://www.saglik.gov.tr>.
- Nahcivan N, Secginli S (2007). Health beliefs related to breast self examination in a sample of Turkish women. *Oncol Nurs Forum*, **34**, 425-32.
- Oliver Vazquez M, Ayendez MS, Perez ES, et al (2002). Breast cancer Health Promotion Model for older Puerto Rican women: Results of a pilot programme. *Health Promotion Int*, **17**, 3-11.
- Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayolu N (2004). An evaluation Of education related to the breast cancer and breast self examination given to the women applied to mother and child health care center. *J Cumhuriyet Univ School Nursing*, **8**, 9-15.
- Park SM, Hur HK, Kim GY, et al (2007). Knowledge, barriers, and facilitators of Korean women and their spouses in the contemplation stage of breast self-examination. *Cancer Nurs*, **30**, 78-84.
- Paskett E, Tatum C, Rushing J, et al (2006). Randomized intervention to improve mammography utilization among a triracial rural population of women. *J Natl Cancer Inst*, **98**, 1226-31.
- Pender N, Murdaugh CL, Parsons MA (2006). Health Promotion in Nursing Practice, Fifth Edition, Pearson Education, New Jersey.
- Remennick L (2006). The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *Breast J*, **12**, 103-10.
- Rimer BK, Resch N, King E (1992). Multistrategy health education program to increase mammography use among women ages 65 and older. *Public Health Rep*, **107**, 369-80.
- Seow A, Straughan PT, Lee HP (1998). A Randomized trial of the use of print material and personal contact to improve mammography uptake among screening non-attenders in Singapore. *Annals Acad Med*, **27**, 137-42.
- Taylor GJ (1998). Transforming decision making in African American Women: effects of a culturally sensitive breast self examination intervention, Doctoral Thesis, University of Alabama, Birmingham.
- Tuong-Vi H (2007). Anderson Cancer Center, Houston, TX. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American Women. *Oncol Nurs Forum*, **34**, 481.

Validity and reliability study for the self-efficacy scale

Ayşe Beser, Zühal Bahar, Nihal Gordes Aydogdu, Fatma Ersin, Aygül Kissal

Dokuz Eylül University School of Nursing, Public Health Nursing Department, Turkey

Abstract

Aim: The aim of this methodological study was to analyze the validity and reliability of the Turkish adaptation of the Self-Efficacy Scale originally developed by Lechner, de Vries, and Offermans.

Methods: The adapted scaled was administered to 92 women, grouped according to age and educational status. The data was collected using a socio-demographic data form and a seven item modified Self-Efficacy Scale.

Results: Cronbach's Alpha coefficient was .84, indicating high internal consistency in responses. Both the validity and reliability of the modified Self-Efficacy Scale were found to be high.

Conclusions: We propose that this scale can be used in the evaluation of self-efficacy perception in Turkish society. Self-efficacy scores may be predictive of participation in early diagnosis screening programs. Moreover, this scale could be used to help design programs and develop strategies to increase early detection behaviors like breast self-examination, mammography, and Pap smears.

Key words: self-efficacy, breast and cervical cancer, early detection, Turkish women

Introduction

Breast and cervical cancer are two of the most common and fatal diseases of women worldwide. With an incidence of 34.73 cases per hundred thousand, breast cancer ranks first among all the cancer types observed in Turkish women¹, while cervical cancer ranks ninth with an incidence of 4.5 cases per hundred thousand².

Mammography and self-examination of the breast are invaluable for early detection of breast cancer, while regular Pap smears are recommended for the early detection of cervical cancer. Participation of women in these screening tests significantly impacts the mortality and morbidity

of these disease^{3,4}. It is vital, therefore, that health practitioners, especially public health nurses, are aware of those factors that are predictive of participation in these screening tests.

Perception of self-efficacy is one of the major cognitive perception factors for initiating and maintaining changes in behavior, including behaviors that promote good health. The Self-Efficacy concept was first introduced by psychologist Albert Bandura in 1997 within the scope of "Cognitive Behavior Change"⁵. Self-efficacy theory is based on a social cognitive theory that attempts to predict and explain behavior using concepts such as self-efficacy expectation, result expectation, and impulse⁶. Bandura defined self-efficacy as "the judgment of the individual related to his achievement of a certain performance level"⁷.

According to Bandura, if an individual believes he can achieve a specific result, then this individual will exhibit the essential behaviors required to achieve the result. In this sense, self-efficacy perception plays an important role in determining the kinds of activities that the individual will do or avoid. As the self-efficacy expectation increases, the efforts become stronger and more persistent⁷.

Self-efficacy has been used in many theories, such as the Theory of Planned Behavior and the Integrated Behavioral Model⁸. In recent years, beginning with Champion's Health Belief Model and Pender's Health Promotion Model, self-efficacy perception has emerged as an important determinant in the initiation and maintenance of behaviors linked to improving health^{8,9,10}. Individuals avoid early diagnosis behaviors as a direct result of low self-efficacy^{8,10,11}. Research on the relationship between breast cancer screening and self-efficacy revealed a strong positive relationship between self-examination of the breast and self-efficacy; indeed, self-efficacy was the strongest determinant of self-examination of the breast¹². Moreover, several studies have shown that

high self-efficacy is evident in patients participating in mammography screening^{3,1}.

A study examining the participation of Korean women in Pap smear tests found a positive relationship between participation and levels of self-efficacy¹⁴. Fang et al. (2007) also detected a positive relation between self-efficacy and Pap smear screening behavior, while Hogenmiller et al. (2007) concluded that self-efficacy is the primary determining factor in Pap smear screenings. Egbert and Parrott (2001) demonstrated a negative relationship between cancer screening restraints and self-efficacy, and a positive one between early detection awareness and self-efficacy.

In a study conducted using a transtheoretical model, Lechner et al. (1997) used the Self-Efficacy Scale and found that self-efficacy perception was lower in women at the pre-thinking stage of behavior compared to women at other stages¹⁸. Evaluation of an individuals' self-efficacy perception, as related to behaviors for the early diagnosis of breast and cervical cancers, could lead to enhanced survival.

Since the construct of self-efficacy is a function of both the behavior in question and the situational contexts in which the behavior takes place and may differ from one population to another. Therefore, self-efficacy scales need to be developed for different populations because their situational contexts may differ. Suitable assessment tools will be helpful for any attempt to increase self-efficacy. Knowledge of the self-efficacy level of individuals will aid in the development of strategies aim at increasing participation in early detection behaviors like regular breast self-examination, mammography, and Pap smears.

Objectives

The aim of this research is to evaluate the validity and reliability of a modified Self Efficacy Scale¹⁷ in order to assess self-efficacy perception of breast and cervical cancer diagnosis in Turkish women.

Methods

Design: It is a methodological study.

Sample: There are 7 items in the modified Self-Efficacy Scale. For each item in scale studies, it is

recommended that 10 people be included¹⁹. For that reason, the sample number was determined to be at least 70. A total of 92 women living in the Narlidere District of Turkey formed the sampling group for this research. Data related to the age and educational status of the women was obtained from district nursing heads. Stratification was made in the selection of women according to age and education status. Women to be included in the stratification were determined using the non-probability method.

Instruments: These data were collected using a socio-demographic data form and a seven item modified Self-Efficacy Scale.

Socio-Demographic Properties Information Form: The 'Socio-Demographic Properties Information Form' consisted of 4 questions on age, educational status, marital status, and income level.

Self-Efficacy Scale: The scale, the early diagnosis of breast cancer in their behavior to measure the perceptions of women's self-efficacy was developed in 1997 by Lechner et al. However, the author of the scale reported that can be used to measure the perceptions of women's self-efficacy of behavior for the early diagnosis of breast cancer and cervical cancer at the same time. The scale assesses the relationship between self-efficacy of women and the early detection of breast and cervical cancer^{17,18}. It is a Likert-type scale. In this scale, different conditions were introduced to participants and they were asked whether they would like to participate under those specific conditions. Points between -3 (definitely no) and +3 (definitely yes) were given as a response to the general query "Would you consider participating in the screening if...?" The total score could range from -21 to +21. A high score was indicative of greater self-efficacy perception related to the specific behaviors (participation in tests for breast and cervical cancer). Cronbach's Alpha reliability coefficient of the scale was .90.

Application of Data Collection Tools: The data was collected by researchers during face-to-face interviews. Women were asked to answer the questions of scale considering the behavior of both breast and cervical cancer screening.

Data analysis: The SPSS v.11 program was used for statistical analysis of the data. Expert opinions were obtained for content and scope validity. The Kendall good compatibility coefficient

ent was used to evaluate the agreement between expert opinions. Cronbach's Alpha coefficient was used for internal consistency of the scale and Pearson correlation analysis was used for test-retest reliability. Pearson correlation analysis was also used for item-total point analysis. Results used for data analysis are presented in Table 1.

Table 1. Statistical Methods Used in the Validity and Reliability Analysis of The Modified Self Efficacy Scale

Validity Study	
Language Validity	Translation from English into Turkish
Content/scope validity (expert opinion)	Back translation from Turkish into English
Content/Scope validity	Kendal W Analysis
Reliability Study	
Item-Total Point Analysis	Pearson Correlation Analysis
Scale internal consistency	Cronbach's Alpha Coefficient
Invariance of scale against time	Pearson Correlation Analysis
Evaluation of the relationship between mean test-retest points	
Comparison of mean test-retest points	T Test in Dependent Groups

Language Validity: For the language validity of the Self-Efficacy Scale, five people, including a linguist and four nursing lecturers, translated the scale from its original English into Turkish. Another expert who was competent in Turkish and English languages translated the scale back to English. The original and the Turkish translation of the scale were compared by the researchers and the final form of the Turkish version was completed.

Ethical Dimension of the Study: In order to conduct the study, permission was sought via e-mail from the ethical committee of the Nurse College of Dokuz Eylul University and from the principle developer (Lechner) to use and modify the Self-Efficacy Scale. In order to increase the validity and reliability of the scale, permission was also obtained from Izmir Narlidere Municipality. People were informed of the research purpose and asked whether they volunteered to participate or not. Verbal consent was obtained from participants.

Results

The mean age of the women participating in the study was 49.35 ± 16.54 years (range, 20 to 84). Of this group, 21.7% of the women were illiterate, 5.4% literate, 41.3% received primary education, 31.6% received secondary and higher education, 85.9% were married, and 57.6% of subjects studied, income and expense are equal to each other.

Validity

The assessment points of 10 experts were compared using Kendall W analysis. No significant differences were detected (Kendall $W = .149$; $p = .177$), indicating relative agreement between experts.

Reliability

We performed item analysis and evaluated internal consistency for the seven items included in the Self-Efficacy Scale using Cronbach's Alpha reliability measure. Table 3 shows the item-total point correlations of the scale. Item-total point correlations varied between .672 and .763, and were determined to be statistically significant ($p = .000$). Cronbach's Alpha value of the scale, which is the reliability coefficient of internal consistency, was .84 (Table 3). Table 4 presents the results of test-retest analysis of the Self-Efficacy Scale. To assess test-retest reliability, the scale was re-applied to the same 79 participating subjects after 15 days. The reliability, as quantified by the test-retest coefficient, was found to be .936 ($p = .000$). Table 4 shows the results of test-retest mean score analysis. On the first application, the mean score was 5.87, and 6.30 on retest. This difference was statistically insignificant.

Discussion

Evaluation of the validity of Self-Efficacy Scale

The many subtypes of validity that have been defined are all measures of the degree to which the quantity to be assessed was actually assessed. The most preferred domains of validity for any scale is content/scope validity and structural validity²⁰. The fact that a panel of experts came to the same conclusions after evaluating the suitability and comprehensibility of the items was accepted as an indicator of content validity²¹. In this study, scope validity of the scale was evaluated using the Ken-

Table 2. Evaluation of expert views on the content validity of the modified Self-Efficacy Scale (n=10)

Self-Efficacy Scale For mammography and pap smear test	Lowest-Highest Point	Mean of Item Points	Kendall good compatibility coefficient
Would you participate in screenings if the screening centre was far away?	7-10	9.30±1.05	W= .149 p= .177
Would you participate in screenings if screenings were painful?	7-10	9.40±1.07	
Would you participate in screenings if screenings were paid?	9-10	9.90±0.31	
Would you participate in screenings if you had any doubts about screenings?	5-10	9.00±1.63	
Would you participate in screenings if other women did not want to participate?	8-10	9.10±0.87	
Would you participate in screenings if screening took a lot of time for you?	8-10	9.30±0.94	
Would you participate in screenings if the time of screening was not suitable for you?	7-10	9.60±0.96	

Table 3. Item-total point correlation of the modified Self-Efficacy Scale

Item No	Item-Total Point Correlation		Cronbach's Alpha Level of the Scale
	r	p	
1	.698	.000	.844
2	.672	.000	
3	.676	.000	
4	.763	.000	
5	.699	.000	
6	.714	.000	
7	.792	.000	

Table 4. Comparison of mean test and retest scores, test-retest reliability on the modified Self-Efficacy Scale

Scale	Scale Point		t	p	Correlation of Test-Retest Point	
	First Application X ± SS	Second Application X ± SS				
Self-Efficacy Scale	5.87 ± 12.00	6.30 ± 13.07	.83	.49	.936	.000

dal W compatibility test. As a result of the test, it was determined that there was consensus between experts and that the statements included in the scale were suitable for Turkish women and a true representation of the construct that we wanted to assess (self-efficacy).

Evaluation of the reliability of Self-Efficacy Scale

Item analysis refers to the relationship between the value of each item and the total value of items in the assessment tool. It is used in the selection of items by determining to what extent the items forming the assessment tool are related to the assessment tool as

a whole. For this, a correlation coefficient must be evaluated²². It can also be theorized that correlation coefficients are not sufficiently reliable and that items can be removed from the scale²⁰. The correlation coefficient obtained from each item indicates the connection of that item with the assessed theoretical value. If the value of the item is high, the said item is sufficient for assessing the relevant behavior. It was recommended that an acceptable coefficient be greater than .25 in the item selection, and that the items with very low correlation value should be removed from the assessment tool without further consideration to other analysis results²².

For item analysis, .67 was accepted as the limit value for item-total point correlation, the scale va-

ried between .67 and .79 for the items included. It was determined that the total points of all the items included in the scale showed sufficient correlation, and that the item reliabilities of the scale were high. Item-total point analysis is accepted as an indicator of internal validity as well as an indicator of internal reliability, and further indicated that the scale reflects overall structural validity²³.

Reliability refers to the consistency between several independent assessments of the same variable. Reaching the same results by following the same process and using the same criteria shows that coincidental results are less likely. Reliability is determined with a correlation coefficient (r) and it is accepted that reliability is high when the value approaches one²⁰. The criteria reflecting the reliability of a scale is "internal consistency". Cronbach's Alpha coefficient is used in order to evaluate the internal consistency in a Likert-type scale²⁴. This coefficient is the assessment of the internal consistency and homogeneity of the items included in the scale^{24, 25}. The higher the Cronbach's Alpha coefficient, the more consistent the items included in scale are²⁶. Therefore, the obtained values indicate that the homogeneity of the scale is at a sufficient level. When Cronbach's Alpha Coefficient is less than .40, it is unreliable; between .40-.56, the test is said to have low reliability; between .60-.79, the test is fairly reliable, and between .80-1.00, as for our test, it is highly reliable²².

In this study, Cronbach's Alpha coefficient of the modified Self-Efficacy Scale was .84, so we regard the results as having high reliability. Cronbach's Alpha coefficient of the original scale was .90, so translation did not adversely affect reliability.

While there have been reports testing the validity of the Self-Efficacy Scale using similar scales, no previous study has tested the reliability of the Self-Efficacy Scale when translated into another language. In their study, Tung et al. (2008) used the scale developed by Lechner et al. in 1997 in order to assess the self-efficacy perception for the early diagnosis of cervical cancer. They adapted the scale to 0-100 and found its Cronbach's Alpha to be .93.

According to Table 4, coefficients between Self-Efficacy Scale items and test-retest were found to be .936 and a statistically significant relationship was detected. Another indicator of the reliability of our modified Self-Efficacy Scale was

that the difference between the test and the retest was insignificant. This demonstrates the invariance of the assessment tool, and indicates that the reliability of the scale for the Turkish population is high (Table 4).

Conclusions

Our modified Self-Efficacy Scale (originally developed by Lechner et al., 1997) had high reliability and validity. Indeed, it was as reliable and valid as other modified versions of the same test. For this reason, we propose that the scale can be used in the evaluation of self-efficacy perception within Turkish society for the early diagnosis of breast and cervical cancer.

Self-efficacy appears to predict behaviors that lead to the early diagnosis of breast and cervical cancer. Clinicians and researchers can use this scale to identify perceived self-efficacy and to design programs that encourage tests for early detection like breast self-examination, mammography, and Pap smears.

References

1. Turkish Republic Ministry of Health 2004, *The most commonly observed cancer type in women, directorate general of cancer, Turkey cancer statistics of 2004*. Available at: <http://www.saglik.gov.tr>. Accessed February 06, 2010.
2. Kaya M. *Cervical cancer with public health approach*. Ankara: HUKSAM Publishing; 2009.
3. Champion V, Skinner CS, Menon U. Development of a self-efficacy scale for mammography. *Research in Nursing & Health* 2005; 28 (4): 329-336.
4. Hogenmiller JR, Atwood JR, Lindsey AM, et al. Self-efficacy scale for pap smear screening participation in sheltered women. *Nursing Research* 2007; 56(6): 369-377.
5. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviors. To appear in: Conner M, Norman P. *Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognition Models* [Internet]. Buckingham: Open University Press; 1995 [cited 2010 May 9]. Available from: <http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/publicat/conner9.htm>.
6. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behaviour and Human Decision Process* 1991; 50: 248-287.

7. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist* 1989; 44: 1175-1184.
8. Champion VL, Skinner CS. The health belief model, in: Glanz K, Rimer BK, Viswanath KV, ed., *Health Behavior and Health Education*, San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
9. Aksayan S, Gozum S. The importance of self-efficacy (effecting oneself) in the initiation and maintenance of positive health behaviors. *Cumhuriyet University Journal of School of Nursing* 1998; 2 (1):35-42.
10. Pender N, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. New Jersey: Pearson Education; 2006.
11. Jirojwong S, MacLennan R. Health belief, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41: 241-249.
12. Friedman LC, Nelson DV, Webb JA, et al. Dispositional optimism, self-efficacy, and health beliefs as predictors of breast self-examination. *American Journal of Preventive Medicine* 1994; 10:130-135.
13. Tolma EL, Reininger BM, Evans A, et al. Examining the theory of planned behavior and the construct of self-efficacy to predict mammography intention. *Health Education & Behavior* 2006; 33: 233-251.
14. Park S, Chang S, Chung C. Effects of a cognitionemotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. *Public Health Nursing* 2005; 22(4):289-298.
15. Fang C, Ma GX, Tan Y, et al. A multifaceted intervention to increase cervical cancer screening among underserved Korean women. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 2007; 16 (6):1298-1302.
16. Egbert N, Parrott R. Self-Efficacy and rural women's performance of breast and cervical cancer detection practices. *Journal of Health Communication* 2001; 6:219-233.
17. Lechner L, De Vries H, Offermans N. Participation in a breast cancer screening program: Influence of past behavior and determinants on future screening participation. *Preventative Medicine* 1997; 26: 473-482.
18. Tung WC, Nguyen DH.T, Tran DN. Applying the transtheoretical model to cervical cancer screening in Vietnamese-American women. *International Nursing Review* 2008; 55: 73-80.
19. Akgul A. *SPSS practices on statistical analysis techniques for medical research*. Ankara: Printing Office Board of Higher Education; 1997.
20. Karasar N. *Scientific research method*. Ankara: Nobel Publishing and Distribution; 2000.
21. Gozum S, Aksayan S. Guide for intercultural scale adaptation II: Psychometric properties and intercultural comparison. *Journal of Research and Development in Nursing* 2002; 4(2): 9-20.
22. Ozdamar K. *Statistical data analysis with package programs*. Eskisehir: Kaan Publishing House; 2002.
23. Ergin DY. Validity and reliability in scales. *M.U. Journal of Atatürk Educational Sciences* 1995; 7: 125-148.
24. Tezbasaran A. *Likert-type scale development guide*. Turkey: Turkish Psychologists' Association Publishing; 1997.
25. Isikli S. Development of a psychometric tool assessing the attitudes of individuals against mentally disabled people in society. *Postgraduate Thesis*. Ankara University, Turkey: 1998.
26. Ozguven DE. *Psychological tests*. Ankara: Sistem Offset; 2000.

Corresponding Author
Nihal Gordes Aydogdu,
Dokuz Eylul University School of Nursing,
Inciralti, Izmir,
Turkey,
E-mail: nihalgordes@gmail.com

EK 15

TEZDEN YAPILAN DİĞER YAYINLAR

Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi

* Fatma ERSİN **Zuhal BAHAR
ÖZET

Meme kanseri önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaygın olmasına karşın, genellikle yavaş bir gelişme hızı gösteren ve tanısı erken yapıldığında oldukça başarılı tedavi sonuçları elde edilebilen ve ölüm oranı azaltılabilen bir kanser türüdür. Bu nedenle meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik bilincin artırılması ve bu davranışların düzenli olarak yapılması için modellerle desteklenmiş eğitim programlarının yapılandırılması ve uygulanması oldukça etkilidir. Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının kazandırılmasında en sık kullanılan model Sağlık İnanç Modeli'dir. Meme kanseri erken tanı davranışlarında sık kullanılsa da Sağlık Geliştirme Modeli sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında önemlidir. Bu derleme çalışmasının amacı, Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve Sağlık Geliştirme Modeli'ni (SGM) açıklayarak bu modellerin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisini gösteren bir literatür incelemesi yapmaktır.

Effects of Health Promotion Models on Breast Cancer Early Detection Behaviors: A Literature Review

Breast cancer is an important public health problem. Even though it is a common type of cancer, it can be treated successfully and its mortality rate can be reduced through early detection as it is typically a slow growing disease. Thus, developing and implementing training programs supported by models in order to raise awareness regarding breast cancer early detection behaviors and to ensure that these behaviors are performed regularly are considerably effective. Health Belief Model is the most common model used to make women develop breast cancer early detection behaviors. On the other hand, although it is not frequently employed in breast cancer early detection behaviors, Health Promotion Model is of crucial importance in explaining the health protection and promotion behaviors. Objective of this review study is to conduct a literature review that reveals the effects of Health Belief Model (HBM) and Health Promotion Model (HPM) on breast cancer early detection behaviors by making necessary explanations concerning these models.

Geliş tarihi:02.08.2010

Kabul tarihi: 01.01.2011

Meme kanseri hem sık görülmesi hem de ölümcül bir hastalık olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada tüm kadın kanserleri içinde %23 oranında görülen meme kanseri 2008 yılında 1.38 milyon olarak bildirilmektedir (International Agency for Research on Cancer, [IARC], 2010). Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup 2006 yılında insidansı 100.000'de 37.6 iken 2008 yılında bu oran 41.6'ya yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Meme kanserinde sağlığı koruma/geliştirmenin, morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yöntemi, erken tanıdır. Klinik meme muayenesi ve mamografi, meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca erken tanı yöntemleridir. Kendi Kendine Meme Muayenesinin(KKMM) etkinliği hakkında farklı görüşler ve araştırmalar olmasına karşın (Bradbury, 2001; Haris ve Kinsinger, 2002) hissedilebilen meme tümörlerinin tespit edilmesinde önerilmekte ve özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde kadınlarda meme sağlığı bilincinin oluşturulmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Anderson ve ark., 2006; Gürsoy, 2008).

Amerikan Kanser Birliği 20 yaşın üzerindeki kadınların her ay düzenli KKMM yapmasını, 20-40 yaş arasında üç yılda bir, 40 yaşından itibaren yılda bir kez klinik meme muayenesini yaptırmasını ve 40 yaşından sonra her yıl mamografiyi çektiğini gerektirir (http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_6x_Breast_Cancer_Early_Detection.asp).

Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan çalışmalar erken tanı davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir (Beydağ ve Karaoğlu, 2007; Demirhan, Özen, Bostancı ve Zincir 2002; Dişçigil, Şensoy, Tekin ve Söylemez 2007; Jirojwong ve MacLennan, 2003; Juon, Seo ve Kim 2002; Kalichman, Williams ve Nachimson 2000; Makuc, Bren ve Freid 1999; Tuong, 2007; Yi, Cielito ve Gibby 2001).

Jirojwong ve MacLennan (2003), tarafından Tayland'lı kadınlarla yapılan çalışmada, 145 kadından % 25'inin düzenli KKMM yaptığı, meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının fazla olduğu belirtilmiştir. Kalichman, Williams ve Nachimson (2000) ise KKMM eğitiminin meme muayenesi üzerine etkisini incelediği çalışmalarında, kadınların %85'inin daha önce KKMM ile ilgili eğitim aldığını ancak %45'inin her ay düzenli meme muayenesi yaptığını ifade etmişlerdir. Vietnam'lı 345 kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların %18.6'sının her ay düzenli KKMM yaptığı, klinik meme muayenesi yaptırmama oranının %48.7 ve mamografi çekirme oranlarının % 32.8 olduğu bildirilmiştir (Yi ve ark. 2001). Juon ve arkadaşları (2002) 60 yaş üstü kadınların %93'ünün mamografiyi duyduğunu, ancak %63'ünün tarama yaptırdığını belirtmiştir. Makuc ve arkadaşları (1999), yoksul kadınlarda son bir yıl içerisinde mamografi çekirme oranlarının %48.4 olduğunu ifade etmiştir.

Ülkemizde Beydağ ve Karaoğlu (2007) yaptığı çalışmada, kadınların %58'inin konu ile ilgili bilgisi olmadığı, %69.5'inin KKMM yapmadığı ve %50'sinin meme muayenesinin nasıl yapıldığını bilmediği için yapmadıkları saptanmıştır. Demirhan ve arkadaşları (2002), kadınların %42.7'sinin KKMM'sini bildiklerini, sadece %29.5'inin doğru olarak uyguladıklarını belirtmiştir. Dişçigil ve arkadaşları (2007) ise yaptıkları çalışmada, her ay düzenli olarak KKMM yapan kadınların oranının %17.9 olduğunu, klinik meme muayenesi yaptırmama oranının % 42.7 ve mamografi çekirme oranının %40.6 olduğunu saptamışlardır. Başka bir çalışmada, 412 kadından %71.3'ünün KKMM yapmayı bilmediğini, %72'sinin ise yapmadığını belirtmiştir (Alpteker ve Abcı, 2010).

Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının yeterli olmadığını gösteren bu çalışmalar, meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik bilincin artırılması ve bu davranışların düzenli olarak yapılması için modellerle desteklenmiş eğitim programlarını yapılandırılması ve uygulanması gerektiğini ortaya koymaktadır (Vazquez,

*Araş.Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İnciraltı, İzmir, fatmaersin1@gmail.com, **Prof.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İnciraltı, İzmir

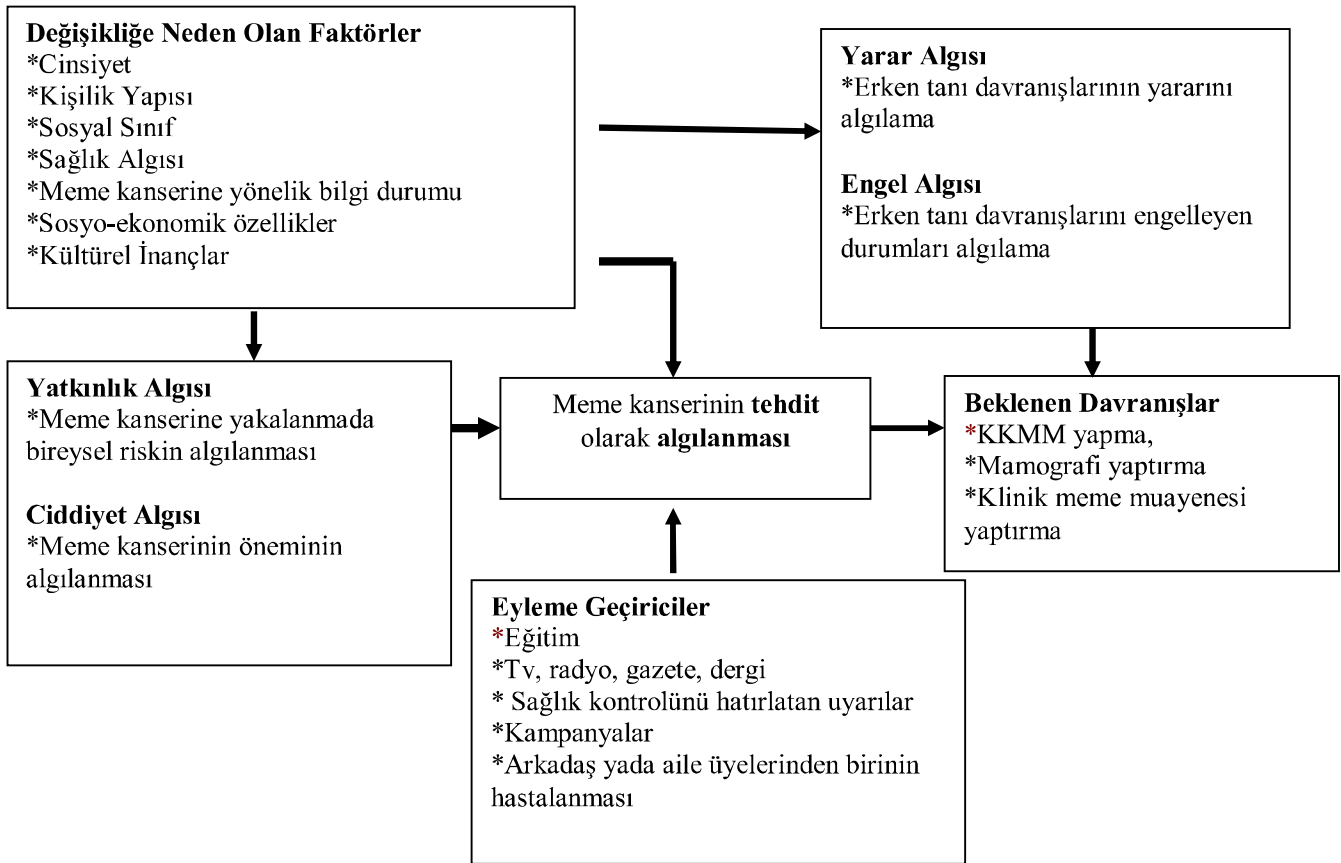
Ayendez, Perez, Almodovar ve Calderon 2002). Bu bilincin artırılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinde aktif görevi olan halk sağlığı hemşireleri önemli rol oynamaktadır.

Hemşirelik disiplini birçok kavramsal modelle zenginleşmiştir. Hemşire araştırmacılar, araştırmalarında bu kavramsal modellerden birini kullanmalıdırlar (Fawcett ve Gigliotti, 2001). Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının kazandırılmasında kullanılan birçok model bulunmaktadır. Bu modeller, Sağlık İnanç Modeli, Planlanmış Davranış Teorisi, Transteorik Model, Precede-Proceed Model, Sosyal Öğrenme Teorisi ve Sağlığı Geliştirme Modeli'dir (Glanz, Rimer ve Viswanath 2008). Bu modellerden Sağlık İnanç Modeli, meme kanseri erken tanı davranışlarını arttırmada en sık kullanılan modeldir. Bunun yanı sıra meme kanseri erken tanı davranışlarında sınırlı çalışılmış olan Sağlığı Geliştirme Modeli de sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılmaktadır.

Bu derleme çalışmasının amacı, Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve Sağlığı Geliştirme Modeli'ni (SGM) açıklayarak bu modellerin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisini gösteren bir literatür incelemesi yapmaktır.

Sağlık İnanç Modeli

SİM son elli yıldır sağlık davranışının kavramsal çerçevesinin oluşturulmasında en sık kullanılan modeldir. Model, 1950'lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Rosenstock, Strehler ve Becker 1988; Champion ve Skinner, 2008; Gasalberti, 2002). Model sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. SİM'nin anahtar kavramları, eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem de engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi gibi) varsa ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir. Modelin en güçlü ayırıcının algılanan engeller olduğu belirtilmektedir (Champion ve Skinner, 2008; Gasalberti, 2002; Pender, 2006; Pender, 1987). Sağlık İnanç Modeli'nin meme kanserine uyarlanmış şekli aşağıda yer almaktadır (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli'nin Meme Kanseri Uyarlaması (Nahcivan ve Seçginli, 2003)

Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri

A. Bireysel Özellikler

Sosyo-Demografik Faktörler

Cinsiyet, yaş, eğitim, etnik köken ve gelir demografik değişkenlerden bazılarıdır. Bu özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algisal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Yaş, gelir, eğitim durumu gibi faktörlerin artması sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır (Hochbaum, 1958).

Altmış yaş ve üzeri kadınların %40-45'inde meme kanseri görülmesine karşın, yaşın artmasıyla birlikte meme kanseri tarama hızları düşmekte (Remennick, 2006, Zhu ve ark., 2002) ve meme kanseri farkındalıkları azalmaktadır (Zhu ve ark., 2002). Ayrıca yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını gösterme oranları azalmaktadır. Yapılan çalışmalar, yoksul bireylerde meme kanseri erken tanı davranışlarının düşük olduğunu göstermektedir (Chan ve ark., 2007; Dişçigil ve ark., 2007). Eğitim durumu meme kanseri erken tanı davranışlarının yapılmasında etkili olmaktadır. Juon ve arkadaşlarının (2003) 60 yaş üstü kadınlarda yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların eğitim düzeyi düşük olan kadınlardan daha fazla erken tanı davranışlarına başvurduğu belirtilmektedir.

Sosyal sınıf, sosyal baskı, kişilik yapısı gibi değişkenler sosyo-psikolojik değişkenler arasında yer almaktadır. Destek grupların baskısı sağlık davranışı ile ilgili tutum ve inançların değişmesinde etkilidir (Clemen-Stone, McGuire Sandra ve Eigsti Diane 2002; Elik, 2006). Lierman, Young, Cope, Georgiadou F. ve Benoliel 1994) çalışmasında yaşlılara yapılan eğitim ve akrân desteğinin KKMM davranışını geliştirmede etkili olduğu belirtilmiştir.

B. Algılar

Algılanan Duyarlılık

Bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma ya da sağlık ile ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusunda inancıdır. Sağlıklı davranışları benimsemeye insanlar üzerinde etkili olan güçlü algılardan bir tanesidir. Birey öncelikle problem gelişme olasılığını değerlendirmektedir. Bu, tanının kabulü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir (Clemen ve ark. 2002; Glanz, Rimer ve Viswanath 2008).

Yapılan bir çalışmada 145 kadından % 25'inin düzenli KKMM yaptığı, meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının fazla olduğu belirtilmiştir (Jirojwong ve MacLennan, 2003). Bazı çalışmalarda ise mamografi çekme ile algılanan duyarlılık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Champion ve Menon, 1997; Champion ve Scott, 1997; Hyman, Baker, Empraim, Moadel ve Philip 1994). Kadınlarda algılanan duyarlılık ile mamografi çekme arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada algılanan duyarlılığı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara göre mamografi çekme oranları 0.74 kat daha fazla saptanmıştır. Aynı çalışmada algılanan duyarlılık ile mamografi çekme arasında negatif yönde, zayıf, anlamsız bir ilişkinin ($r=-.29$) olduğu belirtilmiştir (Palmer, Fernandez, Tortolero-Luna, Gonzales ve Mullen 2005). Ayrıca erken tanı davranışına yönelik yapılan eğitim algılanan duyarlılık üzerinde oldukça etkilidir. Champion, Skinner ve Foster (2000), tarafından 50-85 yaş arasındaki kadınlarda yapılan randomize kontrollü çalışmada, deney grubundaki kadınların eğitim öncesi algıladıkları duyarlılık telefonla görüşülen grupta ortalama 11.66'dan eğitim sonrası ortalama

15.85'e yükselmiştir. Bireysel görüşme yapılan grupta ise eğitim öncesi ortalama 11.80 iken eğitim sonrası ortalama 16.30 olmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F = 13.26$; $p = .001$). Ancak Avcı, Atasoy ve Sabah (2007)'in kadınlarda KKMM'sini yapma durumlarını saptamak için yaptıkları çalışmalarında, kadınların KKMM'si duyarlılık algısı düşük saptanmış olup eğitim öncesi ile eğitim sonrası karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde, bireyin hastalıkları önleme ve sağlığı sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Bu algı, bireyin birincil korunmaya olan isteğini yansıtır. Yapılan çalışmalarda duyarlılık algısının artırılmasında eğitimin önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca duyarlılık algısı ile davranış arasındaki ilişkiye bakıldığında duyarlılık arttıkça davranışın gerçekleşme olasılığı da artmaktadır.

Algılanan Ciddiyet ve Tehdit

Sağlık problemini algılama konusundaki inançtır. Algılanan ciddiyet kavramı hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançları ifade etmektedir. Ciddiyet algısı çoğunlukla tıbbi bilgi veya deneyime dayansa da aynı zamanda bir kişinin hastalığın yaratacağı zorluklar veya o kişinin genel olarak hayatındaki etkileri ile ilgili sahip olduğu inançlardan da kaynaklanabilir. Algılanan ciddiyet hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır (Hochbaum, 1958).

Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet birleşerek algılanan tehditi oluşturmaktadır. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadının, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, mamografi ve klinik meme muayenesi yaptırmaya eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Clemen ve ark. 2002; Glanz ve ark., 2008; Nahcivan ve Secginli 2003).

Tuong (2007), Vietnam'lı kadınlarla yaptıkları bir çalışmada kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası taramaya ilişkin ciddiyet algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Ancak Avcı ve arkadaşlarının (2007), yaptıkları çalışmada ise KKMM'sini yapma durumları incelenmiş, eğitim öncesine göre eğitim sonrası ciddiyet algılarında anlamlı bir fark saptanamamıştır.

Ciddiyet algısı ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu nedenle bu alanda daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu görülmektedir.

Algılanan Yarar

Bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar faydalı algıladığı, o davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Bu nedenle bireylere olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilerek, bireylerin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamaları yapmanın yararı ile ilgili bilgilenmeleri sağlanabilir. Böylece bireyin kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar (Clemen ve ark. 2002; Glanz ve ark., 2008; Hochbaum, 1958).

Yapılan çalışmalarda meme kanserine yönelik kadınların algıladıkları yararlar arasında, hastalığın erken

tanılanması ile daha kolay tedavi imkanlarını sağlaması, kanserden ölümleri azaltması, erken dönemde kitleyi tespit etmeyi sağlaması, tedavi için bir şans olarak görülmesi, sağlığı sürdürme ve uzun bir yaşamı sağlamak yer almaktadır (Avcı ve ark., 2007; Champion ve ark., 2000; Tuong, 2007). Champion ve arkadaşları (2000), tarafından 50-85 yaş arasındaki kadınlarda yapılan randomize kontrollü çalışmada, kadınlar mamografi çekirtmeye yönelik yararları; erken tanı konulmasını sağlar, %95 tedavi imkanı vardır, kitleler çok küçük iken mamografi ile saptanabilir, meme kanseri erken dönemde saptanınca birçok tedavi seçeneği vardır şeklinde ifade etmişlerdir. Ayrıca deney grubundaki kadınların eğitim öncesi algıladıkları yarar telefonla görüşülen grupta ortalama 19.93'den eğitim sonrası ortalama 20.45'e yükselmiştir. Bireysel görüşme yapılan grupta ise eğitim öncesi ortalama 19.76 iken eğitim sonrası ortalama 20.08 olmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=3.91$; $p=.02$). Tuong'nin (2007) çalışmasında, kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası taramaya ilişkin yarar algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Avcı ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada ise KKMM yapmayı bilenlerin bilmeyenlere göre yararları yüksek algıladığı ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Yukarıdaki çalışmalar, eğitimle algılanan yararın artırılabilirliğini desteklemekte olup bu konuda daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu göstermektedir.

Algılanan Engeller

Önerilen davranışı gerçekleştirmeyi zorlaştıran faktörler ya da davranışın yol açacağı düşünülen istenmeyen sonuçlardır. Sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirir. Bunun sonucunda davranışı eyleme geçirir ya da geçirmez. Algılanan yarar algılanan engelden fazla ise koruyucu sağlık davranışının gerçekleşme olasılığı o kadar fazladır (Clemen ve ark. 2002; Glanz ve ark., 2008; Hochbaum, 1958). Kadınların meme tarama hızlarında ve meme kanseri erken tanı davranışına yönelmesinde psikolojik, yapısal, organizasyonel ve sosyo-kültürel faktörler etkili olmaktadır (Lee., Tripp-Reimer, Miller, Sadler ve Lee 2007; Remenninck, 2006). *Psikolojik faktörler arasında*; kanser korkusu, erken tanı uygulamaları hakkında bilginin olmaması, utanma, duyarlılığın olmaması, ailenin konforunun bozulması, memesini kaybetme korkusu, ölüm korkusu, beden imajında değişiklik korkusu (Borroya, Buki ve Feigal, 2005; Champion ve ark., 2000; Kearney' 2006; Maxwell ve ark., 2003; Ogedegbe ve ark., 2005; Park, Hur, Kim ve Song 2007; Paskett ve ark., 2006; Remennick, 2006; Young ve Severson, 2005), yanlış inançlar ve algılar, kaderci yaklaşım (Nahcivan ve Seçginli, 2007; Ogedegbe ve ark., 2005; Remennick, 2006; Young ve Severson, 2005) yer almaktadır. *Yapısal faktörler arasında ise*; sağlık sigortasının olmaması, ulaşım sıkıntısı, yeterli zamanın olmaması, maliyetin yüksek olması (Ogedegbe ve ark., 2005; Young ve Severson, 2005; Champion ve ark., 2000) bulunmaktadır. *Organizasyonel faktörler içinde*; kadın bakım verenlerin olmaması (Borrayo ve ark., 2005; Remennick ve ark., 2006), sağlık bakım sisteminin zor anlaşılması, bakım verenlerle kadınlar arasında dil engelinin olduğu (Remennick ve ark., 2006) belirtilmektedir. *Sosyo-kültürel faktörlere baktığımızda*; bazı kültürlerde erkeklerin daha baskın olması,

kadınların erkeklere bağımlı pozisyonunda olması, evde ve ailede kadınların itaat eden konumunda olması (Remennick ve ark., 2006) gibi engellerin yer aldığı görülmektedir. Ayrıca Champion ve arkadaşları (2000), tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada, deney grubundaki kadınların eğitim öncesi algıladıkları engel telefonla görüşülen grupta ortalama 21.88'den eğitim sonrası ortalama 20.24'e düşmüştür. Bireysel görüşme yapılan grupta ise eğitim öncesi ortalama 21.19 iken eğitim sonrası ortalama 19.93 olmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($F = 2.69$; $p = .068$).

Ülkemizde meme kanseri erken tanısına yönelik engelleri tanımlamaya yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Avcı ve arkadaşları (2007)'ın yaptıkları çalışmada KKMM'sini yapma durumları incelenmiş, eğitim öncesine göre eğitim sonrası engel algısında bir artış görülmüştür. Ayrıca aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Meme kanseri erken tanı davranışlarında engelleri belirlemeye yönelik çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak engelleri azaltmaya yönelik müdahale çalışmaları sınırlı sayıdadır. Yapılan bir çalışmada, müdahale sonucunda engellerin azaldığı görülürken ülkemizde yapılan çalışmada ise müdahale sonucunda engel algısında bir artış olduğu saptanmıştır. Bu nedenle hemşireler tarafından engelleri azaltmada meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılacak randomize kontrollü çalışmalar önem taşımaktadır.

Algılanan Öz Etkililik

Bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inancı, kararlılığı ve iradesidir. Algılanan öz-etkililik, 1988 yılında Rosenstock, Strecher, ve Becker tarafından modele eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz etkililik önemli rol oynamaktadır. (Glanz ve ark., 2008; Hochbaum, 1958).

Jirogwong ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara göre 4.6 kat daha fazla her ay düzenli KKMM yaptıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca Petro-Nustas'ın (2001) ve Champion ve Scott'un (1997) yaptıkları çalışmalarda öz etkililik algısının KKMM yapma ve mamografi yaptırmaya yönelik olumlu etkisi belirtilmiştir. Palmer ve arkadaşları (2005), kadınlarda öz etkililik algısının yükselmesi ile mamografi çekirtme arasında pozitif yönde, güçlü, anlamlı bir ilişki olduğunu ($r=.73$), öz etkililik algısının artması ile mamografi çekirtme oranının 2.10 kat arttığını saptamışlardır.

Ülkemizde de Avcı ve arkadaşları (2007)'ın yaptıkları çalışmada, eğitim sonrası KKMM yapmayı bilenlerin bilmeyenlere göre öz etkililiği daha yüksek algıladıkları saptanmıştır. Ayrıca aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yapılan çalışmalarda öz etkililik arttıkça meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirme olasılığının da arttığı görülmektedir. Hemşireler tarafından yapılacak öz etkililiği arttırmaya yönelik müdahalelerin yer aldığı çalışmalar önemlidir.

Algılanan Sağlık Motivasyonu

Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışın gerçekleştirilmesine yönelik isteklilik durumudur. SİM'ne göre, sağlık motivasyonu algısı yüksek olan kadınların düzenli KKMM yapma, mamografi ve klinik meme muayenesi yaptırmaya eğilimleri daha yüksek olacaktır (Nahcivan ve Seçginli 2003). Yapılan çalışmalarda sağlık

motivasyonu algısının KKMM yapma ve mamografi yapma durumuna yönelik olumlu etkisi belirtilmiştir (Champion ve Scott 1997; Petro-Nustas, 2001). Avcı ve arkadaşları (2007)'ın yaptıkları çalışmada, eğitim sonrası KKMM yapmayı bilenlerin bilmeyenlere göre sağlık motivasyonunu daha yüksek algıladıkları saptanmıştır. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yapılan çalışmalarda müdahale sonucunda algılanan sağlık motivasyonunun arttığı ve davranışı etkilediği belirtilmektedir. Ancak hemşirelik literatüründe sağlık motivasyonunun mamaografi çekirme ve klinik meme muayenesi yaptırmaya davranışı üzerinde etkisini gösteren bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

C. Eylem

Eyleme Geçiriciler

Sağlık davranışının ortaya çıkma sıklığına etki eden durumlardır. Davranışı gerçekleştirmede hazır bulunuşluk önem taşımaktadır. Hazır bulunuşluk algılanan duyarlılık ve algılanan yarardan etkilendir. Eyleme geçiriciler davranışı tetikleyen mekanizma olarak da kabul edilebilir. SİM'de harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğunu belirtmektedir (Glanz ve ark., 2008; Hochbaum, 1958).

Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarına katılımı ve sürdürmeyi sağlayan çeşitli eyleme geçiriciler yer almaktadır (Bonfil, Marzo, Pladevall ve Marti 2009; Kwok, Cant ve Sullivan 2005; Taplin ve ark., 2000; Vazquez ve ark., 2002). Eyleme geçiriciler internal ve external olabilir (Clemen ve ark. 2002; Elik, Z., 2006). Internal eyleme geçiriciler hastalığa özgü rahatsızlık belirtilerinin hissedilmesidir. External eyleme geçiriciler ise, hatırlatıcıların kullanılmasını (hatırlatıcı mektuplar, telefonla hatırlatma, mail ile hatırlatma, bilgi verici broşürler, ev ziyaretleri, kombine müdahaleler, medya vs.) ve konu ile ilgili eğitimi içermektedir. Sağlık profesyonellerinden olan halk sağlığı hemşireleri eyleme geçiriciler yoluyla kadınların erken tanı davranışlarının artırılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle hemşireler olumlu sağlık davranışlarını geliştirecek kilit kişiler oldukları için eyleme geçiricileri bilmeli ve uygulamada kullanmalıdırlar.

a. Hatırlatıcıların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi

Meme kanseri tarama programlarına katılımı sağlayan çeşitli stratejiler (hatırlatıcı mektuplar, telefonla hatırlatma, mail ile hatırlatma, bilgi verici broşürler, ev ziyaretleri, kombine müdahaleler) bulunmaktadır. Bu stratejilerin meme kanseri erken tanı davranışlarının artırılmasında etkili olduğu saptanmıştır (Bonfil ve ark., 2009; Champion ve ark., 2002; Kwok ve ark., 2005; Seow ve ark., 1998; Taplin ve ark., 2000).

Taplin ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, hatırlatıcı randevuların verilmesinin, telefon edilmesinin ve mektup gönderilmesinin etkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunda randevu zamanlarının kadınlara hatırlatılmasının taramalara katılımda etkili olduğu saptanmıştır. Bonfil ve ark. (2009) yaptığı 117 çalışmadan oluşan bir metaanaliz çalışmasında, mamaografi çekirme davranışında mektupla hatırlatma, eğitim materyallerinin mail ile gönderilmesi, telefonla hatırlatma, eğitim aktiviteleri ve direk hatırlatmanın etkili olduğunu saptamıştır.

Çalışmada ev ziyaretlerinin etkili olmadığı belirtilmiştir. Ancak Seow ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, ev ziyareti yapmanın etkili olduğu mamaografi çekirme oranını %13.3 oranında arttırdığı ifade edilmiştir. Champion ve arkadaşlarının (2002) 50-64 yaş grubu kadınlarda yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada, mektup, eğitim materyali ve ev ziyareti yapılan grubun, eğitim materyallerini mektupla gönderildiği gruptan ve sadece ikinci hatırlatma yapılan kontrol grubundan %13.3'den daha fazla tarama yaptıkları belirtilmiştir. Kwok ve arkadaşları (2005) taramalara katılımda yazılı davet göndermenin kolaylaştırıcı bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Lantz ve arkadaşlarının (1995) kadınlarda hatırlatıcı kullanımının mamaografi çekirmeye yönelik etkisini inceledikleri çalışmada, hatırlatıcı mektup gönderilen ve daha sonrasında telefon ile hatırlatmaların yapıldığı deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre 4.5 kat daha fazla mamaografi çektiği, mamaografi çekirme oranının 3.1 kat arttığı belirtilmektedir.

Ülkemizde Avcı ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, eğitimle birlikte ayda bir olmak üzere 3 kez yapılan telefonla hatırlatmanın KKMM'nin düzenli yapılmasında etkili olduğu belirtilmektedir.

SİM, sağlığı korumada birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak adlandırılan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda, sağlık profesyonellerinin (hemşire vs.), davranışla ilgili eyleme geçiriciler konusunda bireylere yardımcı olmasına olanak sağlamaktadır.

b. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışında Eğitimin Önemi

Meme kanserinin erken tanılanabilmesinde bireylerin bu konuda bilinçli olmaları önemlidir. Bireyleri bilinçlendirerek bu konuda farkındalıkları ve motivasyonları artırılabilir (Anderson ve ark. 2006; Gürsoy 2008). Kadınlarda meme kanserinin erken dönemde önlenmesi tüm kadınların bu konuda sağlık eğitimleri ile bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile mümkün olacaktır. Sağlık İnanç Modeli kullanılarak yapılan çalışmalarda bireylerin konu ile bilgilendirilmelerinin ardından olumlu sağlık davranışlarını geliştirdikleri (Nahcivan ve Seçginli 2007; Pender, 2006; Vazquez ve ark., 2002) ve erken tanı davranışlarına (KKMM, KMM ve mamaografi) başvurdıkları saptanmıştır (Beydağ ve Karaoğlu 2007; Champion ve Huster, 1995; Champion ve ark., 2000; Constanza ve ark., 2000; Earp ve ark., 2002; Gölbaşı, Kutlar ve Akdeniz, 2009; Maxwell ve ark., 2003; Navarro ve ark., 1998; Nguyen, Vo, McPhee ve Jenkins, 2001; Parlar, Bozkurt ve Ovayolu, 2004; Paskett ve ark., 2006; Taylor, 1998; Tuong, 2007). Tablo 1'de verilen eğitimler sonucunda kadınların erken tanıya yönelik olumlu sağlık davranışlarındaki olumlu değişimler görülmektedir. Ayrıca Tuong'nin (2007) Vietnam'lı kadınlarla yaptıkları çalışmada, kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası KKMM bilgisi ve KKMM yapma durumlarının arttığı belirtilmiştir. Ancak klinik meme muayenesi ve mamaografi'de eğitim öncesine göre eğitim sonrası anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla beraber kadınların %80'i mamaografi için randevu alacağını belirtmiştir. Constanza ve arkadaşları (2000) 50 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada, eğitim öncesine göre eğitim sonrası mamaografide bir artış saptanamamıştır.

Tablo 1. Erken Tanıya Yönelik Olumlu Sağlık Davranışlarındaki Olumlu Değişimle

Yazar Adı- Çalışmanın Yılı ve Tipi	Davranış		
	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Değişimler
Kendi Kendine Meme Muayenesi			
Navarro ve arkadaşları, 1998 - Deneysel	%28.6	%51.8	%23.2
Gölbaşı ve arkadaşları, 2009 - Deneysel	%4.3	%51.6	%47.3
Beydağ ve arkadaşları, 2007 - Deneysel	%52	%62.7	%10.7
Parlar ve arkadaşları, 2004 - Deneysel	%37.5	%90.6	%53.1
Klinik Meme Muayenesi			
Neguyen ve arkadaşları, 2001 - Deneysel	%72.3	%76.5	%4.2
Champion ve arkadaşları, 2000 - RKÇ	%18.5	%33.2	%14.7
Constanza ve arkadaşları, 2000 - RKÇ	%68	%74	%6
Mamografi			
Paskett ve arkadaşları, 2006 - RKÇ	%34	%54.6	%20.6
Maxwell ve arkadaşları, 2003 - RKÇ	%47	%59	%12
Earp ve arkadaşları, 2002 - RKÇ	%41	%58	%17
Neguyen ve arkadaşları, 2001- Deneysel	%64.7	%68.9	%4.2
Champion ve Huster, 1995 - Yarı Deneysel	%42.7	%62.3	%19.6
Champion ve arkadaşları, 2000 - RKÇ	%7	%21.4	%14.4
Navarro ve arkadaşları, 1998 - Deneysel	%30.4	%56.4	%26

Yapılan bütün çalışmalar eğitimin etkinliğini desteklemektedir. Ancak önemli olan bir başka nokta ise bazı durumlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde eğitimin tek başına etkili olamayacağıdır (Vazquez ve ark. 2002). Öncelikle erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesi için kadınların bu davranışları gerçekleştirmesinde etkili olan dış engellerin belirlenmesi, daha sonra eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu eğitimlerin hatırlatıcılarla desteklenmesi önem taşımaktadır (Bonfil ve ark., 2009; Vazquez ve ark., 2002). Vazquez ve arkadaşları (2002) 50 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmalarında, bilgi vermenin kadınlarda taramaya uyumu sağlayamadığını, meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde randevu ve ulaşım olanaklarının sağlanmasının etkili olacağını belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada kişisel stratejilerden çok kombine eyleme geçirici stratejilerin (hatırlatıcıların), özellikle de sağlık personelinin (hemşire, ebe vs.) eğitim yapmasının etkili olduğu ifade edilmektedir (Vazquez ve ark., 2002).

Sağlık İnanç Modeli revize edilmeden önce Pender, engel ve yarar algısının sağlığı koruma davranışlarını açıklamada en önemli kavramlar arasında olduğunu, ayrıca algılanan ciddiyet ve duyarlılığın sağlığı koruma davranışlarını açıklamada belirleyici olduğunu belirtmiştir. Ancak davranışın oluşması için karar verme sürecini etkileyen kontrol algısı, öz-etkililik algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenlerin modelde yer alması gerektiğini belirterek, bu kavramları da içeren Sağlığı Geliştirme Modeli'ni oluşturmuştur (Pender, 1987).

Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender, Sağlığı Geliştirme Modeli'ni 1980 yılında geliştirmiş olup 1987 ve 1996 yılında modeli revize etmiştir (Şekil 2) (Pender, 1987; Pender, 1996). Sağlığı Geliştirme

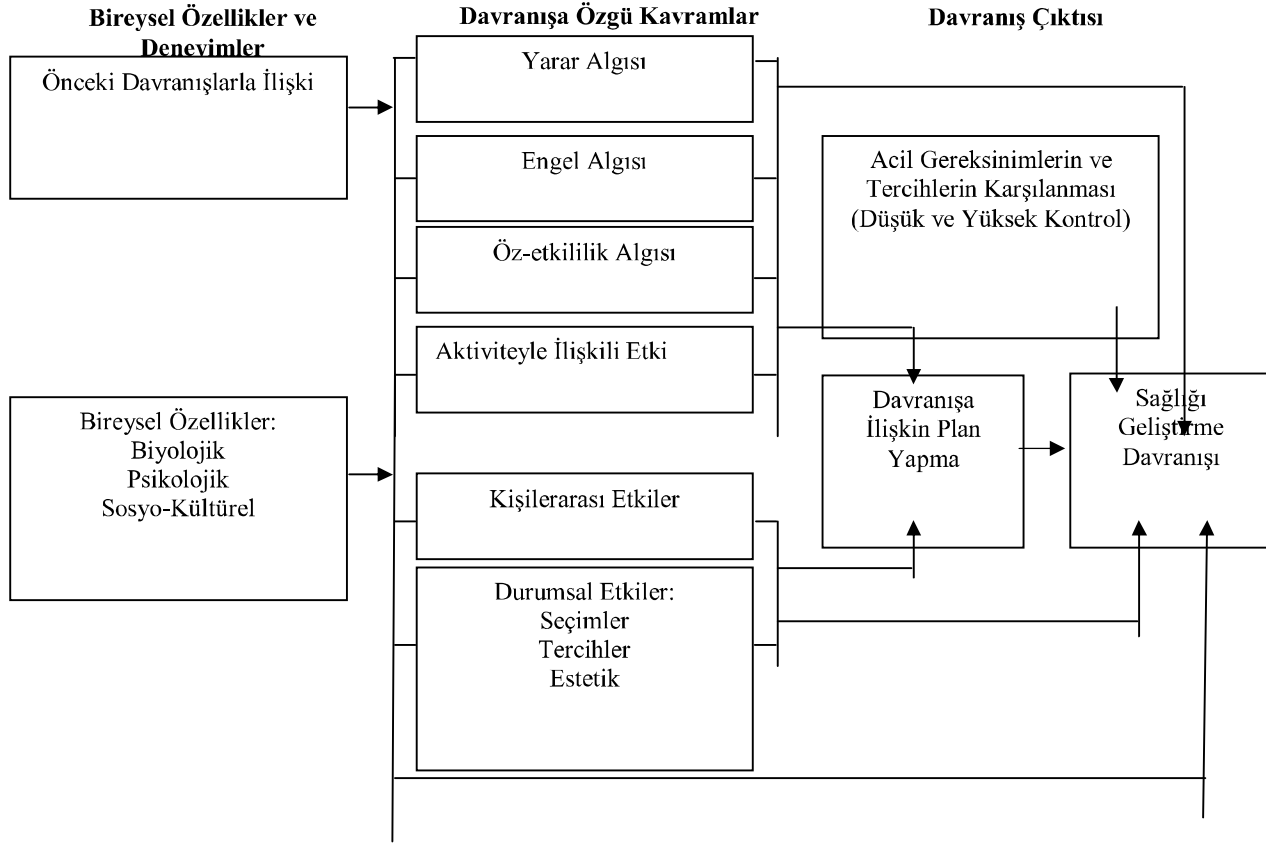
Modeli sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek niteliktedir ve model sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamıştır (Pender, 1987). Modelde sağlığı geliştirici unsurlar ve nedensel mekanizmalar açıklanmaktadır ve model üç önemli fonksiyona hizmet etmektedir:

- Sağlığı geliştirici davranış oluşumunu açıklayabilecek kavramlar arası ilişkileri ortaya koymaktadır.
- Deneysel olarak test edilebilecek hipotez oluşturulmasını sağlamaktadır.
- Bağımsız araştırma sonuçlarını birbirleriyle ilişkili hale getirmektedir (Pender, 1987).

Sağlığı Geliştirme Modeli ile Sağlık İnanç Modeli'nin benzer kavramları arasında kişisel faktörler, algılanan engel ve algılanan yarar, öz-etkililik algısı ve kişiler arası ilişkiler bulunmaktadır. Model, SİM'ne benzer olarak algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik gibi kavramların davranış oluşumunda önemli olduğunu açıklamaktadır. Ayrıca sağlığı Geliştirme Modeli'nde bireylerin davranışı üzerinde önceki davranışlarının etkili olduğunu belirtilmektedir. Model meme kanseri erken tanı davranışları üzerinde çok az çalışılmış olmasının yanı sıra, SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %75'i sonraki davranışları tanımlamada *önceki davranışların* etkisini desteklemektedir (Pender, 2006). Pender'a göre davranışları en iyi tahmin etmede geçmişteki aynı veya benzer davranışın sıklığı önemlidir. Önceki davranışlar sağlık davranışlarını hem doğrudan hem de dolaylı yoldan etkilemektedir. Şimdiki davranışlara önceki davranışların doğrudan etkisinin, bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık oluşumuna katkı sağlamasına bağlı olabileceği belirtilmektedir. Davranış

her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır. Sosyal-Bilişsel Teori ile uyumlu olarak önceki davranışlar; algılanan öz etkililik, yarar, engel ve aktiviteyle ilişkili etki üzerinden sağlığı geliştirme davranışlarını etkilemektedir

(Pender, 1987; 2006). Önceki davranışlar tüm bu kavramların etkileri ile ilişkili olarak sağlığı koruma davranışlarını etkilemektedir (Bandura, 1999).



Şekil 2: Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender, 1996)

Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Bileşenleri

A. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

Pender bireysel özellikleri biyolojik (yaş, cinsiyet), psikolojik (benlik saygısı, öz-motivasyon, sağlığın kişisel olarak anlamı) ve sosyo-kültürel faktörler (etnik köken, eğitim, sosyo-ekonomik durum) olarak kategorize etmiştir (Pender, 2006). Bireyin davranışları bu bireysel özelliklerden etkilenmektedir. Modelde bireyin davranışlarının deneyimlerden ve kişisel özelliklerden etkilendiği belirtilmektedir. Deneyimler olumlu ya da olumsuz olabilir.

B. Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler

Algılanan engel ve algılanan yarar, öz-etkililik algısı SİM ile benzer olduğu için yeniden açıklanmamıştır.

Aktiviteyle İlişkili Etki

Aktiviteyle ilişkili etki özel bir davranışla ilişkili olarak pozitif veya negatif duygulardan oluşur. Davranışa ilişkin bireyde oluşan duygular, bireyin davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağı veya uzun vadede davranışı koruyup koruyamayacağını etkiler. Davranışa yönelik pozitif duygular davranışın tekrarlanma olasılığını artırırken, negatif duygular davranışın tekrarlanma olasılığını azaltır. Aktiviteyle ilişkili etki, davranışı doğrudan veya öz etkililiği artırarak dolaylı olarak etkilemektedir (Pender, 2006).

Kişilerarası Etkiler

Davranışa ilişkin diğerlerinin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır. Çevredeki bireylerin bireye, davranışa ilişkin verdiği destektir. Kişilerarası etkileşim normlar (diğerlerinin beklentilerinin önemi), sosyal destek (araçsal ve duygusal destek), model alma (bir davranış kazanmada diğerlerini gözlemleyerek öğrenilenler) boyutlarından oluşmaktadır. Primer kişilerarası etkileşim kaynakları aile üyeleri, akranlar ve sağlık personeldir (Pender, 2006).

Durumsal Etkiler

Bireyin içinde yaşadığı çevre davranış oluşumunu etkilemektedir. Bireyin ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum alması gerekmektedir. Durumsal etkiler, SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %56'sında sağlık davranışının belirleyicisi olarak gösterilmektedir (Pender, 2006).

C. Davranış Çıktısı

Davranışa İlişkin Plan Yapma

Davranış planlı belli stratejiler doğrultusunda gerçekleştirilmeyi içermektedir. Davranışa ilişkin plan yapma, davranışsal bir olayı gösterir. Bu plana bağlılık göz ardı edilemeyen veya karşı durulamayan bir tercih ortaya

çıkmadıkça bireyde davranış oluşumuna neden olmaktadır. Davranışa ilişkin plan yapma, davranışla ilgili niyet kavramını içerir. Fishbein ve Ajzen'e göre niyet davranışın önemli bir belirleyicisidir. Bu niyet kavramı planlı bir stratejiyi kapsamaktadır ve planlı strateji kendine veya bir başkasına bağlılıkla şekillendirilen niyete neden olur (Pender, 2006).

Acil Gereksinimlerin ve Tercihlerin Karşılanması

Planlanan bir sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde acil bir gereksinimin ortaya çıkması davranış çıktısını etkileyecektir. Gereksinimler iş, aile sorumlulukları ve çevresel olaylar gibi bireyin üzerinde nispeten düşük kontrolünün olduğu davranışlardır. Tercihler ise bireylerin üzerinde yüksek kontrole sahip oldukları davranışlar olarak görülür (Pender, 2006).

Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak yapılan iki çalışmaya ulaşılmıştır (Johnson, 1998; Taylor, 1998).

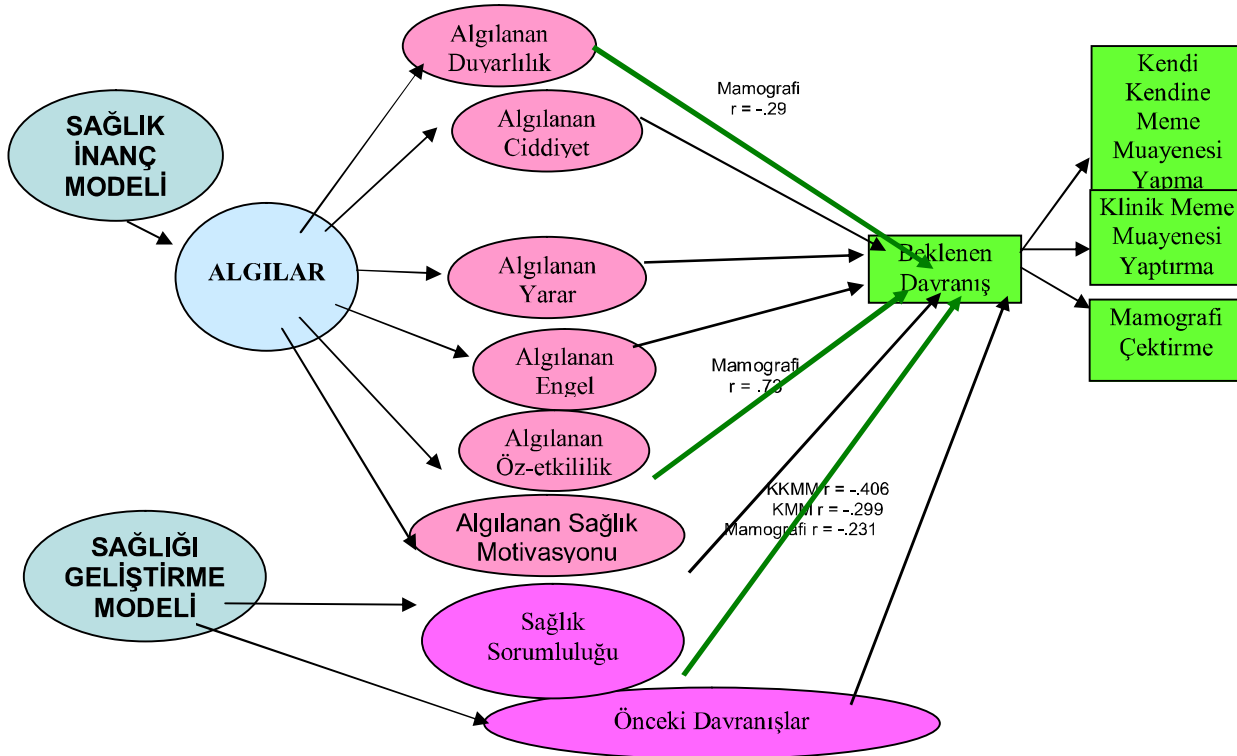
Taylor'ın (1998) çalışmasında meme kanseri erken tanısında KKMM'ne yönelik yapılan eğitim programının etkisi incelenmiştir. Çalışmada, eğitim programına katılan kadınların meme muayenesine yönelik olarak algılanan engellerinin eğitim almayan gruba oranla azaldığı, yarar ve öz-etkililik algılarının arttığı belirtilmiştir. Eğitim alan gruptaki kadınların erken tanı davranışı gösterme oranlarının arttığı belirtilmektedir.

Ayrıca 1987 yılında Walker, Sechnist ve Pender tarafından geliştirilmiş olan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sağlığı geliştirme davranışlarında sık kullanılır.

maktadır. Yapılan bir çalışmada bu ölçekte yer alan sağlık sorumluluğu alt boyutunun meme kanseri erken tanı davranışlarındaki etkisi incelenmiştir (Johnson, 1998). Johnson'ın (1998), 20 yaş ve üzeri Afrikan Amerikan kadınlar da meme kanseri tarama davranışlarının uygulanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptığı tanımlayıcı çalışmasında, kadınların %34.6'sının ayda bir kez veya daha sık KKMM'ni yaptığı, %9.6'nın iki yılda bir, %69.7'sinin yılda bir klinik meme muayenesi yaptırdığı (KMM), %32.2'nin yılda bir mamografi çektiği belirtilmiştir. Çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyutu ile KKMM ($r = -.406$), KMM ($r = -.299$), ve mamografi ($r = -.231$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda bireysel sorumluluğun yüksek olması motivasyonlarını arttırmakta dolayısı ile tarama davranışlarını da etkilemektedir.

Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak yapılan çalışmaların davranış üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Ancak bu çalışmaların sınırlı sayıda olması davranış üzerindeki etkisini kanıtlamaya yönelik daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu göstermektedir.

Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşenlerinin davranışla ilişkisi oldukça önem taşımaktadır. Ancak bu konuda yeterli sayıda çalışmaya ulaşılamamıştır. Ulaşılan çalışmalar Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Bileşenlerinin Davranışla İlişkisi

Sonuç ve Öneriler

Literatür incelendiğinde, Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve Sağlığı Geliştirme Modeli'nin (SGM) kavramlarını eğitim öncesi ve sonrası karşılaştıran ve eğitimin bu kavramlar

üzerindeki etkisini gösteren hemşireler tarafından yapılan deneysel çalışmalar sınırlı sayıdadır. SİM ve SGM kavramlarını müdahale öncesi ve sonrası karşılaştıran ve müdahalenin etkinliğini gösteren randomize kontrollü

çalışmalar yapılan müdahalelerin etkinliğini görmek açısından yararlı olabilir.

Yapılan çalışmalarda, kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını yapmalarında sağlık güvencesinin ve erken tanı uygulamaları hakkında bilgisinin olmaması, ulaşım olanaklarının yetersizliği, aile, arkadaş ve eş desteğinin olmaması, eğitim, sağlık personelin cinsiyeti gibi engellere sık rastlanmaktadır. Bu engelleri azaltmaya yönelik girişimlerle kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarının artırıldığı belirtilmektedir. Bu nedenle meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik önce engellerin belirlenip bu engeller doğrultusunda yapılanırılan ulusal ve bölgesel düzeyde eğitim programlarının düzenlenmesi ve uygulanması kadınların hem bilinçlenmesini sağlayabilir hem de davranış değişimini arttırabilir.

Çalışmalara bakıldığında Sağlık İnanç Modeli'nin algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engel ve algılanan sağlık motivasyonu bileşenleri ile meme kanseri erken tanı davranışı arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalara ulaşılamamıştır. Ayrıca Sağlığı Geliştirme Modeli bileşenleri ile de sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılacak girişimlerin planlanmasında bu ilişkilerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu nedenle modellerin bileşenleri ve davranış arasındaki ilişkiyi gösteren randomize kontrollü hemşirelik çalışmaları yapılabilir.

Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak yapılan iki çalışmaya ulaşılmıştır. SGM ile ilgili çalışmalar genellikle beslenme, egzersiz, madde kullanımı ile ilgili olup bu çalışmalar sonucunda olumlu davranış değişimleri saptanmıştır. Ayrıca Sağlığı Geliştirme Modeli ve Sağlık İnanç Modeli ile birlikte yapılan çalışmalarda da rastlanmamıştır. Literatürde, modellerin kombine kullanılmasının eğitimin planlanması ve davranış değişiminde etkili olduğu belirtilmektedir. Kadınlarda davranış değişimi için uygulanacak hemşirelik girişimlerinin planlanmasında ve uygulanmasında Sağlığı Geliştirme Modeli ve Sağlık İnanç Modeli'nin birlikte kullanılarak yapılacak hemşirelik araştırmalarının etkili olacağı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde, Türkiye'de meme kanseri eğitimine yönelik yapılan çalışmaların genellikle KKMM çalışmaları olduğu ve eğitimin davranış değişiminde etkili olduğu görülmektedir. Diğer meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin (Klinik Meme Muayenesi, Mamografi) randomize kontrollü hemşirelik çalışmalarının yapılması, bu davranışların artırılmasında etkili olabilir.

Kaynakça

American Cancer Society. (17.09.2010). American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection. Erişim:20.02.2009.
<http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/breast-cancer-detection>

Anderson, B. O., Shyyan, R., Eniu, A., Smith, R., Yip, C., Bese, N. S., Chow, L. C., Masood, S., Ramsey, S., & Carlson, R. W. (2006). Breast cancer in limited-resource countries:an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines. *The Breast Journal* 12(1), 3-15.

Alpteker, H., & Avcı, A. (2010). Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *The Journal of Breast Health*, 6 (2), 74-79.

Avcı, İ.A., Atasoy, A., & Sabah, E. (2007). Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 15(60), 119-128.

Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Asian Journal of Psychology*, 2, 21-41.

Beydağ, K.D., & Karaoğlu, H., (2007). Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2), 106-111.

Bonfill, C.X., Marzo C.M., Pladevall V.M., & Marti J., Emparanza JI Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening), Copyright 2009.

Borrayo, E. A., Buki, L. P., & Feigal, B. M. (2005). Breast cancer detection among older Latinas: is it worth the risk?. *Qualitative Health Research*, 15, 1244-1263.

Bradbury, J. (2001). Stop teaching breast selfexamination, Say Canadian experts. *The Lancet Oncology*, 2(8), 461.

Chan, S.S., Chow, D.M.K., Loh, E.K., Wong, D.C., et al. (2007). Using a community-based outreach program to improve breast health awareness among women in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 24(3), 265-273.

Champion, V., & Huster G. (1995). Effect of interventions on stage of mammography adoption. *J Behav Med*, 18(2): 169-87.

Champion, V.L., & Menon, U. (1997). Predicting mammography and breast self examination in African American women. *Cancer Nursing*, 20, 315-322.

Champion, V.L., & Scott, C.R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, 46, 331-337.

Champion, V., Skinner C., & Foster J. (2000). The effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs knowledge and behavior related to mammography screening. *Oncology Nursing Forum*, 27(10), 1565-71.

Champion, V., Skinner, C., Menon, U., Seshadri, R., Anzalone, D., & Rawl, S. (2002). Comparisons of tailored mammography interventions at two months post intervention. *Ann Behaviour Medicine*, 24(3), 211-18.

Champion, V.L., & Skinner, C.S. (2008). The Health Belief Model. In: Glanz K., Rimer B.K., Viswanath K.V., eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, Inc. 46-65.

Clemen-Stone, S., McGuire Sandra, L., & Eigsti Diane, G. (2002). *Comprehensive Health Nursing Family Aggregate and Community Practice*. Sixth Edition. By Mostby:386-387

Constanza, M., Stoddard, A., Luckmann, R., White, M., Avrunin, J., & Clemow, L. (2000). Promoting Mammography: results of a randomized trial of telephone counseling and a medical practice intervention. *Am J Prev Med*, 19(1), 39-46.

Demirhan, H., Özen, İ., Bostancı, M., & Zincir, M. (2002). Pamukkale üniversitesi kredi ve yurtlar kurumu kız öğrencilerinde kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bir araştırma, *Sağlık ve Toplum*, 2(3), 45-51.

Dişçigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., & Söylemez, A. (2007). Meme sağlığı: ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Medical Journal*, 20(1), 29-36.

Earp, J.A. Eng E., O'Malley M.S., Altpeter M., Rauscher G., et al. (2002). Increasing Use of Mammography Among Older, Rural African American Women: Results From a Community Trial. *Am J Public Health*. 92, 646-654.

Elik, Z. (2006). Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Kocaeli, Türkiye.

Fawcett, J., & Gigliotti, E. (2001). Using conceptual models of nursing to guide nursing research: the case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 339-345.

Gasalberti, D. (2002). Early detection of breast cancer by self-examination: The influence of perceived barriers and health conception. *Oncology Nursing Forum*, 29 (9), 1341-1347.

Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education theory, research, and practice*. (Ed. Orleans, T.). 4 th Edition, Jossey Bass, 45-62.

Hochbaum G.M. (Subsequently modified by other authors). (1958). *Health Belief Model*.Erişim:17.03.2010.

- <http://www.courseweb.uottawa.ca/epi6181/images/HealthBeliefModelreview.pdf>.
- Gölbaşı, Z., Kutlar, Z., & Akdeniz, H. (2007). Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri/kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (2), 53-57.
- Gürsoy, A.A. (2008). Kendi kendine meme muayenesi çelişkisi. *TAF Prev Med Bull*, 7(3), 257-260.
- Haris, S., & Kinsinger, L.S. (2002). Routinely breast selfexamination is dead, What does it mean?. *Journal of National Cancer Institutes*, 94(19), 1420-1421.
- Hyman, R.B., Baker, S., Ephraim, R., Moadel, A., & Philip, J. (1994). Health belief model variables as predictors of screening mammography utilization. *Journal of Behaviour Medicine*, 17, 391-406.
- International Agency for Research on Cancer, IARC. GLOBOCAN 2008, Cancer Fact Sheet.2010, <http://globocan.iarc.fr/>. Erişim Tarihi: 25.09.2011.
- Jirojwong, S., & MacLennan, R. (2003). Health Beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai Migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 241-249.
- Johnson, C.R. (1998). The relationship between health promoting lifestyles and the practice of breast cancer screening behaviours in adult women. A Thesis Presented to The Faculty of the Department of Nursing Clarkson Collage, United State.
- Juon, H.S., Seo, Y.J., & Kim, M.T. (2003). Breast and cervical cancer screening among Korean American elderly women, *European Journal of Oncology Nursing*, 6 (4), 228-235.
- Kalichman, S.C., Williams, E., & Nachimson, D. (2000). Randomized community trial of a breast self-examination skills-building intervention for Inner-City African-American women. *JAMWA*, 55 (1), 47-50.
- Kearney, A.J. (2006). Increasing our understanding of breast self-examination: women talk about cancer, the health care system, and being women. *Qualitative Health Research*, 16 (6), 802-820.
- Kwok, C., Cant, R., & Sullivan, G. (2005). Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Health Education Research*, 20 (6), 739 – 747.
- Lantz, P.M., Stencil, D.S., Lippert, M.T., Beversdof, S., Jaros, L., & Remington, P. (1995). Breast and cervical cancer screening in a low-income managed care sample: the efficacy of physician letters and phone calls. *American Journal of Public Health*, 85(6), 834-836.
- Lee E.E., Tripp-Reimer T., Miller A., Sadler G., & Lee, S. (2007). Korean American women's beliefs about breast and cervical cancer and associated symbolic meanings. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 713-720.
- Lierman, L.M., Young, H.M., Cope, C.P., Georgiadou F., & Benoliel, J.Q. (1994). Effect of education and support on breast self examination in older women. *Nursing Research*, 43(3), 158-163.
- Makuc, D.M., Breen, N., & Freid, V. (1999). Low income, race, and the use of mammography, HSR: Health Services Research, 34,1 (April 1999, Part II).
- Maxwell, et al. (2003). Result of randomized trail to increase breast and cervical cancer screening among Filipino American women, *Preventive Medicine*, 37, 102-109.
- Nahcivan, N.Ö., & Secginli, S. (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modeli'nin kullanımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 35-38.
- Nahcivan N., & Secginli S. (2007). Health beliefs related to breast self examination in a sample of Turkish women. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 425-432.
- Navarro, A.M., Senn, K.L., McNicholas, L.J., Kaplan, R.M., Roppe, B., & Campo, M.C. (1998). Por La Vida Model intervention enhances use of cancer screening tests among Latinas. *Am Journal Preventive Medicine*, 15(1), 32-41.
- Neguyen, T., Vo, P.H., McPhee, S.J., & Jenkins, C.N.H., (2001). Promoting Early Detection of Breast Cancer among Vietnamese-American Women, Results of a Controlled Trial. *Cancer Supplement*, 91 (1), 267-273.
- Ogedegbe, G., Cassells, A.N., Robinson, C.M., DuHamel, K., Tobin, J.N., Sox, C.H., et al. (2005). Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *Journal of the National Medical Association*, 97, 162-170.
- Palmer, R.C., Fernandez, M.E., Tortolero-Luna, G., Gonzales, A., & Mullen, P.D. (2005). Correlates of mammography screening among hispanic women living in lower rio grande valley farmworker communities. *Health Education&Behaviour*, 32 (4), 488-503.
- Park, S. M., Hur, H. K., Kim, G. Y., & Song, H. Y. (2007). Knowledge, barriers, and facilitators of Korean women and their spouses in the contemplation stage of breast self-examination. *Cancer Nursing*, 30 (1), 78-84.
- Parlar, S., Bozkurt, A.İ., & Ovayolu, N. (2004). Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 9-15.
- Paskett, E., Tatum, C., Rushing, J., Michielutte, R., Bell, R., Foley, K.L., et al. (2006). Randomized of an Intervention to Improve Mamography Utilization Among a Triracial Rural Population of Women. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(17), 1226-1231.
- Pender, N.J. (1987). Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Norwalk, CT:Appleton&Lange, 70-82.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton and Lange, 102-110.
- Pender, N., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2006). Health promotion in nursing practice, Fifth Edition. *Pearson Education*, New Jersey, 50-66.
- Petro-Nustas, Wl. (2001). Young Jordanian women's health belief about mammography. *Journal of Community Health Nursing*, 18(3), 177-194.
- Remennick, L. (2006). The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *The Breast Journal*, 103-110.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15 (2), 175-183.
- Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yılı 2010. 2011, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriyiligi2010.pdf?ret=0>. Erişim Tarihi: 25.09.2011.
- Seow, A., Straughan, P.T., & Lee, H.P. (1998). A Randomized Trial of the Use of Print Material and Personal Contact to Improve Mammography Uptake Among Screening Non-attenders in Singapore. *Annals Acedemy of Medicine*, 27(6), 137-142.
- Taplin, S.H., Barlow, W.E., Ludman E., MacLehos R., Meyer D.M., Segeret D., et al. (2000). Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography: a randomized study. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(3), 233-242.
- Taylor, G.J. (1998). Transforming decision making in African American Women: effects of a culturally sensitive breast self examination intervention, Doctoral Thesis, University of Alabama, Birmingham.
- Tuong-Vi, H. (2007). Anderson Cancer Center, Houston, TX. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American Women. *Oncology Nursing Forum*, 34 (2), 481.
- Vazquez, M.O., Ayendez, M.S., Perez, E.S., Almodovar, H.V., & Calderon, Y.A. (2002). Almodovar H.V., Calderon Y.A. Breast cancer Health Promotion Model for older Puerto Rican women: Results of a pilot programme. *Health Promotion International*, 17(1), 3-11.

- Yi, J.K., Cielito, C., & Gibby, R. (2001). Factors Associated With Breast Self Examination Among Low Income Vietnamese Women. *Int. Quarterly of Community Health Education*, 21(1).
- Young, R.F., & Severson, R.K. (2005). Breast screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 89, 111-118.

- Zhu, K., Hunter, S., Bernard, L.J., Payne-Wilks, K., Roland, C.L., Elam, L.C., et al. (2002). An intervention study on screening for breast cancer among single African-American women aged 65 and older. *Preventive Medicine*, 34, 536–545.

EK 16

ÖZGEÇMİŞ

ARAşTIRMA GÖREVLİSİ

FATMA ERSİN

T.C. Kimlik No/Pasaport No:	27361933082
Doğum Yılı	01.03.1977
Yazışma Adresi:	Dokuz Eylül üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İnciraltı/İzmir
Telefon:	0.232.4124764
Fax:	0.232.4124798
E-posta:	fatmaersin1@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Muğla Üniversitesi	Muğla Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	1999
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Yüksek Lisans	2008
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Doktora	2012

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/ Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Türkiye	Şanlıurfa	Hemşirelik	Öğretim Görevlisi Araştırma görevlisi	2000-2004 2005
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Türkiye	İzmir	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Araştırma Görevlisi	2005-.....

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanı
Halk Sağlığı Hemşireliği
Üreme Sağlığı
Meme ve serviks kanseri erken tanısı

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Ersin F , Bahar Z. Inhibiting and Facilitating Factors Concerning Breast Cancer Early Diagnosis Behavior in Turkish Women: A Qualitative Study According to the Health Belief and Health Development Models. Asian Pasific Journal of Cancer Prevention 2011; 12/7/ 1849-1854. (SCI-Expanded)
Ersin F , Bahar Z. Effect of Health Belief Model and Health Promotion Model on Breast Cancer Early Diagnosis Behavior: A Systematic Review. Asian Pasific Journal of Cancer Prevention, 2011;12(10):2555-2562 (SCI-Expanded).
Beşer A, Bahar Z, Aydoğdu NG, Ersin F , Kıssal A. Validity And Reliability Study for The Self-Efficacy Scale, Health Med, 2012;6(1):195-200 (SCI-Expanded).

Diğer Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Ersin F , Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. bir literatür derlemesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2012;5(1):28-38.
Ersin F , Bahar Z. Effects of training for reproductive health on knowledge of reproductive health and behavior in adolescents. International Journal of Caring Sciences, 2009;2(2):73-81.
Bahar Z, Beşer A, Kıssal A, Aydoğdu GN, Ersin F . PDÖ'de yönlendirici performansının öğrenciler ve yönlendiriciler tarafından değerlendirilmesi karşılaştırmalı çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2009;1(1): 30-45.
Bahar Z, Beşer A, Aydoğdu GN, Ersin F , Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(1):1-13.
Bahar Z, Beşer A, Aydoğdu GN, Kıssal A, Ersin F . Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği alan çalışması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2007.
Ersin F , Şimşek Z, Yücel F, Aydın S, Şanlıurfa 4 Nolu Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 yaş kadınların ev ziyaretlerinde sağlık eğitimi beklentileri, Hemşirelik Forumu, 2005.
Ersin F , Aksoy Ş, Şanlıurfa'da Bir Halk Hekimi Attar İsa, Türkiye Klinikleri, 2004.
Ersin F , Gözükara F, Şimşek Z, Kayahan M. Bir sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları ve bırakma nedenleri, Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 2003;5(1):30-37.

Kayahan M, Şimşek Z, Ersin F , Gözükara F. Tıfındır Sağlık Ocağı'na Bağlı Bölgede bulunan 15-49 yaş kadınlarda görülen akraba evliliği prevalansı ve 5 yaş altı ölümlere etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O. Dergisi, 2003.
Şimşek Z, Kurçer M, Kayahan M, Ersin F , Gözükara F. Yoksulluk ve çocuklarda büyüme gelişme. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 2003.
Gözükara F, Ersin F , Şimşek Z, KayahanM. Bir sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş kadınlarda görülen ölü doğum-düşükler. Hemşirelik Formu Dergisi, 2003;6(3):27-32

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Aydoğdu GN, Ersin F , Mete S. Dokuz Eylül University School Of Nursing PhD Students Situation Detection Study. Orpheus Conference, İzmir, 27-30 Nisan 2011.
Ersin F , Bahar Z. Odak Grup Görüşmelerinde Kültürün Etkisi ve Kültürel Bakım Farklılık ve Evrensellik Teorisi ile İlişkisi: Doktora Öğrencisi Gözüyle, 1. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, İzmir, Eylül 2011
Ersin F , Bahar Z. Meme Kanseriinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerin Kullanımı ve Meme Kanseriine Etkisi, 1. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi, İzmir, Eylül 2011
Ersin F , Bahar Z. Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Sistematiik Derleme, 13. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, Ekim 2011
Bahar Z, Gozum S, Beşer A, Çapık C, Kıssal A, Gördes Aydoğdu N, Ersin F . Barrier to and Factors Affecting Use of Research Findings by Nurses in Universty Hospitals in Two Different Regions of Turkey.,1 st. International Congress on Nursing Education, Research and Practice, Yunanistan, Ekim 2009.
Bahar Z, Beşer A, Ersin F , Kıssal A, Gördes Aydoğdu N. Investigation of Death Related Traditional and Religious Practices in Narlıdere, Izmir",1 st International Congress on Nursing Education, Research and Practice, Yunanistan, Ekim 2009.
Bahar Z, Beşer A, Kıssal A, Gördes Aydoğdu N, Ersin F . Comparison Of Perceived Tutor Performance Between Students And Tutors. 7th European Conference of Nurse Educators, Bulgaristan, Ekim 2008.
Bahar Z, Kızılcı S, Beşer A, Büyükkaya Besen D, Gördes Aydoğdu N, Ersin F , Kıssal A, Çapık C. Traditional Therapies Used by Hypertensive Patients in Turkey Background. 1 st

European Transcultural Nurses'Association (ETNA) International Conference, Çeşme, Haziran 2008.
Özbıçakçı, F.Ş., Çapık, C., Aydoğdu, N., Ersin, F. , Kıssal, A. Bir Okul Toplumunda Gürültü Düzeyi Tanılaması ve Duyarlılık Eğitimi. 1. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Denizli, Ekim 2007.
Bahar Z, Beşer A, Gördes Aydoğdu N, Ersin F , Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Denizli, Ekim 2007.
Bahar, Z, Beşer,A, Gördes,N, Kıssal, A, Fatma, E. Public Health Nursing Practices at Dokuz Eylul University School of Nursing. 2 nd International Nursing Conference in Kosovo, 2nd European Nursing Student Congress, Kosova, Mayıs 2007.
Bahar Z, Kızılcı S, Beşer A, Büyükkaya Besen D, Gördes Aydoğdu N, Ersin F , Kıssal A, Çapık C. Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalıklarına Uyumları ve Kan Basınçlarını Düzenlemeye Yönelik Geleneksel Uygulamaları",V. Ulusal Geriatri Kongresi, 6-10 Eylül 2006, Antalya, Eylül 2006.
Ersin F. , Şimşek Z., Genlerin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi, 10.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Van, Eylül 2006
Kırmızıtoprak E., Şimşek Z., Ersin F. , Gençlerin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi İzlem Çalışması, 10.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Van, Eylül 2006
Ersin F , Çevik E, Aksoy Ş, Aksoy N, Aging and Nursing In Turkey: An Ethical Perspective, Asian Bioethics In The 21. Century,Eubios Ethics Institute 2003
Ersin F , Gözükar F, Şimşek Z, Kayahan M. Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Prevalansı, Bırakma Nedenleri ve Bunları Etkileyen değişkenlerin İncelenmesi, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, 23-28 Eylül 2002
Çevik E, Aksoy N, Ersin F , Aksoy Ş, Yaşlanma Sürecinde Karşılaşılan Etik Sorunlar ve Hemşirelik, Uluslar arası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi, Bursa, 2003
Ersin F , Gözükar F, Şimşek Z, Kurçer M, Kayahan M, Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları Ve Yöntem Bırakma Nedenleri, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, 2002

Görev Aldığı Projeler

Meme ve Servikal Kansere Yönelik Sağlığı Geliştirme Modeli ve Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği, DEÜ Araştırma Fon Saymanlığı Münferit Proje, Proje Koordinatörü: Prof. Dr. Zühal Bahar. 2009 (Proje Çalışanı).

Tez ile İlgili Katıldığı Kurslar

V. Meme Kanserinde Eğiticinin Eğitimi Kursu, 16-21 Ocak 2012, Ankara
Kalitatif Araştırma Kursu, 4-6 Haziran 2012, İzmir
Kalitatif Araştırma Kursu, 3-5 Ekim 2011, İzmir
Hemşirelikte Kavramsal Model Kullanımı, 18-19 Aralık 2009, Antalya