

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE'DE YAPILMIŞ SAĞLIK İNANÇ MODELİ  
İLE İLGİLİ ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Erdal ÇENESİZ**

**SAĞLIK EĞİTİMİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Nazlı ATAK**

**2007 - ANKARA**

## İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay Sayfası	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	ix
Simgeler ve Kısaltmalar	x
Çizelgeler	xi
<b>1.GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri	2
1.1.1. Algılanan Duyarlılık	2
1.1.2. Algılanan Ciddiyet	2
1.1.3. Algılanan Yarar	2
1.1.4. Algılanan Engeller	3
1.1.5. Öz Yeterlilik	3
1.1.6. Davranış ile İlgili İpuçlar	5
1.1.7. Amaç	5
1.1.8. Önem	5
1.1.9. Varsayımlar	5
1.1.10. Sınırlılıklar	5
1.1.11. Tanımlar	5
1.2. Kuramsal Yapı ve Konu ile İlgili Araştırmalar	6
1.2.1. Sağlık İnanç Modeli ile İlgili Halk Sağlığı Uygulamaları	7
1.2.1.1. Mamografi Uygulamaları	7
1.2.1.2. HIV/AIDS ile İlgili Uygulamalar	10
1.2.1.3. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulanması	11
1.2.1.4. Modelin Kullanıldığı Diğer Alanlar	13
<b>2. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>17</b>
2.1. Araştırmanın Modeli	17
2.2. Verilerin Toplanması	17
	17

### 3. BULGULAR

3.1. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye İçin Uyarlanması ve Kendi Kendin Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (Çalışma 1).	18
3.1.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı	18
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl	18
3.1.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı	18
3.1.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri	18
3.1.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri	19
3.1.6. Araştırmanın Modeli	19
3.1.7. Verilerin Toplanması	19
3.1.7.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu	19
3.1.7.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Sıklığı Anket Formu	19
3.1.7.3. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	20
3.1.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar	21
3.1.8.1. Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Sonuçlar	21
3.1.8.2. KKMM Uygulaması ile İlgili Sonuçlar	21
3.1.8.3. Champion Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Geçerlilik ve Güvenirlilik Sonuçları	22
3.1.8.3.1. Geçerlilik Sonuçları	22
3.1.8.3.2. Güvenirlilik Sonuçları	22
3.1.8.4. Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinde Yer Alan Bileşenlerle İlgili Sonuçlar	23
3.1.8.4.1. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Bileşenlerinden Alınan Puanlar ile KKMM Uygulama Sıklığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.	23
3.1.9. Sonuç	26
3.2. Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi (Çalışma 2).	27
3.2.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı	27
3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl	27
3.2.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı	27
3.2.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri	27
3.2.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri	28
3.2.6. Araştırmanın Modeli	28
3.2.7. Verilerin Toplanması	28

3.2.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar	29
3.2.8.1. Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Sonuçlar	29
3.2.8.2. Hastalığa İlişkin Faktörler ve SİM Bileşenleri ile İlgili Sonuçlar	29
3.2.9. Sonuç	34
3.3. Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği ve Osteoporoz Testi'nin Geçerlilik ve Güvenirliği (Çalışma 3)	35
3.3.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı	35
3.3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl	35
3.3.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı	35
3.3.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri	35
3.3.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri	35
3.3.6. Araştırmanın Modeli	35
3.3.7. Verilerin Toplanması	36
3.3.7.1. Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği	36
3.3.7.2. Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği	37
3.3.7.3. Osteoporoz Bilgi Testi	37
3.3.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar	37
3.3.8.1. Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği ile İlgili Sonuçlar	37
3.3.8.2. Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği	38
3.3.8.3. Osteoporoz Bilgi Testi	38
3.3.9. Sonuç	38
3.4. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması (Çalışma 4).	39
3.4.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı	39
3.4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl	40
3.4.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı	40
3.4.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri	40
3.4.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri	40
3.4.6. Araştırmanın Modeli	40
3.4.7. Verilerin Toplanması	40
3.4.7.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu	40
3.4.7.2. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği	41
3.4.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar	42
3.4.8.1. Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Sonuçlar	42

3.4.8.2. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlilik Analizleri	42
3.4.8.2.1. Geçerlilik Analizleri	42
3.4.8.2.2. Güvenirlilik Analizleri	41
3.4.9. Sonuç	43
3.5. Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları (Çalışma 5).	44
3.5.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı	44
3.5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl	44
3.5.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı	44
3.5.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri	44
3.5.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri	44
3.5.6. Araştırmanın Modeli	44
3.5.7. Verilerin Toplanması	44
3.5.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar	45
3.5.8.1. Sosyodemografik Özellikler	45
3.5.8.2. Araştırmada Elde Edilen Bazı Sonuçlar	45
3.5.9. Sonuç	47
3.6. Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales (Türkçeye Uyarlanan Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Geçerlilik Kanıtı) (Çalışma 6).	48
3.6.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı	48
3.6.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl	48
3.6.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı	48
3.6.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri	48
3.6.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri	49
3.6.6. Araştırmanın Modeli	49
3.6.7. Verilerin Toplanması	49
3.6.7.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu	49
3.6.7.2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	49
3.6.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar	50
3.6.8.1. Sosyodemografik Özellikler İle İlgili Sonuçlar	50
3.6.8.2. Champion Sağlık İnanç Modeli ile İlgili Geçerlilik ve Güvenirlilik Sonuçları	50
3.6.8.2.1. Geçerlilik Sonuçları	50
3.6.8.2.2. Güvenirlilik Sonuçları	51

3.6.8.3. SİMÖ ile KKMM Uygulaması ile İlgili Sonuçlar	51
3.6.9. Sonuç	52
3.7. Reliability and Validity of the Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women (Türk Kadınları'nda Meme Kanseri Tarama İnanç Ölçeğinin Güvenirliliği ve Geçerliliği) (Çalışma7).	53
3.7.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı	53
3.7.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl	53
3.7.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı	53
3.7.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri	53
3.7.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri	53
3.7.6. Araştırmanın Modeli	54
3.7.7. Verilerin Toplanması	54
3.7.7.1. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	54
3.7.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar	55
3.7.8.1. Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Sonuçlar	55
3.7.8.2.Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile İlgili Geçerlilik ve Güvenirlilik Sonuçları	55
3.7.8.2.1. Geçerlilik	55
3.7.8.2.2. Güvenirlilik	55
3.7.8.2.3. Ölçekten Alınan Puanlarla İlgili Sonuçlar	56
3.7.9. Sonuç	56
3.8. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey (Türkiye'nin Batısında Kırsal Alandaki Bir Grup Kadının Mamografi ve KKMM ile İlgili Bilgi ve Tutumları) (Çalışma 8).	57
3.8.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı	57
3.8.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl	57
3.8.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı	57
3.8.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri	58
3.8.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri	58
3.8.6. Araştırmanın Modeli	58
3.8.7. Verilerin Toplanması	58
3.8.7.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu	58
3.8.7.2. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	59
3.8.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar	59
3.8.8.1. Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Sonuçlar	59

3.8.8.2. Meme Kanseri, KKMM Uygulamasý, Mamogram Çektirilmesi ve Klinik Meme Muayenesi ile İlgili Sonuçlar	59
3.8.8.3. Sosyodemografik Özellikler, İnançlar ve Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişkiler	60
3.8.8.4. Sosyodemografik Özellikler ile KKMM Uygulamasý ve Mamogram Çektirilmesi Arasındaki İlişkiler	61
3.8.9. Sonuç	62
<b>4.TARTIŞMA</b>	65
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	74
<b>5.1. Sonuç</b>	74
<b>5.2. Öneriler</b>	74
<b>ÖZET</b>	76
<b>SUMMARY</b>	78
<b>KAYNAKLAR</b>	80
<b>EKLER</b>	86
<b>Ek – 1</b>	86
<b>Ek – 2</b>	89
<b>Ek – 3</b>	95
<b>Ek – 4</b>	98
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	101

## ÖNSÖZ

Bu çalışmayı yapmak istememin sebebi; HIV/ AIDS' ten korunmak için kondom kullanımının yaygınlaştırılması, meme kanserinin erken tanı ve tedavisi için mamogram çektilmesi gibi bireysel sağlık davranışlarının Sağlık İnanç Modeli ile açıklanabilir olmasıdır. Bu nedenle konu ile ilgili bilgilerin anlamlı bir şekilde bir araya getirilmesi ve yapılan çalışmaların sistematik olarak incelenmesinin anlamlı olacağı düşünülmüştür.

Sağlık İnanç Modeli, sağlık davranışlarının açıklanmasında en sık kullanılan modeldir. Model koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ile ilgili belirleyicileri açıklamaktadır.

Araştırmanın her aşamasında ilgi, rehberlik ve desteğini aldığım danışman hocam sayın Doç. Dr. Nazlı ATAK'a, araştırmam süresince her türlü desteği gösteren Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Laboratuvarı'nın değerli doktor ve çalışanlarına, biricik aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

<b>AKŞ</b>	<b>A</b> çlık <b>K</b> an <b>Ş</b> ekeri.
<b>CSİMÖ</b>	<b>C</b> hampion <b>S</b> ağlık <b>İ</b> nanç <b>M</b> odeli <b>Ö</b> lçeği.
<b>HIV/AIDS</b>	<b>H</b> uman <b>I</b> mmunodeficiency <b>V</b> irus/ <b>A</b> gured <b>I</b> mmunodeficiency <b>S</b> yndrome
<b>KKMM</b>	<b>K</b> endi <b>K</b> endine <b>M</b> eme <b>M</b> uayenesi.
<b>ULAKBİM</b>	<b>U</b> lusal <b>A</b> kademik <b>A</b> đ ve <b>B</b> ilgi <b>M</b> erkezi.
<b>SİM</b>	<b>S</b> ağlık <b>İ</b> nanç <b>M</b> odeli.

## ÇİZELGELER

- Çizelge 1.1** Sağlık İnanç Modeli'nin Temel Kavramları ve Tanımları.
- Çizelge 2 .1** Sağlık İnanç Modeli'ne Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar.
- Çizelge 3.1** Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ve Güvenirlik Katsayıları (alfa değerleri).
- Çizelge 4.1** Seçginli ve Champion'un CSİMÖ Sonuçları.

## 1. GİRİŞ

Son yıllarda sağlık davranışlarının açıklanmasında en sık kullanılan kavramsal çerçeve, Sağlık İnanç Modeli (SİM)'dir (Glanz ve ark., 2002).

Model, 1950'lerin başında, hastalığın önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak amacıyla, bir grup sosyal psikolog tarafından geliştirilmiştir (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960; Nahcivan ve Seçginli, 2003). Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ile ilgili belirleyicilerin açıklanmasıdır (Glanz ve ark., 2002).

SİM, ilk defa Tüberküloz hastalığı nedeniyle uygulanan tarama programlarında kullanılmıştır. Çalışmada, tarama programına katılımı kolaylaştıran ya da engelleyen faktörler belirlenmiştir. Yalnız tarama davranışlarının değil, hastalık davranışları ve hasta rolü davranışlarının açıklanmasında da kullanılmıştır (Glanz ve ark., 2002; Nahcivan ve Seçginli, 2003). Ayrıca, sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini ve harekete geçilmesini kolaylaştıran faktörleri de açıklamaktadır (Grubbs ve Tabano, 2000).

SİM, davranış bilimlerindeki kuramların, sağlık sorunlarına uyarlandığı ilk modeldir (Gözüm ve Aydın, 2004). Bir "değer-beklenti" modelidir. Bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Değer ve beklenti kavramları, sağlıkla ilgili davranışlar kapsamında ele alındığında, hastalığa engel olma isteği ya da iyi olmak "değer"; sağlıkla ilgili bir davranışın hastalığı önleyeceği inancı "beklenti"dir. Beklenti, hastalığa yakalanma olasılığı, hastalığın şiddeti ve gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma olasılığının azalmasına göre ortaya çıkmaktadır (Glanz ve ark., 2002).

## 1.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri

Model altı bileşenden oluşmaktadır;

1. **Algılanan duyarlılık** (Perceived susceptibility),
2. **Algılanan ciddiyet** (Perceived severity),
3. **Algılanan yarar** (Perceived benefits),
4. **Algılanan engeller** (Perceived barriers),
5. **Öz yeterlilik** (Self-efficacy),
6. **Davranışla ilgili ipuçları** (Cues to action) (Glanz, Rimer ve Lewis, 2002; Seçginli ve Nahcivan, 2004).

### 1.1.1. Algılanan Duyarlılık

Kişinin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını da içerir. Bireysel bir durumdur (Glanz ve ark., 2002).

### 1.1.2. Algılanan Ciddiyet

Hastalığın algılanan ciddiyetidir. Tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları da içermektedir. Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmeleri de kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır (Glanz ve ark., 2002).

### 1.1.3. Algılanan Yarar

Ciddi olduğuna inanılan bir duruma duyarlı olunduğunun kabulü, kişiyi davranışa zorlar. Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yararlar. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir (Glanz ve ark., 2002). Sağlığı koruyan davranışların yaşam süresi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri, sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarla ilgili bilinç oluşturulmasını sağlamaktadır. Bilinç alanı genişletilerek yarar algısı pekiştirilmekte ve sağlığı kontrol etme olasılığı artmaktadır (Baltaş, 2004).

#### **1.1.4. Algılanan Engeller**

Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Böyle bir algı, koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesini geciktirebilir ya da engelleyebilir (Glanz ve ark., 2002).

Kişi, çeşitli nedenlere bağlı olarak, koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirirken bireysel ve toplumsal düzeyde, çeşitli engeller algılayabilir. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (Baltaş, 2004).

#### **1.1.5. Öz Yeterlilik**

Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu bileşen modele sonradan eklenmiştir. Modelin orijinal yapısında, koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi vurgulanmaktadır. Tarama testi yaptırmak ya da aşı olmak gibi. Bu davranışlar kısa sürelidir ve sıklıkla bir kez gerçekleştirilmektedir. Mamogram çektirmek ya da aşı yaptırmak, sigara içmek, yüksek kalorili yiyecekler yemek, düzenli seks gibi yaşam boyu sürebilecek davranışlardan farklıdır. Yaşam biçimi ile ilgili davranış değişikliği gerçekleştirilirken, yaşam biçimini değiştirmek ve sonucun iyi olacağına inanmak gereklidir. Davranış değişikliğinin başarılı olması için, hali hazırdaki durumun tehdit edici olduğunun algılanması (algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet) ve davranış değişikliğinin kabul edilebilir bir maliyetle yararlı bir sonuca ulaşacağına inanmak gerekir. Harekete geçmek için, algılanan engelleri aşma konusunda, kişinin kendisini yeterli hissetmesi önemlidir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır (Glanz ve ark., 2002).

### 1.1.6. Davranış ile İlgili İpuçları

Sağlık İnanç Modeli geliştirilirken, davranışı tetikleyen ipuçları da tartışılmıştır. Örneğin Hochbaum (1958), davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar), ancak davranışın nedeni olan ipuçları ile artabileceğini belirtmiştir. İpuçları önemli olmakla birlikte, sistematik olarak çalışılmamıştır. İpuçları, davranışı tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir (Glanz ve ark., 2002). Sağlık İnanç Modeli'nde yer alan kavramlar ve tanımlar Çizelge 1.1'de sunulmuştur.

**Çizelge 1.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Temel Kavramları ve Tanımlamaları**

<b>Kavram</b>	<b>Tanım</b>	<b>Uygulama</b>
Algılanan Duyarlılık	Sağlık tehdidi ile karşılaşma olasılığına ilişkin inanç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk altındaki toplumun ve risk düzeylerinin tanımlanması</li> <li>Kişinin davranışı ile ilgili olan riskin belirlenmesi</li> <li>Algılanan riskin gerçek riskle tutarlı hale getirilmesi</li> </ul>
Algılanan Ciddiyet	Durumun ve sonuçlarının ne denli ciddi olduğu ile ilgili inanç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riskin ve sonuçlarının özelleştirilmesi</li> </ul>
Algılanan Yarar	Tehdidin ciddiyetini ya da riskini azaltmak için önerilen davranışın etkili olacağına ilişkin inanç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yapılacak hareketin tanımlanması; beklenen olumlu sonuçların açıklığa kavuşturulması</li> </ul>
Algılanan Engeller	Önerilen hareketin gözle görülebilen ve gözle görülmeyen maliyeti ile ilgili inanç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pekiştirme, düzeltme ve yardım yoluyla, algılanan engeli azaltmak ve tanımlamak</li> </ul>
Hareket ile İlgili İpuçları	Hazır bulunuşluğu aktive etme stratejileri	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bilgiye ulaşmayı sağlamak</li> <li>Farkındalığı güçlendirmek</li> <li>Diğer sistemleri harekete geçirmek</li> </ul>
Öz Yeterlilik	Önerilen davranışı gerçekleştirme kapasitesine olan inanç	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hareketin gerçekleştirilmesi için yetiştirme ve rehberlik</li> <li>İlerleyici hedeflerin konması</li> <li>Sözlü pekiştirme</li> <li>İstenilen davranışı gösterme</li> <li>Endişeyi azaltma</li> </ul>

**Kaynak:** Glanz ve ark., 2002.

### **1.1.7. Amaç**

Bu çalışma, Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli (SİM) ile ilgili olarak yapılmış araştırmaları nitelik ve nicelik yönünden incelemek ve alanda yapılacak ilgili çalışmalara katkıda bulunmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### **1.1.8. Önem**

Sosyal psikologlar, 1950’lerden bu yana, kişinin kendi sağlığı ile ilgili koruyucu önlemler almasını etkileyen etmenleri tanımlamaya çalışmaktadır.

Sağlık davranışı ile ilgili çalışmalar, HIV/AIDS (Humon Immunodeficiency Virus/ Agured Immunodeficiency Syndrome)’ten korunmak için kondom kullanımının yaygınlaştırılması, meme kanserinin erken tanı ve tedavisi için mamogram çektilmesi gibi bireysel sağlık davranışlarının Sağlık İnanç Modeli ile açıklanabildiğini göstermiştir. Bu nedenle çalışmanın, konu ile ilgili bilgilerin anlamlı bir şekilde bir araya getirilmesi ve yapılan çalışmaların sistematik olarak incelenmesi yönünde katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

### **1.1.9. Varsayımlar**

Türkiye’de yapılmış olan Sağlık İnanç Modeli ile ilgili araştırmaların tamamına ulaşıldığı varsayılmaktadır.

### **1.1.10. Sınırlılıklar**

Araştırma, Türkiye’de yapılmış olan Sağlık İnanç Modeli ile ilgili araştırmalar ve bu araştırmalardan elde edilen sonuçlarla sınırlıdır.

### **1.1.11. Tanımlar**

**Sağlık davranışı:** Kişinin sağlıklı olmak için ya da sağlıklı olduğu zaman hastalıktan korunmak için gerçekleştirdiği davranış olarak tanımlanmaktadır (Karayurt, 2003; Prochaska et al.,1994) .

## 1.2. Kuramsal Yapı ve Konu ile İlgili Araştırmalar

Sağlık İnanç Modeli 1974 yılından itibaren, sağlık ve sağlık hizmetlerinin kabulünü açıklayan kavramların oluşturulmasında kullanılmıştır (Glanz ve ark., 2002).

Modele göre, sağlığı arayan davranışlar, algılanan ciddiyet ve tehdidi azaltmak için harekete geçme ya da geçmeme ile ilgili algılanan yararlar ilişkilidir. Modelin en güçlü belirleyicisi, algılanan engellerdir. Algılanan duyarlılık, koruyucu sağlık davranışının açıklanmasında, hasta rolü davranışının açıklanmasından daha güçlü bir belirleyicidir. Hasta rolü davranışlarının öngörülmesinde de algılanan yarar, daha güçlü bir belirleyicidir. Algılanan ciddiyet, hasta rolü davranışının ön görülmesinde zayıf bir belirleyicidir (Glanz ve ark., 2002). Model, harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğunu belirtmektedir. Davranış, hastalığın şiddetini ya da algılanan duyarlılığı azaltmak amacıyla gerçekleştirilmektedir (Mullen ve ark., 1987).

SİM, koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesini belirleyen bireysel inanç ve değerlerin rolünü açıklamaktadır. Birincil, ikincil ve üçüncül koruma ile ilgili davranışların uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda, sağlık hizmeti veren uzmanların, davranışla ilgili ipuçları ve riski azaltan davranışlarla ilgili engeller konusunda hastalara yardımcı olmasına olanak tanımaktadır (Grubbs ve Tabono, 2000). Riskin azaltılması ile ortaya çıkması; beklenen yarar, davranış değişikliğini öngören hareketin, beklenen maliyeti ile ölçülmektedir. Burada beklenen maliyetle belirtilmek istenen, çaba, zaman, para, uygunsuzluk ve beklenen davranışın istenen sonuca ulaşmaması gibi durumlardır. Modelde bu maliyetler, “engel” adı altında toplanmıştır. Sağlık İnanç Modeli’ne göre davranışın gerçekleştirilmesi, sağlıkla ilgili tehdit ile ilişkili algılanan ciddiyet, koruyucu sağlık davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili algılanan yarar, davranışın gerçekleştirilmesi ile ortaya çıkan iç, dış ödüller ve öz yeterlilik ile ilişkilidir (Weinstein, 1993). Sağlık ve hastalıkla ilgili öznel algılar, hastalıkla ilgili algılanan ciddiyet ve yapılan önerilerin yararlı bulunup bulunmaması, hastalıkla ilgili uygulamalara olan katılımı etkilemektedir (Gökdoğan ve Akıncı, 2001).

## **1.2.1. Sağlık İnanç Modeli ile İlgili Halk Sağlığı Uygulamaları**

### **1.2.1.1. Mamografi Uygulamaları**

Sağlık İnanç Modeli'nin en sık kullanıldığı alan, sağlığın korunması ile ilgili tarama davranışlarının uygulanmasıdır. Modelin kullanıldığı tarama davranışlarından en sık kullanılanı, meme kanserinin erken tanısı için mamogram çektilmesidir. Konu ile ilgili çalışmalarda, mamogram çektiren kadınlarda, algılanan risklerin güçlü; algılanan engellerin zayıf belirleyiciler olduğu belirlenmiştir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlarda, inançlara yönelik hazırlanan mesaj ve materyalin, uyumu artırdığı gösterilmiştir (Glanz ve ark., 2002).

Champion ve Menon'un (1997) yaptığı bir çalışmada, Afrika kökenli Amerikalı kadınların mamogram çektilmesi ile ilgili davranışları, Sağlık İnanç Modeli'ne göre incelenmiştir. Bu çalışmada demografik değişkenler, duyarlılık, yarar, engeller ve ilgili bilgi düzeyinin, mamogram çektilmeyi belirleyen faktörler olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, mamografi ile ilgili engellerin, mamogram ile ilgili bilgi düzeyinin, sağlık hizmeti veren bir kişinin mamogram çektilmesini önermesinin ve düzenli bir şekilde hekime gidilmesinin, mamogram çektilmesi konusunda belirleyici olduğu gösterilmiştir.

Janz ve ark.'nın (1997), 65 yaş ve üzerindeki kadınlarda, mamogram çektilme ile ilgili olarak yaptıkları bir çalışmada, bilgilenme düzeyi arttıkça, mamogram çektilme sıklığının arttığını belirtmiştir. Kadınların mamogram çektilmemesine neden olan iki engel, mamogram çektilmesinden haberdar olunmaması ve hekimin böyle bir şey önermemiş olmasıdır.

Tang ve ark.'nın (1999), yaptığı bir çalışmada, kültürlenme düzeyi ve kültürel engellerin, kanser taramasında belirleyici olduğu gösterilmiştir. Kültür, sağlık inançlarını biçimlendirilmesinde önemli rol oynamaktadır. Kültürlenme ile tarama davranışları arasında pozitif bir ilişki bulunmuş; kültürlenmenin, kişinin tarama

davranışına başlamasını belirlediği; ancak, davranışın sürdürülmesini belirlemediği saptanmıştır.

Champion'un (1999) yaptığı bir çalışmada, mamogram çekirilmesi ile ilgili algılanan duyarlılık, yarar ve engeller araştırılmıştır. Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet, tehdidin tanımlanmasında ve koruyucu davranışların belirlenmesinde önemlidir. Sağlığı geliştiren davranışlarda, önce tehdidin bilinmesi gerekir. Mamogram çekiren kadın, meme kanserinin ciddiyetini algılamalı ve meme kanseri riski ile ilgili bir olasılık olduğunu bilmelidir. Algılanan duyarlılık, tek başına tehdit değişkeni olarak kullanılmaktadır. Algılanan yarar, mamogram çekirilmesi sonucu ortaya çıkacak pozitif sonuçların algılanması ile ilgilidir. Örneğin, meme kanserinin erken tanısı ile ölüm olasılığının azalacağını algılanması.

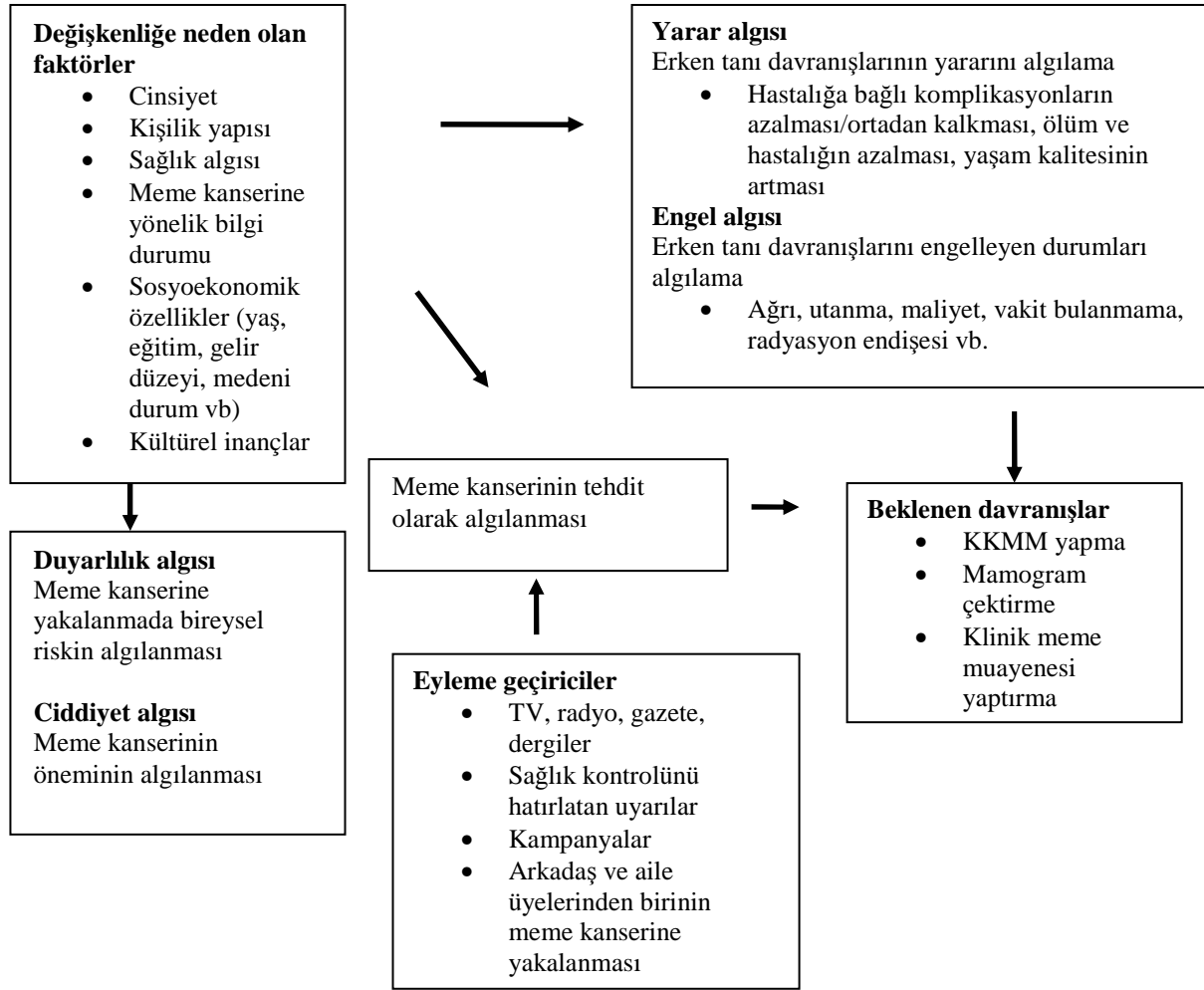
Çalışmada mamogram çekirilmesi ile ilgili algılanan engeller şunlardır;

- Gereksinim yokluğu,
- Hekim önerisinin olmaması,
- Zaman yokluğu,
- İşlemlerle ilgili herhangi bir düşünceye sahip olmama,
- Radyasyon korkusu,
- Uygunsuzluk ve
- Ağrı.

Seçginli ve Nahcivan'ın (2004) yaptığı bir çalışmada, meme kanseri tarama davranışlarına katılım ile Sağlık İnanç Modeli'nin bazı bileşenleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Algılanan ciddiyet ve algılanan duyarlılığı yüksek olan kadınlar, daha fazla oranda mamogram çekirmektedir. Taramanın yararlı olacağını ve az engelle karşılaşacaklarını algılamaları, mamogram çekirmelerini kolaylaştırmaktadır.

Çizelge 2.1' de SİM'e göre meme kanserinin erken tanısına yönelik tutum ve davranışlar belirtilmiştir.

**Çizelge 2.1 Sağlık İnanç Modeline Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar**



**Kaynak:** Baltaş, 2000.

Mcdonald ve ark.'nın (2005) yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre, 50-60 yaş grubundaki kadınların meme kanseri yönünden büyük risk altında olduğuna inandığı belirlenmiştir. Bireysel kanser riskini etkileyen etmenlerle ilgili inançların, gerçek kanser riskini etkileyen etmenlerle ilgili inançlardan farklı olduğu görülmüştür.

### 1.2.1.2. HIV/AIDS İle İlgili Uygulamalar

Sendromla ilgili olarak yüksek riskli davranış sergileyen kişinin bu davranışını değiştirmek için hastalıkla ilgili yeterli bilgisinin olması gereklidir. Algılanan duyarlılığın, kondom kullanım sıklığını arttırdığı, cinsel eşlerin ve cinsel ilişkinin sayısını azalttığı belirlenmiştir. Algılanan ciddiyet, olası biyomedikal, ekonomik ve sosyal sonuçlarla ve kişinin kendi değerlendirmesi ile ilişkilidir (Glanz ve ark., 2002).

AIDS ile ilgili algılanan tehdit düzeyi yüksek olduğunda, koruyucu davranışlarda bulunma kararı, algılanan yarar ve algılanan engellerin bileşkesi olarak ortaya çıkmaktadır. Algılanan tehdit düzeyi zayıf, algılanan yarar güçlü ise, davranış değişikliği meydana gelebilir. Örneğin, kişinin eşi, kondom kullanılmasını istiyorsa, kişi tehdit algısından bağımsız olarak kondom kullanabilir ve bu davranışı benimseyebilir. Burada algılanan yarar, doğrudan AIDS'le ilgili olmayıp, eşini memnun etmek ile ilişkilidir. Bazı durumlarda algılanan yarar, gebeliğin önlenmesidir. Bu durumda kişi, kondom kullanmayı kabul ederek, AIDS'ten korunmuş olabilir (Glanz ve ark., 2002).

Algılanan yarar ve tehdit düzeyi yüksek değilse, algılanan engellerin düzeyi yüksek olmasa bile, davranış değişmeyebilir. Eşin cinsel zevkinin azalması, konu ile ilgili düşünceleri, algılanan engelleri oluşturabilir ve riskli davranışı artırabilir (Glanz ve ark., 2002).

Algılanan duyarlılık düzeyi yüksek olduğunda, algılanan yarar, algılanan engellerden fazla ise, bir tek ipucu bile, koruyucu davranışların gerçekleştirilmesini sağlayabilmektedir. İpucu-hareket zincirini, algılanan duyarlılıkla birlikte ele almak gereklidir. Algılanan tehdit arttıkça, ipucu-davranış zinciri daha güçlü çalışmaktadır (Glanz ve ark., 2002).

Booth ve ark.'nın (1999) yaptığı bir çalışmada, HIV virüsü ile ilişkili riskli davranışların sıklığını azaltmak için, bilişsel ve davranışsal kuramlar önerilmiştir.

Modele göre;

- Virüsün geçişi ile ilgili riskli davranışlar; virüsün geçişi, bulaşma yolu, enfeksiyonun nasıl önleneceği biliniyorsa,
- Enfeksiyonla ilgili algılanan duyarlılık oluşmuşsa,
- Enfeksiyonla ilgili bilgi varsa,
- Enfeksiyonun önlenmesi ile ortaya çıkacak yararın, maliyetinden fazla olacağına ilişkin bir inanç varsa, virüsün geçişi ile ilgili riskli davranışlar daha az ölçüde gerçekleştirilmektedir.

Maguen ve ark.,'nın (2000) yaptığı bir çalışmada, Sağlık İnanç Modeli, HIV testi yaptırma ile ilgili inançların değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Enfeksiyonla ilgili algılanan duyarlılık ve test yaptırma ile ilgili algılanan engeller, korunmasız anal ilişki ve madde bağımlılığı, belirleyiciler olarak ele alınmıştır. Riskli davranışlar içinde en önemlisi korunmasız cinsel ilişkidir.

### 1.2.1.3. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulanması

Sağlık İnanç Modeli, kanser tarama uygulamalarında da kurumsal çerçeve olarak kullanılmıştır. Modele göre meme kanserine duyarlı olduğuna ve meme kanserinin ciddiyetine inanan kadın, KKMM uygulamaktadır. KKMM'nin yararlı olduğuna inanan kadın, uygulama ile ilgili daha az engelle karşılaşmakta; daha fazla güdülenmekte ve daha sık KKMM uygulamaktadır (Gözüm ve Aydın, 2004).

SİM'e göre, sağlık motivasyonu ve güven algısı yüksek olan kadınların, düzenli olarak KKMM uygulaması, mamogram çektirmesi ve klinik meme muayenesi yaptırma olasılıkları fazladır (Nahcivan ve Seçginli, 2003).

Modele göre meme kanserinin erken tanısına yönelik tutum ve davranışlarla ilgili algılar şunlardır;

- **Duyarlılık algısı:** Meme kanseri ile ilgili algılanan duyarlılık,
- **Ciddiyet algısı:** Meme kanserine yönelik bireysel tehdidin ve hastalığın önemini algılama düzeyi (algılanan ciddiyet),

- **Yarar algısı:** Mamogram çekirme, KKMM uygulaması ve klinik meme muayenesinin yol açacağı yararlarının algılanması (algılanan yarar),
- **Engel algısı:** Meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışların gerçekleştirmesini olumsuz yönde etkileyen etmenlerin algılanması (algılanan engeller),
- **Güven algısı:** Erken tanıya ilişkin davranışların gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine duyduğu güven (öz yeterlilik),
- **Sağlık motivasyonu (güdülenme) algısı:** Sağlıklı olmakla ilgili inanç ve davranışlar,

**Tehdit algısı:** Meme kanserine yakalanma riski ile ilgili algı (Nahcivan ve Seçginli, 2003). Tehdit algısı, bazı kaynaklarda, algılanan duyarlılık ve ciddiyetin birleşimi olarak kabul edilmektedir (Glanz ve ark., 2002).

Austin ve ark.'nın (2002), erken tanı ve tedaviye karşın, meme kanserinin önemli bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiştir. Erken tanı yönteminin kullanımını etkileyen faktörler; düşük sosyoekonomik durum, eğitimsizlik, bilgisizlik, kültürlenme eksikliği ve yüksek maliyettir; 50-74 yaş arası kadınlarda meme kanserine bağlı ölümler, mamogram çekirilerek önemli ölçüde azaltılabilmektedir. Mamogram çekirme sıklığı, yaşlı ve sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlarda azalmaktadır.

Parlar ve ark. (2004), 30 yaş ve üzerindeki kadınların yalnızca % 24'nün, meme kanserinin belirtilerini bildiğini ifade etmiştir. Bilgi ve beceri eksikliklerinin KKMM uygulamasını engellediği belirtilmektedir.

Seçginli ve Nahcivan'a (2006) göre, düzenli olarak KKMM uygulanması ve mamogram çekirilmesi; meme kanseri ile ilgili algılanan duyarlılık, ciddiyet, KKMM uygulaması ile ilgili algılanan yarar ve engellerle ilişkilidir. Güdülenme ve mamogram çekirme ile ilgili algılanan yarar ve engeller de önemlidir. Sosyoekonomik düzey, öğrenim düzeyi, hekimin önermesi, meme kanserinin

bilinmesi, sağlık sigortasının bulunup bulunmaması ve aile öyküsü, KKMM uygulaması ve mamogram çektilirilmesini belirlemektedir.

#### **1.2.1.4. Modelin Kullanıldığı Diğer Alanlar**

Leavitt'in (1979) yaptığı bir çalışmada, sağlık hizmetlerinin kullanımını belirleyen değişkenler tanımlanmıştır. Bu değişkenler, kişinin hastalığa olan yatkınlığı, fiziksel durumu ve algılanan ciddiyettir.

Kelly ve ark. (1987), psikiyatri kliniğine başvuran hastaların tedaviye uyumunu incelemiştir. Tedaviye uyum göstermesi beklenen hastaların, tedavinin etkili olduğuna inanan hastalar olduğu belirlenmiştir. Alınan hizmetin yeterli bulunması, uyumu artırmaktadır. Depresyon belirtilerinin tekrarlayacağından korkan hastalar, tedaviyi sürdürmekte ve uyum sağlamaktadır. Tanının kesinliği, tedaviye uyumu azaltmaktadır. Algılanan ciddiyetle ilgili sonuçlar ise çelişkilidir. Algılanan ciddiyet, affektif bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu ile ilişkili bulunmamıştır.

Bush ve Iannotti (1988), çocukların sigara içme ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı ile anne babaların çocuklar üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, annelerin sağlık inançları ile çocuğun sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Annenin hastalık tanımı ile çocuğun hastalık tanımı birbirine benzememektedir. Çocuk, anne babasını model olarak almakta, ancak sağlıkla ilgili inancı, anne babasının inancından etkilenmemektedir.

Knight ve Hay (1989), sigarayı bırakma davranışını incelemiştir. Sigarayı bırakanlar, bırakmayanlardan, ciddiyet algıları farklıdır. Orta düzeyde sigara içenler de ağır içicilerden, algılanan duyarlılık düzeyi yönünden farklıdır.

Norman (1993), yaptığı bir çalışmada, kişinin sağlık kontrolü yaptırması ile ilgili niyetini, sağlık inançlarının belirlediğini ifade etmiştir. Sağlık inançları ve sağlığa verilen değer ile hekimlerin becerisi (başarısı), sağlık kontrolleri ile ilgili yarar, güdüleyici etmenlerle ilgili engeller, harekete geçiren ipuçları ile ilgili engeller ve

zamanla ilgili engeller arasındaki ilişkileri incelemiştir. Bu değişkenlerden en etkili olanının, sağlık kontrolünün yararlı olacağı ile ilgili inanç, ikincisinin harekete geçiren ipuçları, üçüncüsünün zaman ile ilgili engeller olduğu belirtilmiştir.

Tang ve ark. (1999), kültürün sağlık davranışı üzerinde oldukça etkili olduğunu belirtmiştir.

Lee'nin (2000) yaptığı bir çalışmada, kadınların servikal kanser ile ilgili bilgileri, servikal kanser taraması ile ilgili engeller ve erken tarama yapılması ile ilgili güdüleyiciler belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmaya katılanlar, servikal kanser etyolojisi ile ilgili bilgilerinin, bu hastalıkla ilgili kişisel gözlemlerinden, arkadaş, akraba ve hekimlerden edindikleri bilgilerden kaynaklandığını ifade etmiştir. Kadınlar iki engel belirtmiştir. Bunlar yapısal ve kültürel engellerdir. Yapısal engeller maliyet, sosyal güvencenin bulunmaması ve zaman yokluğu; kültürel engeller ise algılar, sosyal normlar, inanç ve tutumlardır.

Amen ve Clarke (2001), yaptıkları bir çalışmada, annelerin sağlıkla ilgili inançlarının, koruyucu sağlık hizmetini kullanma düzeyi ve çocuğun sağlık durumu ile ilgili sağlık algısını belirlediğini ifade etmiştir..

Wdowik ve ark. (2001), kolejli diyabet hastalarını incelemiştir. Tutum, niyet ve sağlığın önemi ile ilgili düşüncelerin, önemli belirleyiciler olduğu belirtilmiştir. Ancak tutum ve niyet güçlü olsa bile, algılanan engellerin fazla olması, istenen davranışın gerçekleştirilmesini engelleyebilmektedir. Davranışın gerçekleşmesi için tutumun güçlendirilmesi gerekmektedir.

Modelin temel kavramları, hedef grubun kültürel özelliklerine göre uyarlanabilir. Model, değişik kültürlerdeki sağlık davranışlarının anlaşılmasında da kullanılmıştır. Birçok çalışma, çeşitli taramalarda gösterilen davranışların, kültürel etmenlerle ilişkili olduğunu bildirmiştir. Model unsurlarının önemi, kültürden kültüre değişmekte, bu da sağlık davranışlarını etkilemektedir (Glanz ve ark., 2002).

Masui ve ark.'nın (2002), erişkinlerde yaptıkları bir çalışmada, günlük besin alımı ile sağlık inanç ve davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir.

Masui ve ark. (2002), besinlerin içerdiği enerji miktarına göre kullanımının, sağlık inançları ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Kershaw ve ark.'nın (2003), yaptığı çalışmada, ergen kızların % 30'nun cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve riskli gebelik açısından kendilerini risk altında hissettiği belirlenmiştir. Kızların % 62'si cinsel yolla bulaşan hastalıklar; % 45'i ise gebelik yönünden risk altında olduğuna inanmaktadır. Önceki cinsel davranışlar ve cinsel eşlerin sayısı, kontraseptif kullanımı gibi değişkenler, gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili duyarlılığı önemli ölçüde etkilemiştir.

Werner (2003) yaptığı bir çalışmada, tarama davranışlarına katılımı ilgili niyetin, algılanan duyarlılık, ciddiyet, yarar, engeller ve ipuçları tarafından belirlendiğini bulmuştur.

Caldarete ve ark.'nın (2004) yaptığı bir çalışmada, osteoporoz ile ilgili sağlık inançlarının, osteoporozdan koruyucu davranışlarla (egzersiz ve kalsiyum alımı) ilişkili olduğu belirlenmiştir. Osteoporozla ilgili sağlık inançlarının ne düzeyde olduğunun bilinmesi, osteoporozdan korunma ile ilgili müdahale geliştirilmesinde etkili olmaktadır.

Nierkens ve ark.'nın (2005), sigaranın bırakılması ile ilgili olarak yaptığı bir çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Sigara içmenin olumsuz yönlerinin algılanmaması, sigarayı bırakmanın olumlu yönlerinin algılanmaması,
- Sigara ikram edildiğinde, daha az sosyal baskı hissedilmesi ve sigaranın bırakılacağına ilişkin öz yeterlilik (Bu etmenler, sigaranın bırakılmasını sağlayan etmenlerin % 66' sını oluşturmaktadır),

- Sigarayı bırakan ve sigara içenlerin bağımsız değişkenlere göre dağılımı arasında anlamlı fark bulunması,
- Öz yeterlilik düzeyinin, sigara içme ve sigarayı bırakma konusunda etkili olması,
- Sigaranın bırakılması sonucu beklenen olumlu sonuçlar ile sigarayı bırakma arasında güçlü bir ilişki olması,
- Öznel normların sigarayı bırakmada etkili olması,
- Kültür (sigara içme ile ilgili genel değerlendirme için önemli olabilir, ancak sigarayı bırakma kararında önemli değildir).

Levinson ve Druss (2005) ise, depresyonda olan kişilerin, duyarlılığının yüksek olduğunu ve kalp krizi, hipertansiyon, kanser gibi çeşitli hastalıklara daha fazla yakalanacaklarını düşündüğünü belirtmiştir. Bu durum, yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir.

Koch ve ark. (2005), dövme yaptırma ile ilişkili etmenleri Sağlık İnanç Modeli kavramları yönünden incelemiştir. Araştırmaya göre, dövme yaptırarak hastalanacağını düşünen kişi, dövme yaptırmamaktadır. Algılanan ciddiyet ve algılanan engeller arttıkça, dövme yaptırmaya olan ilgi azalmaktadır. Öz yeterlilik azaldıkça, dövme yaptırma sıklığı da artmaktadır.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırma, Sağlık İnanç Modeli konusunda Türkiye’de yapılmış araştırmaları inceleyen tarama çalışmasıdır.

### 2.2. Verilerin Toplanması

Veriler, Türkiye Cumhuriyeti Yüksek Öğretim Kurulu Yayın ve Dokümantasyon Dairesi Tez Tarama Veri Tabanı, Milli Kütüphane Veri Tabanı, Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi (ULAKBİM) Türkçe veri tabanları “Sağlık İnanç Modeli” anahtar sözcükleri verilerek taranmış, herhangi bir yıl sınırlaması belirlenmemiştir.

Bu kapsamda Türkiye’de sekiz araştırma yapıldığı belirlenmiştir. Bu araştırmaların tamamına ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamında yer alan çalışmalara ilişkin özellikler ve çalışmalarda ulaşılan sonuçlar, sistematik bir çerçeveye göre değerlendirilmiştir;

1. Araştırmanın kim tarafından yapıldığı,
2. Araştırmanın yapıldığı yıl,
3. Araştırmada incelenen sağlık davranışı,
4. Araştırmada incelenen Sağlık İnanç Modeli bileşenleri,
5. Araştırma grubu (hedef kitle) ve özellikleri,
6. Araştırmanın modeli,
7. Verilerin toplanması,
8. Araştırmadan elde edilen bazı önemli sonuçlar,
9. Sonuç.

### 3. BULGULAR

Bu çalışmada, SİM konusunda Türkiye’de yapılmış sekiz araştırma saptanmıştır. Bu araştırmalar belirli bir çerçeve içinde incelenmiş ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

#### **3.1. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin Türkiye İçin Uyarlanması ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (Çalışma 1; Karayurt, 2003)**

##### **3.1.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı**

Araştırma, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı’nda doktora çalışması olarak yapılmıştır.

##### **3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl**

Araştırma, 2002 Eylül-2003 Nisan tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

##### **3.1.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı**

Araştırmada incelenen sağlık davranışı, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulamasıdır.

##### **3.1.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri**

Araştırmada, modelin bütün bileşenleri incelenmiştir.

Bunlar;

- Algılanan Duyarlılık,
- Algılanan Ciddiyet,
- Algılanan Yarar,
- Algılanan Engeller,
- Öz yeterlilik,
- Sağlık Motivasyonudur.

### 3.1.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri

Araştırma, İzmir Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesi'ne kayıtlı, en az ilkokul mezunu 1.347 kadından, uygunluk örnekleme olarak seçilen 430 kadın üzerinde yürütülmüştür. Araştırma grubunu, 20-60 yaş grubundaki kadınlar oluşturmaktadır.

### 3.1.6. Araştırmanın Modeli

Araştırma, “**Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği**”nin güvenilirliği ve geçerliliğini değerlendirmek için Türk kadınları üzerinde yapılmış geçerlik, güvenilirlik araştırmasıdır.

### 3.1.7. Verilerin Toplanması

Araştırma grubu ile ilgili verilerin toplanmasında aşağıda belirtilen araçlar kullanılmıştır (Bkz: Ek-1);

- Sosyodemografik özellikleri belirlemek için, araştırmacı tarafından geliştirilen “**Sosyodemografik Özellikler Anket Formu**” ,
- Kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını belirlemek için “**Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığı Anket Formu**”,
- Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili sağlık inançlarına ilişkin veriler için, Victoria Champion tarafından 1984 yılında geliştirilen “**Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği**” (Champion’s Health Belief Model Scale).

#### 3.1.7.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

Form yirmi iki sorudan oluşmakta; yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi gibi özellikleri kapsamaktadır.

#### 3.1.7.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Sıklığı Anket Formu

Form, araştırma grubundaki kadınların son bir yılda KKMM uygulama sıklığını belirlemek üzere, araştırmacı tarafından ilgili alanyazındaki çalışmalardan yararlanılarak hazırlanmıştır.

KKMM uygulama sıklığı;

- $\leq$  5-6 ay, “**az**”,
- 2-4 ay, “**orta**”,
- $\geq$  1 ay, “**çok**” olacak şekilde sınıflandırılmıştır.

### 3.1.7.3. Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ölçek, Victoria Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş ve araştırmacının daha sonra yaptığı çalışmalarda (1993, 1997, 1999) yeniden düzenlenmiştir. Ölçek, Sağlık İnanç Modeli’nin bütün bileşenlerini içermekte ve 43 maddeden oluşmaktadır.

Ölçek, Likert tipinde olup, 1 ile 5 arasında değişen değerler almaktadır;

- **Kesinlikle katılmıyorum** “1”,
- **Katılmıyorum** “2”,
- **Karasızım** “3”,
- **Katılıyorum** “4”,
- **Tamamen katılıyorum** “5” olacak biçimde derecelendirilmiştir.

Ölçekten en az 43, en fazla 215 puan alınmaktadır. Bileşenlere göre maddeler aşağıda verilmiştir;

- Meme kanseri ile ilgili algılanan duyarlılık (perceived susceptibility): 3 madde,
- Meme kanseri ile ilgili algılanan ciddiyet (perceived seriousness): 7 madde,
- KKMM uygulaması ile ilgili algılanan yarar (perceived benefits): 5 madde,
- KKMM uygulaması ile ilgili algılanan engeller (perceived barriers): 11 madde,
- KKMM uygulamasına ilişkin öz yeterlilik (self-efficacy): 10 madde,
- Sağlık motivasyonu (health motivation): 7 madde.

Geçerlik, içerik ve yapı geçerliliği olmak üzere test edilmiştir. Maddelerin analizi için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Geçerlik çalışmalarına yönelik olarak dil geçerliliği, içerik geçerliliği, yapı geçerliliği; güvenirlik çalışmaları için

zamana karşı değişmezlik ve iç tutarlılık değerlendirilmiştir. Ölçeğin maddeleri ile KKMM uygulama sıklığı arasındaki ilişkiler regresyon analizi ile, KKMM uygulama sıklığı ile ilgili süreksiz değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

### **3.1.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar**

#### **3.1.8.1. Sosyodemografik Özellikler İle İlgili Sonuçlar**

Araştırma grubunun yaş ortalaması  $39.7 \pm 11.2$  olup, % 24.7'si 20-29; % 25.1'i 40-49; % 25.1'i 50-60 yaş grubunda; % 78.6'sı evli; % 42.6'sı çalışmaktadır.

Araştırma grubunun % 75.3'nün menarş yaşı 12 yaş ve üzerinde; % 80.0'ı doğum yapmış; % 90.1'inin ilk doğum yaptığı yaş, 30 yaşından küçük; % 40.2'sinin iki çocuğu bulunmakta; % 74.4'ü çocuğunu emzirmiş; % 24.9'u menopozda; % 80.3'ünün menopoz yaşı 50 ve üzerinde; % 9.3'nün meme kanseri dışında başka bir meme hastalığı bulunmakta; % 1.6'sı meme kanseri olup, % 4.4'ünün ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmaktadır.

#### **3.1.8.2. KKMM Uygulaması İle İlgili Sonuçlar**

Araştırma grubundaki kadınların % 57.4'nün meme kanseri ve KKMM uygulaması ile ilgili bilgisinin olmadığı belirlenmiştir. Bilgi alan kadınların % 37.2'sinin sağlık personelinden; % 35.0'nın televizyon ya da radyodan; % 13.1'nin kitap, dergi ya da broşürlerden; % 8.2'sinin kitap, dergi, broşür veya sağlık personelinden; % 6.5'inin televizyon, dergi ve sağlık personelinden bilgi aldığı belirtilmiştir.

Kadınların son bir yılda klinik meme muayenesi yaptırma ve mamogram çekirme durumu değerlendirildiğinde, % 81.9'nun klinik meme muayenesi yaptırmadığı; % 84.7'sinin mamogram çekmediği saptanmıştır.

Son bir yıl içinde, KKMM uygulama sıklığı değerlendirildiğinde % 50.5'nin hiç KKMM uygulamadığı; KKMM uygulayan kadınların % 22.0'nın 5-6 ayda bir kez

(az); % 21.6'sının her ay birden fazla sayıda (çok); % 12.6'sının önerilen şekilde ayda bir kez KKMM uyguladığı belirtilmiştir.

### **3.1.8.3. Champion'un Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçları**

#### **3.1.8.3.1. Geçerlik Sonuçları**

Ölçeğin geçerlik-güvenirliğini belirlemek üzere yapıldığı ve 430 kadına uygulandığı belirlenmiştir. Bu sayı geçerlik-güvenirlik çalışması için yeterli bir sayıdır.

Ölçek, içerik ve yapı geçerliliği yönünden değerlendirilmiş, dil geçerliliği yapılmıştır.

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin dil geçerliliği ve içerik geçerliliği için 10 uzman görüşü alınmıştır. Kendall uyum katsayısı 0.19 olarak bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Ölçekte yer alan, modelin altı bileşenin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları 0.58-0.89 arasında değişmektedir. Maddelerden alınan puanların korelasyonları 0.30 ile 0.70 arasında değişmektedir. Hiç bir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

#### **3.1.8.3.2. Güvenirlik Sonuçları**

Yapılan analizler sonunda alt boyutların Cronbach alfa güvenirlik katsayıları;

- Duyarlılık algısı için 0.58,
- Ciddiyet algısı için 0.80,
- Yarar algısı için 0.85,
- Engel algısı için 0.68,
- Özyeterlilik için 0.89,
- Sağlık motivasyonu için 0.78 olarak bulunmuştur.

Fakat, Türkçe ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı belirtilmemiştir.

### 3.1.8.4. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinde Yer Alan Bileşenlerle İlgili Sonuçlar

#### 3.1.8.4.1. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Bileşenlerinden Alınan Puanlar ile KKMM Uygulama Sıklığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.

Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin altı bileşeni ile KKMM uygulama sıklığı arasındaki ilişki çok basamaklı regresyon analizi ile incelenmiş; korelasyon katsayısı  $r = 0.42$ , ( $p < 0.001$ ) olarak bulunmuştur. Buna göre KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 18'i Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ndeki bileşenlerle açıklanmaktadır.

Son bir yılda KKMM uygulama sıklığı ile ölçekte yer alan altı bileşenden alınan ortalama puanlar arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir.

Buna göre;

- Algılanan duyarlılık ile ilgili ortalama puan 7.4; korelasyon katsayısı 0.428,  $p < 0.001$  ve  $r^2 = 0.18$ 'dir. Buna göre, KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 18'i algılanan duyarlılık ile açıklanmaktadır.
- Algılanan ciddiyet ile ilgili ortalama puan 21.5; korelasyon katsayısı 0.429,  $p < 0.001$  ve  $r^2 = 0.18$ 'dir. Buna göre, KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 18'i algılanan ciddiyet ile açıklanmaktadır.
- Algılanan yarar ile ilgili ortalama puan 18.7; korelasyon katsayısı 0.425,  $p < 0.001$  ve  $r^2 = 0.16$ 'dir. Buna göre KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 16'sı algılanan yararlarla açıklanmaktadır.
- Algılanan engeller ile ilgili ortalama puan 27.6; korelasyon katsayısı 0.403,  $p < 0.001$  ve  $r^2 = 0.16$ 'dir. Buna göre KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 16'sı algılanan engeller ile açıklanmaktadır.

- Öz yeterlilik ile ilgili ortalama puan 30.6; korelasyon katsayısı 0.352,  $p < 0.001$  ve  $r^2 = 0.12$ 'dir. Buna göre KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 12'si öz yeterlilik algısı ile açıklanmaktadır.

- Sağlık motivasyonu ile ilgili ortalama puan 24.9; korelasyon katsayısı 0.422,  $p < 0.001$  ve  $r^2 = 0.17$ 'dir. Buna göre KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 17'si sağlık motivasyonu ile açıklanmaktadır.

Buna göre, KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 18'i algılanan duyarlılık ve ciddiyet; % 17'si sağlık motivasyonu; % 16'sı algılanan yarar ve engeller; % 12'si öz yeterlilik ile açıklanmaktadır.

Ortalama puanın en yüksek olduğu bileşen öz yeterlilik olup (30.6), ikinci sırada algılanan engeller (27.6); üçüncü sırada sağlık motivasyonu (24.9); dördüncü sırada algılanan ciddiyet (21.5) gelmektedir. Öz yeterlilik algısı en yüksek düzeyde olmasına karşın, önerilen şekilde KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 12'si öz yeterlilik açıklanmaktadır.

Yaş, medeni durum, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile kadınların son bir yılda KKMM uygulama sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Kadınların öğrenim düzeyi ile KKMM uygulama sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). İlkokulu bitiren kadınların % 11.2'si; ortaokulu bitiren kadınların % 10.2'si; liseyi bitiren kadınların % 26.9'u; üniversiteyi bitiren kadınların % 20.6'sı önerilen şekilde KKMM uygulamaktadır. Aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2 = 38.5$ ,  $p < 0.05$ ). Farkın lise öğrenimi gören kadınlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların KKMM uygulama sıklığı, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunma durumu ile karşılaştırılmıştır. Ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan kadınların

ancak % 24.1'nin önerilen şekilde KKMM uyguladığı; % 31.6'sının 2-4 ayda bir; % 47.4'ünün 5-6 ayda bir ve daha az sıklıkta KKMM uyguladığı belirtilmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2 = 7.6$ ,  $p < 0.05$ ). Son bir yılda, 5-6 ayda bir ve daha az sıklıkta KKMM uygulayan kadınların oranının yüksek olmasının farkı yarattığı düşünülmektedir.

KKMM uygulama sıklığı ile kadınların arkadaşlarında meme kanseri bulunma durumu karşılaştırılmış; arkadaşlarında meme kanseri olan kadınların ancak % 21.2'sinin önerilen şekilde KKMM uyguladığı saptanmıştır. KKMM uygulama sıklığı ile arkadaşlarında meme kanseri öyküsü bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2 = 4.7$ ,  $p > 0.05$ ).

KKMM uygulama sıklığı ile kanser dışında başka bir meme hastalığı bulunma durumu karşılaştırıldığında, başka bir meme hastalığı bulunan kadınların % 22.5'inin önerilen şekilde KKMM uyguladığı, % 77.5'inin önerilen şekilde KKMM uygulamadığı saptanmıştır. Arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Konu ile ilgili bilgi alan kadınların % 29.0'ı önerilen şekilde; % 19.7'si 2-4 ayda bir; % 51.4'ü 5-6 ayda bir ve daha az sıklıkta KKMM uygulamaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2 = 56.01$ ,  $p < 0.001$ ). Farkı yaratanın son bir yılda 5-6 ayda bir ve daha az sıklıkta KKMM uygulayan kadınların oranının fazla olduğu düşünülmektedir.

Son bir yılda klinik meme muayenesi yaptıran kadınların %55.1'i 5-6 ayda bir ve daha az; %54.6 sı önerilen şekilde; %10.3'ü, 2-4 ayda bir KKMM uygulamaktadır. Kadınların son bir yılda klinik muayene yaptırma durumu ile KKMM uygulama sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=20.3$ ,  $p < 0.001$ ).

Son bir yılda mamogram çektiren kadınların % 54.5'i 5-6 ay da bir ve daha az; % 36.4'ü önerilen şekilde; % 9.1'i 2-4 ay da bir olacak şekilde KKMM

uygulamaktadır. Aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=20.1$ ,  $p<0.001$ ).

### 3.1.9. Sonuç

Araştırmada KKMM uygulaması, koruyucu sağlık davranışı olarak belirlenmiş ve uygulama sıklığının modelin bileşenleri ile ilişkisi değerlendirilmiştir. KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 18'i modelin bileşenleri ile açıklanmıştır.

- Algılanan duyarlılık boyutundan alınan ortalama puan 7.4 (3-15);
- Algılanan ciddiyet boyutundan alınan ortalama puan 21.5 (7-35);
- Algılanan yarar boyutundan alınan ortalama puan 18.7 (5-25);
- Algılanan engeller boyutundan alınan ortalama puan 27.6 (11-55);
- Öz yeterlilik boyutundan alınan ortalama puan 30.6 (10-50);
- Sağlık motivasyonu boyutundan alınan ortalama puan 24.9 (7-35) olup, öz

yeterlilik bileşeni en yüksek değere sahiptir. Bunu engel algısı ve sağlık motivasyonu izlemektedir.

Ancak, algılanan duyarlılık ve ciddiyet, KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin % 18'ini; sağlık motivasyonu % 17'sini; yarar ve engeller % 16'sını ve öz yeterlilik % 12'sini açıklamaktadır.

Bu çalışmada, KKMM uygulama sıklığındaki değişkenliğin %12'si öz yeterlilik, %, % 16'sı algılanan engeller, 17'si algılanan yarar, % 18'i sağlık motivasyonu, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ile açıklanmaktadır. KKMM uygulama sıklığı ile engel algısı arasında ters yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Öz yeterlilik, sağlık motivasyonu, yarar algısı, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı yüksek olan kadınların son bir yılda KKMM uygulama sıklığı artarken, engel algısı yüksek olan kadınların KKMM uygulama sıklığı azalmaktadır.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre; önerilen şekilde KKMM uygulamasını belirleyen en güçlü bileşenlerin algılanan duyarlılık ve ciddiyet olduğu (% 18); ikinci

sağlık motivasyonu (%17); üçüncü sırada algılanan yarar ve engeller olduğu belirtilmiştir (%16). Özyeterliliğin değişkenlikteki oranı en düşüktür (%12).

Ölçeğin bileşenlerinden alınan ortalama puanların yüksekten aza doğru dağılımı sırasıyla öz yeterlilik, algılanan engeller ve sağlık motivasyonu, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan duyarlılıktır.

### **3.2. Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi (Çalışma 2;Kır, 2003)**

#### **3.2.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı**

Araştırma, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak yapılmıştır.

#### **3.2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl**

Araştırma, 2003 yılında yapılmıştır.

#### **3.2.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı**

Araştırmada, bakım/tevdî uygulamalarını yararlı bulma sağlık davranışı incelenmiştir.

#### **3.2.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri**

Araştırmada incelenen Sağlık İnanç Modeli bileşenleri;

- Kişisel algı,
- Algılanan yarar,
- Algılanan engellerdir.

“Algılanan ciddiyet”, kişisel algı başlığı altında incelenmiştir.

### 3.2.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri

Araştırma, Mart-Mayıs 2003 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Bolu Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniklerine ve Abant İzzet Baysal Tıp Fakültesi Hastanesi Diyabet Eğitim ve İzlem Polikliniği'ne başvuran tip 2 diyabet tanısı almış 77 hasta üzerinde yürütülmüştür.

### 3.2.6. Araştırmanın Modeli

Araştırma, tanımlayıcı bir çalışmadır.

### 3.2.7. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen “**Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi**” başlıklı form aracılığıyla toplanmıştır. Form, beş bölüm ve otuz sekiz sorudan oluşmaktadır (Bkz: Ek-2);

- Birinci bölüm sosyodemografik özellikleri (9 soru);
- İkinci bölüm hastalığa ilişkin faktörleri (6 soru);
- Üçüncü bölüm kişisel algıyı (9 soru);
- Dördüncü bölüm yarar algısını (7 soru);
- Beşinci bölüm engel algısını (7 soru) içermektedir.

*Kişisel algı boyutu* (9) sorudan oluşmuş; 20., 21., 22., 23. ve 24. sorular ölçek gibi derecelendirilmiştir. Bu boyut algılanan ciddiyeti de içermektedir.

20. soru, hastalığın ciddiyeti ile ilgili (4) maddeden oluşmakta ve 1-3 arasında (**katılıyorum-kararsızım-katılmıyorum**) derecelendirilmektedir.

21. soru, son iki hafta içinde sağlığın genel olarak nasıl hissedildiğini irdelemekte, (1) maddeden oluşmakta ve 1-5 arasında (**çok iyi-iyi-orta-kötü-çok kötü**) kadar derecelendirilmektedir.

22. soru, diyabetin ciddiyetinin algılanması olup, (1) maddeden oluşmakta ve 1-10 (**“1” ciddi değil, “5” orta düzeyde ciddi, “10” çok ciddi**) arasında derecelendirilmektedir.

23. soru, (bakım/tedavi) uygulamaları ile ilgili önerileri yararlı bulma olup, (1) maddeden oluşmakta ve 1-10 arasında (**“1” yararlı değil, “5” orta düzeyde yararlı, “10” çok yararlı**) derecelendirilmektedir.

24. soru, öz bakım (bakım/tedavi) uygulamaları ile ilgili önerileri uygulama durumu olarak belirtilmiş olup, (1) maddeden oluşmakta ve 1 den 10’a kadar (**“1” yararlı değil, “5” orta düzeyde yararlı, “10” çok yararlı**) derecelendirilmektedir.

Yukarıda verilen beş soru ölçek özelliği taşımakta olup, geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmamıştır.

Araştırma grubu 77 hastadan oluşmaktadır; bu sayı geçerlik-güvenirlik çalışması için yeterli bir sayı değildir.

### **3.2.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar**

#### **3.2.8.1. Sosyodemografik Özellikler İle İlgili Sonuçlar**

Araştırma grubundaki hastalar 45 yaş ve üzerinde; % 63,6’sı kadın; % 7.8’i bir yıldan kısa bir süre; % 32.5’i 1-5 yıl; % 32.5’i 6-10 yıl; % 27.2’si 11 yıl ve daha uzun süredir diyabet hastasıdır; % 68.8’i oral antidiyabetik ilaç; % 22.1’i insülin kullanmakta; % 9.1’i diyet yapmaktadır. Hastaların % 19.5’i bir yıldan kısa bir süre; % 36.4’ü 1-5 yıl; % 27.3’ü 6-10 yıl; % 16.9’u 11 yıl ve daha uzun süredir tedavi görmekte; % 64.9’unun başka bir kronik hastalığı bulunmakta ve % 15.0’ının kalp-damar, % 8.3’ünün tiroid; % 6.7’sinin kronik akciğer hastalığı; % 10.0’nın başka bir kronik hastalığı bulunmaktadır.

#### **3.2.8.2. Hastalığa İlişkin Faktörler Ve SİM Bileşenleri İle İlgili Sonuçlar**

- Araştırma grubunun % 83.1’i diyabetin ciddi bir hastalık olduğunu; % 51.9’u diyabet hastası olmanın kendilerini korkuttuğunu; % 36.4’ü diyabetin günlük yaşamlarını kısıtladığını; % 49.4’ü diyabetin ölümcül bir hastalık olduğunu

belirtmekte; % 16.9'u sağlık durumlarını “çok kötü”; % 23.4'ü “kötü”; % 19.5'i “orta”; % 35.0'ı “iyi”; % 5.2'si “çok iyi” olarak tanımlamaktadır.

- Araştırma grubunun cinsiyete göre, genel sağlık durumlarını algılama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $\chi^2=1.6$ ,  $p>0.05$ ).
- Yaş grupları arasında genel sağlık durumlarını algılama düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $F= 1.9$ ,  $p>0.05$ ).
- Hastalık süresine göre genel sağlık durumlarını algılama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $F= 1.7$ ,  $p>0.05$ ).
- Tedavi biçimine göre genel sağlık durumlarını algılama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $\chi^2=3.3$ ,  $p>0.05$ ). Oral antidiyabetik ilaç alan hastaların % 17.0'ı, genel sağlık durumlarını “çok kötü”; % 22.6'sı “kötü”; % 20.8'i “orta”; % 38.9'u “iyi”; % 3.7'si “çok iyi” algıladığını belirtmiştir. İnsulin kullananların % 17.7'si, genel sağlık durumlarını “çok kötü”; % 23.5'i “kötü”; % 23.5'i “orta”; % 29.4'ü “iyi”; % 5.9'u “çok iyi” algıladığını belirtmiştir. Diyet yapanların % 14.3'ü genel sağlık durumlarını “çok kötü”; % 28.6'sı “kötü”; % 42.8'i “iyi”; % 14.3'ü “çok iyi” olarak algıladığını belirtmiştir. Genel sağlık durumlarını “orta” olarak algılayan hasta bulunmamaktadır.
- Araştırma grubunun açlık kan şekeri düzeyleri ile genel sağlık durumlarını algılama düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $F=1.8$ ,  $p>0.05$ ). Sağlık durumunu “çok kötü” olarak algılayan hastaların (11 hasta- % 14), açlık kan şekeri düzeyi ortalamasının en yüksek ( $285.8 \pm 12.9$  mg/dl); sağlık durumunu “çok iyi” algılayan hastaların (4 hasta- % 5), açlık kan şekeri düzeyi ortalamasının en düşük ( $160.2 \pm 11.1$  mg/dl) olduğu belirtilmiştir.

- Hastaların algılanan ciddiyet düzeyinin alacağı en düşük değer 1; en yüksek değer 10'dur. Algılanan ciddiyet ile ilgili ortalama puan  $8.0 \pm 2.1$ 'dir.
- Kadın hastaların algılanan ciddiyet ortalama puanı  $8.0 \pm 2.2$ ; erkeklerin  $7.9 \pm 2.1$ 'dir. Cinsiyete göre algılanan ciddiyet ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $t= 0.1, p>0.05$ ).
- Yaş gruplarına göre algılanan ciddiyet ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $F= 3.6, p<0.05$ ). Kırk dokuz yaşından küçük olan hastaların ortalama puanı  $7.0 \pm 2.3$ ; 50-59 yaş grubundakilerin  $8.5 \pm 2.2$ ; 60-69 yaş grubundakilerin  $7.6 \pm 2.1$ ; 70-80 yaş grubundakilerin  $9.2 \pm 1.1$ 'dir.
- Gelir dağılımına göre algılanan ciddiyet ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $F= 1.8, p>0.05$ ).
- Yalnız yaşayan hastaların, algılanan ciddiyet düzeyinin en yüksek olduğu ( $9.6 \pm 0.8$ ) görülmektedir. Bunu, eşiyile yaşayan hastalar izlemektedir ( $9.0 \pm 1.2$ ). Eşi, çocuğu ve aile büyükleri ile yaşayan hastaların algılanan ciddiyet ortalaması en düşüktür ( $7.0 \pm 2.8$ ). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $F= 4.4, p<0.05$ ). Farkı yaratan yalnız yaşayan hastaların ortalama puanının yüksek olmasıdır.
- Tedavi biçimine göre algılanan ciddiyet düzeyi değerlendirildiğinde, oral antidiyabetik ilaç alan 53 hastanın algılanan ciddiyet ortalama puanı  $7.9 \pm 2.1$ ; insülin kullananların  $8.6 \pm 2.2$ ; diyet yapanların  $7.1 \pm 2.5$ 'tir. İnsülin kullananların algılanan ciddiyet ortalama puanlarının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, insülin kullanmanın, hastalığın tedavisindeki en son aşama olduğunun bilindiğini düşündürmektedir. Diyet yapan hastaların algılanan ciddiyet düzeyi en düşüktür. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $F=1.3 p>0.05$ ).

- Hastaların diyabete ilişkin önerileri yararlı bulma durumu 1'den 10 kadar değerlendirilmiştir. Önerilerin hiç yararlı olmaması "1"; orta düzeyde yararlı olması "5"; çok yararlı olması "10" olacak şekilde değerlendirilmiştir. Araştırma grubunun hastalığa ilişkin önerileri yararlı bulma düzeyi  $8.8 \pm 1.9$ 'dir. Bu durum, cinsiyete ve yaş gruplarına göre farklılık göstermemiştir (sırasıyla  $t = 0.3$ ,  $p > 0.05$ ;  $t = 0.5$ ,  $p > 0.05$ ).
- Aile dışı kişilerle birlikte yaşayanlarda diyabete ilişkin önerileri yararlı bulma düzeyi, yalnız yaşayan, eşyle yaşayan, eşi ve çocuğuyla yaşayanlardan yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $F = 0.1$ ,  $p > 0.05$ ).
- Tedavi biçimine göre, diyabete ilişkin bakım/tedavi uygulamaları ile ilgili önerileri yararlı bulma düzeyi, insülin kullananlarda, oral anti diyabetik ilaç alan ve diyet uygulayanlardan fazladır (sırasıyla  $10.0 \pm 0.0$ ;  $8.4 \pm 2.1$ ;  $9.0 \pm 1.2$ ) Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F = 4.5$ ,  $p < 0.05$ ). Farkı yaratan insülin kullanan hastalardır.
- Hastaların bakım/tedavi uygulamalarına ilişkin önerileri uygulama düzeyi, cinsiyete göre değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $t = 0.7$ ,  $p > 0.05$ ).
- Hastaların bakım/tedavi uygulamalarına ilişkin önerileri uygulama düzeyi yaş gruplarına göre değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $F = 0.09$ ,  $p > 0.05$ ).
- Hastaların bakım/tedavi uygulamalarına ilişkin önerileri uygulama düzeyi, aile ile birlikte yaşama durumuna göre incelenmiş, anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $F = 0.6$ ,  $p > 0.05$ ). Eşyle birlikte yaşayan hastaların ilgili önerileri uygulama düzeyinin en yüksek olduğu belirlenmiştir ( $7.4 \pm 2.2$ ).

- Hastaların bakım/tedavi uygulamalarına ilişkin önerileri uygulama düzeyi, tedavi biçimine göre değerlendirilmiştir. Her üç tedavi grubunda yer alan hastaların tedaviye uyma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $F= 2.5$ ,  $p>0.05$ ). İnsülin kullanan ve diyet yapan hastaların ilgili önerileri uygulama düzeyinin yüksek (sırasıyla,  $7.8 \pm 2.4$  ve  $7.8 \pm 2.5$ ); oral anti diyabetik ilaç alanların önerileri uygulama düzeyinin düşük olduğu ( $6.4 \pm 2.6$ ) belirlenmiştir.
- Algılanan yarar ile ilgili olarak kan şekeri ölçtürme sıklığı, kan şekerinin ölçüldüğü yer, tanı alınan ilk yıl ve son altı ay içinde kan şekerini ölçtürme gibi değişkenler incelenmiştir. Buna göre araştırma grubunun % 37.7'si ayda birden az; % 26.0'ı ayda bir; % 10.4'ü ayda birkaç kez; % 54.5'i hastanede; % 24.7'si evde; % 15.6'sı da sağlık ocağında ölçtürdüğünü belirtmiştir. Hastaların % 57.1'i son 6 ayda en fazla 5; % 23.4'ü en fazla 6 kez; % 16.9'u hiç hekime gitmemiştir.
- Hastaların % 80.5'i son bir yıl içinde hiç acile başvurmadığını belirtirken, % 10.4'ü bir kez başvurduğunu belirtmiştir.

#### Algılanan engeller;

1. Hastalığa bağlı yaşam biçiminde değişiklik olup olmadığı,
  2. Hastalıkla ilgili bir rahatsızlık yaşayıp yaşamadığı,
  3. Hastalıkla ilgili maddi ve manevi destek alıp almadığı,
  4. Hastalıkla ilgili zorluk yaşayıp yaşamadığı,
  5. Hastalıkla ilgili istirahat etme gereksinimi olup olmadığı,
  6. Hastaneye ulaşma güçlüğü/kolaylığı olarak değerlendirilmiştir.
- Hastaların % 93.5'i hastalığa bağlı yaşam biçiminde değişiklik olduğunu; % 45.5'i hastalıkla ilgili rahatsızlık yaşadığını; % 51.9'u maddi/manevi desteğe gereksinin duyduğunu; % 24.7'si hastalıkla ilgili zorluk yaşadığını; % 41.4'ü istirahat etme gereksinimi duyduğunu; % 11.7'si hastaneye ulaşmada güçlük çektiğini belirtmiştir.

### 3.2.9. Sonuç

Araştırmada tip 2 diyabet hastalığı ile ilgili olarak üçüncül korunma davranışlarından bakım/televi uygulamalarını yararlı bulma durumu incelenmiştir.

Hastaların genel sağlık durumlarını nasıl hissettikleri ile cinsiyet, yaş, tedavi biçimi ve açlık kan şekeri (AKŞ) düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

AKŞ düzeyi ortalaması en yüksek olan hastalar, sağlık durumlarını “çok kötü”; AKŞ düzeyi ortalaması en düşük olan hastalar, sağlık durumlarını “çok iyi” olarak algılamıştır ( $p>0.05$ ).

Algılanan ciddiyet ortalama puanı yüksek olup, ( $8.0 \pm 2.1$ ; range: 1-10) kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Yalnız yaşayan hastalarda algılanan ciddiyet düzeyi en yüksek; ailesi ile yaşayanlarda en düşüktür ( $9.6 \pm 0.8$ ;  $7.0 \pm 2.8$ ). Tedavi biçimine göre anlamlı fark bulunmamış olmasına karşın, insülin kullananlarda en yüksek ( $8.6 \pm 2.2$ ); diyet yapanlarda en düşüktür ( $7.2 \pm 2.5$ ).

Diyabete ilişkin bakım/televi uygulamaları ile ilgili önerileri yararlı bulma düzeyi, cinsiyet ve yaşa göre ilişkili bulunmamıştır. Diyabete ilişkin bakım/televi uygulamaları ile ilgili önerileri yararlı bulma düzeyi, insülin kullanan hastalarda en yüksektir. Bunu oral anti diyabetik ilaç alan ve diyet yapan hastalar izlemektedir ( $p<0.05$ ).

Hastaların bakım/televi uygulamalarına ilişkin önerileri uygulama düzeyi ile cinsiyet, yaş, birlikte yaşanan kişiler ve tedavi biçimi yönünden anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, eşi ile birlikte yaşayan ve insülin kullanan hastaların önerilen uygulamaları uygulama düzeyi en yüksektir.

Araştırma grubunun sayıca yetersiz olması nedeniyle ( $n=77$ ), sonuçların ihtiyatla değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

### **3.3. Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği ve Osteoporoz Testi'nin Geçerlik ve Güvenirliği (Çalışma 3; Kılıç, 2004)**

#### **3.3.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı**

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmıştır.

#### **3.3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl**

Araştırma, Kasım 2001-Ekim 2002 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı**

Araştırmada incelenen sağlık davranışı, kalsiyum alınması ve egzersiz yapılmasıdır.

#### **3.3.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri**

Araştırmada incelenen Sağlık İnanç Modeli bileşenleri;

- Algılanan duyarlılık,
- Algılanan ciddiyet,
- Egzersiz yapmanın yararı,
- Kalsiyum almanın yararı,
- Egzersiz yapılmasını önleyen engeller,
- Kalsiyum alınmasını zorlaştıran engeller,
- Sağlık motivasyonudur.

#### **3.3.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri**

Araştırma, Erzurum Evren Paşa Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan, menopoz öncesi 35-49 yaş grubundaki 125 kadın üzerinde yürütülmüştür.

#### **3.3.6. Araştırmanın Modeli**

Araştırma bir geçerlik ve güvenilirlik araştırmasıdır.

### 3.3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmadan elde edilen veriler,

- Kim ve arkadaşları tarafından 1991 yılında geliştirilen “**Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği**” (Osteoporosis Health Belief Scale),
- “**Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlilik Ölçeği**” (Osteoporosis Self-Efficacy Scale),
- “**Osteoporoz Bilgi Testi**” (Osteoporosis Knowledge Test)” aracılığıyla elde edilmiştir (Bkz: Ek-3).

#### 3.3.7.1. Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği

Ölçek, kadınların osteoporozla ilişkin sağlık inançlarını ölçmek için geliştirilmiştir.

Ölçek,

- Algılanan duyarlılık (6 madde),
- Algılanan ciddiyet (6 madde),
- Egzersizin yararları (6 madde),
- Kalsiyum alımının yararları (6 madde),
- Egzersiz ile ilgili engeller (6 madde),
- Kalsiyum alımı ile ilgili engeller (6 madde),
- Sağlık motivasyonu (6 madde) olmak üzere 7 bileşen ve 42 maddeden

oluşmaktadır.

Ölçek Likert tipinde olup, maddelere verilen yanıtlar “1” ile “5” arasında değişen değerler almıştır;

- **Kesinlikle katılmıyorum** “1”
- **Katılmıyorum** “2”
- **Karasızım** “3”
- **Katılıyorum** “4”
- **Tamamen Katılıyorum** “5” olarak değerlendirilmiştir.

Ölçekten en az 42, en fazla 210 puan alınmaktadır. Her bir boyuttan da en az 6, en fazla 30 puan alınacaktır. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.71-0.82; bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.79-0.94'dur.

### 3.3.7.2. Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği

Osteoporozun önlenmesine yönelik kalsiyum alınması ve egzersiz yapılması ile ilgili duyulan güven olmak üzere iki bileşen ve (12) maddeden oluşmaktadır.

- Kendime hiç güvenmem “1”
- Kendime çok güvenirim “10” olacak şekilde değerlendirilmiştir.

Ölçekten en az “12”, en yüksek “120” puan alınmaktadır.

### 3.3.7.3. Osteoporoz Bilgi Testi

Osteoporozu önlemeye yönelik kalsiyum alımı, egzersiz ve aktivite düzeyleri ile ilgili konularda osteoporoz bilgisini değerlendirmeye yönelik bir testtir. Test iki alt boyut ve (24) maddeden oluşmaktadır. İki ölçeğin orijinal güvenilirlik katsayısı (KR-20) 0.69 ve 0.72; bu çalışmada 0.75 ile 0.76 olarak bulunmuştur.

### 3.3.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar

#### 3.3.8.1. Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği ile İlgili Sonuçlar

Bu çalışmada, Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.79 olarak bulunmuş ve ölçekte yer alan Sağlık İnanç Modeli bileşenleri ve güvenilirlik katsayıları Çizelge 3.1'de verilmiştir.

**Çizelge 3.1. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri ve Güvenirlik Katsayıları (alfa değerleri)**

	Orijinal Ölçek	Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği
Algılanan Duyarlılık	0.82	0.82
Algılanan Ciddiyet	0.71	0.87
Egzersiz Yararları	0.81	0.90
Kalsiyum Yararları	0.80	0.90
Egzersiz Engelleri	0.82	0.78
Kalsiyum Engelleri	0.74	0.94
Sağlık Motivasyonu	0.73	0.79
<b>Toplam</b>	0.71	0.79

### 3.3.8.2. Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği

Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği, osteoporoz egzersiz öz- etkililik/yeterlilik ve osteoporoz kalsiyum öz-etkililik/yeterlilik algısını içeren iki bileşenden oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.96 ve 0.98'dir; bu çalışmada da ölçeğin güvenilirlik katsayısının 0.96-0.98 olduğu belirtilmektedir.

### 3.3.8.3. Osteoporoz Bilgi Testi

Bu test, (24) maddeden oluşmakta; egzersiz yapma ve kalsiyum alımı ile ilgili osteoporoz bilgisini ölçmektedir. Testin orijinalinin Kuder-Richardson (KR-20) güvenilirlik katsayısı 0.69-0.72 arasında; bu çalışmada ise, 0.75-0.76 arasında bulunmuştur.

### 3.3.9. Sonuç

Bu çalışma, Kim ve ark. tarafından 1991 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçeye çevirisinin ve geçerliliği ile güvenilirliğinin belirlendiği bir çalışmadır. Ayrıca, Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlilik Ölçeği ve Osteoporoz Bilgi Testi'nin Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği belirlenmiştir. Bu nedenle alana önemli bir katkı getirdiği düşünülmektedir. Ancak araştırmanın geçerlik-güvenirlik araştırması olduğu göz önüne alındığında, araştırma grubunun sayıca yetersiz olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın en güçlü yanlarından biri, Türkçe ölçeklerin, orijinallerine benzer ya da daha fazla düzeyde geçerli ve güvenilir bulunmasıdır.

Araştırmada, "Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği"nin her bir madde puanı ile toplam madde puanı arasındaki ilişki ve ölçeği oluşturan her bir maddenin eşit ağırlıkta olup olmadığı değerlendirilmiştir. Alt gruplara göre madde toplam puan korelasyonu  $r= 0.22-0.61$ ; ölçeğin korelasyonu ise  $r= 0.22-0.61$  arasında değişmektedir.

Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği maddelerinin iç tutarlılığı ve homojenliğinin göstergesi olan Cronbach alfa değerleri orijinal ölçekte 0.71-0.82 iken, bu araştırmada 0.79-0.84 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini saptamak için yapılan test-tekrar test değerlendirmesinde, alt gruplarda  $r= 0.76-0.92$ , toplamda 0.91'dir. Orijinal ölçekte alt gruplarda test-tekrar test korelasyon değerlerinin 0.52-0.84 arasında değiştiği saptanmıştır. Elde edilen korelasyon değerleri, orijinal ölçeğin değerlerinden fazladır.

Orijinal Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlilik Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, 0.96-0.98; bu çalışmada da 0.96-0.98 olarak bulunmuştur.

Orijinal Osteoporoz Bilgi Testi (KR-20) güvenilirlik katsayısı 0.69 ile 0.72; bu çalışmada 0.75 ile 0.76 arasında bulunmuştur. Bu değerler, orijinal ölçeğin değerlerinden fazladır.

Bu çalışmanın bulgularına göre,

- Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği,
- Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlilik Ölçeği,
- Osteoporoz Bilgi Testi'nin

geçerliliği ve güvenilirliği bu araştırma grubu için uygundur.

### **3.4. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması (Çalışma 4; Sunmaz, 2003)**

#### **3.4.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı**

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yüksek lisans tezi olarak yapılmıştır.

### 3.4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl

Araştırma, 2002 Eylül-2003 Nisan tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### 3.4.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı

Araştırma, “Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği”nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi” amacıyla yapıldığından, herhangi bir sağlık davranışı incelenmemiştir.

### 3.4.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri

Araştırma bir geçerlik ve güvenilirlik çalışması olduğu için, Sağlık İnanç Modeli’nin herhangi bir bileşeni incelenmemiştir.

### 3.4.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri

Araştırma, Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı farklı sosyoekonomik özellikteki üç sağlık ocağının hizmet verdiği bölgede yaşayan 2.128 kadından basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 213 kadın üzerinde yürütülmüştür. Araştırma grubunun yaş dağılımı 16-45 yaş arasında değişmektedir.

### 3.4.6. Araştırmanın Modeli

Araştırma, “Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği”nin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek için yapılmış bir geçerlik güvenilirlik araştırmasıdır.

### 3.4.7. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında kullanılan formlar şunlardır;

- Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri için “**Sosyodemografik Özellikler Anket Formu**”,
- Kadınların çocuklarının sağlığı ile ilgili inançlarına yönelik veriler için, Amen tarafından 1998 yılında geliştirilen “**Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği**” (Parent Health Belief Scale) (Bkz: Ek-4).

#### 3.4.7.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

Form, beş sorudan oluşmaktadır. Anne ve çocuğun yaşını, çocuğun cinsiyetini, sahip olunan çocuk sayısını ve annenin öğrenim düzeyini kapsamaktadır.

### 3.4.7.2. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği

Ölçek, ilk kez 1978 yılında (Sunmaz, 2003) “Çocukların Sağlık Odağı Kontrolü Ölçeği” şeklinde geliştirilmiştir. Amen bu ölçeği değiştirerek “Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği”ni geliştirmiştir. Ölçek, üç bölüm ve yirmi maddeden oluşmaktadır. Likert tipinde olup, 1 ile 6 arasında değişen değerler almaktadır. Bu değerler;

- **Kesinlikle katılmıyorum** “1”,
- **Katılmıyorum** “2”,
- **Pek Katılmıyorum** “3”,
- **Biraz Katılıyorum** “4”,
- **Katılıyorum** “5”,
- **Tamamen Katılıyorum** “6” olacak biçimde değerlendirilmiştir.

Ölçekten en az 20, en fazla 120 puan alınmaktadır. Ölçekte üç bölüm bulunmaktadır;

1. **İç faktörler.** Kadınların sağlık inançlarına ilişkin içsel kontrollerini içermekte ve yedi maddeden oluşmaktadır.
2. **Dış faktörler.** Kadınların sağlık inancını etkileyen dış faktörleri içermekte ve sekiz maddeden oluşmaktadır.
3. **Şans faktörleri.** Kadınların sağlıkla ilgili inancını etkileyen şansla ilgili etmenleri belirlemeye yönelik olup, beş maddeden oluşmaktadır.

Araştırmada, orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayıları belirtilmemiştir. Ancak alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları verilmiştir. Bunlar sırasıyla iç faktörler için 0.49; dış faktörler için 0.65; şans faktörleri için 0.51’dir.

### 3.4.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar

#### 3.4.8.1. Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Sonuçlar

Araştırma grubundaki çocukların % 30.1'i 13-24 ayında olup, % 51.2'si kızdır. Annelerin % 37.6'sı 26-30 yaşında olup, % 41.3'ü ilkokul, % 26.3'ü lise mezunudur; % 8.9'u okur yazar değildir.

#### 3.4.8.2. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği belirlenmiştir.

##### 3.4.8.2.1. Geçerlik Analizleri

Ölçeğin yapı geçerliliğini değerlendirmek için, "Temel Bileşenler Analizi" ve Varimax Rotasyonu uygulanmıştır. Birinci bölümün öz değeri 1.43, açıkladığı varyans değeri (Varimax değeri) 8.4; ikinci bölümün öz değeri 1.99, açıkladığı varyans değeri 11.7; üçüncü bölümün öz değeri 4.02, açıkladığı varyans değeri 23.6'dır. Bu sonuçlara göre ölçeğin Türkçe çevirisinde yer alan faktör yapısı, asıl ölçekteki faktör yapısı ile benzerlik göstermektedir. Ölçekte bulunan 20 madde, toplam varyansın % 43.7'sini açıklamaktadır. Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur.

##### 3.4.8.2.2. Güvenirlik Analizleri

Ölçeğin on uzman tarafından değerlendirilmesi sonunda elde edilen verilerin, **Kendall İyi Uyuşum Kat Sayısı** analizi ile değerlendirilmesi sonucunda, uzmanlar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir görüş birliği elde edilmiştir.

Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin birinci ve ikinci uygulama toplam puanlarının korelasyonları sonucunda ölçeğin test-tekrar test güvenirlilik katsayısı  $r = 0.30$  olarak bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonları 0.34 ile 0.60 arasında dağılım göstermiştir ( $p < 0.01$ ). Negatif korelasyon nedeni ile üç madde ölçekten çıkarılmıştır.

Araştırmada, ölçeğin iç tutarlılığı, Cronbach alfa katsayıları ile değerlendirilmiştir. Buna göre ölçeğin genel alfa katsayısı 0.79; iç faktörlerin Cronbach alfa katsayısı 0.63; dış faktörlerin 0.72; şans faktörünün 0.71'dir.

Her üç faktörün test-tekrar test puanlarının korelasyonu iç faktörler için 0.07; dış faktörler için 0.29; şans faktörü için 0.35'tir.

### **3.4.9. Sonuç**

Araştırmada, ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.79 olup, oldukça güvenilirdir. İç, dış ve şans faktörleri için iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı, 0.63, 0.72 ve 0.71 olarak bulunmuş olup, oldukça güvenilirdir. Orijinal ölçeğin toplam alfa değeri belirtilmemiş olmakla birlikte, üç faktör için sırasıyla 0.49, 0.65 ve 0.51'dir. Türkçe çevirisinin üç faktörle ilgili iç tutarlılığı orijinal ölçekten yüksektir.

Bu ölçekte yer alan iç, dış ve şans faktörünün ebeveynlerin, çocuklarının sağlığı ile ilgili inançlarının % 43.7'sini açıkladığı belirtilmiştir.

Toplam ölçek ve üç faktörün test tekrar-test toplam puanları arasında zayıf pozitif bir ilişki ( $r= 0.30$ ) bulunmasının, ölçeğin daha büyük örneklemlerde güvenilirliğinin yeniden değerlendirilmesinin yerinde olacağını düşündürmektedir. Ebeveynlerin çocuklarının sağlığı ile ilgili inançlarını değerlendiren Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin (Parent Health Belief Scale) Türkçe'ye çevrilmesi ve alana kazandırılmasının önemli bir bilimsel katkı olduğu düşünölmektedir.

### **3.5. Bolu’da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık Ve Hastalıklarını Algılamaları İle Uygulamaları (Çalışma 5; Gökdoğan, 2001)**

#### **3.5.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı**

Araştırma, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu ve Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu tarafından gerçekleştirilmiştir.

#### **3.5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl**

Araştırma, 1 Ocak-30 Mayıs 2005 tarihleri arasında yürütülmüştür.

#### **3.5.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı**

Araştırmada, bakım/tedavi uygulamalarını yaralı bulma durumu olan üçüncül korunma davranışı incelenmiştir.

#### **3.5.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri**

Araştırmada incelenen Sağlık İnanç Modeli bileşenleri;

- Algılanan ciddiyet,
- Algılanan yararlıdır.

#### **3.5.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri**

Araştırma, Bolu il merkezinde yaşayan ve Bolu Devlet Hastanesi Diyabet Polikliniği’nde izlenen 420 diyabet hastasından, orantılı tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilen 70 hasta üzerinde yürütülmüştür.

#### **3.5.6. Araştırmanın Modeli**

Araştırma, tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### **3.5.7. Verilerin Toplanması**

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu ile toplanmıştır. Form, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaların demografik özellikleri, ikinci bölümde Görsel Karşılaştırmalı Ölçek (**Visual Anologue Scales**) yer almaktadır.

Ölçekte yer alan madde sayısı, ölçekten alınacak en düşük ve en yüksek ortalama puanlar ve ölçekte yer alan boyutların madde sayıları belirtilmemiştir.

Bu ölçekte hastaların;

- Sağlık durumunu algılaması,
- Hastalığın ciddiyeti,
- Bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma durumu,
- Bakım/tedavi uygulamalarını gerçekleştirme düzeyi incelenmiştir.

Ölçekte yer alan maddelere verilen yanıtlar, 1 **çok kötü**, 10 **çok iyi** olacak şekilde değerlendirilmiştir. Araştırmada 5 puanın **orta** düzey olarak değerlendirildiği belirtilmiştir.

### **3.5.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar**

#### **3.5.8.1. Sosyodemografik Özellikler**

Araştırma grubundaki hastaların yaş ortalaması  $59.4 \pm 12.4$  olup, % 65.7'si kadın; % 78.6'sı tip 2 diyabet; % 51.4'i okuryazar/ilkokul mezunu; % 92.9'u çalışmamakta; % 67.1'i orta gelir düzeyinde; % 65.7'si evli; % 51.4'ü eşi ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır.

#### **3.5.8.2. Araştırmada Elde Edilen Bazı Sonuçlar**

Hastaların sağlık durumunu algılama düzeyi ortalama puanı  $5.8 \pm 2.5$ ; diyabetin ciddiyetini algılama düzeyi  $8.9 \pm 2.1$ ; bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma düzeyi  $8.9 \pm 1.8$ ; uygulamaları gerçekleştirme düzeyi  $7.7 \pm 2.2$ 'dir.

Cinsiyete göre hastaların sağlığı algılama, bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma ve bu uygulamaları gerçekleştirme düzeyi ortalama puanları karşılaştırıldığında;

- Erkeklerin sağlığı algılama ortalama puanının ( $6.1 \pm 2.3$ ), kadınların ortalama puanından ( $5.6 \pm 2.5$ ) yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı belirtilmiştir ( $t= 0.3, p>0.05$ ),
- Erkeklerin diyabetin ciddiyetini algılama ortalama puanı  $8.6 \pm 2.5$ ; kadınların  $8.9 \pm 1.8$ 'dir. Arada fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t= 1.9, p>0.05$ ),
- Erkek ve kadınların bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma ve ilgili uygulamaları gerçekleştirme ortalama puanları benzerdir (sırasıyla  $t= 6.6, p>0.05$ ;  $t= 0.5, p>0.05$ ).
- Yaş grubuna göre hastaların sağlığı algılama, bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma ve bu uygulamaları gerçekleştirme ortalama puanları benzerdir (sırasıyla  $F= 0.4, p>0.05$ ;  $F= 1.0, p>0.05$ ;  $F= 0.4, p>0.05$ ).
- Yaş gruplarına göre diyabetin ciddiyetini algılama ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $F= 4.9, p<0.05$ ). Otuz dokuz yaş ve altındaki hastaların ortalama puanı  $6.2 \pm 4.1$ ; 40-59 yaşındakilerin  $8.9 \pm 1.7$ ; 60 yaş ve üzerindeki hastaların  $9.1 \pm 1.7$ 'dir. Farkı yaratan 60 yaş ve üzerindeki hastaların, diyabeti daha ciddi olarak algılamasıdır.
- Diyabetin tipi ile sağlık durumunu algılama düzeyi karşılaştırıldığında; tip 1 diyabet hastalarının sağlığı algılama düzeyi ortalama puanının  $5.5 \pm 2.7$ ; tip 2 diyabet hastalarının  $5.9 \pm 2.5$  olduğu belirlenmiştir. Aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t= 0.0, p>0.05$ ).
- Tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarının, hastalığın ciddiyetini algılama düzeyleri benzerdir ( $t= 2.2, p>0.05$ ).
- Tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarının bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t= 6.3,$

$p<0,05$ ). Tip 1 diyabet hastalarının bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma düzeyi  $9.7 \pm 1.3$ ; tip 2 diyabet hastalarının  $8.8 \pm 1.9$ 'dur.

- Tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarının bakım/tedavi uygulamalarını gerçekleştirme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $t=3.0$ ,  $p>0,05$ ).
- Yaş, diyabet süresi, sağlığın ve hastalığın ciddiyetinin algılanması, bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma, bakım/tedavi uygulamalarını gerçekleştirme düzeyi arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Yaşa göre hastalığın ciddiyetini algılama düzeyi ( $r= 0.31$ ,  $p<0.001$ ); bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma düzeyi ile bu uygulamaları gerçekleştirme düzeyi arasında artan yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r= 0.41$ ,  $p<0.001$ ).
- Diyabet süresine göre sağlığın algılanma düzeyi arasında azalan yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r= -0.56$ ,  $p<0.001$ ).

### 3.5.9. Sonuç

Araştırmada bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma sağlık davranışı ile bu uygulamaları gerçekleştirme düzeyi sağlık davranışı; tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarının sağlık durumunu algılama düzeyi, hastalığın ciddiyetini algılama düzeyi, ve incelenmiştir.

Diyabetin tipi ve cinsiyete bağlı olmaksızın, hastaların sağlık durumunu orta düzeyde algıladığı; hastalığı ciddi olarak algılamalarına ve bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulmalarına karşın, uygulamaları daha az düzeyde gerçekleştirdiği belirlenmiştir.

Genç yaşlarda sağlığın daha iyi algılandığı ve yaşlanmayla birlikte hastalığın ciddiyetinin daha yüksek düzeyde algılandığı saptanmıştır.

Diyabet süresi uzadıkça, hastalar sağlık durumunu kötü olarak algılamaktadır.

Yaşa göre hastalığın ciddiyetini algılama düzeyi; bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma düzeyi ile bu uygulamaları gerçekleştirme düzeyi arasında artan yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

### **3.6. Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales (Türkçeye Uyarlanan Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Geçerlik Kanıtı) (Çalışma 6; Gözüm ve Aydın, 2004)**

#### **3.6.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı**

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve 19 Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu tarafından ortaklaşa yapılmıştır.

#### **3.6.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl**

Araştırmanın ne zaman yapıldığı belirtilmemiştir, fakat çalışma 2004 yılında yayınlanmıştır.

#### **3.6.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranış**

Araştırmada incelenen sağlık davranışı, kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulamasıdır.

#### **3.6.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri**

Araştırmada, modelin bütün bileşenleri incelenmiştir.

Bunlar;

- Algılanan duyarlılık,
- Algılanan ciddiyet,
- Algılanan yarar,
- Algılanan engeller,
- Öz yeterlilik,
- Sağlık motivasyonudur.

### 3.6.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri

Araştırma, Ordu'da 26 ilköğretim okulunda çalışan 266 öğretmen üzerinde yürütülmüştür.

### 3.6.6. Araştırmanın Modeli

Araştırma, “**Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği**”nin geçerliliğini değerlendirmek için yapılan bir geçerlik- güvenilirlik araştırmasıdır.

### 3.6.7. Verilerin Toplanması

Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler, araştırmacı tarafından geliştirilen bir formla; kendi kendine meme muayenesi uygulama durumu ile ilgili inançlar, Victoria Champion tarafından geliştirilen “**Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği**” (Champion’s Health Belief Model Scale) aracılığıyla elde edilmiştir.

#### 3.6.7.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

Form yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma durumu, ailesinde meme kanseri öyküsü ve daha önceden meme hastalığı olup olmama durumu ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

#### 3.6.7.2. Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ölçek, Victoria Champion tarafından 1993 yılında geliştirilmiş ve 1997 ve 1999 yılında iki kez düzeltilmiştir. Ölçek, Sağlık İnanç Modeli’nin altı bileşenin tümünü içermekte ve 42 maddeden oluşmaktadır.

Kendi kendine meme muayenesi ile ilgili olarak;

- Algılanan duyarlılık (perceived susceptibility) ile ilgili 3 madde,
- Meme kanseri ile ilgili algılanan ciddiyet (perceived seriousness) ile ilgili 6 madde,

- KKMM uygulamasına ilişkin algılanan yarar (perceived benefits) ile ilgili 4 madde,
- KKMM uygulamasına ilişkin algılanan engeller (perceived barriers) ile ilgili 8 madde,
- KKMM uygulamasına ilişkin öz yeterlilik (self-efficacy) ile ilgili 10 madde,
- Sağlık motivasyonu (health motivation) ile ilgili 5 madde olmak üzere toplam 36 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması sırasında, KKMM uygulamasına ilişkin algılanan engeller boyutundan üç madde; sağlık motivasyonu boyutundan iki madde; meme kanseri ile ilgili algılanan ciddiyet boyutundan bir madde çıkarılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı 0.69-0.83 arasında değişmektedir.

### **3.6.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar**

#### **3.6.8.1. Sosyodemografik Özellikler İle İlgili Sonuçlar**

Araştırma grubunun yaş ortalaması  $36.6 \pm 8.2$  olup; ortalama çalışma yılı  $14.8 \pm 9.0$ 'dır; % 80.5'i bekar, % 16.5'i evli ve % 3.0'ı boşanmış ya da ayrı yaşamakta; % 91.0'ı daha önce meme hastalığı geçirmemiştir; % 7.9'unun ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmaktadır.

#### **3.6.8.2. Champion'un Sağlık İnanç Modeli ile İlgili Geçerlik ve Güvenirlik Sonuçları**

##### **3.6.8.2.1. Geçerlik Sonuçları**

Ölçek altı bileşen ve (36) maddeden oluşmaktadır. Türkçe'ye çevrilmesi sırasında altı madde ölçekten çıkarılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliliği Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı ile değerlendirilmiştir. Her bir maddenin ölçekle olan korelasyonu değerlendirilmiş ve faktör analizi uygulanmıştır. Korelasyon katsayısı 0.30 ve üzerinde olan maddeler geçerli kabul edilmiştir.

### 3.6.8.2.2. Güvenirlik Sonuçları

Her bir boyutun güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Madde ile ölçek arasındaki korelasyonda, korelasyon katsayısı 0.30'dan küçük olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Güvenirlik katsayılarının boyutlara göre dağılımı aşağıda verilmiştir;

- Algılanan Duyarlılık, 0.69;
- Algılanan Ciddiyet, 0.75;
- Algılanan Yarar, 0.83;
- Algılanan Engeller, 0.73;
- Öz yeterlilik, 0.82;
- Sağlık motivasyonu, 0.83.

Ölçek 260 kadında uygulandığı için sayının geçerlik-güvenirlik için yeterli olduğu düşünülmektedir.

### 3.6.8.3. SİMÖ ile KKMM Uygulaması ile İlgili Sonuçlar

Araştırma grubundaki 266 kadından 118'i (% 44.4), son bir yılda en az bir kez KKMM uygulamıştır. Son bir yılda, kadınlar, ortalama  $5.5 \pm 3.2$  kez KKMM uygulamıştır.

KKMM uygulayan kadınların meme kanseri ile ilgili algılanan duyarlılık düzeyi  $7.8 \pm 2.2$ ; uygulamayanların  $8.1 \pm 2.2$ 'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t= 1.2, p>0.05$ ).

KKMM uygulayan kadınların meme kanseri ile ilgili algılanan ciddiyet düzeyi  $19.1 \pm 4.9$ ; uygulamayanların  $19.0 \pm 5.2$ 'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t= 0.0, p>0.05$ ).

KKMM uygulayan kadınların, KKMM ile ilgili algılanan yarar düzeyi  $15.6 \pm 4.1$ ; KKMM uygulamayan kadınların  $14.5 \pm 4.9$ 'dur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=2.1, p<0.05$ ).

KKMM uygulayan kadınların, KKMM uygulaması ile ilgili algılanan engel düzeyi  $16.5 \pm 5.2$ ; uygulamayan kadınların  $17.6 \pm 5.2$ 'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t = -1.7, p > 0.05$ ).

KKMM uygulayan kadınların öz yeterlilik algı düzeyi  $31.7 \pm 6.1$ ; uygulamayanların  $27.6 \pm 6.2$ 'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t = 5.4, p < 0.05$ ).

KKMM uygulayan kadınların sağlık motivasyon düzeyi  $20.5 \pm 3.9$ ; uygulamayanların  $20.2 \pm 4.0$ 'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t = 0.6, p > 0.05$ ).

### **3.6.9. Sonuç**

Victoria Champion'un "Champion's Health Belief Model Scale" başlıklı ölçeği, Türkçeye çevrilmiş ve 266 kadında yapılan bu araştırma sonucu ölçek, geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Kadınların % 44'ü son bir yılda ayda en az bir kez KKMM uygulamıştır. Araştırmada, KKMM uygulayan kadınların algılanan yarar düzeyinin, KKMM uygulamayan kadınların yarar düzeyinden yüksek olduğu belirtilmiştir. Gerek KKMM uygulayan, gerekse uygulamayan kadınlar, en yüksek puanı öz yeterlilik boyutundan almıştır. Son bir yılda KKMM uygulayan kadınların öz yeterlilik düzeyi, uygulamayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir.

### **3.7. Reliability and Validity of the Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women (Türk Kadınları'nda Meme Kanseri Tarama İnanç Ölçeğinin Güvenirliliği ve Geçerliliği) (Çalışma 7; Seçginli, 2004)**

#### **3.7.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı**

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu tarafından üç sağlık merkezi ile iki Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezinde gerçekleştirilmiştir.

#### **3.7.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl**

Araştırma, Mart-Haziran 2002 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.7.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı**

Araştırmada incelenen sağlık davranışı, kendi kendine meme muayenesi uygulaması ve mamogram çektirilmesidir.

#### **3.7.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri**

Araştırmada, modelin bütün bileşenleri incelenmiştir.

Bunlar;

- Algılanan Duyarlılık,
- Algılanan Ciddiyet,
- Algılanan Yarar,
- Algılanan Engeller,
- Güven (Öz yeterlilik) ve
- Sağlık Motivasyonu'dur.

#### **3.7.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri**

Araştırma, yirmi yaşın üzerinde, meme kanseri ve gebe olmayan, emzirmeyen, okuryazar 656 kadın üzerinde yürütülmüştür.

### 3.7.6. Araştırmanın Modeli

Araştırma, “**Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği**”nin geçerliliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek için yapılan geçerlik- güvenilirlik araştırmasıdır.

### 3.7.7. Verilerin Toplanması

Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, sosyal güvence durumu, aylık gelir, İstanbul’da yaşadığı süre, etnik köken ve dini özellikler), araştırmacı tarafından geliştirilen bir form; KKMM uygulaması ve mamogram çektilmesi ile ilgili inançlara ilişkin veriler, Victoria Champion tarafından geliştirilen “**Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği**” (Champion’s Health Belief Model Scale) aracılığıyla elde edilmiştir.

#### 3.7.7.1. Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ölçek, 53 madde ve 8 boyuttan oluşmaktadır. Bunlar;

- Meme kanseri ile ilgili algılanan duyarlılık: 5 madde,
- Meme kanseri ile ilgili algılanan ciddiyet: 7 madde,
- KKMM uygulaması ile ilgili algılanan yarar: 6 madde,
- KKMM uygulaması ile ilgili algılanan engeller: 6 madde,
- KKMM uygulaması ile ilgili öz yeterlilik: 11 madde,
- Sağlık motivasyonu: 7 madde,
- Mamogram çektilme ile ilgili algılanan yarar: 6 madde,
- Mamogram çektilme ile ilgili algılanan engeller: 5 madde.

Ölçekte yer alan maddeler, 1 ile 5 arasında, 1 “**çok kötü**”; 2 “**kötü**”; 3 “**orta**”; 4 “**iyi**”; 5 “**çok iyi**” olacak şekilde değerlendirilmiştir. Ölçekten alınacak en düşük ortalama puan 53, en yüksek puan ise 215’tir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.92’dir. Alt boyutların Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.75 ile 0.87 arasında değişmektedir.

### 3.7.8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar

#### 3.7.8.1. Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Sonuçlar

Araştırma grubunun % 61.9'u 20-39 yaşında; % 84.8'i evli; % 63.9'u ilk ve ortaokul mezunu; % 64.9'u orta gelir düzeyinde; % 39.2'si sosyal güvenceden yararlanmakta ve ortalama  $20.9 \pm 12.2$  yıldır İstanbul'da yaşamaktadır. Araştırma grubunun yaş ortalaması  $36.1 \pm 11.4$ 'tür.

#### 3.7.8.2.Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile İlgili Geçerlik Ve Güvenirlik Sonuçları

##### 3.7.8.2.1. Geçerlik

Ölçek sekiz boyut ve 53 maddeden oluşmaktadır. Kırk madde KKMM uygulaması, 13 madde mamogram çektilmesi ile ilgilidir. Ölçeğin yapı geçerliliği, faktör analizi ile değerlendirilmiştir.

##### 3.7.8.2.2. Güvenirlik

Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Sekiz boyutun madde/ölçek korelasyon katsayıları 0.75-0.87 arasında değişmektedir.

Yapılan analizler sonucunda Cronbach alfa güvenirlik katsayıları;

- Algılanan duyarlılık için 0.82,
- Algılanan ciddiyet için 0.83,
- Algılanan yarar (KKMM) için 0.81,
- Algılanan engeller (KKMM) için 0.81,
- Güven (öz-yeterlilik) için 0.85,
- Sağlık motivasyonu için 0.87,
- Sağlık motivasyonu (mamografi yaptırma ile ilgili) için 0.81
- Algılanan yarar (mamogram çektilmesi) için 0.82,
- Algılanan engeller (mamogram çektilmesi) için 0.75 olarak bulunmuştur.

### 3.7.8.2.3. Ölçekten Alınan Ortalama Puanlarla İlgili Sonuçlar

Ölçeğin sekiz alt boyutundan alınan ortalama puanlar ve Champion'un sonuçları Çizelge 4.1'de sunulmuştur.

Çizelge 4.1 Seçginli ve Champion'un CSİMÖ Sonuçları

Boyutlar	Çalışma 7	Champion'un (1993) Sonuçları
Duyarlılık	2.6 ± 0.6	2.5 ± 0.8
Ciddiyet	3.4 ± 0.7	3.3 ± 0.7
KKMM uygulaması ile ilgili algılanan yarar	3.6 ± 0.6	3.9 ± 0.5
KKMM uygulaması ile ilgili algılanan engeller	2.5 ± 0.7	2.0 ± 0.6
Öz yeterlilik	3.1 ± 0.6	3.3 ± 0.6
Sağlık Motivasyonu	3.6 ± 0.6	3.8 ± 0.6
Mamogram çektirilmesi ile ilgili yarar	3.8 ± 0.6	
Mamogram çektirilmesi ile ilgili engeller	2.7 ± 0.7	

Bu sonuçlara göre, alt boyutlardan alınan ortalama puanlar Champion'un (1993) çalışmasındaki puanlarla benzerdir. Bu araştırmada, alınan en yüksek ortalama puan, mamogram çektirilmesi ile ilgili algılanan yarar; en düşük ortalama puan ise KKMM uygulaması ile ilgili algılanan engellerdir. Champion'un çalışmasında en yüksek puan KKMM uygulaması ile ilgili algılanan yarar; en düşük puan ise KKMM uygulaması ile ilgili algılanan engellerdir.

### 3.7.9. Sonuç

Araştırma, uygunluk örnekleme ile seçilen 656 kadın üzerinde yürütülmüştür. Kullanılan CSİMÖ sekiz boyuttan oluşmaktadır; Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.92'dir. Alt boyutların madde Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları 0.75 ile 0.87 arasında değişmektedir. Güvenirlik katsayısı en yüksek olan boyut, sağlık motivasyonu 0.87; en düşük olan 0,75 ile algılanan engellerdir.

Bu araştırma grubundaki ölçek, Türk kadınlarının meme kanseri, KKMM uygulaması ve mamogram çektirilmesi ile ilgili inançlarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçek olarak bulunmuştur.

Meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde, kadınların tarama davranışlarını etkileyen faktörlerin anlaşılması, meme kanseri mortalitesinin azaltılmasında önemlidir. Bu noktada, KKMM uygulaması ve mamogram çektirilmesi ile ilgili algılanan engelleri aşmak için geliştirilecek çeşitli yaklaşımlar ve etkinliklerin, ilgili sonuçlar göz önünde bulundurularak tasarlanmasının ve yarar bileşeninin vurgulanmasının uygun olacağı düşünülmektedir; çünkü araştırmadaki en yüksek puan, algılanan yarar boyutundan alınmıştır. Engel algısı düşük olduğu için, bu boyutun vurgulanmasının etkili olmayacağı ancak neden düşük bulunduğunun açıklığa kavuşturulmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

### **3.8. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey (Türkiye'nin Batısında Kırsal Alandaki Bir Grup Kadının Mamografi ve KKMM ile İlgili Bilgi ve Tutumları) (Çalışma 8; Dündar ve ark., 2005).**

#### **3.8.1. Araştırmanın Kim Tarafından Yapıldığı**

Araştırma, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmıştır.

#### **3.8.2. Araştırmanın Yapıldığı Yıl**

Araştırma, Ocak ve Şubat 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### **3.8.3. Araştırmada İncelenen Sağlık Davranışı**

Araştırmada incelenen sağlık davranışı, KKMM uygulaması ve mamogram çektirilmesidir.

### 3.8.4. Araştırmada İncelenen Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri

Araştırmada, modelin bütün bileşenleri incelenmiştir.

Bunlar;

- Algılanan duyarlılık,
- Algılanan ciddiyet,
- Algılanan yarar,
- Algılanan engeller,
- Güven (Öz yeterlilik) ve
- Sağlık motivasyonu'dur.

### 3.8.5. Araştırma Grubu (Hedef Kitle) ve Özellikleri

Araştırma, Manisa'nın Muradiye ilçesindeki 20-64 yaş grubundaki 1.829 kadından orantılı küme örnekleme ile seçilen 244 kadın üzerinde yürütülmüştür.

### 3.8.6. Araştırmanın Modeli

Araştırma, tanımlayıcı bir araştırmadır.

### 3.8.7. Verilerin Toplanması

Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri ile ilgili verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ile toplanmıştır. KKMM uygulaması ile ilgili veriler ise Champion tarafından geliştirilen ve 53 maddeden oluşan, Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ) ile elde edilmiştir.

#### 3.8.7.1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

Form yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, gelir düzeyi, aile tipi, sosyal güvence ve göç etme ile ilgili soruları kapsamaktadır. Gelir düzeyi ailenin geliri ile değerlendirilmiş, gelir düzeyi yeterli olanlar "1"; olmayanlar "2" olacak şekilde sınıflandırılmıştır.

Meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirmek için 24 soru sorulmuştur. Bunlardan 15'i, risk faktörleri, 9'u semptomlarla ilgilidir. Yanıtlar "**doğru**", "**yanlış**" ve "**bilmiyorum**" şeklinde değerlendirilmiştir. Bilgi düzeyi, ortalama değer kritik

değer alınarak süreksiz değişken olarak yeniden kodlanmış 1 “yeterli”; 2 “yetersiz” olarak değerlendirilmiştir.

### **3.8.7.2. Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği**

Ölçek Champion tarafından 1984 de geliştirilmiş, iki kez düzenlenmiştir. Seçginli ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Ölçek, (53) madde ve sekiz boyuttan oluşmaktadır.

Bu boyutlar;

- Meme kanseri ile ilgili algılanan duyarlılık, 5 madde;
- Meme kanseri ile ilgili algılanan ciddiyet, 7 madde;
- KKMM uygulaması ile ilgili algılanan yarar, 6 madde;
- KKMM uygulaması ile ilgili algılanan engeller, 6 madde;
- KKMM uygulaması ile ilgili öz yeterlilik, 11 madde;
- Sağlık motivasyonu, 7 madde;
- Mamogram çektirme ile ilgili algılanan yarar, 6 madde;
- Mamogram çektirme ile ilgili algılanan engeller, 5 madde.

Boyutların her biri 1 ile 5 arasında değişen değerler almaktadır. Ölçekten en az 53; en fazla 265 puan alınabilir.

## **3.8. 8. Araştırmadan Elde Edilen Bazı Önemli Sonuçlar**

### **3.8.8.1. Sosyodemografik Özellikler ile İlgili Sonuçlar**

Araştırma grubunun yaş ortalaması  $37.7 \pm 13.7$ 'dir; % 49.2'si ilkokul mezunu; % 67.6'sı evli, % 61.1'i yeterli gelir düzeyinde; % 91.0'ı ev kadınıdır. Aileler geniş aile tipindedir.

### **3.8.8.2. Meme Kanseri, KKMM Uygulaması, Mamogram Çektirilmesi ve Klinik Meme Muayenesi ile İlgili Sonuçlar**

Araştırma grubunun % 23.4'ü meme kanseri hakkında bilgi sahibi olmadığını; % 72.1'i KKMM ile ilgili bilgi sahibi olduğunu; % 89.3'ü hiç mamogram çektirmediğini; % 75.0'ı klinik meme muayenesi yaptırmadığını; % 27.9'u

mamografi ile ilgili bilgi sahibi olmadığını; % 5.1'i son 1-2 yılda mamogram yaptırdığını; % 40.9'u son bir yılda KKMM uyguladığını belirtmiştir. KKMM uyguladığını belirten kadınların % 29.5'i düzensiz, % 10.2'si de her ay düzenli olarak KKMM uyguladığını ifade etmiştir.

### **3.8.8.3. Sosyodemografik Özellikler, İnançlar ve Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeyi Arasındaki İlişki**

Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre,

1. Geniş ailede yaşayan ve meme kanseri ile ilgili yetersiz bilgisi olan kadınların oranının, çekirdek ailede yaşayan kadınlardan 2.2 (1.2-4.0) kat fazla;

2. Hiç klinik meme muayenesi yaptırmayan kadınlar arasında, meme kanseri ile ilgili yetersiz bilgisi olan kadınların oranının, bir kez klinik meme muayenesi yaptıran kadınlardan 3.7 (1.7-7.9) kat fazla;

3. Ailesinde meme kanseri öyküsü bulunmayan kadınlar arasında meme kanseri ile ilgili yetersiz bilgisi olanların oranının, ailesinde meme kanseri öyküsü olanlardan 5.2 (2.5-10.8) kat fazla olduğu belirlenmiştir.

CSİMÖ boyutları ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi, korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. KKMM uygulayan kadınların öz yeterlilik algısı ve meme kanseri bilgi düzeyi arasında artan yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r= 0.6$ ,  $p<0.001$ ).

KKMM ile ilgili algılanan yarar, sağlık motivasyonu ve mamogram çekirme ile ilgili algılanan yarar artan yönde bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $r= 0.5$ ,  $p<0.001$ ;  $r= 0.3$ ,  $p<0.001$ ;  $r= 0.5$ ,  $p<0.001$ ).

KKMM uygulayan kadınların mamogram çekirme ile ilgili algılanan engeller ile meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi arasında azalan yönde bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $r= -0.4$ ,  $p<0.001$ ;  $r= -0.2$ ,  $p<0.01$ ).

Algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ile meme kanseri bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

#### **3.8.8.4. Sosyodemografik Özellikler İle KKMM Uygulaması Ve Mamogram Çektirilmesi Arasındaki İlişkiler**

KKMM uygulaması ve mamogram çekirme ile yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, sağlık güvencesi, aile tipi, aile/arkadaşlarında meme kanseri bulunma durumu ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi ile KKMM uygulaması ve mamogram çekirilmesi arasında, anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $p= 0.011$ ,  $p= 0.007$ ).

KKMM uygulayanlarda, uygulama ile ilgili algılanan yarar ve öz yeterlilik ortalama puanları, KKMM uygulamayanlardan yüksektir ( $p= 0.003$  ve  $p<0.001$ ).

KKMM uygulayanlarda, uygulama ile ilgili algılanan engellerden alınan ortalama puan, KKMM uygulamayanlardan düşüktür ( $p< 0.001$ ).

Mamogram çektiren kadınlarda, mamogram çekirme ile ilgili algılanan yarar, motivasyon ve öz yeterlilikle ilgili ortalama puanlar, mamogram çekirmeyenlerden anlamlı derecede yüksektir ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ,  $p<0.01$ ).

Mamogram çektiren kadınlarda, uygulama ile ilgili algılanan engeller ile ilişkili ortalama puan, mamogram çekirmeyenlerden düşüktür ( $p= 0.033$ ).

Algılanan duyarlılık ve ciddiyet ile KKMM uygulanması ve mamogram çekirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Motivasyon boyutu için de benzer durum geçerlidir.

### 3.8.9. Sonuç

Araştırma, kırsal alanda yaşayan bir grup kadının, meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi ve kendi kendine meme muayenesi uygulaması ve mamogram çektirmesi ile ilgili inançlarını Sağlık İnanç Modeli kapsamında değerlendirmiştir.

Kadınların % 10.2'si önerilen şekilde, % 29.5'i düzensiz olarak KKMM uyguladığını belirtmiştir.

Araştırma grubundaki kadınların yaşa göre KKMM uygulama sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırma grubundaki kadınların % 27.9'u, mamografi ile ilgili bilgi sahibi olmayıp, % 5.1'i, son iki yılda, yılda bir kez mamogram çektirmiştir.

Araştırmada,

1. Geniş ailede yaşayan ve hiç klinik meme muayenesi yaptırmayan kadınların bilgi düzeyinin yetersiz olduğu;

2. Ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan kadınların ise görece yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu,

3. Öz yeterlilik algısı ve meme kanseri bilgi düzeyi artıkça, KKMM uygulayan kadınların oranının arttığı,

4. KKMM uygulaması ile ilgili algılanan yarar arttıkça, sağlık motivasyonu ve mamogram çektirilmesi ile ilgili algılanan yararın da arttığı,

5. Bilgi düzeyi azaldıkça, KKMM uygulayan kadınlarda mamogram çektirme ile ilgili algılanan engellerin arttığı,

6. Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet ile KKMM uygulaması ve mamogram çektilmesinin ilişkili olmadığı,

7. Benzer şekilde KKMM uygulaması ile sağlık motivasyonunun ilişkili olmadığı,

8. Meme kanseri bilgi düzeyi ile KKMM uygulaması ve mamogram çektilmesi arasında olumlu yönde bir ilişki bulunduğu ( $p < 0.001$ ) belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalar, düzenli olarak KKMM uygulanmasının tanı, prognoz ve sağ kalım hızlarını etkilediğini göstermiştir. Bu çalışmada, araştırma grubunun % 10.2'si her ay düzenli olarak KKMM uyguladığını, %29.5'i de düzensiz olarak uyguladığını belirtmiştir. KKMM uygulaması yaş ile ilişkili bulunmamıştır.

Araştırma grubunun % 27.9'u mamografi ile ilgili bilgisi olmadığını; %5.1'i iki yıldır mamogram çektilmediğini belirtmiştir. Fakat önerildiği gibi mamogram çektilme oranı, Seçginli'nin yaptığı çalışma ve diğer çalışmalarda bildirilen oranlardan düşüktür (Seçginli ve Nahcivan, 2004; Skinner ve ark, 1998; Klug ve ark., 2005).

Kadınların % 3.3'ü yılda bir kez klinik meme muayenesi yaptırmıştır.

Geniş ailede yaşayan kadınların meme kanseri ile ilgili yetersiz bilgi sahibi olma riski, çekirdek ailede yaşayan kadınlardan 2.2 kat fazladır (1.2-4.0). Geniş ailede yaşayan kadınların okur-yazar olma olasılığının düşük olduğu düşünülmektedir.

Klinik meme muayenesi yaptırmayan kadınların meme kanseri ile ilgili yetersiz düzeyde bilgi sahibi olma riski, klinik meme muayenesi yaptıran kadınlardan 3.7 kat fazladır (1.7-7.9).

Bu çalışmaya göre, KKMM uygulanması ve mamogram çektilmesini etkileyen en anlamlı değişken, meme kanseri ile ilgili bilgi sahibi olunmasıdır. Yaş, öğrenim

düzeıı, meme kanseri öyküsü ve aile tipi, KKMM uygulaması ve mamogram çektilrilmesinde etkili bulunmamıştır.

Bu çalışma, Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türk Kadınları'nın KKMM uygulamasını etkileyen faktörlerin tanımlanmasında yararlı olduğunu ortaya koymuştur. Ciddiyet, duyarlılık ve motivasyon etkili bulunmamış; ancak yüksek düzeydeki öz yeterlilik, KKMM uygulamasının yararı ve KKMM uygulaması ile ilgili engellerin düşük düzeyde olmasının etkili olduğu bulunmuştur. Motivasyon ile ilgili algı düzeyinin, mamogram çektilrilmesinde etkili olduğu; fakat KKMM uygulamasında etkili olmadığı belirlenmiştir. Bu durum, araştırma grubunun meme kanserine duyarlı olmadığını düşünmesi ile açıklanabilir. Duyarlılık ile KKMM uygulaması ve mamogram çektilrilmesi ilişkili bulunmamıştır. Öğrenim düzeyinin düşük olması da bir başka etken olabilir.

KKMM uygulayan kadınların bilgi düzeyi arttıkça, öz yeterlilik algısının da arttığı belirlenmiştir. KKMM uygulamasının artması ve mamogram çektilrilmesinin önerilmesi, meme kanseri ile ilgili farkındalığın güçlendirilmesi ve engellerin azaltılması ile sağlanabilir.

## 4.TARTIŞMA

Bu araştırmada, Türkiye’de yapılmış Sağlık İnanç Modeli ile ilgili araştırmalar değerlendirmiştir. Konu ile ilgili sekiz araştırma yapıldığı belirlenmiş ve bunların tamamına ulaşılmıştır. Bunların beş tanesi geçerlik-güvenirlik araştırmasıdır. Bunlar; alışma bir, çalışma üç, çalışma dört, çalışma altı ve çalışma yedidir. Ancak her bir araştırmada farklı metodolojik yöntemler uygulanmıştır.

KKMM ile ilgili geçerlik-güvenirlik çalışmaları çeşitli yaş, meslek, eğitim ve sosyoekonomik durumdaki kadınlarda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaların dördünde SİM’nin tüm bileşenleri incelenmiştir; ancak, beş araştırmada modelin orijinalinde yer almayan ‘‘Sağlık Motivasyonu’’ modele eklenmiştir.

Araştırmalarda ikincil ve üçüncül korunma davranışları incelenmiş primer korunma davranışları incelenmemiştir.

### 4.1. Çalışma 1.

Araştırmada, Champion tarafından geliştirilen, ‘‘Champion’un Sağlık İnanç Modeli leği’’ Türkçe’ye çevrilmiş; geçerlik ve güvenirliği belirlenmiştir.

Ölçeğin kullanılmış olması da çalışmayı farklı kılmaktadır; çünkü bu lek Türkiye’de ilk kez bu çalışmada kullanılmıştır. Dolayısıyla alana kazandırıldığı için büyük katkı getirdiği dşnlmektedir.

Modelin bütün bileşenleri değerlendirilmiş ve KKMM uygulama sıklığını belirleyen faktörler ele alınmıştır. Koruyucu bir sağlık davranışının tanımlanmış olması, modelin işlevi ile uyumludur.

KKMM uygulaması için geliştirilen bir ölçeğin kullanılması, araştırmanın güçlü yanını oluşturmuştur.

Algılanan duyarlılık ve ciddiyet, KKMM uygulama sıklığını en güçlü düzeyde (% 18) sağlık motivasyonu 2. düzeyde (% 17); yarar ve engeller 3. düzeyde (% 16) ve öz yeterlilik en az düzeyde (% 12) etkilemektedir.

KKMM uygulama sıklığı ile engel algısı arasında azalan yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Öz yeterlilik, sağlık motivasyonu, yarar algısı, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı yüksek olan kadınların, son bir yılda KKMM uygulama sıklığı artarken, engel algısı yüksek olan kadınların KKMM uygulama sıklığı azalmıştır.

Champion ve Menon'un (1997) çalışmalarında algılanan duyarlılık, algılanan yarar, algılanan engeller ve bilgi düzeyinin, mamogram çektirilmesi ve KKMM uygulaması için belirleyici olduğu belirtilmiştir.

Champion ve Menon'un (1997) yaptığı çalışmada algılanan duyarlılık, algılanan yarar ve algılanan engeller, mamogram çektirme ile ilgili sağlık davranışlarını takip etmek için kullanılmıştır. Konu ile ilgili bilgi düzeyi, sağlık hizmeti veren kişinin mamogram çektirmeyi önermesi ve düzenli bir şekilde hekime gitmenin mamogram çektirme konusunda belirleyici olduğu gösterilmiştir. Algılanan yarar ve algılanan engeller ile meme kanseri taraması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Champion'un (1999) çalışmasında algılanan duyarlılık, algılanan yarar ve engeller incelenmiştir. Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet, tehdidin tanımlanmasında ve koruyucu davranışların belirlenmesinde önemlidir. Algılanan yarar yüksek, algılanan engel az ise davranış gerçekleşmektedir.

Ashton ve ark.'nın (2001) Avustralya'da KKMM ile ilgili inançları saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada SİM'in altı bileşeninin, KKMM uygulama sıklığı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Engel algısı yüksek olan kadınlarda KKMM uygulama

sıklığı düşük bulunurken, diğer bileşenlerle ilgili puanları yüksek olan kadınların daha sık KKMM' ni daha sık uyguladığı belirtilmiştir.

Gözüm ve Aydın'ın (2004) çalışmasında KKMM uygulayan kadınların öz yeterlilik ve algılanan yarar düzeyi, KKMM uygulamayan kadınlardan yüksek bulunmuştur.

Dündar ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada, KKMM uygulayan ve mamogram çektiren kadınların, uygulama ile ilgili algılanan yarar ve öz yeterlilik düzeyi yüksek; algılanan engel düzeyi düşük bulunmuştur.

#### **4.2. Çalışma 2.**

“Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışmada,

- Bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma davranışının incelendiği,
- Algılanan duyarlılık, öz yeterlilik ve sağlık motivasyonu bileşenlerine yer verilmediği;
- Algılanan ciddiyetin “kişisel algı” başlığı altında incelendiği ve sağlık durumunun nasıl hissedildiğinin de bu başlık altında ele alındığı; önerileri yararlı bulma ve öz bakım uygulama durumunun da bu başlık altında yer aldığı ve metinde öz bakım uygulamaları şeklinde belirtildiği; ancak öz bakım uygulamalarının neler olduğunun belirtilmediği;
- Algılanan yarar ve engellerin, modelin orijinalinde yer aldığı biçimde, bir davranışın gerçekleştirilmesinin getireceği yarar ya da yapılmasını zorlaştıran engeller olarak ele alınmadığı;

- Algılanan yarar, kan şekeri ölçtürme sıklığı, kan şekerinin ölçtürüldüğü yer, yıl içinde hastalık nedeniyle kaç kez hekim kontrolünden geçildiği gibi değişkenlerle değerlendirilmiş; belirli bir koruyucu sağlık davranışı tanımlanmamıştır. Bu nedenle algılanan yararın, modelde belirtilen yarardan oldukça farklı ele alındığı;
- Algılanan engel, hastalık nedeni ile yaşam tarzında bir değişiklik olup olmadığı; hastalığın başka bir rahatsızlığa yol açıp açmadığı; hastalık nedeni ile maddi/manevi desteğe gereksinim duyulup duyulmadığı; hastanın maddi olarak zorluk yaşayıp yaşamadığı; hastaneye ulaşma zorluğu/kolaylığı olarak ele alınmıştır. Herhangi bir koruyucu sağlık davranışı belirtilmediği için, bu davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili engellerin de tanımlanmadığı;
- Algılanan yarar ve algılanan engelle ilgili olarak modelin yeterince uygulanmadığı;
- Öz bakım uygulamaları ile ilgili sağlık davranışlarının ayrı ayrı tanımlanarak SİM'in doğrultusunda değerlendirilmesinin yerinde olacağı düşünülmüştür.

Gökdoğan ve Akıncı'nın (2001) yaptığı çalışmada, diyabeti ciddi olarak algılama ve önerileri yararlı bulma puan ortalamaları sırasıyla  $8.8 \pm 2.1$  ve  $8.9 \pm 1.8$  olarak bulunmuştur. Bu iki algı puanının yüksek olmasına karşın, önerileri uygulama puanlarının düşük olması ( $7.7 \pm 2.2$ ), hastaların tedaviyi uygulamalarını engelleyen etmenlerin olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada diyabeti ciddi olarak algılama puanı  $8.6 \pm 2.5$ ; önerileri yararlı bulma puanı ise  $8.8 \pm 1.9$  olarak bulunmuştur. Gökdoğan ve Akıncı'nın (2001) çalışmasında yaş gruplarına göre hastaların sağlığı ve hastalığı algılama, önerileri yararlı bulma ve uygulama durumu değerlendirildiğinde, 39 yaş ve altındaki grupta, hastaların diyabeti daha az oranda ciddi olarak algıladığı görülmektedir. Bu durum bu çalışmayla benzerlik göstermektedir.

### 4.3. Çalışma 3.

Bu araştırmada, menopozdaki kadınların osteoporoz ile ilgili bilgi düzeyi, osteoporozdan korunmada etkili olan egzersiz ve kalsiyum alımı ile ilgili öz yeterlilik inançlarını kapsayan ölçekler değerlendirilmiştir.

Bu doğrultuda;

- Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği,
- Osteoporoz Öz Yeterlilik Ölçeği,
- Osteoporoz Öz Yeterlilik Egzersiz Ölçeği,
- Osteoporoz Öz Yeterlilik Kalsiyum Ölçeği ve
- Osteoporoz Bilgi Testi'nin,

geçerliliği ve güvenilirliği çalışmada yer alan araştırma grubu için etkili bulunmuştur. Osteoporoz Bilgi Testi'nin güvenilirlik katsayısı, Kim ve ark.'nın (1991) çalışmasından daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmanın, bilimsel anlamda alana değerli bir katkı getirdiği düşünülmektedir.

### 4.4. Çalışma 4.

Araştırmada, Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirliği'nin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeğin Türkçe çevirisinin iç tutarlılığı 0.79 olarak bulunmuştur. Alt boyutların iç tutarlılığı Amen'in çalışmasında bildirilen değerlerden yüksektir (Amen, 2001).

Test-tekrar test uygulamalarının korelasyonları zayıftır. Çünkü, iki uygulama arasındaki zaman (15-20 gün) uygun olmasına rağmen, her iki ölçüm koşulları benzer değildir.

İç, dış faktörler ve şans faktörü, ebeveynlerin inançlarındaki değişkenliğin % 43.7'sini açıklamaktadır.

#### 4.5. Çalışma 5.

“Bolu’da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algulamaları ile Uygulamaları” başlıklı bu araştırmada bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma sağlık davranışı incelenmiştir.

Anket formuna ulaşılamamakla birlikte, algılanan duyarlılık, algılanan engeller, öz yeterlilik ve sağlık motivasyonunun incelenmediği belirlenmiştir.

#### 4.6. Çalışma 6.

Araştırma, Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin geçerliğini değerlendirmek için yapılan bir geçerlik/ güvenilirlik araştırmasıdır.

Son bir yılda KKMM uygulayan kadınların öz yeterlilik düzeyi, uygulamayan kadınlardan yüksektir. Bu sonuç, diğer araştırmalardan elde edilen sonuçlarla uyumludur (Seçginli ve ark., 2003; Champion, 1993; Mikhail ve Petro-Nustas, 2001; Champion ve Scott, 1997; Champion ve Menon, 1997). Kadınların KKMM uygulaması yönünde desteklenmesinin, eğitilmesinin ve bu uygulamayı yaparken izlenmesi ve geribildirimde bulunulmasının, KKMM sıklığını artıracığı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre, KKMM uygulamasının diğer önemli belirleyicisi de yararlıdır. Bu sonuç, Seçginli ve Nahcivan’ın (2003), yaptığı çalışmanın sonuçları ile uyumludur.

KKMM uygulayan ve uygulamayan kadınların duyarlılık, ciddiyet, KKMM uygulaması ile engeller ve sağlık motivasyonu algısı arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Mikhail ve Petro-Nustas göre, algılanan ciddiyet ve yarar hariç bütün bileşenler, KKMM uygulamasının belirleyicileridir. Champion’un çalışmalarında, duyarlılık,

ciddiyet ve yarar ile KKMM uygulaması arasında zayıf ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuçlar, KKMM uygulamasının belirleyicilerinin kültürlere göre değiştiğini düşündürmektedir.

#### **4.7. Çalışma 7.**

Türk Kadınları'nda Meme kanseri Tarama İnanç Ölçeği'nin Geçerliği ve Güvenirliği'ni değerlendirmek için yapılan geçerlik/ güvenirlilik araştırmasıdır.

Bu ölçeğin alana kazandırılması değerli bir bilimsel katkı olduğu düşünülmektedir. Ölçek, bu araştırma grubunda yer alan Türk Kadınları'nın meme kanseri, KKMM uygulaması ve mamogram çektirilmesi ile ilgili inançlarını değerlendirmek için kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar Champion (1993), Mikhail ve Petro-Nustas'ın (2001) çalışmalarından elde edilen sonuçlarla benzerdir.

Ölçek, sağlık hizmeti veren profesyoneller tarafından müdahale araştırmalarında rahatlıkla kullanılabilir.

#### **4.8. Çalışma 8.**

Araştırmada, "Türkiye'nin Batısında Kırsal Alandaki Bir Grup Kadının Mamografi ve KKMM İle İlgili Bilgi ve Tutumları" CSİMÖ'ü kullanılarak sağlık davranışını etkileyen faktörler incelenmiştir.

Alanyazında yer alan ilgili araştırmalar, önerilen şekilde KKMM uygulamasının tedavi, prognoz ve sağ kalım hızlarını olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Nystrom, 2000; Facione ve ark., 2000).

Yapılan araştırmalarda, araştırma grubundaki kadınların % 50'sinden azının önerilen şekilde KKMM uyguladığı bildirilmektedir (Fung, 1998; Budden, 1998). Bu araştırmada kadınların % 10.2'si önerilen şekilde KKMM uyguladığını belirtmiştir.

Yaş'a göre KKMM uygulama sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak bazı araştırmalarda, ileri yaşlardaki kadınların düzenli bir şekilde KKMM uyguladığı bildirilmektedir (Petro-Nustas, 2001; Smiley ve ark., 2000).

Yılda bir kez klinik meme muayenesi yaptıran kadınların oranı, diğ'er çalışmalarında bildirilen oranlardan düşüktür; bunun da nedeninin, araştırma grubunda yer alan kadınların % 20.1'nin eğitilmiş olması olabilir. Ho'nun (2005) çalışmasında bu oran % 45 olarak bulunmuştur. Champion ve Miller'ın (1992) yaptığı bir çalışmada, sosyodemografik özelliklerin tutumla ilgili değişkenleri etkilediğı, bu durumun da dolaylı olarak davranış kalıplarını etkilediğı belirtilmektedir.

Bu çalışmaya göre, KKMM uygulaması ve mamogram çektilirilmesini etkileyen en anlamlı değişken, meme kanseri ile ilgili bilgi sahibi olunmasıdır. Bu sonuç, Lagerlund'un (2000) sonuçları ile uyumludur. Motivasyon ile ilgili algı düzeyinin, mamogram çektilirilmesinde etkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, Holm (1999) ve Eun-Hyun'un (2003) çalışmasındaki sonuçlarla benzerdir.

Yaş, öğrenim düzeyi, meme kanseri öyküsü ve aile tipi, KKMM uygulaması ve mamogram çektilirilmesinde etkili bulunmamıştır. Bu sonuç, diğ'er çalışmalarla da uyumludur (Jirojwong ve Mac Lennan, 2003; Savage ve Clark, 1996).

Araştırma grubunun % 27.9'u mamografi ile ilgili bilgisi olmadığını; %5.1'i iki yıldır mamogram çektilirdiğini belirtmiştir. Fakat önerildiğı gibi mamogram çektilirme oranı, Seçginli'nin yaptığı çalışma ve diğ'er çalışmalarda bildirilen oranlardan düşüktür (Seçginli ve Nahcivan, 2004; Skinner ve ark, 1998; Klug ve ark., 2005).

KKMM ile ilgili algılanan yarar, KKMM uygulamasını ve mamogram çektilirilmesini olumlu yönde etkilemektedir. Bu sonuç, Champion (1993) Holm ve

ark. (1999), Ruthledge ve Davis'in (1988) yaptığı çalışmalardaki sonuçlarla uyumludur. KKMM uygulamasının yararına inanan kadınlar, daha yüksek bir olasılıkla KKMM uygulamaktadır. Seçginli ve Nahcivan'ın (2003) yaptığı çalışmada da benzer durum söz konusudur. Ancak, Asyalı kadınlarda yapılan çalışmalarda, KKMM ile ilgili algılanan yararın, KKMM uygulamasını etkilemediği bildirilmiştir (Fung, 1998; Petro-Nustas, 2001; Lee ve Lee, 2001).

Önerilen şekilde KKMM uygulayan ve mamogram çektiren kadınların öz yeterlilik algı düzeyi, uygulamayan kadınlardan yüksektir. Bu sonuç, Sortet ve Banks'in (1997), Ashton ve ark., (2001) ve Foxal ve ark., (1998) çalışmaları ile uyumludur.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.1. Sonuç

Bu araştırmada, Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile ilgili yapılan sekiz araştırma incelenmiştir.

Model, KKMM uygulaması, mamogram çektirilmesi, diyabet, osteoporoz, ebeveynlerin sağlıkla ilgili inançlarının çocuklarının sağlığı üzerindeki etkileri olmak üzere çeşitli araştırmalarda kullanılmıştır.

Araştırmalardan beşi geçerlik/güvenirlik araştırmasıdır. Bunlar; alışma bir, üç, dört, altı ve yedi’dir.

Çalışma bir, altı ve yedi’de CMSİMÖ’nin geçerlik-güvenirliği yapılmıştır. Çalışmalarda, alışma grubu oldukça yeterli izlenmiştir (sırasıyla n= 430, 266, 656).

Araştırmaların dördünde modelin bütün bileşenleri incelenmiştir (alışma 1, 6, 7, 8).

Araştırmaların birinde sağlık davranışı incelenmemiştir (alışma 4).

Araştırmalar, farklı sosyoekonomik düzey, farklı meslek ve yaştaki kişilerde yapılmıştır. Bu nedenle sonuçlar önemlidir. Ancak alışma iki, üç ve beş’te araştırma grubu sayıca yetersiz (sırasıyla n= 77,125,70) olduğu için sonuçların ihtiyatla değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünölmektedir.

Sonuç olarak bu model, bazı sağlık davranışlarının incelenmesinde kullanılmıştır ve gelecekte, çeşitli koruyucu sağlık davranışlarına yönelik yapılacak Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirici Müdahale Programları’nın değerlendirilmesinde de kullanılabilir.

## 5.2. Öneriler

Sağlık İnanç Modeli ile ilgili çalışmaların yapılmış olması, alanyazın açısından katkı sağlayıcıdır. Bu doğrultuda;

- Sağlık davranışı ile ilgili algıların değerlendirilmesi için, ilgili sağlık davranışı belirlenmesinin ve modelin bütün bileşenlerinin kullanılmasının,
- Türkçeleştirilerek geçerliliği ve güvenilirliği yapılan Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin değişik sosyoekonomik düzey ve farklı kültürel yapıdaki örneklerde uygulanmasının,
- Bu araştırmaların sonuçlarının, özellikle meme kanseri ile ilgili olarak çeşitli düzeylerde, sorunun erken tanısının gerçekleştirilmesi yönünde modele dayalı kullanılmasının,
- Alanda KKMM uygulaması gibi benzer çalışmaların yapılmış olmasından yola çıkarak farklı sağlık davranışları için bu modelin kullanılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

## ÖZET

### **Türkiye’de Yapılmış Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Çalışmaların Değerlendirilmesi**

Bu çalışma; Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli (SİM) ile ilgili yapılmış araştırmaların nicelik ve nitelik yönünden inceleyerek alanda yapılacak ilgili çalışmalara katkıda bulunmak amacıyla gerçekleştirilmiştir..

Sağlık İnanç Modeli, koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesini etkileyen inanç ve bu inançlar doğrultusunda gelişen algılar, öz yeterlilik ve sağlık motivasyonunun etkisini açıklamaktadır.

Çalışmaya Türkiye’de konu ile ilgili olarak yapılan ve ulaşılabilen sekiz araştırma alınmıştır. Bunlar; **“Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin Türkiye İçin Uyarlanması ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”**; **“Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi”**; **“Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği ve Osteoporoz Testi’nin Geçerlik ve Güvenirliği”**; **“Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği’nin Türkiye’deki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”**; **“Bolu’da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları”**; **“Türkçe’ye Uyarlanan Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin Geçerlik Çalışması”**; **“Champion’un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin Türkiye İçin Uyarlanması ve**

**Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”;** “Türkiye’nin Batısında Kırsal Alandaki Bir Grup Kadının Mamografi ve KKMM ile İlgili Bilgi ve Tutumları”dır.

Model, KKMM uygulaması, mamogram çektilmesi, diyabet, osteoporoz, ebeveynlerin sağlıkla ilgili inançlarının çocuklarının sağlığı üzerindeki etkileri olmak üzere çeşitli araştırmalarda kullanılmıştır. Araştırmalardan dördü geçerlik/güvenirlik araştırmasıdır. Geri kalan dört araştırmanın ikisi, modelin bütün bileşenlerini içine alarak ve bir koruyucu sağlık davranışı tanımlanarak gerçekleştirilmiştir. Koruyucu bir sağlık davranışlarının etkili olacağı çeşitli sağlık sorunlarının değerlendirilmesinde bu modelden yararlanmak olanaklıdır.

Sonuç olarak bu model, bazı sağlık davranışlarının incelenmesinde kullanılmıştır ve gelecekte, çeşitli koruyucu sağlık davranışlarının değerlendirilmesinde de kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık İnanç Modeli, Sağlık Davranışı.

## SUMMARY

### **Evaluation of Studies on Health Belief Model in Turkey**

This study, was designed to examine researches in the framework of Health Belief Model in Turkey, in the view of quality and quantity and to supply data for the related field.

Health Belief Model (HBM), explains the influences of beliefs and perceptions, self-efficacy and health motivation on performing preventive health behaviors.

In this study, it is determined that eight researches were conducted in Turkey in the framework of the related model. These are; **“Adaptation of Champion’s Health Belief Scale to Turkish Women and Examination of the Factors Influencing the Frequency of Breast Self Examination”**; **“Examining the Effect of Health Beliefs of Patient with Diabetes on Their Care”**; **“The Reliability and Validity of the Osteoporosis Health Belief Scale Osteoporosis Self- Efficacy Scale and Osteoporosis Knowledge Test”**; **“The Validity and Reliability Analysis of Parent Health Belief Scale in Turkey”**; **“Practices and Perceptions About Their Health and Disease of Patients With Diabetes Mellitus in Bolu”**; **“Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion’s Health Belief Model Scales”**; **“Reliability and Validity of the Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women”**; **“The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in rural area in western Turkey.”**

The model has been used for breast self-examination, mammography screening, diabetes, osteoporosis, parents' health beliefs on the health of their children. Four of eight researches are about validity and reliability studies of the related scales. The other four are designed and conducted to measure a preventive health behavior and all components of the model are taken into consideration. It is possible to use this model to evaluate different preventive health behaviors.

Consequently, this model has been used in some health behaviors and can also be used in future researches about preventive health behaviors.

**Key words:** Health Belief Scale, Preventive Health Behaviors

## KAYNAKLAR

- AMEN, M.M., CLARKE, V.P.J. (2001). The Influence of Mothers' Health Beliefs on Use of Preventive Child Health Care Services and Mothers Perception of Children's Health Status. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, **24**:153-163.
- ASHTON, L., KARNILOWICZ, W., FOOKS, D. (2001). The incidence and belief structures associated with breast self-examination. *Social Behaviour and Personality*, **29**: 223-230.
- AUSTIN, L.T., AHMAD, F., MCNALLY, M.J., STEWART, D.E. (2002). Breast and Cervical Cancer Screening in Hispanic Women: A Literature Review Using the Health Belief Model. *Women's Health Issues*, **12**:122-128.
- BALTAŞ, Z. (2000) Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, İstanbul: Remzi Kitapevi.
- BOOTH, E.R., ZHANG, Y., KWIATKOWSKI, F.C. (1999). The Challenge of Changing Drug and Sex Risk Behaviors of Run Away and Homeless Adolescents. *Child Abuse & Neglect*, **23**:1295-1306.
- BUDDEN, L. (1998). Registered nurses' breast self-examination practice and teaching to female clients. *Journal of Community Health Nursing*, **15**: 101-112.
- BUSH, P.J., IANNOTTI R.J.(1988). Origins and stability of children's health beliefs relative to medicine use. *Soc Sci Med.*, **27**: 345-352.
- CALDARETTE, S.M., BEATON, D.E., HAWKER, G.A. (2004). Osteoporosis Health Belief Scale: Minor Changes Were Required After Telephone Administration Among Women. *Journal of Clinical Epidemiology*, **57**: 154-166.
- CHAMPION, V.L. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Researches*, **42**: 139-143.
- CHAMPION, V.L. (1999). Revised Susceptibility, Benefits, and Barriers Scale for Mammography Screening. *Research in Nursing & Health*, **22**: 341-348.
- CHAMPION, V., MENON, U. (1997). Predicting Mammography and Breast Self-Examination in African American Women. *Cancer Nursing*, **20**: 315-322.
- CHAMPION, V., MILLER, T.K. (1992). Variables related to breast self-examination. *Psychology of Women Quarterly*, **16**: 81-86.
- CHAMPION, V.L., SCOTT, C.R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nurs Res.*, **46**: 331-337.

- DÜNDAR, P.E., ÖZMEN, D., ÖZTÜRK; B., HASPOLAT, G. AKYILDIZ, F., ÇOBAN, S., ÇAKIROĞLU, G. (2006). The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*, **6**: 43- 56.
- EUN-HYUN, L. (2003). Breast examination performance among korean nurses. *Journal For Nurses In Staff Development*, **19**: 81-87.
- FACIONE, N.C., GIANCARIO, C., CHAN, L. (2000). Perceived risk and help seeking behavior for breast cancer. *Cancer Nursing*, **23**: 256-264.
- FOXAL, M.J., BARON, C.R., HOUFEK, J. (1998). Ethnic differences in breast self-examination practice and health beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, **27**: 419-428.
- FUNG, S.Y. (1998). Factors associated with breast self-examination behaviour among Chinese women in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*, **33**: 233-243.
- GLANZ, K., RIMER, B.K, LEWIS F.M. (2002). Health Behavior and Health Education. Jossey- Boss CO: San Fransisco.
- GÖKDOĞAN, F., AKINCI, F. (2001). Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5**:10-17.
- GÖZÜM, A., AYDIN, I. (2004). Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *Canser Nursing*, **27**:491-498.
- GRUBBS, L.M., TABANO, M. (2000). Use of Sunscreen in Health Care Professionals: The Health Belief Model. *Cancer Nursing*, **23**: 164-167.
- HO, V., YAMAL, J.M., ATKINSON, E.N., BASEN-ENGQUIST, K., LUNA, G.T., FOLLEN, M. (2005). Predictors of breast and cervical cancer screening in vietnamese women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer Nursing*, **28**: 119-129.
- HOCHBAUM, G.M. (1958). Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study. PHS publication No.572. Washington D.C. Government Printing Office.
- HOEMAN, S.P., KU, Y.L., OHL, D.R. (1996). Health Beliefs and Early Detection Among Chinese Women. *West J Nurs Res.*, **18** : 518- 533.
- HOLM, C, FRANK., D.I., CURTIN, J. (1999). Health beliefs, health locus of control and women's mammography behaviour. *Cancer Nursing*, **22**: 149-156.

- JACOBS L.A. (2002). Health Beliefs of First- degree Relatives of individuals with Colorectal Cancer and Participation in Health Maintenance Visits A Population- based Survey. *Cancer Nursing*, **25**: 251-265.
- JANZ, N.K., SCHOTTENFELD, D., DOERR, K.M., SELING, S.M. (1997). A Two-Step Intervention to Increase Mamography Among Women Aged 65 and Older. *American Journal of Public Health*, **87**: 1683-1686.
- JIROJWONG, S., MacLENNAN, R. (2003). Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*, **41**: 241-249.
- KARAYURT, Ö. (2003). Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye İçin Uyarlanması ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Doktora Tezi*, İzmir.
- KELLY, G.R., MAMON, J.A., SCOTT, J.E. (1987). Utulity of the Health Belief Model in Examining Medication Compliance Among Psychiatric Outpatients. *Sos Sci Med.*, **25**: 1205- 1211.
- KERSHAW, T.S., NICCOLAI, L.M., ETHIER, K.A., LEWIS, J., ICKOVICS J.R. (2003). Perceived Susceptibility to Pregnancy and Sexually Transmitted Disease Among Pregnant and Nonpregnant Adolescents. *Journal of Community Psychology*, **31**: 419-434.
- KILIÇ, D., ERİCİ, B. (2004). Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz Etkililik/ Yeterlilik Ölçeği ve Osteoporoz Bilgi Testi'nin Geçerlik ve Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **7** :1-15.
- KIR, EMİNE. (2003). Dyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Programı Yüksek Lisans Tezi*, Bolu.
- KIM, A., HORAN, C., GENDLER, B. (1991a). Development and evaluation of the osteoporosis health belief scale. *Research in Nursing Health*, **14**: 155-163.
- KLUG, S.J., HETZER, M., BLETTNER, M. (2005). Screening for breast and cervical cancer in a large German city: participation, motivation and knowledge of risk factors. *European Journal of Public Health*, **15**: 70-77.
- KNIGHT, R.A., HAY D.A. (1989). The relavance of the health beliefs model to Australian Smokers. *Soc Sci Med.*, **28**: 1311-1314.
- KOCH, J., ROBERTS, A.E., CANNON, J.H. (2005). College Students, Tattooing and the Health Belief model: Extending Social Psychological Perspectives on Youth Culture and Deviance. *Sociological Spectrum*, **25**: 79- 102.

- LAGERLUND, M., HEDIN, A., SPAREN, P., THURFJELL, E., LAMBE, M. (2000). Attitudes, beliefs, and knowledge as predictors of nonattendance in a Swedish population-based mammography screening program. *Preventive Medicine*, **31**: 417-428.
- LARAQUE, D., MCLEAN, D.E., BROWN-PETERSIDE, P., ASTHON, D., DIAMOND, B. (1997). Predictors of Reported Condom Use in Central Harlem Youth as Conceptualized by the Health Belief Model. *Journal of Adolescent Health*, **21**: 318-327.
- LEAVITT, F. (1979). The Health Belief Model and Utilization of Ambulatory Care Services. *Soc. Sci. Med.*, **3(A)**: 105- 112.
- LEE, M.C. (2000). Knowledge, Barriers, and Motivators Related to Cervical Cancer Screening Among Korean-American Women: A Focus Group Approach. *Cancer Nursing*, **23**: 168-175.
- LEE, Y.V., LEE, E.H. (2001). Predicting factors of breast self-examination among middle-aged women. *Journal of Academy of Adult Nursing*, **13**: 509-516.
- LEVINSON, C.M., DRUSS, B.G. (2005). Health Beliefs and Depression in A Group of Elderly High Utilizers of Medical Services. *General Hospital Psychiatry*, **27**: 97-99.
- MACDONALD, D.J., SARNA, L., UMAN, G.C., WEINTZEL, J. (2005). Health Beliefs of Women and Without Breast Cancer Seeking Genetic Cancer Assessment. *Cancer Nursing*, **28**: 372-379.
- MAGUEN, S., ARMISTEAD, L.P., KALICHMAN, S. (2000). Predictors of HIV Antibody Testing Among Gay, Lesbian, and Bisexual Youth. *Journal of Adolescent Health*, **26**:252-257.
- MASUI, R., SALLIS, J.F., BERR, Y.C., BROYLES, S.L., ELDER, J.P., NADER, P.R. (2002). The Relationship Between Health Beliefs and Behaviors and Dietary Intake in Early Adolescence. American Dietetic Association, *Journal of the American Dietetic Association*, **102**:421-424.
- MIKHAIL, B.I., PETRO-NUSTAS, W. (2001). Trans-cultural adaptation of Champion's health belief model scales. *J Nurs Sch.*, **33**: 159-165.
- MULLEN, P.D., HERSEY, J.C., IVERSON, D.C. (1987). Health Behavior Models Compared. *Soc. Sci. Med.*, **24**: 973-981.
- NAHCIVAN, Ö.N., SEÇGİNLİ, S. (2003). Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar; Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **7**: 33- 37.

- NIERKENS, V., STRONK, S., OEL, C.J., VRIES, H. (2005). Beliefs of Turkish and Moroccan Immigrants in the Netherlands about Smoking Cessation Implications for Prevention. *Health Education & Research*, **20**: 622- 634.
- NORMAN, P. (1993). Predicting the Uptake of Health of Checks in Genaral Practice: Invitation Methods and Patients Health Beliefs. *Sos. Sci. Med.*, **37**: 53- 99.
- NYSTROM, L. (2000). How effective screening for breast cancer. *British Medical Journal*, **16**: 647-49.
- PARLAR, S., BOZKURT, A.İ., OVAYOLU, N. (2004). Bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlara Verilen Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Eğitimin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8**: 9-14.
- PETRO-NUSTAS, W. (2001). Young Jordanian women's health beliefs about mammography. *Journal of Community Health Nursing*, **18**: 177-194.
- PROCHASKA, JO., REDDING, CA., HARLOW, LL., ROSSI, JS., VELICER, WF. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, Winter 1994, **21**: 471-486.
- ROSENSTOCK, I.M. (1960). What Resarch in Motivation Suggests for Public Health. *American Journal of Public Health*. **50**: 295-301.
- RUTHLEDGE, D., Davis, G. (1988). Breast self-examination compliance and the health belief model. *Oncology Nursing Forum*, **15**: 175-179.
- SAVAGE, S.A., CLARKE, V. (1996). Factors associated with screening mammography and breast self-examination intentions. *Health Education Research: Theory and Practice*, **11**: 409-421.
- SEÇGİNLİ, S., NAHCİVAN, N. (2003). Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. (Yüksek Lisans Tezi). *International and National Nursing Congress Book*. Antalya, Turkey.
- SEÇGİNLİ, S., NAHCİVAN, Ö.N. (2004). Reliability and Validity of the Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women. *Cancer Nursing*, **7**:1-8.
- SEÇGİNLİ, S., NAHCİVAN, N.O. (2006). Factors Associated With Breast Cancer Screening Behaviours in a Sample of Turkish Women: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, **43**: 161-171.
- SKINNER, C.S., ARFKEN C.L., SYKES, R.K. (1998). Knowledge, perceptions, and mammogfaphy stage of adoption among older urban women. *Am Journal Preventive Medicine*, **14**: 54-63.

- SMILEY, M.R., McMILLAN, S.C., JOHSON, S., OJEDA, M. (2000). Comparison of Florida Hispanic and non-Hispanic Caucasian women in their health beliefs related to breast cancer and health locus of control. *Oncology Nurse Forum*, **27**: 975-984.
- SORTET, J., BANKS, S. (1997). Health beliefs of rural Appalachian women and the practice of breast self-examination. *Cancer Nursing*, **20**: 231-235.
- SUNMAZ, D. (2003). Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.
- TANG, T.S., SOLON, L.J., YEH, C.J., WORDEN, J.K. (1999). The Role of Cultural Variables in Breast Self-Examination and Cervical Cancer Screening Behavior in Young Asian Women Living in the United States. *Journal of Behavioral Medicine*, **22**: 419-436.
- TANG, T.S., SOLOMON, L.J., MCCRACKEN, L.M. (2000). Cultural Barriers to Mammography, Clinical Breast Exam, and Breast Self-Exam Among Chinese-American Women 60 and Older. *Preventive Medicine*, **31**:575-583.
- WDOWIK, M.J., KENDAL, P.A., HARRIS, M.A., GARRY, A. (2001). Expanded Health Belief Model Predicts Self Managemet in College Students. *Journal of Nutrition Education*, **33**; 17- 23.
- WEINSTEIN, N.D. (1993). Testing Four Competing Theories of Health Protective Behavior. *Health Psychology*, **12**:324- 333.
- WERNER, P. (2003). Factors Influencing Intentions to Seek a Cognitive Status Examination: A Study Based on the Health Belief Model. *Int J Geriatr Psychiatry*, **18**: 787- 794.

## EKLER

Araştırmada kullanılan formlar çalışmacılardan izin alınarak kullanılmıştır. Ulaşılabilenler ekler halinde verilmiştir.

**Ek-1. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye İçin Uyarlanması ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (Çalışma 1; Karayurt, 2003).**

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
<b>DUYARLILIK ALGISI</b>					
1. Meme kanseri olma olasılığı çok yüksek					
2. Birkaç yıl içinde meme kanseri olma şansım çok yüksek					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum					
<b>CİDDİYET ALGISI</b>					
4. Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor					
5. Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim daha hızlı çarpıyor					
6. Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutur					
7. Meme kanseri olursan yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir					
8. Meme kanseri olmam eşim ve erkek arkadaşım ile ilişkiyi kötüleştirir					
9. Eğer meme kanseri olursam tüm hayatım değişir.					
10. Meme kanseri olursam 5 yıldan fazla yaşayamam					
<b>YARAR ALGISI</b>					
11. Kendi kendime meme muayenesi yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum					

12. Her ay kendi kendime meme muayenesi yapmak meme kitlelerini (bezelerini) erken bulmama yardımcı olur					
13. Her ay kendi kendime meme muayenesi yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir					
14. Kendi kendime meme muayenesi yaparken erken dönemde bir kitle (beze)saptarsam, meme kanseri hikayem kötü olmayabilir					
15. Her ay kendi kendime meme muayenesi yapmak benim için memede oluşan küçük bir kitleyi bulabilmenin en iyi yoludur					
<b>ENGEL ALGISI</b>					
16. Kendi kendime meme muayenesini doğru olarak yapabildiğimi sanmıyorum					
17. Kendi kendime meme muayenesi yapmak mememde bir sorun olduğunu düşündürerek beni endişelendirir					
18. Kendi kendime meme muayenesi beni utandırıyor					
19. Kendi kendime meme muayenesi çok zaman alıyor					
20. Kendi kendime meme muayenesi yapmayı unutuyorum					
21. Kendi kendime meme muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyacak bir yerim yok					
22. Bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırıyorsanız kendi kendinize meme muayenesi yapmanıza gerek yok					
23. Düzenli mamografi (meme filmi) çektiriyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yok					
24. Kendi kendime meme muayenesi yapmak için memelerim çok büyüktür					
25. Kendi kendime meme muayenesi yapmak için memelerim çok yumruludur					
26. Kendi kendime meme muayenesi yapmaktan daha önemli sorunlarım var					
<b>GÜVEN (Öz Yeterlilik)</b>					
27. Kendi kendime meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum					
28. Kendi kendime meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim					
29. Kendi kendime meme muayenesi yaparken bir kitle (beze) varsa bulurum					

<b>30.</b> Memede 2,5 cm (25 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim					
<b>31.</b> Memede 1,5 cm (50 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim					
<b>32.</b> Mememde bezelye büyüklüğündeki bir kitle (beze) bulabilirim					
<b>33.</b> Kendi kendime meme muayenesi yaparken izlenecek adımları biliyorum					
<b>34.</b> Kendi kendime meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim					
<b>35.</b> Aynaya baktığım zaman memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim					
<b>36.</b> Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim.					
<b>SAĞLIK MOTİVASYONU</b>					
<b>37.</b> Sağlık sorunlarını erken saptamak isterim					
<b>38.</b> Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir					
<b>39.</b> Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım					
<b>40.</b> Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum					
<b>41.</b> Dengeli beslenirim					
<b>42.</b> Haftada en az üç kez egzersiz yaparım					
<b>43.</b> Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak yaptırım					

**Ek-2. Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi (Çalışma 2;Kır, 2003 ).**

**A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

**1. Yaşınız?**

.....

**2. Cinsiyetiniz?**

a) Kadın

b) Erkek

**3. Medeni durumunuz?**

a) Evli

b) Bekar

c) Dul/boşanmış

**4. Oturduğunuz yer?**

a) Köy

b) Kasaba

c) İlçe merkezi

d) İl merkezi

e) Büyük şehir

**5. Öğrenim durumunuz?**

a) Okul bitirmemiş

b) İlkokul mezunu

c) Ortaokul/lise mezunu

d) Üniversite/ lisansüstü mezunu

**6. Kiminle yaşıyorsunuz?**

a) Yalnız

b) Eşim, çocuğum ve ben

c) Anne, baba, kardeş

d) Geniş aile (büyükanne, büyükbaba, anne, baba, kardeş, gelin, vb.)

**7. Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı mısınız?**

- a) Hayır
- b) Emekli Sandığı
- c) Bağ- Kur
- d) SSK
- e) Özel sigorta
- f) Yeşil Kart

**8. Mesleğiniz nedir?**

.....

**9. Hanenizin düzenli bir geliri var mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**B. HASTALIĞA İLİŞKİN FAKTÖRLER**

**10. Ne zamandan beri Şeker hastası mısınız?**

.....

**11. Şeker hastası olduğunuz nasıl anlaŐıldı?**

- a) Şeker ölçtürürken
- b) Başka bir hastalık için muayeneye gittiğimde
- c) Őüphelendim ve doktora gittim
- d) Diğer (Açıklayınız):.....

**12. Hastalığınız için hangi tedaviyi kullanıyorsunuz?**

- a) Oral antidiyabetik
- b) İnsülin
- c) Beslenme
- d) Diğer (Açıklayınız):.....

**13. Ne zamandan beri bu tedaviyi kullanıyorsunuz?**

.....

14.

Son altı ayda şekerinizi ölçtürdünüz mü?	Kaç kez ölçtürdünüz	En son ölçtürdüğünüz kaç çıktı
Evet		
Hayır (15. soruya geçiniz)		

**15. Bugüne kadar geçirmiş olduğunuz herhangi bir kronik hastalık var mı? Varsa belirtiniz.**

- a) Yok
- b) Var ise açıklayınız.....

### C. KİŞİSEL ALGI

**16. Şeker hastası olmanızın nedeninin ne olduğunu düşünüyorsunuz?**

.....

**17.Şekerinizi yükselten durumları nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz).**

- a) Üzüntü ve stres
- b) Alkol alma
- c) İş ortamı
- d) Fazla hamur işi tüketme
- e) Fazla yemek yeme
- f) Sigara içme
- g) Yorgunluk
- h) Kilo alma
- i) İlacı düzensiz kullanma
- j) Şekerli yeme
- g) Fazla meşrubat ve kola içme
- k) Aile ortamı
- l) Diğer (açıklayınız).....

**18. Bu hastalığın nasıl iyileşeceğini düşünüyorsunuz?**

- a) İyileşmeyecek  
 b) Fikrim yok  
 c) Açıklayınız:.....

**19. Çevrenizde tanıdığınız şeker hastası var mı? Varsa belirtiniz.**

- a) Yok (geçiniz 40.soruya)  
 b) Var ise belirtiniz:.....

**20. Aşağıda okuyacağım ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz:**

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
Şeker hastalığı ciddi bir hastalıktır			
Şeker hastası olmak beni korkutuyor			
Şeker hastalığı günlük işleri yapmamı engelliyor			
Şeker hastalığı ölümcül bir hastalıktır			
Diğer (Açıklayınız):.....			

**21. Son iki hafta içinde sağlığını genel olarak nasıl hissediyorsunuz?**

- a) Çok iyi  
 b) İyi  
 c) Orta  
 d) Kötü  
 e) Çok kötü

**22. Diyabetin ciddiyetini algılaması**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**23. Önerileri yararlı bulma**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**24. Önerileri uygulama**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### D. YARAR ALGISI

**25. Şekerinizi genel olarak hangi sıklıkta ölçtürüyorsunuz?**

.....

**26. Şekerinizi en çok nerede ölçtürüyorsunuz?**

- a) Hastanede
- b) Sağlık ocağında/ revirde/dispanserde
- c) Evde
- d) Diğer (Açıklayınız):.....

**27. Şeker hastalığı tanısı aldığınız ilk yıl bu hastalık nedeniyle kaç kez hekime muayene oldunuz?**

- .....Kez
- Hatırlamıyorum

**28. Son 6 ay içinde şekeriniz için kaç kez hekime muayene/ kontrole gittiniz?**

- .....Kez
- Hiç gitmedim

**29. Son 1 yılda yüksek kan şekeri nedeniyle kaç kez acil olarak herhangi bir sağlık kuruluşunu kullandınız?**

- a) Hiç kullanmadım
- b) 1- 3 kez
- c) 4- 6 kez
- d) 7'den daha fazla yattırıldım

**30. Son bir yılda yüksek kan şekeri nedeniyle istirahat etmek zorunda kaldınız mı?**

- a) Evet (Gün sayısı):.....
- b) Hayır

**31. Şeker hastalığınızla baş etmek üzere ilaç dışında kullandığınız başka bir ev ilacı, madde ya da yöntem (çaylar, koca karı ilaçları, bitkisel ilaçlar vb.) var mı?**

**Açıklayınız.**

- a) Evet
- b) Hayır

## E. ENGEL ALGISI

### 32. Hastalıkla yaşam tarzınızda değişiklik oldu mu?

Hayır

Evet

Beslenme

İlaç kullanma

Uyku

Egzersiz

Stres

Diğer (açıklayınız):

### 33. Şeker hastalığı vücudunuzda başka rahatsızlıklara neden oldu mu?

#### Belirtiniz?

a) Evet

b) Hayır (47. soruya geçiniz)

### 34. Bu hastalıktan dolayı yaşadığınız rahatsızlık nedir?

.....

### 35. Hastalığınız ile ilgili maddi ya da manevi desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

### 36. Hastalığınızla ilgili maddi ya da manevi destek alıyor musunuz? Belirtiniz?

a)Evet (Açıklayınız):.....

b) Hayır

### 37. Hastalığınızın tedavisi ve masrafları nedeniyle zorluk yaşıyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

### 38. İsteddiğiniz zaman hastaneye ulaşabiliyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır (Açıklayınız).....

**Ek-3. Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz-Etkililik/Yeterlik Ölçeği ve Osteoporoz Testi'nin Geçerlik ve Güvenirliği (Çalışma 3; Kılıç, 2004)**

	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>
<b>DUYARLILIK ALGISI</b>					
1-Şimdi bile osteoporozla yakalanma ihtimaliniz yüksektir.					
2-Vücut yapınızdan dolayı, sizde osteoporoz gelişme olasılığı daha yüksektir					
3-Osteoporozla yakalanma ihtimaliniz son derece yüksektir.					
4-Gelecekte osteoporozla yakalanma ihtimaliniz oldukça yüksektir.					
5-Osteoporozla yakalanma ihtimaliniz normal bir kişiden daha yüksektir.					
6-Aile bireylerinizin herhangi birinde osteoporoz bulunması, osteoporozla yakalanma ihtimalinizi daha da artırır.					
<b>CİDDİYET ALGISI</b>					
7-Osteoporozla yakalanma düşüncesi sizi ürkütür.					
8-Osteoporoz olsaydınız, sakat kalabilirdiniz.					
9-Osteoporozla yakalanacak olsanız, kendinizle ilgili duygularınız değişir.					
10-Osteoporozunuz olursa bu durum çok masraflı olur.					
11-Osteoporozu düşündüğünüz zaman çöküntüye uğrarsınız.					
12-Osteoporozla yakalanma sizin için ciddi bir sorun oluşturur.					
<b>EGZERSİZİN FAYDALARI</b>					
13-Düzenli egzersiz yapma osteoporoz nedeniyle ortaya çıkacak problemleri engeller.					
14-Osteoporozu önlemek için egzersiz yaptığımızda kendinizi bedensel olarak daha iyi hissedersiniz.					
15-Düzenli egzersiz güçlü kemik yapısını oluşturmaya yardımcı olur.					
16-Osteoporozu önleyici egzersiz, aynı zamanda vücudunuzun dış görünüşünü de iyileştirir.					

17-Düzenli egzersiz kemiklerin kırılma ihtimalini azaltır.					
18-Osteoporozu önlemek için egzersiz yaptığınızda, ruhsal olarak kendinizi iyi hissedersiniz.					
<b>KALSİYUM ALMANIN FAYDALARI</b>					
19-Yeterince kalsiyum almak osteoporozdan kaynaklanan problemleri önler.					
20-Osteoporozu önlemek için yeterince kalsiyum alırsanız, çok kazançlı çıkarsınız.					
21-Yeterli kalsiyum alınması, osteoporozdan kaynaklanan ağrıyı önler.					
22-Yeterince kalsiyum alsaydınız osteoporoz hakkında bu kadar çok endişelenmezsiniz.					
23-Yeterli kalsiyum alırsanız kemiklerinizin kırılma ihtimali azalır.					
24-Osteoporozu önlemek için yeterli kalsiyum aldığınızda, kendinizi iyi hissedersiniz.					
<b>EGZERSİZ ENGELLERİ</b>					
25-Düzenli egzersiz yapacak kadar gücünüz olmadığını hissedersiniz.					
26-Egzersiz yapabileceğiniz ortamınız yok.					
27-Eşiniz veya aileniz , sizin egzersiz yapma hevesinizi kırar.					
28-Düzenli egzersiz yapma sizin için yapılması zor olan yeni bir alışkanlığa başlamak demektir.					
29-Düzenli bir şekilde egzersiz yapma rahatınızı bozabilir.					
<b>KALSİYUM ALMANIN ENGELLERİ</b>					
30-Düzenli egzersiz yapma günlük işlerinizi alt-üst eder.					
31-Kalsiyumdan zengin yiyecekler çok pahalıdır.					
32-Kalsiyumdan zengin yiyecekler size uygun değildir.					
33-Kalsiyumdan zengin yiyecekleri sevmezsiniz.					
34-Kalsiyumdan zengin yiyeceklerle beslenme diyet alışkanlığınızı değiştirmek demektir, bu da zor bir iştir.					
35-Kalsiyumdan zengin yiyecekler daha fazla yemek için , hoşlandığınız diğer yiyeceklerden vazgeçmek zorunda olacaksınız.					
36-Kalsiyumdan zengin yiyecekler çok fazla kolesterol içerirler.					
<b>SAĞLIK MOTİVASYONU</b>					
37-İyi dengelenmiş bir diyetle beslenirsiniz.					

38-Sağlığınızla ilişkili olan yeni bilgileri öğrenmek istersiniz.					
39-Sağlıklı yaşamak sizin için çok önemlidir.					
40-Sağlık problemlerinizi erkenden keşfetmeye çalışırsınız.					
41-Hasta olmasanız bile düzenli sağlık kontrollerine gidersiniz..					
42-Sağlıklı kalmak için önerilere uyarsınız.					

**Ek-4. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeğinin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması (Çalışma 4; Sunmaz, 2003).**

**A. Sosyodemografik Özelliklerle İlgili Veri Toplama Formu**

**1. Yaşınız**

.....

**2. Öğrenim durumunuz**

- a) Okur/yazar değil
- b) Okur/yazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Yüksekokul/ üniversite mezunu

**3. Çocuğunuzun yaşı**

.....

**4. Çocuğunuzun cinsiyeti**

- a) Kız
- b) Erkek

**5. Çocuk sayınız**

- a) 1 çocuk
- b) 2 çocuk
- c) 3 çocuk
- d) 4 ve daha fazla

## B. Ebeveyn Sağlık İnanç Ölçeği (Türkçe Çevirisi)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Sağlıklı olmak bir şans işidir.					
2.Anneler, çocuklarının hasta olmasını engelleyemezler.					
3.Çocuğum, kötü şans (kaderi) nedeni ile hasta oluyor.					
4. Anneler başkalarının değil, yalnızca doktorun dediklerini yapmalıdır.					
5. Hastalıklar çocuklar içindir.					
6. Hastalanmamak tamamıyla şans işidir.					
7. Çocuğunu hastalanmaktan korumak, annelerin görevlerindedir.					
8. Doktor ve hemşire, çocuğu hasta olmaktan (büyük ölçüde) korur.					
9. Annelerin, çocuklarının sağlıklı olması konusunda yapacağı çok az şey vardır.					
10. Kazalar, çocuklar içindir.					
11. Anneler çocukları hasta olduğunda, hastalıkla mücadele için birçok şey yapabilir.					
12. Diş hekimleri, çocukların sadece dişlerine bakarlar.					
13. Çocuklar, büyüklerin sözlerini dinledikleri sürece sağlıklı kalırlar					
14. Yaralanan çocuk, doğruca doktora götürülmelidir. (ilk müdahale yapıldıktan sonra)					
15. Okuldaki kazaların önlenmesinde, öğretmenlerde etkili olabilir.					
16.Çocuklarının sağlıklı olması konusunda, annelerin de yapacakları şeyler vardır.					
17. Çocuğum hastalanırsa; sağlık personeli dışındaki kişilerin bana ne yapacağımı söylemelerini beklerim.					

18. Çocuğum hastalanırsa; onu doğruca doktora götürürüm.					
19. Çocukların sağlıklı dişlere sahip olmasında, annelerin de yapacakları vardır.					
20. Anneler, çocuklarının kaza geçirmelerini genellikle önleyebilir.					

## ÖZGEÇMİŞ

- I. Bireysel Bilgiler**
- Adı** : Erdal  
**Soyadı** : ÇENESİZ  
**Doğum Yeri ve Tarihi** : Karapınar/20.04.1978  
**Uyruğu** : T.C  
**Medeni Durumu** : Evli  
**İletişim Bilgileri** : Basınevler Mahallesi  
A.Yılmaz Çolpan Sokak  
No: 8/2 Etlik/ANKARA  
Tel: 0 505 688 17 15

[erdalcenesiz@yahoo.com](mailto:erdalcenesiz@yahoo.com)

- II. Eğitimi**
- 2003-**  
Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Eğitimi Bölümü, Yüksek Lisans
- 1997-2001**  
Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Eğitimi Bölümü
- 1992-1996**  
Konya Atatürk Sağlık Meslek Lisesi
- 1989- 1992**  
Konya Karapınar Duran Sezer Lisesi
- 1984- 1989**  
Konya Karapınar Hotamış İlköğretim Okulu
- Yabancı Dili**  
İngilizce