

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KEMALPAŞA'DA 50-70 YAŞ ARASI KADINLARDA MEME
KANSERİ VE MAMOGRAFİ EĞİTİMİ ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
Öğr. Gör. Güleengül MERMER

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Meral TÜRK SOYER

İZMİR
2010

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KEMALPAŞA'DA 50–70 YAŞ ARASI KADINLARDA MEME
KANSERİ VE MAMOGRAFİ EĞİTİMİ ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
Öğr. Gör. Gülelgül MERMER

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Meral TÜRK SOYER

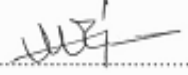
İZMİR
2010

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

ADI SOYADI

İMZA

Başkan : Doç. Dr. Meral TÜRK SOYER
(Danışman)



Üye : Prof. Dr. Feride AKSU TANIK



Üye : Doç. Dr. Esin ÇEBER



Üye : Prof. Dr. Ali Osman KARABABA



Üye : Doç. Dr. Türkan GÜNAY



Doktora Tezinin Kabul Edildiği Tarih: 20. 09. 2010

ÖNSÖZ

Doktora süreci ve tezin oluşumunda benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan, değerli katkılarıyla bana rehberlik eden danışmanım Doç. Dr. Sayın Meral TÜRK SOYER'e,

Tezimin tüm aşamalarında değerli önerilerinden yararlandığım ve her zaman yanımda olan Doç. Dr. Sayın Esin ÇEBER'e,

Hem lisans hem de doktora tezimde önerileriyle daha hızlı yol almamı sağlayan doğal danışmanım Doç. Dr. Sayın Türkan GÜNAY'a

Doktora eğitimimiz boyunca bilimsel ve düşünsel olarak bizi en iyi şekilde yetiştirmeye çalışan Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı öğretim üyeleri;

Sayın;

Prof.Dr. Feride AKSU TANIK'a, Prof.Dr. Ali Osman KARABABA'ya, Prof.Dr. Fethi DOĞAN'a, Prof.Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU'na, Doç. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU'na, Doç. Dr. Zeliha Aslı ÖCEK'e, Doç. Dr. Şafak TANER'e

ve

eğitimimiz boyunca bize koşulsuz emek ve destek verdiği için

Sayın; Dr. Ata SOYER'e ayrıca teşekkür ederim.

Reci, Aysun, Hür, Işıl, Eylem..... iyiki varsınız, dostluğunuz, paylaşımınız ve desteğiniz için hepinize ayrı ayrı teşekkür ederim.

Başta Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanı Dr. Tefik OĞUZ'a, araştırmanın uygulandığı 3 Nolu Aile Hekimliğinde Dr. Erol PEKTAŞ'a ve diğer sağlık çalışanlarına, çalışmaya katılarak, bu tezin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm kadınlara teşekkür ederim.

En son teşekkür yaşamımda çok önemli ve vazgeçilemez yeri olan eşim Nihat MERMER, çocuklarım Ekin ve Can sizlerin koşulsuz emeği ve sevgisine.....

Gülengül MERMER

İzmir, 2010

İÇİNDEKİLER	SAYFA NO
ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
SEMBOLLER/KISALTMALAR	VIII
BÖLÜM I	
GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Hipotezleri	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları	5
1.5. Araştırmanın Önemi	5
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	6
1.7. Tanımlar	7
1.8. GENEL BİLGİLER	
1.8.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi	7
1.8.2. Meme Kanseri ve Risk Faktörleri	9
1.8.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	9
1.8.2.2. Yaşam Tarzı ile İlgili Risk Faktörleri	10
1.8.2.3. Çelişkili Risk Faktörleri	11
1.8.3. Meme Kanserinden Korunma	12
1.8.4. Meme Kanseri Erken Tanı/Tarama Yöntemleri	14
1.8.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	15

1.8.4.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)	15
1.8.4.3. Mamografi	15
1.8.5. Sağlık Eğitimiyle Davranış Kazandırma	16
1.8.6. Eğitim Müdahalelerinde Sağlık Davranış Modellerinin Önemi	17
1.8.6.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM) (Health Belief Model)	18
1.8.6.2. Transteoretikal Modele (TTM) Göre Değişim Aşamaları	19
BÖLÜM II	
GEREÇ VE YÖNTEM	
2.1. Araştırmanın Tipi	21
2.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler	21
2.3. Araştırmada Kullanılan Yöntem	29
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
2.5. Araştırmanın Evreni	32
2.6. Araştırmanın Örneklemi	32
2.7. Araştırmanın Bağımlı/Bağımsız Değişkenleri	34
2.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	34
2.9. Verilerin Analizi	40
2.10. Süre ve Olanaklar	41
2.11. Araştırmanın Etik Yönü	43
BÖLÜM III	
BULGULAR	
3.1. Kadınlara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	45
3.2. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Bulgular	48
3.3. “Meme Kanseri ve Mamografi”ye ilişkin Bilgi Düzeyi ve Verilen	51

Eğitimnin Bilgi Düzeyi Etkisine İlişkin Bulgular	
3.4. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ve “Meme Kanseri ve Mamografi” Eğitimnin Erken Tanı Davranışlarına Etkisine İlişkin Bulgular	59
3.5. Kadınların Değişim Aşamalarına Göre Dağılımları ve “Meme Kanseri ve Mamografi” Eğitimnin Değişim Aşamalarına Etkisine İlişkin Bulgular	64
3.6. “Meme Kanseri ve Mamografi” Eğitimnin Sağlık Algılarına Etkisine İlişkin Bulgular	71
BÖLÜM IV	
TARTIŞMA	
4.1. Kadınlara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	72
4.2. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Sonuçlar	74
4.3. “Meme Kanseri ve Mamografi”ye İlişkin Bilgi Düzeyi ve Verilen Eğitimnin Bilgi Düzeyi Etkisine İlişkin Sonuçlar	76
4.4. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ve “Meme Kanseri ve Mamografi” Eğitimnin Erken Tanı Davranışlarına Etkisine İlişkin Sonuçlar	78
4.5. Kadınların Değişim Aşamalarına Göre Dağılımları ve “Meme Kanseri ve Mamografi” Eğitimnin Değişim Aşamalarına Etkisine İlişkin Sonuçlar	80
4.6. “Meme Kanseri ve Mamografi” Eğitimnin Sağlık Algılarına Etkisine İlişkin Sonuçlar	84

BÖLÜM V	
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	
5.1.Sonuçlar	86
5.1.Öneriler	87
BÖLÜM VI	
ÖZET	90
ABSTRACT	92
BÖLÜM VII	
KAYNAKÇA	94
EKLER	
EK 1: Kişisel Bilgi Formu (Alınma Kriterlerine İlişkin)	105
EK 2: Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi Araştırmasına İlişkin Öntest Soru Formu	106
EK 3: Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi Araştırmasına İlişkin Sontest Soru Formu	113
EK 4: Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlara Verilen Meme Kanseri Ve Mamografi Eğitimi Hedefleri	118
EK 5: E.Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Etik Kurul Onay Yazısı	119
EK 6: T.C. Kemalpaşa Kaymakamlığı Toplum Sağlığı Merkezi İzin Yazısı	120
EK 7: Champion Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model) Ölçüm Aracının İzin Yazısı	121
Ek 8: Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlara Verilen Meme Kanseri Ve Mamografi Eğitim Paketi	122
EK 9: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	123
ÖZGEÇMİŞ	125

TABLolar DİZİNİ	
Tablo 1: Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi	13
Tablo 2: Ulusal Meme Kanseri Tarama Standardı	14
Tablo 3: Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu	23
Tablo 4: CSİMÖ'nin Cronbach's Alpha Değerleri	29
Tablo 5: Meme Kanseri ve Mamografi Eğitim Program	36
Tablo 6: Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı	45
Tablo 7: Kadınların Gelir ve Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Dağılımı	46
Tablo 8: Kadınların Doğurganlık ve Menopoz Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	47
Tablo 9: Kadınların Meme Kanseri Olma Risklerini Algılama Durumlarına Göre Dağılımı	48
Tablo 10: Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre Dağılımı	49
Tablo 11: Kadınların Hesaplanan Meme Kanseri Risk Düzeyi Dağılımı	50
Tablo 12: Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri İle İlgili Genel İfadelere Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı	51
Tablo 13: Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri Riski İle İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı	52
Tablo 14: Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri erken tanısı İle İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı	54
Tablo 15: Kadınların Öntest- Sontest Puan Ortalamaları	56
Tablo 16: Kadınların Sosyo-demografik Değişkenlere Göre Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57
Tablo 17: Kadınların Doğurganlık, Menopoz ve Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 18: Kadınların KKMM Yapma Durumlarına Göre Dağılımları	59

Tablo 19: Kadınların KMM Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımları	60
Tablo 20: Kadınların Mamografi Çektirme Durumlarına Göre Dağılımları	60
Tablo 21: Eğitimin Kadınların KKMM Yapma Durumuna Etkisi	61
Tablo 22: Eğitimin Kadınların KMM Yaptırma Durumuna Etkisi	61
Tablo 23: Eğitimin Kadınların Mamografi Çektirme Durumuna Etkisi	62
Tablo 24: Kadınların Eğitim Sonrası Randevu Alma Durumu ve Mamografi Çektirmeme/Randevu Almama Nedenlerine Göre Dağılımları	62
Tablo 25: Kadınların Değişim Aşaması Sorularına Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı	64
Tablo 26: Kadınların Değişim Aşaması Basamaklarına Göre Dağılımı	65
Tablo 27: Kadınların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması	66
Tablo 28: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Eğitim Sonrası Değişim Aşaması Durumuna Etkisi	67
Tablo 29: Kadınların Doğurganlık, Menopoz ve Erken Tanı Yöntemlerinin Eğitim Sonrası Değişim Aşaması Durumuna Etkisi	69
Tablo 30: Kadınların Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	71
ŞEKİLLER DİZİNİ	
Şekil 1: Değişim evreleri modeline dayalı soruların akış şeması	27
Şekil 2: “Kemalpaşa’da 50-70 yaş arası kadınlarda meme kanseri ve mamografi eğitimi etkisinin değerlendirilmesi” isimli araştırmaya ilişkin akış şeması	38
Şekil 3: Araştırmanın zaman çizelgesi	42

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BKİ: Beden Kütle İndeksi

CSİMÖ: Champion'un Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

KMM: Klinik Meme Muayenesi

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KSGB: Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı

SBKSDB: Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı

SİM: Sağlık İnanç Modeli

TTM: Trasteoretik Model

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Toplumda en çok görülen, en çok sakat bırakan, en çok ölüme neden olan hastalıklar o toplumun en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır. Bu bağlamda meme kanseri, sık görülmesi ve öldürücü olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (50). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kanser istatistiklerine göre, dünyada en sık görülen kanserler arasında, akciğer kanserinden sonra ikinci sırayı meme kanseri almaktadır. Ancak prognozu iyidir ve ölüm sayısı düşüktür (86).

Birçok ülkede meme kanserinin yılda % 1-2 oranında artış gösterdiği, her yıl yaklaşık bir milyon kadına yeni tanı konulduğu bildirilmektedir. Diğer taraftan yaşam boyunca her on kadından birinin meme kanseri olma, üçte birinin ise meme kanserinden ölme tehlikesi ile karşı karşıya olduğu tahmin edilmektedir (3, 100).

Meme kanseri sıklığı ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. En yüksek oranda Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da, en düşük oranda Asya ve Afrika'da görülmektedir (4, 31, 41, 86). Avrupa'da kadınlarda görülen kanserlerin % 26'sından fazlası ve kanser ölümlerinin % 18'i meme kanseri nedeniyledir. Görülme sıklığındaki en büyük artış Hollanda, Danimarka, Fransa, Belçika ve İsveç'te ortaya çıkmıştır (86). GLOBACON 2008 verilerine göre meme kanserinin tüm dünyada kadınlarda en sık görülen kanser olduğu, 2008 yılında 1.38 milyon (tüm yeni tanılanan kanser vakalarının %23'ü) yeni kanser vakasının tanıldığı ve toplamda kanser sıklığında (tüm kanserlerin %10.9'u) ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir. İnsidans oranı Doğu Afrika'da yüz binde 19.3'ten, Batı Avrupa'da 89.9'a kadar değiştiği ve meme kanserinden yıllık tahmini ölüm sayısının 189 bin olduğu bildirilmektedir (41).

Meme kanseri görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde daha yüksek olmakla birlikte sağ kalım oranı, gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Bu fark, gelişmiş ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve tarama programlarına önem verildiğini göstermektedir (41, 62, 114). Meme kanseri mortalite oranı; gelişmiş olan ülkelere %30 (190.000 ölüm/ 636.000 olgu), az gelişmiş ülkelere ise %43'dür (221.000 ölüm / 514.000 olgu) (62).

Ülkemizde meme kanseri kadın kanserlerinin dörtte birini oluşturmaktadır ve kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (61, 83). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008 verilerine göre kadınlarda en sık

görülen kanser yüz binde 37.6 insidans ile meme kanseridir. Bununla beraber kadınlarda meme kanseri insidansının 40 yaşından itibaren arttığı ve 85 yaşından sonra azalma olduğu gözlenmektedir (106).

Meme kanseri yaygın olmasına karşın, erken tanı ile oldukça başarılı tedavi sonuçları veren bir kanser türüdür (114). Yapılan araştırmalar meme kanserinin erken dönemde tanılanmasının insidans ve mortalite oranlarında önemli düzeyde azalmaya yol açtığını göstermektedir (4, 7). Meme kanserinden korunmada birincil ve ikincil koruyucu önlemler önemlidir. Birincil korunma, meme kanserine neden olan etkenlerden korunmaya dayalıdır ve genetik, biyolojik ve çevresel etkenlerin tanımlanarak önlem alınmasını gerektirir (114). Günümüzde meme kanserine yönelik birincil korunma önlemlerinin henüz rutin uygulamalar arasında yer almaması, tedavi olanağını artırmaya yönelik olan ikincil koruma önlemlerinin önemini ön plana çıkarmaktadır (31). İkincil korunma (erken tanı/tarama) ise kadınların memelerindeki normal olmayan değişimlerin erken dönemde belirlenmesini hedefler (62) ve meme kanserinde mortalite oranlarını düşürmede en etkili yaklaşımdır. Meme kanseri ile ilgili ikincil korunma yöntemi olarak kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi yaygın olarak önerilen yöntemlerdir (114). Amerikan Kanser Topluluğu KKMM, KMM ve mamografiyi meme kanseri erken tanı kılavuzuna koymuştur (3). Bu yöntemlerden özellikle mamografi meme kanserinin erken tanısında en etkili yöntemdir ve birçok gelişmiş ülkede rutin meme kanseri taramalarında kullanılmaktadır. Ayrıca çeşitli araştırma bulguları, mamografinin özellikle 50- 69 yaş arası kadınlar için güçlü bir tarama yöntemi olduğunu gösterirken, 50 yaşın altındaki kadınların meme dokularının daha yoğun olması nedeniyle mamografi ile yanlış pozitiflik oranının da fazla olduğunu göstermektedir (70, 111).

Birçok ülke meme kanserini erken dönemde belirlemek ve hastalık nedeniyle oluşan ölüm oranlarını azaltmak amacıyla ulusal hedefleri kapsamında meme kanseri tarama programlarına yer vermiştir. Dünya’da genel olarak kabul gören yaklaşım, 20 yaşından itibaren her kadının ayda bir meme ve koltukaltını muayene etmesi, üç yılda bir klinik meme muayenesi için hekime başvurması, 40 yaşından itibaren yıllık mamografi kontrollerine başlanmasıdır (3, 100, 114). Türkiye’de ise 20 yaşından itibaren her ay KKMM yapılması, her iki-üç yılda bir KMM yaptırılması ve 50 yaşından itibaren her yıl mamografi çektirilmesi önerilmektedir (63). Bu şekilde özellikle 50 yaş ve üstündeki kadınlarda meme kanseri mortalitesini en az % 30

azaltmak amaçlanmıştır. Bu amaçla, 2005 yılında çeşitli illerde kanser erken tanı ve tarama merkezleri kurulmuş olup, bu merkezlerde meme sağlığına ilişkin farkındalığı artırma ve tarama programının uygulanması amaçlanmıştır (61,83).

Meme kanseri ülkemizde kadın kanserleri arasında birinci sırada yer alması nedeniyle toplumun meme kanseri konusunda bilgi düzeyinin artırılması ve riskli yaş gruplarına mamografi uygulanması sonucu meme kanserinin topluma getirdiği yük azaltılabilir. Ancak Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde teşhiste geç kalınmaktadır. Bunun nedenleri arasında; kadınların erken tanı hakkında bilgi sahibi olmamaları, korkular, utanma ve ekonomik yetersizlikler sayılabilir (47).

Meme kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik hazırlanan eğitim programları ile kadınların farkındalıklarının artırılarak sağlık kurumlarına başvurma alışkanlığı kazandıkları ve uygun tedavi almasıyla, meme kanserinden sağ kalma şanslarının artırıldığı belirtilmektedir (19, 49). Ayrıca, doğru bilgilendirme ile kadınların bireysel riski doğru algılamalarının, bireysel kontrollerini yaptırmalarının ve korkularını en alt düzeye indirmelerinin sağlanacağı belirtilmektedir (87).

Yapılan araştırmalar da ülkemizde meme kanserinden korunma ve erken tanı konusunda kadınların bilgi ve uygulama eksiklikleri olduğunu belirtmektedir (29, 35). Bu nedenle kadınların kendileri için büyük bir risk oluşturan meme kanserinden korunma ve erken tanı davranışlarının geliştirilmesi önem kazanmaktadır. Çeşitli çalışmalarda sağlık davranış değişikliği oluşturmada teoriye dayalı eğitim programlarının teoriye dayalı olmayanlara göre daha etkili olduğunu gösterilmiştir (5, 80). Teorileri ve modeller ihtiyaç belirleme, program planlama, uygulama ve değerlendirme, sağlık bilgi kaynaklarını harekete geçirmede sağlık eğitimcileri için çok kullanışlı bir araç olduğu vurgulanmaktadır (33).

Yeni meme kanseri tanısı alan kadınların %70'inin 50 yaş üzerinde olması, yaşın ilerlemesiyle birlikte toplumda sık görülmesi, yaşam kalitesini etkilemesi ve erken ölümlere neden olmasından dolayı erken tanı yöntemlerinin kullanımının önerilen sıklıkta yapılması önemlidir. Özellikle meme kanseri için en riskli yaş grubu olan 50-70 yaş kadınlarda meme kanseri ölümlerini %20-30 azaltabilen mamografinin uygun sıklıkta kullanımı önerilmektedir (5, 66). Tarama davranışlarını artırmada daha etkili olduğu vurgulanan sağlık davranış modellerinin

kullanılması ve etkili eğitim girişimleriyle meme kanseri mortalitesi ve morbiditesi azaltılabileceği belirtilmiştir (33, 80).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın yakın erimli amaçları;

Kemalpaşa’da yaşayan, 3 No’lu Aile Hekimliğine kayıtlı 50-70 yaş arası kadınlara;

1. “Meme Kanseri ve Mamografi” eğitimi verilmesi,
2. Verilen “Meme Kanseri ve Mamografi” eğitiminin bilgi düzeyine etkisini ve bilgi kazanç puanını değerlendirmek,
3. “Meme Kanseri ve Mamografi” eğitiminin erken tanı davranışlarına etkisini değerlendirmek,
4. “Meme Kanseri ve Mamografi” eğitiminin değişim aşamalarına etkisini değerlendirmek,
5. “Meme Kanseri ve Mamografi” eğitiminin sağlık algılarına etkisini değerlendirmek,
6. Eğitime katılan kadınların meme kanseri risk durumlarını belirlemektir.

Araştırmanın uzak erimli amaçları;

Araştırma sonuçlarının meme kanseri ile ilgili eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmetlerinin planlanmasında veri kaynağı oluşturmasıdır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1: Eğitim sonrası kadınların bilgi puanları daha yüksektir.

Hipotez 2: Eğitim sonrası kadınların meme kanseri erken tanı davranışları artmıştır.

Hipotez 3: Eğitim sonrası kadınların mamografi çekirme davranışlarının “Değişim Aşamaları”nda ilerleme vardır.

Hipotez 4: Eğitim sonrası kadınların, SİM ölçeği meme kanseri duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, mamografi yarar algısı puan ortalamaları daha yüksektir.

Hipotez 5: Mamografi engel algısı puan ortalaması daha düşüktür.

1.4. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Kadınların araştırmada kullanılan veri toplama formlarına doğru yanıt verdiği ve gerçek durumu yansıttığı varsayılmıştır. Değişim Aşamaları ve Sağlık İnanç Modeli kadınların meme kanseri ile ilgili sağlık davranışlarına yönelik açıklayıcı bilgi sağlayacaktır. Ayrıca hipotezleri test etmekte kullanılan istatistik yöntem ile analizlerin yeterli ve geçerli olduğu kabul edilmiştir.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri, yeni tanı alan kadınların %70'inin 50 yaş üzerinde olması, yaşın ilerlemesiyle birlikte sıklığının artması, yaşam kalitesini etkilemesi ve erken ölümlere neden olması ile önemli bir halk sağlığı sorunudur (12). Bu nedenle gelişen kanser riskini önlemek için riskli durumların belirlenerek erken tanı yöntemlerinin kullanımının önerilen sıklıkta yapılması önemlidir (5).

Meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca erken tanı yöntemleri, KKMM, mamografi ve KMM'dir. Bu yöntemlerden mamografinin özellikle 50- 69 yaş arası kadınlar için güçlü bir tarama yöntemi olduğu ve birçok ülkede rutin meme kanseri taramalarında kullanıldığı bilinmektedir (70, 111). Bu nedenle meme kanseri için en riskli yaş grubu olan 50-70 yaş kadınlarda meme kanseri ölümlerini %20-30 azaltılabilen mamografinin uygun sıklıkta kullanımı önerilmektedir (5, 56, 66). DSÖ'ye göre de tek başına mamografi çektirmek 50-69 yaş arası kadınların 1/3'ünde meme kanserine bağlı ölüm oranını düşürmektedir (114). Ancak meme sağlığına ilişkin birçok çalışmada, kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının yetersiz olduğu ve bu davranışların önerilen sıklıkta/nitelikte yapılmadığı gösterilmiştir (31, 55, 104).

Yapılan araştırmalar sağlık davranış değişikliği oluşturmada teoriye dayalı eğitim programlarının teoriye dayalı olmayanlara göre daha etkili olduğunu göstermektedir (5, 80). Teorileri ve modelleri ihtiyaç belirleme, program planlama, uygulama ve değerlendirme, sağlık bilgi kaynaklarını harekete geçirmede sağlık eğitimcileri için çok kullanışlı bir araç olduğu vurgulanmaktadır (33).

Ülkemizde meme kanseri erken tanı davranışları sıklığı ve etki eden faktörlere ilişkin çok sayıda tanımlayıcı çalışma bulunmaktadır (110). Buna karşın,

koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında kullanılan Sağlık İnanç Modeli (SİM)'ni temel alan çalışmalar ise sınırlıdır (10, 65) ve mamografi ektirme davranışının tanımlanmasında değişim aşamalarının kullanıldığı hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırma ile önemli bir halk sağlığı sorunu olan meme kanserinin erken tanısı sağlanarak mortalite oranı ve meme kanserinin topluma getirdiği yk azaltılabilir. Aynı zamanda Kemalpaşa'da 50-70 yaş arası kadınlarda sahada gerçekleştirilen mamografi ektirme davranışını olumlu yönde değiştirme girişimini, sağlık inanç modeli ve değişim aşamaları çerçevesinde açıklamıştır. Bunun sonucunda sadece mamografi ektirme değil, ektirme sürecini olumlu yönde destekleyecek inanç, tutum ve davranış değişimi hedeflenmiştir. Kadınlarda meme kanseri tarama ve eğitimi çalışmalarında bu araştırma sonuçlarından yararlanılabilir. Böylece meme kanseri tarama ve eğitimi çalışmalarında sağlık hizmetlerinin planlanmasında daha etkin olunması sağlanabilir.

Sağlık alışanları, etkili eğitim müdahalesi ile toplumsal farkındalığı artırarak kanserin oluşmadan önlenmesini ve kadınlara erken tanı davranışlarını geliştirerek meme kanserinden ölümleri azaltabilirler. Bu araştırma, İzmire İli Kemalpaşa İlçesi'nde 50-70 yaş arası kadınlara verilen meme kanseri ve mamografi eğitiminin etkinliğini değerlendirmek ve eğitime katılan kadınlara meme kanseri risklerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.6. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmaya İzmire İli Kemalpaşa İlçesi Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi 3 No'lu Aile Hekimliği birimine kayıtlı 50-70 yaş arası kadınlara alınmıştır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar ancak araştırma bölgesine genellenebilir. Çalışmada mamografi ektirme durumu, kadınlara hem kendi bildirimlerine hem de yazılı raporlarına göre değerlendirilmiştir. Ancak raporunu belgeleyen kadın oranının düşük olması nedeniyle, kendi bildirimleri esas alınmış; böylece çalışmada mamografi ektirme oranının değerlendirilmesinde geriye dönük hatırlama faktörünün etkisi olmuştur. Eğitim girişiminden altı ay sonra tez süresi dikkate alınarak eğitimin değerlendirmesi yapılmıştır. Mamografi ektirme davranışı için kısa olan bu süre araştırmanın bir sınırlılığıdır. Ayrıca araştırma grubunun 50-70 yaş arasında olması sağlık sorunları ve diğer birçok etkenler nedeniyle eğitime katılımı ve devamı etkilemiştir. Bununla beraber ülkenin sağlık sistemi ve politikalar,

ülkedeki yasal durum, finans ve organizasyonel yapı da mamografi kullanımını etkilemektedir. Bu değişkenlerin değerlendirilememesi araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.

1.7. TANIMLAR

Mamografi: Mamografi, X ışınlarıyla meme dokusunun iki boyutlu olarak incelenmesine olanak sağlayan görüntüleme yöntemidir (31, 82, 114).

Sağlık Davranışı: Kişilerin sağlığı koruma yönündeki davranışları ve sağlık sorunları yaşadıklarında sergiledikleri davranışlar bütünüdür (90). Ayrıca kişinin, sağlıklı olmak için inandığı ve gerçekleştirdiği ya da sağlıklı olduğu zaman, hastalığın ortaya çıkmasını önlemeye yönelik olarak gerçekleştirdiği davranışlara da sağlık davranışı denmektedir. Doğrudan gözlenebilen davranışları değil, dolaylı olarak ölçülebilen zihinsel ve duygusal durumları da içermektedir (50).

Sağlık İnanç Modeli: (Champion Sağlık İnanç Modeli) meme kanseri taramalarında, kendi kendine meme muayenesi ve mamografi çekirme gibi erken tanıya yönelik, sağlık davranışlarının düzenlenmesinde ve kazandırılmasında en çok kullanılan bilişsel-davranışsal modeldir (47).

Değişim Aşaması: Transteoretik Model'in bir aşaması olup zamanla ilgili geçici boyuttur. Bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır (39, 90).

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. MEME KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Meme kanseri dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür (38, 79). Mortalite oranları yaşa bağlı olarak artmakla beraber tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu ve kansere bağlı ölümlerin %18'ini oluşturmaktadır. Her sene dünya çapında 1.1 milyonun üzerinde kadına meme kanseri teşhisi konulmakta ve 410.000 kadın bu hastalıktan ölmektedir (41,62).

Meme kanseri kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinin de başında gelmektedir. DSÖ'nün 1990 yılında yaptığı çalışmada, 796.000 yeni meme kanserli olgu ve 314.000 meme kanserinden ölüm saptanmışken, yine DSÖ'ye bağlı International Agency on Cancer for Research'ün (IARC) 2002 yılındaki değerlendirmesinde; 1.152.000 yeni meme kanserli olgu ve 411.000 meme kanserinden ölüm hesaplanmıştır. Bu süre içerisinde meme kanserinin sıklık ve mortalite oranlarında

%25'lik artış görülmektedir. Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre 5 yıllık sağkalım oranları, gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelerde tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanabilir (85). Dünya'da her üç dakikada bir kadına yeni meme kanseri tanısı konulmakta ve her 11 dakikada bir kadın meme kanseri nedeni ile ölmektedir. ABD'de, sekiz kadından biri meme kanserine yakalanırken, Avrupa ülkelerinde bu oran on kadında bire denk gelmektedir (113).

Dünyada meme kanserine bağlı mortalite oranları, görülme sıklığında olduğu gibi ülkeden ülkeye değişmekte olup, İngiltere ve Galler'de en yüksek, Japonya ve Tayland'da ise en düşük seviyededir (31). Avrupa'da kadınlarda meme kanseri mortalitesinin Batı ve Kuzey Avrupa'da yüksek olduğu belirtilmektedir. Meme kanseri mortalite oranı, gelişmiş olan ülkelerde % 30 (190.000 ölüm/ 636.000 olgu), az gelişmiş ülkelerde ise %43'tür (221.000 ölüm/ 514.000 olgu) (85). Diğer taraftan, meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre beş yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde % 73 iken, gelişmekte olan ülkelerde % 53 olarak bildirilmektedir (83).

Ülkemizde mevcut verilere göre, doğu bölgelerimizde 20/100.000, batı bölgelerimizde ise 40-50/100.000 oranında bir sıklık verilebilir. Kadınlardaki 4 kanserden biri memede yerleşmekte olup, meme kanseri en sık kanserden ölüm nedenidir (62).

Ülkemizde son verilere göre (2005) meme kanseri yüz binde 16.39 insidans hızıyla tüm kanserler içinde dördüncü sırada ve yüz binde 35.47 oranıyla kadınlar arasında birinci sıradadır (45, 65, 107). Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nın 1999, 2000, 2001, 2004, 2005 ve 2006 yılları meme kanseri görülme oranları karşılaştırıldığında sırasıyla; %24.1, %24.96, %25.42, % 34.7, % 35.4, % 37.6'lık oran ile kadınlarda en sık görülen kanser türü olduğu bildirilmekte ve bu verilerin yıllara göre artış eğiliminde olması dikkat çekmektedir. Yıllara göre değişen veriler, kadınların meme kanseri erken tanı/tarama programlarına katılma konusunda duyarlılıklarının arttığını göstermektedir (61). İzmir'de 1996-2000 yılları arasında yüz binde 31.1 insidans hızıyla meme kanseri ilk sırada yer almaktadır (62). İzmir KETEM 2005 verilerine göre meme kanseri yüz binde 26.50 insidans hızı ile tüm kanserler içinde dördüncü sırada ve yüz binde 50.07 insidans hızı ile kadınlarda birinci sıradadır (61).

1.8.2. MEME KANSERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Tüm dünyada yapılan araştırmalar bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtmektedir. Meme kanserinde risk faktörü hastalığın oluşma olasılığını etkileyen her řey olarak tanımlanmaktadır. Bunlardan bazıları değiştirilemeyen risk faktörleridir ve bazıları da çevrede bulunan kansere yol ačan maddelerdir. Diđer risk faktörleri ise yaşam tarzı ve kişisel davranışlarla ilgilidir. Risk zamanla değişebilmekte ve yaşam tarzı ya da yaşlanma gibi faktörler ise zaman içinde risk oluşturabilmektedir. Bu risk faktörleri koruyucu programların geliştirilmesinde önemlidir (38, 45, 79, 101).

1.8.2.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş: Meme kanserine yakalanmada etkili olan risk faktörleri incelendiğinde ileri yaşa sahip olmanın önemli bir risk faktörü olarak ele alındığı görülmektedir. Meme kanseri tanısı konan kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda, genellikle 20'li yaşlarda meme kanseri oranının düşük olduğu, 30'lu yaşlardan menopoza kadar olan dönemde göreceli olarak arttığı ve menopozdan sonra oldukça net bir artış olduğu gözlenmektedir. Ayrıca meme kanserli hastaların %70'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu, 50 yaş ve üzeri kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının 50 yaş altında olan kadınlara oranla dört kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (45, 53, 101).

Ailede Meme Kanseri Hikayesi: Aile bireyleri arasında meme kanserli kişilerin bulunmasının kadınların meme kanserine yakalanma olasılığının arttığı ortaya konmuştur. Ailesinde meme kanseri olan kadınlar önemli bir risk grubu oluşturmaktadır (28, 45, 101). Eğer kadının birinciden akrabasında meme kanseri varsa bu risk 1.7-2.5 kat, ikinci dereceden yakınında varsa 1.5 kat artmaktadır. Anne ve kız kardeşlerde iki taraflı meme kanseri varsa bu risk beş-altı kata çıkmaktadır (51). Genetik geçiş gösteren meme kanseri gen mutasyonu anneden çocuklarına aktarılmakta ve hasarlı geni taşıyan bireyde yaşam boyu meme kanseri gelişme riski (%87) artmaktadır (59). Bu kadınların diğer kadınlara nazaran daha dikkatli izlenmeleri; meme kanseri genetik danışmanlığının yapıldığı kliniklere başvurarak kişisel risk değerlendirmelerini yaptırılmaları gerekmektedir (45).

Kişisel Meme Kanseri Hikayesi: Daha önce meme kanseri geçiren ve tedavi olan kadınların, diğer memelerinde kanser gelişme olasılığının, meme kanseri tanısı almamış kadınlara göre üç-dört kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir (101).

İrk: Meme kanseri bazı etnik gruplarda daha sık olmakla birlikte her ırkta görülmektedir. Meme kanseri bakımından Afrikalı-Amerikalı kadınlar, beyaz kadınlardan daha az risk taşımaktadırlar. Ancak Afrikalı-Amerikalı kadınların meme kanseri nedeniyle ölüm olasılıkları daha fazladır (5).

Daha Önce Meme Biyopsisi Yapılmış Olması: Bazı kadınlara memelerinde bulunan bir kitle nedeni ile biyopsi yapılmış ve iyi huylu bir tümör saptanmış olabilir. Memede kanser olmayan iyi huylu bu tür tümörlerin bulunmasının da, kanser gelişme riskini değişik oranlarda artırabildiği belirtilmektedir (28, 45, 101) .

Fertil Çağ Süresi: Kadınların adet görmeye erken yaşta başlamaları, bununla birlikte ilerleyen yaşlarda menopoza girilmesi fertil çağı uzatmaktadır. Bu durumun kadının daha uzun süre östrojen hormonu etkisi altında kalması nedeniyle meme kanseri gelişme riskini artırdığına işaret edilmektedir (28). On iki yaş ve öncesi yaşlarda menarşın olması, menopozun 55 yaş ve daha sonraki yaşlarda olması meme kanseri riskini hafif düzeyde artırmaktadır (101). Yapılan çalışmalarda; menarş ve menopoz arasındaki sürenin uzamasının meme kanseri riskini artırdığı, menarş yaşında her bir yıl için olan gecikmeye bağlı meme kanseri gelişme riskinin %4 azaldığı, menopoz yaşındaki gecikmeye bağlı olarak her yıl riskin %3 arttığı ifade edilmektedir (28).

1.8.2.2. Yaşam Tarzı ile İlgili Risk Faktörleri

Doğurganlık Hikâyesi: Kadınların ilk çocuğunu doğurma yaşı meme kanserine yakalanma açısından önemlidir. İlk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı 20 yaşından önce doğuranlara göre iki kat daha fazladır. Hiç çocuk doğurmamayan kadınlarda ise risk daha da yükselmektedir (45, 101).

Östrojen ve Doğum Kontrol Hapı Kullanılması: Menopoz nedeniyle uzun süre (on yıldan fazla) östrojen tedavisi gören kadınlarda hormonal değişikliklere bağlı meme kanseri görülme riskinin yükseldiği ifade edilmektedir (28).

Doğum Kontrol Hapı Kullanılması: Doğum kontrol haplarının meme kanseri görülme riskini yükselttiği belirtilmekle birlikte konu ile ilgili farklı görüşlerin olduğu ifade edilmektedir. Her ne kadar bu hapları kullanan kadınlarda meme kanseri olma riskinin artacağı ileri sürülse de, on yıl önce doğum kontrol hapı kullanmayı bırakmış olan kadınlarda bu riskin tamamen ortadan kalktığına da işaret edilmektedir (28).

Alkol Kullanılması: Bu konu tam anlamıyla netlik kazanmasa da, alkol kullanan kadınlarda meme kanserine yakalanma riskinin nispeten arttığı ifade edilmektedir (101).

Şişmanlık ve Sedanter yaşam: Bazı çalışmalarda şişmanlığın özellikle 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini arttırdığı belirtilmektedir (101). Obeziteyi destekleyen hareketsiz yaşam biçimi de kadınlar için meme kanseri açısından risk oluşturmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Dairesi'nin (IARC) raporunda dünya genelinde görülen kanserlerin %25'inin aşırı kilo/ obezite ve sedanter yaşam tarzına bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Konuyla ilgili yapılan birçok randomize klinik çalışmada da fiziksel egzersiz ve beslenmenin düzenlenmesiyle kanser riskini artıran biyomarkırların değiştirilebileceği gösterilmektedir (3, 18).

1.8.2.3. Çelişkili Risk Faktörleri

Diyetteki yağ miktarı: Çalışmalar diyetteki yağın meme kanseri için bir risk faktörü olduğunu açıkça belirtmemektedir. Birçok çalışma diyetteki yağın genel olarak az kullanıldığı ülkelerde meme kanserinin daha az görüldüğünü bildirmektedir. Menopoz sonrasında ise östrojenin yağ dokularından salgılanmaya devam etmesi kadınlarda meme kanseri riskini artırmaktadır. Düşük yağ ve yüksek lifli gıda ile beslenme, menopoz öncesi kadınlarda ovülasyonu etkilemeden östradiol ve östron seviyesini azaltabilmekte, bu diyetin ise meme kanserini önleyebileceği ileri sürülmektedir (40).

Çevre Kirliliği: Çevre kirleticileri ile meme kanseri arasındaki bir ilişki olup olmadığı kanıtlanamamıştır (3).

Sigara Kullanılması: Sigara ve meme kanseri arasında kesin bir ilişki kurulamasa da genel anlamda sağlığı olumsuz yönde etkilediği için bırakılması önerilmektedir. Ancak bazı araştırmalarda sigaranın meme kanserinin oluşması yönünde olumsuz bir risk faktörü olarak değerlendirilebileceği de belirtilmektedir (101).

1.8.2.4. Diğer çelişkili risk faktörleri

Az sayıda çalışma gece vardiyasında çalışan kadınların yüksek düzeyde meme kanseri riski olabileceğini belirtmektedir (3). Elektromanyetik alana mesleki olarak maruz kalmanın çalışanlarda meme kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir (82).

Meme kanseri, erken tanı/tarama programlarının risk yaklaşımı ile planlanması son derece önemlidir. Meme kanseri riskinin bilinmesi kadar, riskin kontrol altına alınması da önemlidir. Meme kanserine karşı kesin koruyucu bir yöntem olmadığından korunmada hastalığın erken dönemde saptanması önemlidir (45, 64).

1.8.3. MEME KANSERİNDEN KORUNMA

Meme kanserinden korunma primer ve sekonder korunma olarak ikiye ayrılmaktadır.

Primer korunma: Meme kanserinin nedenlerine yönelik korunma önlemleri primer koruyucu önlemlerdir. Günümüzde meme kanserinden korunmak için verilebilecek kesin bir öneri yoktur. Ancak meme kanseri riskini azalttığı öne sürülen birtakım yaşam biçimi davranışları bulunmaktadır. Meme kanserinin ortaya çıkma riskini azaltan faktörler; dengeli beslenme (sebze, meyve ve lifli gıdaların bolca tüketilmesi), alkol ve sigarayı bırakma, 30 yaşından önce doğum yapma, emzirme, spor yapma, stres ve kilo kontrolü, östrojen içeren ilaçların doktor denetiminde kullanılmasıdır (69). Tüm bu sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında sağlık eğitimiyle davranış değişikliği oluşturmak önemlidir (50).

Sekonder korunma: Meme kanserinin ortaya çıkmadan önlenmesi en etkili yaklaşım olmakla birlikte meme kanserinin erken dönemde saptanması ile de etkili korunma sağlanabilir. Erken tanı ya da ikincil korunma henüz hastalığa ait belirti ve bulguların ortaya çıkmadığı dönemde hastalığın çeşitli erken tanı yöntemleri kullanılarak saptanmasıdır. Erken tanı için sağlıklı görünen kişiler erken tanı

yöntemleriyle taranmalıdır. DSÖ taramayla ilgili belirlemiş olduğu tarama kriterleri açısından meme kanserini tarama programlarına alınabilecek kronik hastalıklar arasında saymıştır (50). Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen meme kanseri erken tarama programı Tablo 1’de verilmiştir (3).

Tablo 1: Meme Kanserinde Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39 yaş kadınlar	KKMM Klinik muayene	Her ay 3 yılda bir
40-49 yaş kadınlar	KKMM Klinik muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl ya da 2 yılda bir
50 yaş ve üzeri kadınlar	KKMM Klinik muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl

Ulusal meme kanseri tarama standardında ise (50-69 yaş kadınlar için);

- 50-69 yaş arası tüm kadınlara, her iki yılda bir, her iki meme için, birisi medyolateral oblik, diğeri ise kraniokaudal olmak üzere ikişer poz mamografi filmi çekilir.
- Mamografi filmleri iki radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmelidir.
- Asıl tarama metodu mamografi olmakla beraber, taramaya katılan her kadın hekim tarafından da muayene edilir.

Tüm yaşlar için ulusal meme kanseri tarama standardı Tablo 2’de verilmiştir (63).

Tablo 2: Ulusal Meme Kanseri Tarama Standardı

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-49 yaş kadınlar	KKMM	Her ay
	Klinik muayene	Her yıl
50-65 yaş kadınlar	KKMM	Her ay
	Klinik muayene	Her yıl
	Mamografi	2 yılda bir
65-70 yaş kadınlar	KKMM	Her ay
	Klinik muayene	2 yılda bir
	Mamografi	2 yılda bir

1.8.4. MEME KANSERİ ERKEN TANI/TARAMA YÖNTEMLERİ

Meme kanseri DSÖ tarafından tarama programlarının uygulanması için önerilen kanser türleri arasında yer almaktadır. KKMM, KMM ve mamografi meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca erken tanı/ tarama yöntemleri olarak tanımlanmakta, bireylerin bu yöntemleri uygulamaları erken tanı/ tarama davranışları olarak ifade edilmektedir (45, 51). Meme kanserinin erken tanılanması sağkalım oranını artırmaktadır. Tarama programları ile hedeflenen kanseri belirtisiz dönemde (erken evre) yakalamak, zamanında uygun tedavi ile sağ kalım şansı vermek ve meme kanserinden ölümleri olabildiğince azaltmaktır (11). Her kadın aynı derecede risk altında olmadığı için öncelikle risk gruplarının ayırt edilerek, belirtiler olsun olmasın, belli aralıklarla kontrole çağrılmaları gerekmektedir.

Meme kanseri görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde daha yüksek olmakla birlikte sağ kalım oranı, gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Bu fark, gelişmiş ülkelerde erken tanı ve tarama programlarına önem verildiğini göstermektedir (85).

DSÖ tarafından tarama yapılması önerilen kanserlerde, toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek üzere Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Ülkemizde toplum tabanlı tarama çalışmaları, Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği MEDA (Mediterranean Development and Aid Program) programı çerçevesinde yürütülen KETEM projesi ile başlamıştır. Proje kapsamında 2008 Yılı Sonunda Bakanlık 81 ilde 84 merkez kurmuştur (62). Önerilen erken tanı yöntemleri:

1.8.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kadınların, meme dokularını daha iyi tanımalarını ve meme kanserinde risk oluşturabilecek öncü lezyonları erken dönemde saptanmalarını sağlamak amacıyla her ay düzenli olarak yapmaları gereken meme muayenesidir (82). Ucuz, kolay ve kadınların kendi ortamlarında yapabilecekleri zahmetsiz bir yöntemdir. Son dönemde yapılmış çalışmalarda KKMM'nin meme kanseri mortalitesini azaltmada etkisinin olmadığı vurgulanmaktadır (23, 24, 108) ve KKMM'ye ilişkin yeni önerilerde meme sağlığı konusunda kadınların farkındalıklarının artırılmasının daha önemli olduğu belirtilmektedir. Buna göre, tek başına KKMM'nin meme kanserinden ölümleri azaltmada sınırlı olduğu ve KKMM ile birlikte KMM ve mamografi yaptırmanın da önemli olduğu belirtilmektedir (2, 3, 23, 24, 43, 99).

1.8.4.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Meme kanserinde risk oluşturabilecek öncü lezyonların erken dönemde saptanmasını sağlamak amacıyla, yirmi yaş üzeri her kadına, belli aralıklarla hekim tarafından yapılması gereken meme muayenesidir (82, 99). Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi için Amerikan Kanser Derneği 20-39 yaşlarındaki semptomsuz kadınların her üç yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin hekim tarafından klinik muayenesinin yaptırılmasını önermektedir. KMM mamografi ile birlikte uygulandığında, meme kanserinin belirlenme oranı % 5- 20 artmaktadır. Klinik meme muayenesi, meme dokusu yoğun olan kadınlarda mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır. Asemptomatik kadınlarda ideal tarama programında, memenin klinik muayenesi, kendi kendini muayene ve mamografi ile birlikte olmalıdır (3, 62).

1.8.4.3. Mamografi

Mamografi, X ışınlarıyla meme dokusunu iki boyutlu olarak inceleyen bir görüntüleme yöntemidir (31, 82, 99). Mamografi, en uygun şartlarda uygulandığında kadınlarda erken evre meme kanserleri tanısında en etkili ve en iyi görüntüleme yöntemidir. Günümüzde tarama amaçlı mamografinin yaygınlaşması nedeni ile asemptomatik meme lezyonları ve elle hissedilemeyen meme kanserleri erken evrede görüntülenebilmektedir. Klinik olarak elle hissedilemeyen meme kanserlerinin büyük çoğunluğunun erken evre meme kanserleri olduğu belirtilmektedir. Mamografi,

hissedilmeyen meme kanserlerinde palpasyonun yetersizliklerini gideren, erken evrede tanıya imkân veren yöntemdir (111).

Amerikan Kanser Birliği ve çeşitli otoriteler, asemptomatik 35- 40 yaşları arasındaki kadınlarda daha sonraki mamografiler ile karşılaştırmada esas teşkil etmesi için mamografi çekilmesini, 40- 49 yaşları arasında kadınlarda 1- 2 yılda bir, 50 yaşın üzerindekielerde ise her yıl mamografi çektirilmesini önermektedir (Tablo 1) (3).

Mamografi, etkinliği kanıtlanmış bir tarama yöntemidir ve taramalar sayesinde meme kanserinden ölüm oranlarının düştüğü ortaya konmuştur. Mamografiyi birçok ülke meme kanserini erken dönemde belirlemek ve hastalık nedeniyle oluşan ölüm oranlarını azaltmak amacıyla, rutin meme kanseri taramalarında kullanmaktadır. Ayrıca çeşitli araştırma bulguları, mamografinin özellikle 50- 69 yaş arası kadınlar için güçlü bir tarama yöntemi olduğunu gösterirken, 50 yaşın altındaki kadınların meme dokularının daha yoğun olması nedeniyle mamografi ile yanlış pozitiflik oranının da fazla olduğunu göstermektedir (70, 111).

1.8.5. SAĞLIK EĞİTİMİYLE DAVRANIŞ KAZANDIRMA

Sağlık eğitimi kişilerde kendi yaşantıları yoluyla sağlıkla ilgili düşünce, kavram, inanç, tutum, davranış ve yaşam biçimi değişikliği oluşturmak amacıyla yapılan herhangi bir öğrenme yaşantısıdır. Sağlık eğitimi, bireylerin, grupların ve toplumun davranışlarını istedik yönde ve kasıtlı olarak değiştirmeyi amaçlamaktadır (50). Sağlık davranışı ise bireyin sağlıklı olmak ya da sağlıklı olduğu zaman hastalıktan korunmak için gerçekleştirdiği davranıştır (50, 64, 90).

Sağlık eğitiminin temel hedeflerinden biri, sağlığı geliştiren davranışların kazanılmasını sağlamaktır. Bu davranışlar, inançlar, güdüler, beklentiler, algılar, değerler, kişisel tavırlar, alışkanlıklar ve psikolojik özelliklerden etkilenmektedir. Sağlık davranışlarını etkileyen ve eğitim ile değiştirilebilen hazırlayıcı etmenler bilgi, tutum ve davranışlardır. Bu nedenle sağlık eğitimi istedik bilgi tutum ve davranışların kazandırılmasında önemlidir (50).

Sağlık eğitimi yoluyla kişinin davranışlarının sağlığını nasıl etkilediğini anlatmak mümkündür. Bu yolla sağlığı geliştiren, hastalıklardan koruyan, hastalıkları tedavi eden ve rehabilitasyon sağlayan davranışlar teşvik edilebilir (50). Böylece kadınların meme kanserinden korunma ve erken tanı konusundaki bilgi düzeyleri ve farkındalıkları arttırılarak meme kanseri olma ve ölme oranları azaltılabilir (49, 62).

Sağlıkla ilgili davranış değiştirmeye yönelik olan sağlık eğitimlerinde birçok farklı sağlık davranış modeli kullanılmaktadır. Sağlık davranış modelleri meme kanseri taramasına yönelik eğitim girişimlerinde de kavramsal temeli oluşturmaktadır (5, 80).

1.8.6. EĞİTİM MÜDAHALELERİNDE SAĞLIK DAVRANIŞ MODELLERİNİN ÖNEMİ

Koruyucu sağlık davranışlarının düzenlenmesinde ve kazandırılmasında bazı bilişsel-davranışçı model ve kuramlar temel alınmaktadır. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model), Planlı Davranış Modeli (Planned Behavior Theory), Nedenlendirilmiş Eylem Kuramı (Reasoned Action Theory) ve Transteorik Model (Transtheoretical Model), sağlık davranışı konusundaki çalışmalara ışık tutan model ve kuramlardan en önemlileridir. Koruyucu sağlık davranışları içinde mamografi taramasında bilişsel-davranışçı tekniklerden yararlanılmaktadır (84).

Sağlıkla ilgili davranışları değiştirmeye yönelik sağlık eğitimlerinde kullanılan farklı sağlık davranış modelleri meme kanseri taramasına yönelik eğitim girişimlerinde de kavramsal temeli oluştururlar (5, 80). Bireylerin bilgilerinden çok davranış ve tutumlarındaki değişikliğe odaklanan eğitim müdahalelerinin sonuçları daha başarılıdır. Literatürde son yıllarda meme sağlığı bilgisini artırmak ve erken tanı davranışlarını geliştirmek için yapılan girişimlerde sağlık davranış modellerinin kullanılmasının erken tanı davranışlarını artırmada etkili olduğu vurgulanmıştır (5, 26, 48, 53, 103). Bu nedenle karmaşık yapısı olan sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemek ve istendik davranışı geliştirmek için uygulanan eğitim müdahalelerinde sağlık davranış modelleri ve teorileri yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalar sağlık davranış değişikliği oluşturmada teoriye dayalı eğitim programlarının teoriye dayalı olmayanlara göre daha etkili olduğunu göstermektedir (80). Teorilerin ve modellerin ihtiyaç belirleme, program planlama, uygulama ve değerlendirme, sağlık bilgi kaynaklarını harekete geçirmede sağlık eğitimcileri için çok kullanışlı bir araç olduğu vurgulanmaktadır (33). Painter ve arkadaşları 2000-2005 tarihleri arasında sağlık davranış araştırmalarında kullanılan teorileri inceledikleri çalışmalarında müdahale araştırmalarının (%61.5) müdahale yapılmayan araştırmalara (%26.2) göre teori kullanımının önemli düzeyde yüksek olduğunu göstermişlerdir (84). Girişimin etkisini artırmak için teorisinin uygulanmasına gereksinim olduğu vurgulanmıştır (88).

1.8.6.1. SAĞLIK İNANÇ MODELİ (SİM)

Son yıllarda sağlık davranışlarının açıklanmasında en sık kullanılan kavramsal çerçeve SİM'dir. Model, 1950'lerin başında, hastalığın önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak amacıyla, bir grup sosyal psikolog tarafından geliştirilmiştir. Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ile ilgili belirleyicilerin açıklanmasıdır (79, 97).

Bu model 1950 yılında geliştirilmesine rağmen bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar modele zamanla eklenmiştir. Model, geliştirildiği ilk yıllarda insanların tarama ve aşılama programları gibi koruyucu sağlık davranışlarını anlamayı hedeflemiş olsa da, hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır. SİM bireylerin sağlıklarıyla nasıl ilgilendikleri ve tedavilerinin nasıl olacağını gösterir; kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. SİM;

- Kişinin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini belirler.
- Kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi açıklar.
- Bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini belirler.
- Kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini belirler.
- Sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlar (23, 79).

Hemşirelik alanında Victoria Champion Sağlık İnanç Modelini temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştirmiş, 1993, 1997 ve 1999'da revize etmiştir. Modelin meme kanserine yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesine göre altı bileşeni vardır:

1. **Duyarlılık algısı;** meme kanserine yakalanmada bireysel riskin algılanması,
2. **Önemseme/Ciddiyet algısı;** meme kanserine yönelik bireysel tehdidin, meme kanserinin öneminin algılanması,

3. **Yarar algısı;** mamografi, KKMM ve KMM'nin olumlu sonuçlarının, yararlarının algılanması,
4. **Engel algısı;** bireyin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları gerçekleştirmemesinde etkili olan faktörlerin algılanması,
5. **Özetkililik/yeterlilik;** bireyin meme kanseri erken tanısına ilişkin davranışları başarı ile yapabilmeye olan bireysel inancı,
6. **Sağlık motivasyonu algısı;** bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır (21, 22, 23, 24).

Tehdit algısı ise meme kanserinin toplumdaki yaygınlığının algılanmasını ifade eder (47).

1.8.6.2. TRANSTEORETİK MODELE (TTM) GÖRE DEĞİŞİM AŞAMALARI

Transteoretik Model bireyleri istenen davranış değişikliğine yöneltmek için davranış sürecini değerlendiren ve bireydeki davranış değiştirme sürecinin evrelerini açıklayan davranışçı modeldir (90, 88).

İlk olarak sigarayı bırakma programlarında kullanılan TTM zamanla sağlığı geliştirme programlarında farklı sağlık davranışlarına yönelik (aşırı yeme ve kilo kontrolü, egzersiz, stresle baş etme, madde bağımlılığı, mamografi gibi) kullanılmıştır (5). Bu model, bireyin isteyerek davranış değişikliklerini gerçekleştirmesine yardım edecek, değişim sürecini anlaması üzerine odaklanır. Geleneksel davranışçı teorik yaklaşımlarda değişim keskin ve direk sonuç olarak değerlendirilirken, Prochaska ve Velicer (1997) değişimi aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak tanımlar (21, 90). Bireylerin eski davranışlardan yeni davranışlara doğrudan gitmediğini, aşamalar dizisi içinde ilerlediğini savunurlar. TTM ile ilgili araştırmaların sonuçları da davranış değişiminin bir süreç olduğu görüşünü desteklemektedir (73, 100, 117).

Trasteoretik Model'in yapısı üç aşamalıdır.

1. Değişim Aşamaları (zamanla ilgili boyutu),
 2. Değişim Süreci (bağımsız değişken boyutu),
 3. Öz-Etkililik/Teşvik Eden Faktörler/Karar Alma Ölçekleri (değişim düzeyleri)
- (5, 39).

Bu model kullanan kişiye sıralı ölçüm araçları sağlaması nedeniyle tercih edilmektedir. Prochaska ve arkadaşları, 1970'li yıllarda davranışsal değişimi içeren TTM üzerinde çalışmaya başlamış ve uzun bir araştırma sonucu bu modeli

tanımlamışlardır (90, 117). Doğal ortamda davranışların nasıl değiştiği ile ilgili araştırmalar, kişinin bir dizi değişim aşamasından geçerek ilerlediğini göstermiştir. Bu aşamalar, davranış değişikliği ile hazır bulunuşluğun göstergesidir. Rakowski ve arkadaşları modelin mamografi girişimlerinde kullanılabilirliğini analiz eden makale yayınlamışlardır. Bu çalışmada modelin Değişim Aşamaları (zamanla ilgili boyutu) kullanılmıştır. Bu boyut bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır ve beş aşamada ilerler (5, 39).

1. **Düşünce öncesi:** (şu anki durum veya değişim yok) bu dönemde kişi, ilk 6 ay içinde herhangi bir davranış değişikliği yapmak niyetinde değildir. Bilgisi yetersizdir ve bu kişiler, "ulaşılması zor" kişiler olarak tanımlanmaktadır.
2. **Düşünme:** (değişimin düşünülme başlanması) kişinin gelecek 6 ay içinde davranışını değiştirmeye niyet ettiği dönemdir.
3. **Hazırlık:** (planlar ve değişime doğru davranış değişikliğinin ilk adımları) kişi, en kısa zamanda eyleme geçmeye niyetlidir.
4. **Eylem** (arzu edilen davranışın kesin uygulanması) kişi, geçmiş altı ay içinde, yaşam biçiminde önemli bir değişiklik yapmıştır, bu değişiklik, davranış değişikliğine eş değerdir.
5. **Sürdürme** (verilen süre içinde (mamografide her 1-2 yılda bir) istenen davranışın sürdürülmesi) bu aşama değişimin başladığı ilk altı aydan sınırsız süreye kadar uzar (5, 39, 73).

TTM son yıllarda, birçok ülkede farklı hükümet kurumları tarafından desteklenen değişik konu başlıklarındaki araştırma projelerinde rehber olarak kullanılmaktadır. ABD, İngiltere, İsrail, Japonya, Hollanda, Almanya, Arjantin gibi birçok ülkede bireylerin istenmeyen sağlığa zararlı davranışlarının değiştirilmesi veya istedik davranışların kazandırılması amacıyla uygulanan sağlığı geliştirme programlarında kavramsal çerçeve olarak yer almaktadır (100, 117).

TTM sağlıklı bir davranış geliştirirken, çeşitli aşamalardan geçildiğini varsaymaktadır. Aşamaya uyumlu olarak geliştirilmiş çalışmalar, daha yüksek düzeyde sağlık davranış değişikliğine yol açmaktadır. Bu tip yaklaşımlar, engellerin aşılmasını ve davranış değişikliğinin gerçekleştirilmesini kolaylaştırır (13, 91).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, İzmir İli Kemalpaşa İlçesi'nde 50-70 yaş arası kadınlara verilen meme kanseri ve mamografi eğitiminin etkinliğini değerlendirmek ve eğitime katılan kadınların meme kanseri risklerini belirlemek amacıyla planlanmış tek grup öntest-sontest tasarımında eğitim müdahalesi çalışmasıdır.

2.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

Araştırmada veri toplamak için iki soru formu kullanılmıştır (EK II, III). İlk soru formu eğitimlerden önce uygulanmış, ikinci soru formu eğitimlerden 6 ay sonra uygulanmıştır. İlk soru formu aşağıdaki bölümlerden oluşmuştur:

- Anket Formu
- Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu
- Meme Kanseri ve Mamografi ile İlgili Bilgi Formu
- Transteoretik Modele Göre Değişim Aşamaları Soruları
- Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

İkinci soru formunda ise;

- Anket Form'undan erken tanı yöntemleri ve kadınların Meme Kanseri ve Mamografi Konulu Eğitim konusunda düşüncelerini de içeren dört soru,
- Meme Kanseri ve Mamografi ile İlgili Bilgi Formu'nun tümü,
- Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin tümü,
- Transteoretik Modele Göre Değişim Aşamaları Sorularında; son altı ay içinde mamografi çektilme/randevu alma ve önümüzdeki iki yıl içinde mamografi çektilmeyi düşünme durumlarını içeren sorular yer almıştır.

2.2.1. Anket Formu

Anket formu, ilgili literatür ışığında (15, 42, 48, 57, 67, 95, 102) “sosyo-demografik özellikler ve doğurganlık, erken tanı yöntemleri ve menopoz durumuna ilişkin soruları içeren toplam 17 sorudan oluşmuştur.

2.2.1.1. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular: Anket formunda kadınların doğum yeri, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, yaşamında en uzun süre yaşadığı yer, araştırmanın yapıldığı yerde (İzmir İli Kemalpaşa İlçesi) yaşadığı süre, sosyal güvencesi, mesleği, gelir düzeyi ile ilgili 10 soru bulunmaktadır.

2.2.1.2 Doğurganlık, erken tanı yöntemleri ve menopoz durumuna ilişkin sorular: Anket formunda kadınların sahip olduğu çocuk sayısı, KKMM yapma durumu, KKMM sıklığı, KMM yaptırma durumu, KMM yaptırma nedeni, menopoza girme ve hormon tedavisi alma durumlarına ilişkin toplam 7 soru yer almaktadır.

2.2.2. Meme Kanseri Risk Değerlendirme

Bu bölümde; kadınların kendilerinde algıladıkları meme kanseri riskini değerlendirmek için tek soru ve “Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu” kullanılarak araştırmacı tarafından hesaplanan meme kanseri riskini değerlendirmeye ilişkin sorular yer almaktadır.

2.2.2.1 Algılanan meme kanseri riski; “Meme kanserine yakalanma riskinizin olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuyla Hiç yok, Düşük risk, Yüksek risk, Bilmiyorum olarak değerlendirilmiştir.

2.2.2.2 Kadınların meme kanseri risklerinin hesaplanmasında; Amerikan Kanseri Birliği tarafından geliştirilen, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın kabul ettiği ve kullanımını önerdiği “Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu” kullanılmıştır (6). Risk Değerlendirme Formu aşağıda belirtildiği gibi meme kanseri risk faktörlerine ilişkin altı bölüm ve 20 maddeden oluşmaktadır.

Tablo 3: Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu

Risk Faktörü	Kategori	Puanl	Sonuç
Yaş	30 Yaş Altı	10	
	30-40	30	
	41-50	75	
	51-60	100	
	60 Yaş Üstü	125	
Ailesel Meme Kanseri Öyküsü	Yok	0	
	Bir hala/teyze ya da büyükanne	50	
	Anne ya da kız kardeş	100	
	Anne ve kız kardeş	150	
	Anne ve iki kız kardeş	200	
Kişisel Meme Kanseri Öyküsü	Meme kanseri yok	0	
	Meme kanseri var	300	
Çocuk Doğurma Yaşı	Otuz yaş öncesi ilk doğum	0	
	Otuz yaş sonrası ilk doğum	25	
	Çocuk yok	50	
Mesturual Öykü	Menstruasyon başlama yaşı 15 ve	15	
	Menstruasyon başlama yaşı 12-14	25	
	Menstruasyon başlama yaşı 11 ve	50	
Beden Yapısı	Zayıf	15	
	Orta	25	
	Şişman	50	
Toplam Puan			
Puan	Kategori		
200 Altı	Düşük risk		
201- 300	Orta Risk		
301- 400	Yüksek Risk		
400 ve Üstü	En yüksek risk		

Meme kanseri risk düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan bu formda kadınların yaş, ailesel meme kanseri öyküsü, kişisel meme kanseri öyküsü, çocuk doğurma yaşı, mesturual öykü ve beden yapısı dikkate alınarak risk düzeyine göre “düşük”, “orta”, “yüksek” ve “en yüksek” olarak sınıflandırılmaktadır. Formun doldurulması sonucu 200 puan altı “düşük risk”, 201- 300 puan “orta risk”, 301- 400 puan “yüksek risk”, 401 ve üstü “en yüksek risk” olarak değerlendirilmiştir (6).

“Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu”nda yer alan “Beden Yapısı’nın” hesaplanmasında; Beden Kütle İndeksi (BKI) kullanılmıştır. BKI total vücut yağı ile korelasyon gösteren, boy uzunluğu ve vücut ağırlığına bağlı bir indekstir. Araştırmada beden yapısını belirlemek için ağırlık hafif giysilerle, ayakkabısız olarak Kemalpaşa Sağlık Grup başkanlığının sabit tartı aletiyle ölçülmüştür. Boy ise

ayakkabısız olarak duvara sabitlenmiş boy ölçer aracılığıyla ölçülmüştür. BKİ hesaplaması için ağırlık boyun karesine (kg/m²) bölünmüştür. Değerlendirmede Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sınıflandırması kullanılmıştır (115). DSÖ'ye göre; BKİ'si 18.49 ve altı olanlar zayıf, 18.50-24.99 arası normal ve 25.00-29.99 (hafif şişman) olanlar orta, 30.00 ve üstü olanlar şişman kategorisine alınmıştır.

2.2.3. Meme Kanseri ve Mamografi İle İlgili Bilgi Formu

Literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan (21, 26, 42, 48, 57, 67, 95) formun ön uygulaması 30 kişi üzerinde yapılmış, anlaşılır bulunmayan sorular yeniden düzenlenmiştir. Pilot çalışmaya alınan bu kadınlar çalışmanın bütününe dahil edilmemiştir. Formun 10-12 dakikada doldurulduğu belirlenmiştir. Formda meme kanseri ile ilgili risk, genel bilgi ve erken tanıya ilişkin toplam 21 ifade bulunmaktadır. Bu ifadelerden 7 tanesi meme kanseri ile ilgili risk, 4 tanesi meme kanseri ile ilgili genel bilgi ve 10 tanesi meme kanseri erken tanı bilgisini ölçmektedir. Her bir ifade "doğru", "yanlış" ve "fikrim yok" seçeneklerinden biri ile değerlendirilmiştir. Formda doğru cevaplanan ifadeler "1 puan", yanlış veya fikrim yok cevaplarına "0 puan" verilmiştir. Buna göre, toplam meme kanseri bilgi puanı 0-21 puan arasında değişmektedir. Formdan alınan puanın yüksek olması, bireyin meme kanseri bilgisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Meme kanseri ve mamografi ile ilgili bilgi formu kadınlara eğitim öncesi (öntest) ve eğitimden 6 ay sonra (sontest) olmak üzere iki kez uygulanmıştır. Öntest sontest bilgi puanları ve bilgi kazanç puanları hesaplanarak analizler bu puanlar üzerinden yapılmıştır.

2.2.4. Transteoretik Modele (TTM) Göre Değişim Aşamaları Soruları

İlk olarak sigarayı bırakma programlarında kullanılan TTM zamanla sağlığı geliştirme programlarında farklı sağlık davranışlarına yönelik (aşırı yeme ve kilo kontrolü, egzersiz, stresle baş etme, madde bağımlılığı, mamografi gibi) kullanılmıştır (5, 91, 92). Bu model, bireyin isteyerek davranış değişikliklerini gerçekleştirmesine yardım edecek, değişim sürecini anlaması üzerine odaklanır. Geleneksel davranışçı teorik yaklaşımlarda değişim keskin ve direk sonuç olarak değerlendirilirken, Prochaska ve Velicer (1997) değişimi aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak tanımlar (100, 21). Model, davranış değişiminin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi kolaylaştırmak için bireyin içinde bulunduğu değişim

aşamasına uygun olan girişimler kullanılması gerektiğini savunur (100). Transteoretik Model'in yapısı üç aşamalıdır. Bunlar:

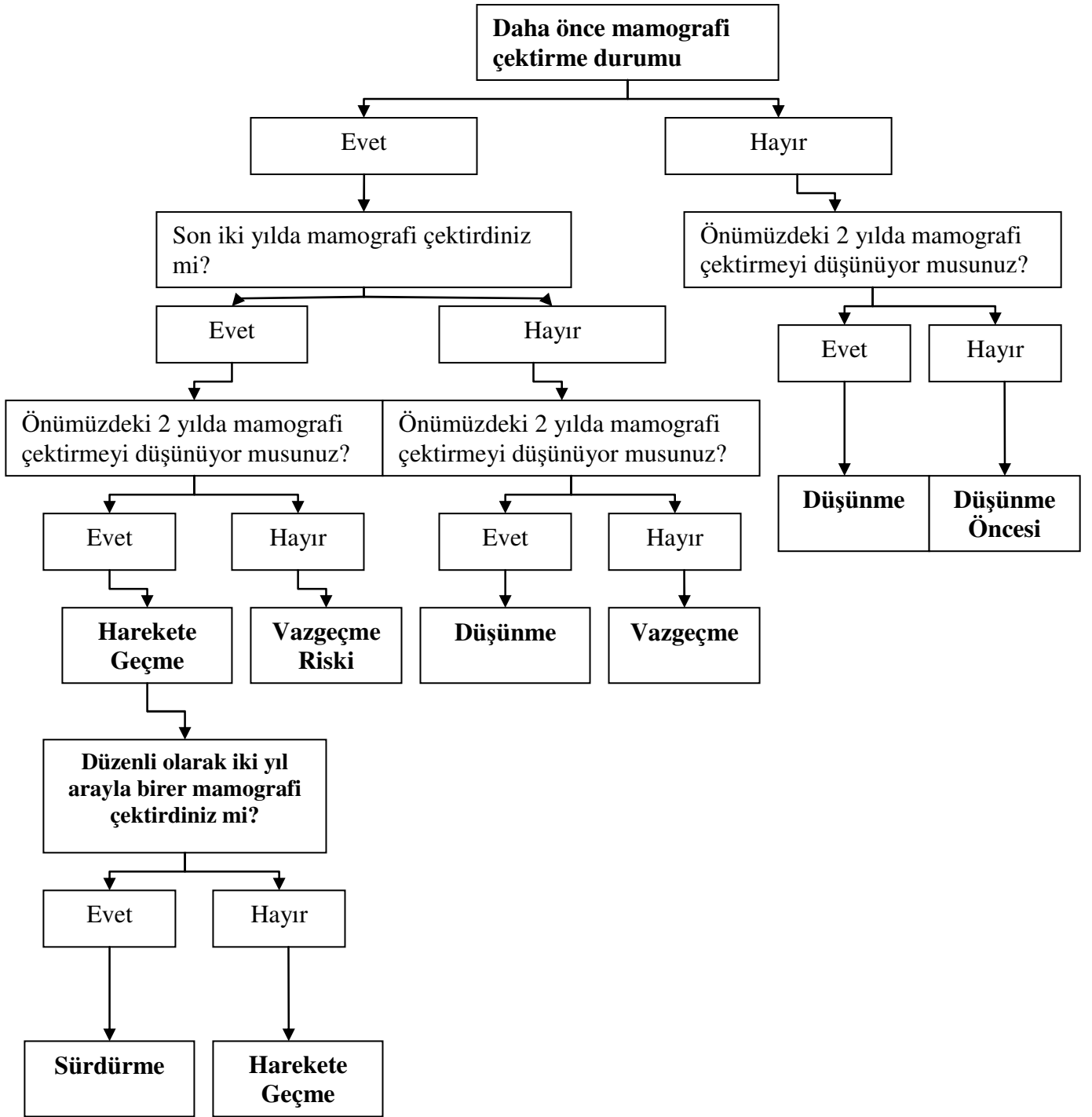
1. Değişim Aşamaları (zamanla ilgili boyut)
2. Değişim Süreci (bağımsız değişken boyutu)
3. Öz-etkililik/Teşvik Eden Faktörler/ Karar Alma Ölçekleri (değişimin düzeyleri)

Bu çalışmada modelin Değişim Aşamaları (zaman ile ilgili geçici boyut)'u kullanılmıştır. Değişim Aşamaları; bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır. Genel olarak beş aşaması vardır (düşünce öncesi, düşünme, vazgeçme, eylem, sürdürme). Değişim Aşamaları soruları bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını ortaya koyar. Böylece bireyin davranış değiştirmeye olan ilgisini ve motivasyonunu yansıtır ve birçok davranışı değiştirmede rehber olarak kullanılmaktadır (117). Son 10 yıldır ülkemizde de birçok alanda (sigara, egzersiz) yapılan araştırmalarda değişim aşaması soruları kullanılmaktadır. Ancak değişim aşaması sorularının kullanıldığı mamografi kullanımı ile ilgili yayına rastlanmamıştır. Rakowski ve ark modelin mamografi girişimlerinde kullanılabilirliği üzerinde çalışmaya başlamış birçok makale yayınlamıştır (21, 22, 23, 24). Bu model kullanan kişiye sıralı ölçüm araçları sağlaması nedeniyle tercih edilmektedir. Mamografi çektirme davranışına yönelik değişim aşaması sorularında; (5, 39).

- “Daha önce hiç mamografi çektirdiniz mi?” ve “Önümüzdeki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünüyor musunuz?” sorularına “Hayır” yanıtı verenler “**Düşünce öncesi (precontemplation)**” aşamasında,
- “Daha önce hiç mamografi çektirdiniz mi?” sorusuna “Evet” yanıtı vererek son iki yıldan önce mamografi çektirmiş olanlar ve “Önümüzdeki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünüyor musunuz?” sorularına “Hayır” yanıtı verenler “**Vazgeçme (Relaps)**” aşamasında,
- “Daha önce hiç mamografi çektirdiniz mi?” sorusuna “Evet” veya “Hayır” yanıtı vererek son iki yıl içinde bir mamografi çektirmemiş ancak “Önümüzdeki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünüyor musunuz?” sorusuna “Evet” yanıtı verenler “**Düşünme (Contemplation)**” aşamasında,
- Son iki yıl içinde bir mamografi çektirmiş ancak “Önümüzdeki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünüyor musunuz?” sorusuna “Hayır” yanıtı verenler “**Vazgeçme Riski (Relaps riski)**” aşamasında,

- Son iki yıl içinde bir mamografi çektirmiş ve “Önümüzdeki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünüyor musunuz?” sorusuna “Evet” yanıtını verenler **Hareket/Eylem (Action)** aşamasında,
- “Düzenli olarak iki yıl arayla birer mamografi çektirdiniz mi?” sorusuna ve “Önümüzdeki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünüyor musunuz?” sorusuna “Evet” yanıtını verenler **Sürdürme (Maintenance)** aşamasında olduğu kabul edilmektedir. Mamografi yaptırma/tarama davranışına ilişkin değişim aşaması sorularının yorumlanmasında kullanılan basamaklar şekil 1’de gösterilmiştir (26, 42).

Şekil 1: Değişim Evreleri Modeline Dayalı Soruların Akış Şeması



2.2.5. Champion'un Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Çalışmada Champion (1984) tarafından geliştirilmiş meme kanseri ve taramalarına ilişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği temel alınmıştır. Champion, 1993 ve 1997 yıllarında ölçeği yeniden düzenlemiş ve 1999 yılında mamografiye ilişkin iki yeni alt boyut eklenmiştir (mamografi engelleri ve mamografi yararları) (10, 47). Ölçek ülkemizde üç ayrı çalışma ile Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeklerin Cronbach's Alpha değerlendirmelerinde; Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında (97) alfa değerleri, 0.74 ile 0.85 arasında, Karayurt'un çalışmasında (64), 0.58 ile 0.89, Gözüm ve Aydın'ın çalışmasında (46) ise 0.69 ile 0.83 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Gözüm ve Aydın tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan formu kullanılmıştır (46). Meme kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin, bireyin meme kanseri ve genel sağlığı ile ilgili yargısını değerlendiren “duyarlılık (3 madde)”, “önemseme/ciddiyet (6 madde)” ve “sağlık motivasyonu (5 madde)”, KKMM ile ilgili “engelleri (8 madde)”, “yararları (4 madde)”, “öz etkililiği (10 madde)”, mamografi ile ilgili “yararları (5 madde)” ve “engelleri (11 madde)” olmak üzere toplam 8 alt boyutu ve 58 maddesi vardır. Ölçekte KKMM ve mamografiye ilişkin alt boyutlar ayrı ayrı kullanılabilirdiği gibi, tüm alt boyutlar birlikte kullanılabilir.

Bu çalışmada araştırma grubunun 50-70 yaş grubunda olması dikkate alınarak; ölçeğin meme kanserine ilişkin “duyarlılık”, “önemseme/ciddiyet”, “sağlık motivasyonu”, mamografi ile ilgili “yararları” ve “engelleri” olmak üzere toplam 5 alt boyutu (30 madde) kullanılmıştır. Ölçek 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçekte, “kesinlikle katılmıyorum” yanıtı 1 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kararsızım” 3 puan, “katılıyorum” 4 puan ve “kesinlikle katılıyorum” 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir.

Çalışmada, ölçeğin Türkçe formlarından hangisi kullanılırsa kullanılsın çalışılan her popülasyon için alt boyutların güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla Cronbach katsayılarının tanımlanması önerisine (47) uyulmuştur.

Tablo 4: CSİMÖ'nin Cronbach's Alpha Değerleri

Ölçek alt boyutları	Madde sayısı	Alınabilecek En Az-En Çok Puanlar	Gözüm& Aydın α	Bu çalışmadaki α
Duyarlılık	3	3 - 15	.69	.94
Önemseme/ciddiyet	6	6 - 30	.75	.86
Sağlık motivasyonu	5	5 - 25	.83	.85
Mamografi yararları	5	5 - 25	.80	.82
Mamografi engelleri	11	11 - 55	.81	.92

2.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN YÖNTEM

İzmir İli Kemalpaşa İlçesi Sağlık Grup Başkanlığına (KSGB) bağlı 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi ve 3 No'lu Aile Hekimliği biriminde aile hekiminin listesine kayıtlı 50-70 yaş arası kadınlar araştırma kriterleri açısından değerlendirilmiş (EK I) ve araştırmaya katılmaya uygun olan kadınlara öntest uygulanmıştır. Sonra meme kanseri ve mamografi eğitimi yapılmış ve eğitimden altı ay sonra sontest uygulanarak eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir.

2.3.1. Eğitim Programının Hazırlanması ve Uygulanması Süreci

Meme kanseri ve mamografi için kadınlara uygulanacak eğitim programının oluşturulması süreci şu basamaklarda gerçekleştirilmiştir.

2.3.1.1. Gereksinim Belirleme

Bölgede aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra sağlık personelinin kayıtlanan kadınlardan aldığı geri bildirimlerle meme kanserinden korunmak için bilgilenmeye ihtiyaçları olduğu saptanmış ve verilecek eğitimlerde ilk üç arasında olduğu belirtilmiştir. İlçede bir devlet hastanesinin olmaması kadınların mamografi çektirmelerinin önünde bir engel oluşturmakta; mamografi çekimi için İzmir'e gitmeleri gerekmektedir. Bu nedenle günümüzde bu yaş arası için önemli bir risk olan meme kanserinden korunmak için (meme kanseri nedir, risk faktörleri nelerdir, kimler risklidir, nasıl korunulduğu, korunma yöntemlerinin önemi, en yakın mamografi çeken merkezler, işlevleri, sağlık sigortasının ödeme durumu gibi) bilgiye ihtiyaç olduğu görülmüştür.

Bölgede çalışan sağlık personelinden alınan bilgiler, literatür taraması, yapılan eğitimlerin gözden geçirilmesi, öntestteki bilgi sorularına verilen cevaplar ve sağlık inanç modeli sorularına verilen cevaplar doğrultusunda eğitimin amaç ve hedefleri belirlenmiş; Sağlık Bakanlığının meme kanserinden korunma ile ilgili halk eğitimlerinde kullandığı eğitim paketinin bu amaç ve hedeflere uygun bir eğitim olduğu saptanmıştır. Bu eğitim paketi düzenlenerek kullanılmıştır (EK-VIII-meme kanseri ile ilgili sunum, meme kanseri film, broşür).

2.3.1.2. Eğitim Programının Oluşturulması

Ön hazırlıklar sonucunda kadınlara verilecek eğitimin hedefleri (EK-IV) ve uygulanacak eğitim tekniklerine karar verilmiştir. Kadınların belirlenen gereksinimleri doğrultusunda eğitimin amacı tanımlanmıştır. Eğitimlerde Sağlık Bakanlığının meme kanseri ve KKMM için halk eğitimlerinde kullandığı eğitim materyali ve video filmi adapte edilmiştir. Gereksinimler doğrultusunda sunum ve konulardan KKMM beceri kısmı çıkarılarak mamografi kullanımını, önemi, İzmir’de mamografi çektirilebilecek sağlık kurumları ve ulaşım adresleri eklenmiştir. Video filminden de KKMM becerisi çıkarılmıştır. Kadınların gereksinim duydukları konular basitten karmaşığa doğru yapılan bir sıralama ile eğitim içeriğinin alt başlıkları netleştirilmiştir. Öğrenim hedeflerine göre 230 dakikalık standart bir eğitim programı oluşturulmuştur. Hedef grubun ileri yaş olması, işitme, görme ve konsantrasyon durumları da dikkate alınarak eğitim tekniği olarak küçük grup (6-9 kişilik) etkinliklerinin kullanılmasına karar verilmiştir. Tek oturumda tamamlanacak olan eğitimin her bölümünün ne kadar süreceğini ve dinlenme aralarının saatleri de belirlenmiş biçimde eğitim programı (Tablo 5) oluşturulmuştur. Eğitim tekniği olarak anlatım, grup tartışması, soru- cevap ve görsel araçlar kullanılmıştır.

2.3.1.3 Uygulama

Öntest sontest ve uygulama ile ilgili bilgi “veri toplama yöntemi ve süresi” başlığı altında ayrıntılı olarak anlatıldığı gibi planlanmıştır. Eğitimler Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı eğitim salonunda 6-9’ar kişilik kadından oluşan gruplara verilmiştir. Eğitimlerde eğitimciye ait taşınabilir bilgisayar ve barkovizyon kullanılmıştır. Eğitimlere toplam 106 kadın katılmıştır ancak eğitim sonrası ile eşleştirildiğinde öntest ve sontest sorularının tümüne yanıt veren toplam 82 kadın üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır.

2.3.1.4. Eğitim Programının Değerlendirilmesi

Değerlendirme, eğitimde etki ve süreç değerlendirmesi olarak yapılmıştır. Etki değerlendirmesi yapmak amacıyla eğitim öncesi ve eğitimden 6 ay sonra anket formları uygulanmıştır. Eğitimin etkinliği bilgi tutum ve davranış üzerinden değerlendirilmiştir. Veri toplama araçları ile ilgili bilgiler “kullanılan gereçler” bölümünde ayrıntılı olarak anlatıldığı gibi; bilgi meme kanseri ve mamografi ile ilgili bilgileri, davranış erken tanı yöntemlerini kullanma durumları, tutum ise sağlık inançları ve değişim aşamaları üzerinden değerlendirilmiştir. Süreç değerlendirmesinde ise katılımcıların eğitimle ilgili görüşlerini almak için hem sözlü hem de sonest uygulamasında sorulan “Meme kanseri ve mamografi konulu aldığınız eğitim konusunda düşünceleriniz nelerdir?” açık uçlu soru ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan 106 kadından 62’si (%58.5) cevap vermiştir. Özellikle bu eğitimin gerekliliğini ve yararlı olduğunu vurgulamışlar, mamografi çekimleri için ilçede inşaat halinde olan devlet hastanesinin bitirilip açılması için araştırmacıdan yardım istemişler ve teşekkür etmişlerdir.

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Ekim 2008-Ağustos 2010 tarihleri arasında İzmir İli Kemalpaşa İlçesi’nde gerçekleştirilmiştir.

2.4.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Kemalpaşa ilçesi İzmir’in 29 km doğusunda Nif dağı eteklerindedir. Kuzeyde Manisa, doğusunda Turgutlu, güneydoğusunda Bayındır, güneyinde Torbalı ve batısında Bornova ile çevrilidir. Nüfusu 2009 verilerine göre 69605’tir (Kadın:34353, 50-70 yaş arası kadın: 6772, Erkek:35252).

Bu nüfusun yaklaşık % 27’si ilçe merkezinde, % 73’ü ise kasaba ve köylerde yaşamaktadır. Yaşı 65 ve üzerindeki nüfus ise ilçedeki toplam nüfusun yüzde 8.2’sini oluşturmaktadır. 2009 yılı ilçenin Nüfus Artış Hızı binde 21.74’tür.

Kemalpaşa ilçesinin 32 köyü ve 5 kasabası vardır. Yurdun çeşitli yerlerinden ilçeye yoğun bir göç olmaktadır. İlçedeki sanayileşmeye paralel olarak gelişen göçler sonucunda, gayrimenkul kiralari artmış sonuçta bu durum geçmişte hızlı gecekondulaşmayı da beraberinde getirmiştir. İlçede hanelerin %78.2’si kanalizasyona bağlıdır. İlçenin geçim kaynakları tarım, hayvancılık ve sanayidir.

İlçede çalışan nüfusunun % 60'ı tarım ve hayvancılıkla uğraşmaktadır. Bölgede içme kullanma suyu olarak % 98 oranında şebeke suyu kullanılmaktadır.

İlçenin sağlık örgütlenmesi: İzmir ve ilçeleri Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 16.02.2006 gün ve 1538 sayılı Makam Onayı ile Aile Hekimliği Pilot İl Uygulaması kapsamına alınmış, 14 Mayıs 2007 tarihinde Aile Hekimliği uygulamasına geçmiştir. Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde bir AÇSAP Merkezi, bu merkeze bağlı olarak hizmet sunan Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi, 11 Aile Sağlığı Merkezi (ASM), beş Sağlık Evi ve 112 Acil Yardım istasyonu bulunmaktadır. Sağlık Grup Başkanlığı/ Toplum Sağlığı Merkezine bağlı toplam 136 sağlık çalışanı ile bölge insanına sağlık hizmeti sunulmaktadır. İzmir İli Aile Hekimliği Pilot Uygulamasıyla birlikte 25 Aile Hekimliği Birimi, 11 Aile Sağlığı Merkezi'nde hizmet vermeye başlamıştır. Aile Hekimliği birimlerinde çalışan yardımcı sağlık personelinin 16'sı sözleşmeli, 10'u görevlendirme ile çalışmaktadır. İlçede hastane olmaması nedeniyle 1 No'lu ASM binası alt katında, Toplum Sağlığı Merkezi acil polikliniği tarafından acil hizmetler ve adli hizmetler yürütülmekte olup 24 saat hizmet vermektedir (105).

Kemalpaşa Merkezi'nde iki Aile Sağlığı merkezi 13 Aile Hekimliği Birimi vardır. İlk Aile Hekimliği sistemine geçildiğinde aile hekimlerine bölge tabanlı nüfus dağıtımı yapılmıştır (105).

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evreni, İzmir İli Kemalpaşa İlçesi Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi 3 No'lu Aile Hekimliği birimine kayıtlı 50-70 yaş arası kadınlardan (N=210) oluşmuştur. İzmir İli Kemalpaşa İlçesi Merkezi yoğun göç alması nedeniyle nüfusunun yapısı değişkendir. En çok nüfusun kayıtlı olduğu ve yerleşik ve kapalı bir bölge olarak nüfus yapısı daha sabit olan 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi 3 No'lu Aile Hekimliği birimi evren olarak alınmıştır.

2.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın örneklemini, 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi 3 No'lu Aile Hekimliği birimine kayıtlı kişi sayısı 4013 olup, bu birimde kayıtlı İlçe Merkezinde yaşayan 50-70 yaş arası kadın sayısı 210'dur. Bu çalışmada; ilk aşamada bu birimde

kayıtlı 50-70 yaş arası tüm kadınların listesi oluşturuldu ve evrenin tümüne ulaşmak amaçlandı. Araştırmada örneğe dahil edilme kriterleri şunlardır;

- Kemalpaşa sağlık Grup Başkanlığı 3 No'lu Aile Hekimliği birimine kayıtlı olma,
- 50-70 yaş grubunda kadın olma,
- Meme kanseri öyküsü bulunmama,
- Sağlıklı olma(bilinci açık, iletişim kurulabilen, koopere olan),
- Okur-yazar olma,
- Daha önce meme kanseri ve mamografi konusunda eğitim almamış olma,
- Verilen eğitimin tamamına katılmış olma,
- Araştırmaya katılmak için hazırlanmış olan bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okuyarak imzalamış olması.

Kriterlerin tamamının karşılanması temel koşul olmuştur. Bu nedenle söz konusu kriterlerden birinin bile karşılanmaması dışlama nedeni olarak belirlenmiştir.

Araştırma kriterleri açısından; listedeki kadınlardan; 16'sının gönüllü olmaması, 35'inin okur-yazar olmaması, 7'sinin sağlık problemleri nedeniyle eğitime katılamaması (işitme kaybı, felç), 27'sinin önceden mamografi ile ilgili eğitim almış olması, 2'sinin önceden meme kanseri tanısı almış olması nedeniyle uygun olmaması. Kadınların 11'inin taşınmış ya da il dışında olması, 4'üne hiçbir şekilde ulaşılamaması ve 2'sinin de yaşamını yitirmiş olması nedeniyle toplam 104 kadına ulaşılamamıştır. Çalışmanın örneğini, çalışmaya alınma kriterlerine uygun olan toplam 106 kadın oluşturmuştur.

Birinci uygulamada toplam 106 kadın ile görüşülmüş ve eğitim yapılmıştır. İkinci uygulamada altı kişi sağlık sorunları, üç kişi ilçe dışına taşınmış olması, iki kişi il dışındaki yakınlarının yanına gitmesi, iki kişi başka bir adrese taşınması, bir kişi yaşamını yitirmiş olması, bir kişi ilk kez çektiği mamografi sonucunda meme kanseri tanısı almış olması, altı kişi eğitimin tamamına katılmaması ve üç kişi araştırmacı ile görüşmek istememesi nedeniyle çalışma dışında kalmıştır. Belirtilen bu nedenlerle çalışma kapsamında eğitim öncesi ve sonrası eşleştirilerek toplam 82 kadın (ulaşım oranı%77.4) kalmış araştırma verileri bu sayı üzerinden değerlendirilmiştir.

2.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelenmiştir.

2.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: kadınların;

- Bilgi düzeyi (Bilgi),
- Erken tanı davranışı (KKMM, KMM, mamografi) (Davranış),
- Değişim aşamaları (Tutum/Davranış),
- Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin alt boyutlarıdır (Tutum).

2.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:

Kadınların; sosyo-demografik özellikleri (doğum yeri, Kemalpaşa'da yaşadığı süre, en uzun yaşadığı yer, yaşı, eğitim durumu, sağlık güvencesi, medeni durumu, mesleği, sahip olduğu toplam çocuk sayısı, gelir düzeyi), menopoza girme ve hormon tedavisi alma durumu, meme kanseri risk algılama durumları ve meme kanseri risk düzeyi bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir.

2.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

Araştırmanın verileri eğitim öncesi (Mayıs 2009-Temmuz 2009 tarihleri arasında) ve eğitimden 6 ay sonra (Şubat 2010- Nisan 2010 arasında) olmak üzere iki kez toplanmıştır. İzmir İli Kemalpaşa İlçesi Sağlık Grup Başkanlığına bağlı 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi 3 No'lu Aile Hekimliği biriminde kayıtlı olan kadınların telefon numaraları ve adresleri listelenmiştir. Telefonla ev ziyareti için randevu alınmış ve kadınlar araştırmaya alınma kriterleri açısından taranmıştır. Bu süreçte kadınlara "Kişisel Bilgi Formu (Alınma Kriterlerine İlişkin)" (EK- I) uygulanarak eğitime katılacak kadınların araştırma kriterlerine uygun olup olmadıkları belirlenmiştir. Bu formda; Yaş, eğitim durumu, kişisel meme kanseri öyküsü, eğitime engel olacak düzeyde sağlık probleminin varlığı, önceden meme kanseri ve mamografi konusunda eğitim alma durumu, Meme kanseri ve mamografi konusunda verilecek eğitime katılmak isteyip istemedikleri gibi toplam altı soru sorulmuştur. Her kadın en az iki kez telefonla aranmış ulaşılamayan veya telefonu olmayan kadınlar için adreslerine gidilerek en az iki ev ziyareti yapılarak araştırmaya alınma kriterleri açısından

değerlendirilmiştir. İlk ev ziyaretinde evde bulunamayan kadınlara bir sonraki ziyaret için kapılarına not bırakılmış ve komşuları bilgilendirilmiştir. Araştırma kriterleri açısından uygun olan ve yazılı onam ile katılmayı kabul eden kadınlara ev ziyaretleri ile aşağıdaki basamaklara uygun olarak veri toplama araçları uygulanmıştır.

2.8.1. Soru Formlarının Uygulanması (Öntest)

Araştırma kriterlerine uygun olan kadınlara ev ziyaretleri ortamında yüz yüze anket tekniği kullanılarak ve soru-cevap şeklinde veriler toplanmıştır. Öncelikle çalışmanın amacı anlatılmış ve yazılı onamları (EK-IX) alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların bilgi düzeyini değerlendirmek için “Meme Kanseri ve Mamografi ile İlgili Bilgi Formu”, tutumu/davranışı değerlendirmek için “Transteoretik Modele Göre Değişim Aşamaları Soruları” ve “Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” davranışı değerlendirmek için “Anket Formu” içinde yer alan erken tanı yöntemlerini (KKMM, KMM, mamografi) kullanma durumları, meme kanseri risklerini belirlemek için “Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formu” ve tanımlayıcı veriler için “Anket Formu’nun” tamamı uygulanmıştır.

2.8.2. Eğitim Girişimi

Eğitimlerde Sağlık Bakanlığı’nın meme kanseri ve KKMM için kullandığı eğitim materyali ve video filmi adapte edilerek kullanılmıştır. Sunum ve konulardan KKMM beceri kısmı çıkarılarak mamografi kullanımı, önemi, İzmir’de mamografi çektirilebilecek sağlık kurumları ve ulaşım adresleri eklenmiştir. Video filminde KKMM becerisi çıkarılarak izletilmiştir. Ayrıca “Meme Kanseri Erken Tanı Hayat Kurtarır” isimli İzmir İl Sağlık Müdürlüğü broşürü eğitim sonrası kadınlara verilmiştir.

Meme kanseri ve mamografi ile ilgili eğitim Mayıs- Temmuz 2009 tarihleri arasında her bir katılımcının bir kez katıldığı toplam 15 oturumda gerçekleşmiştir. Her bir oturumda sayıları 6- 9 arasında değişen kadınlar yer almıştır (dokuz oturum 6 kadın, bir oturum 7 kadın, beş oturum 9 kadın). Eğitim oturumlarından üçü sabah 09-12.50; diğer oturumlar öğleden sonra 13.00-16.50 saatleri arasında yapılmıştır. Kadınlar eğitim gününden bir gün önce telefon ile aranmış ve Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Eğitim Salonuna davet edilmiştir. Eğitimden önce salon uygun hale getirilerek (U oturma düzeni, uygun aydınlatma, ortamın sıcaklığı, ses, eğitim

salonuna poster ve afişlerin asılması, su ve içecek sağlanması, ara ikramlar, projeksiyon makinesi ve diğer görsel-işitsel eğitim araçlarının hazırlanması) düzenlenmiştir. Her eğitim, tek oturumda ve toplam 230 dakikada tamamlanmıştır. Eğitim programındaki konular sırasıyla verilmiş ve katılımcıların soruları cevaplandırılarak geri bildirimleri alınmıştır.

Tablo 5: Meme Kanseri ve Mamografi Eğitim Program

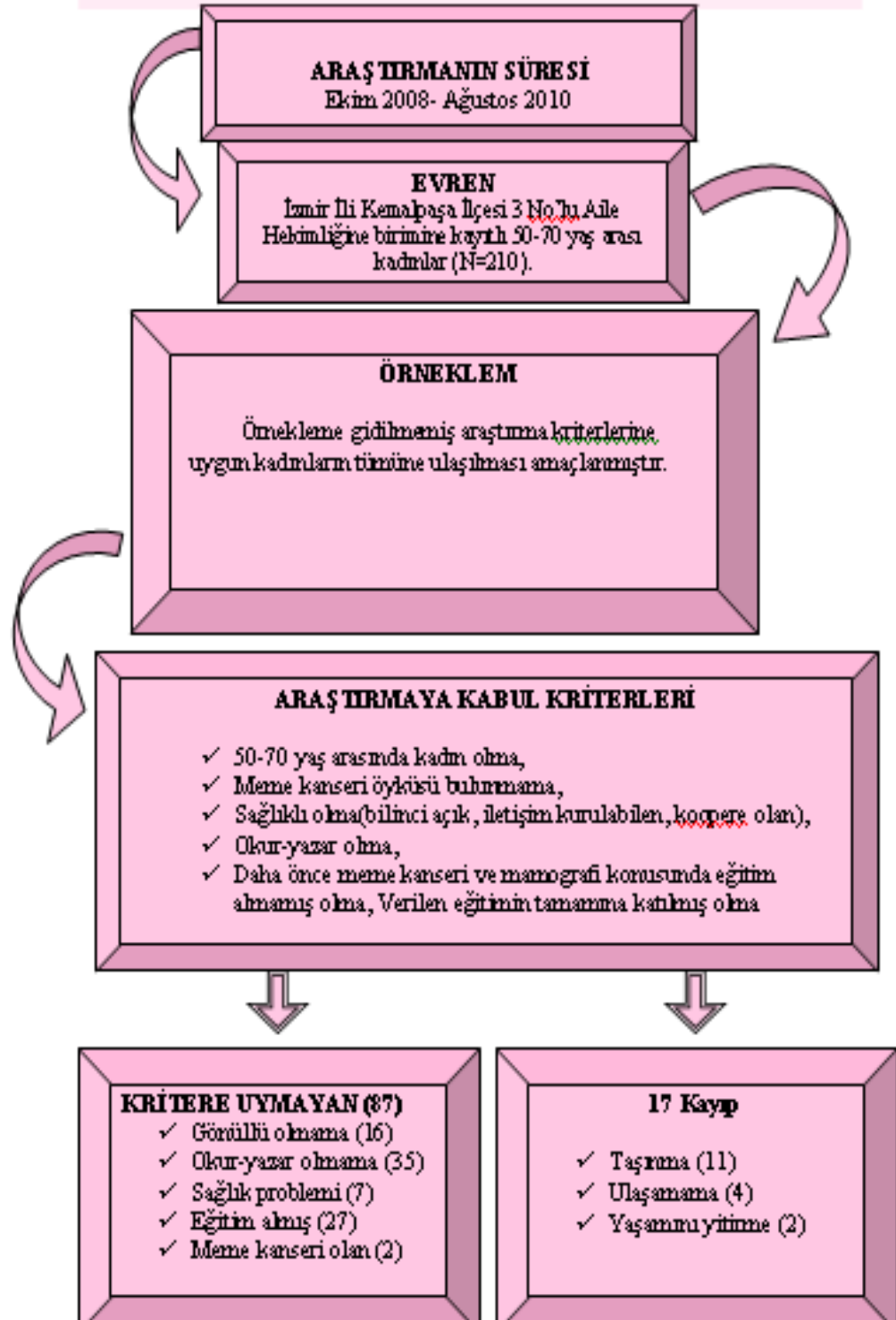
GÜN	SAAT	SÜRE	ETKİNLİK
10.05.2009	13.00-13.55	10 dk.	Açılış
16.05.2009		10 dk.	Tanışma
23.05.2009		10 dk.	Isınma
30.05.2009		15 dk.	Beklentilerin Alınması
06.06.2009		10 dk.	Eğitimin amaç öğrenim hedeflerinin ve eğitim programının tanıtılması
14.06.2009			
20.06.2009	13.55-14.05	10 dk.	Ara
27.06.2009	14.05-14.25	20 dk.	Meme Kanseri ve Mamografi ile ilgili Video Filminin izlenmesi
05.07.2009			
11.07.2009	14.25-15.10	45 dk.	Meme Kanseri Tanımı
19.07.2009			Meme Kanseri Belirtileri
20.07.2009	15.10-15.55	45 dk	Meme Kanseri İle İlgili Risk Faktörleri
21.07.2009			Meme Kanserinden Korunmak için Alınacak Önlemler
22.07.2009			Meme Kanseri Erken Tanısı'nda Kullanılan Yöntemler
23.07.2009			
	15.55-16.05	10 dk.	Ara
	16.05-16.50	45 dk.	Mamografi ve Önemi İzmir'de Mamografi Çektirilebilecek Merkezler Katılımcıların sorularının cevaplanması

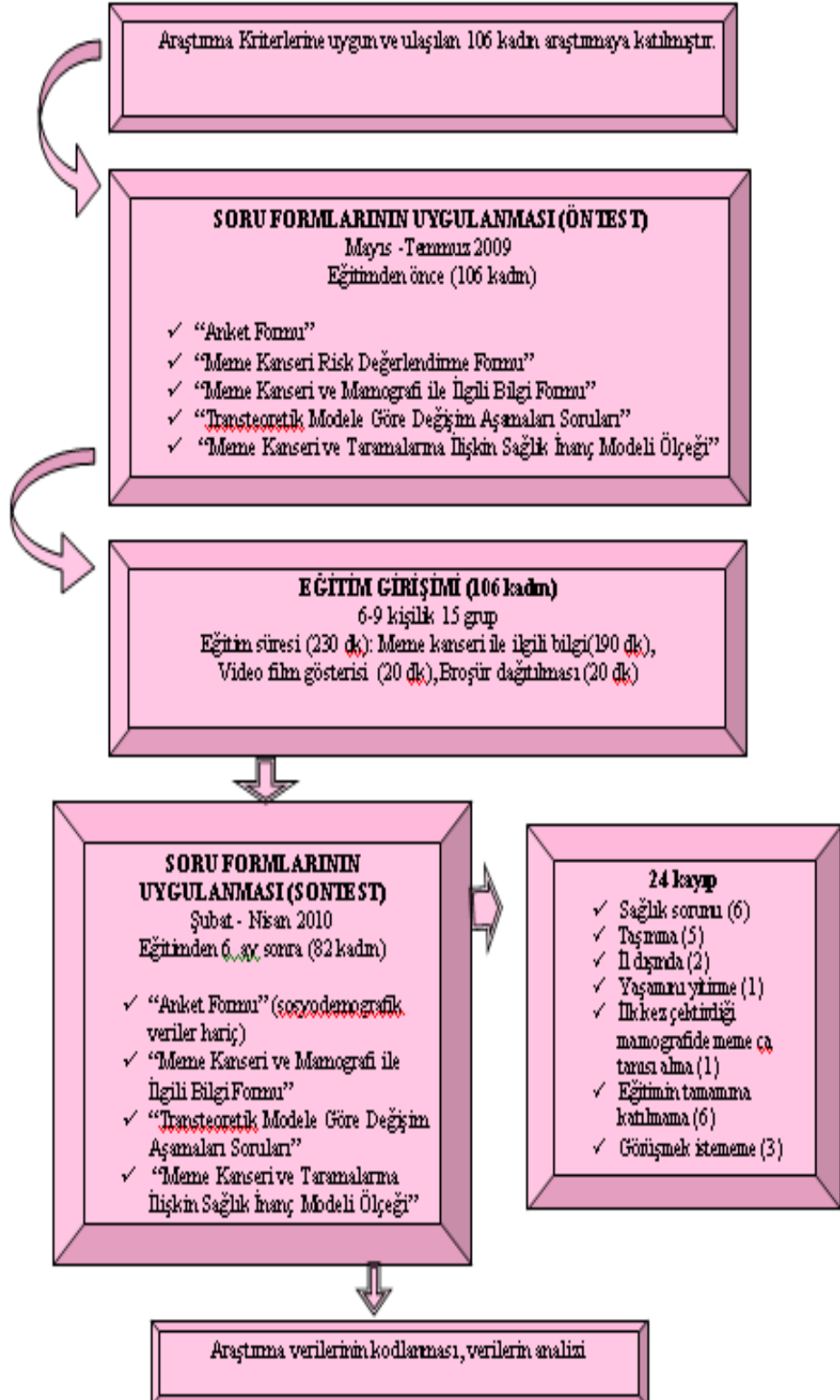
2.8.3. Soru formlarının Uygulanması (Sontest)

Eğitimin etkinliğini değerlendirmek için kadınlara eğitim öncesi öntest ve eğitim uygulamasından 6 ay sonra sontest uygulanmıştır. Eğitime katılan kadınlar sontest uygulamasından bir gün önce telefon ile aranmış ve ertesi gün uygun oldukları

zaman/saat belirlenerek ev ziyareti gerçekleştirilmiştir. Bu ziyarette kadınlara, “Meme Kanseri ve Mamografi ile İlgili Bilgi Formu” ve “Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin” tümü uygulanmıştır. Erken tanı ile ilgili öntestte sorulan sorular sontestte “Son altı ay içinde” KKMM, KMM ve mamografi çektirme açısından sorgulanmıştır. Ayrıca eğitimi değerlendirmek için açık uçlu olarak “Meme kanseri ve mamografi konulu aldığımız eğitim konusunda düşünceleriniz nelerdir?” sorusu sorulmuştur. “Transteoretik Modele Göre Değişim Aşamaları Sorularında” öntestte “son iki yıl içinde mamografi çektirdiniz mi?” sorusu “Son altı ay içinde mamografi çektirdiniz mi?” ve Yanıtınız hayır ise neden? olarak sorulmuştur. Ayrıca sontestte “Son altı ay içinde mamografi çektirmek için randevu aldınız mı?”, Yanıtınız hayır ise neden? sorusu eklenmiştir. Araştırmanın sürecine ilişkin akış şeması aşağıda verilmiştir (Şekil 2).

Şekil 2: KEMALPAŞA'DA 50-70 YAŞ ARASI KADINLARDA MEME KANSERİ VE MAMOGRAFI EĞİTİMİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İSİMLİ ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN AKIŞ ŞEMASI





2.9. VERİLERİN ANALİZİ














Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS (Statistical Package For Social Science) 15.0 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin analizinde;

- Kadınlara ilişkin tanımlayıcı verilerin (kadınların; Sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık, menopoz durumu, meme kanseri olma risklerini algılama durumları, meme kanseri risk faktörleri, meme kanseri risk düzeyleri, erken tanı yöntemlerini kullanma durumları, değişim aşaması sorularına verdikleri yanıtlar, değişim aşaması basamakları) sayı ve yüzde dağılımları,
- Meme kanseri ve mamografi ile ilgili bilgi soruları yanıtları (Eğitim öncesi-Eğitim sonrası) eğitimden önce ve sonra elde edilen öntest– sontest bilgi puan ortalamaları ve bilgi kazanç puanları; Bağımlı gruplarda t testi,
- Kadınların sosyo-demografik değişkenlere göre bilgi kazanç puan ortalamalarının karşılaştırılması; Bağımsız Gruplarda t testi, varyans Analizi,
- Kadınların doğurganlık, menopoz ve erken tanı yöntemlerine ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin bilgi kazanç puan ortalamalarının karşılaştırılması; Bağımsız Gruplarda t testi,
- Kadınların meme kanserinden korunma ve erken tanı ile ilgili (KKMM uygulama; mamografi çekirme; klinik meme muayenesi yaptırma) bilgi durumu (öntest-sontest); Bağımlı gruplarda χ^2 testi ile,
- Kadınların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Değişim Aşamalarının Karşılaştırılması; Wilcoxon İşaretli Sıra Testi
- Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri, doğurganlık, Menopoz ve Erken Tanı Yöntemlerinin eğitim sonrası değişim aşaması durumuna etkisi; χ^2 testi ile,
- Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyut güvenilirliği; Cronbach Alpha katsayısı ile
- Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki ilişki ve sağlık inançlarının mamografi çekirme niyetine etkisi; bağımlı gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir.

2.10. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma konusunun belirlenmesi amacıyla, Ekim 2008 yılında hazırlık çalışmaları ve literatür okumalarına başlanmıştır. Ocak 2009'da araştırma konusu belirlenmiştir. Aynı yılın Mart ayında tez önerisi olarak tez ön komitesine sunulmuştur. Çalışmanın ilk verileri Mayıs- Temmuz 2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın ikinci verileri ise Şubat- Nisan 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizi ve araştırmanın yazımı Ağustos 2010 tarihine kadar tamamlanmıştır (Şekil 3).

ŞEKİL 3: ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ

YAPILAN ÇALIŞMALAR	Ekim- Aralık 2008	Ocak 2009	Şubat- Mart 2009	Nisan 2009	Mayıs- Temmuz 2009	Ağustos 2009 Ocak 2010	Şubat 2010 Nisan 2010
Literatür Tarama							
Araştırma Desenin Seçimi							
Tez Önerisi							
Projelendirme							
İlk Uygulama Veri Toplama Aşaması					I 		
Bekleme Süresi						6ay 	
İkinci Uygulama Veri Toplama Aşaması							II 
Verilerin Değerlendirilmesi- Analizi							

2.11. ARAŞTIRMADA ETİK

Araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır (EK-V). Etik kurul raporu sonrasında, eğitim programının uygulanabilmesi için Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığı ile ön görüşmeler yapılarak, gerekli izin alınmıştır (EK-VI). İlgili kurum yönetici ve çalışanlarına araştırmanın amacı ve yöntemi anlatılmıştır. Araştırmacı ilk ev ziyaretleri sırasında araştırma listesindeki kadınlara kendini tanıtarak, Ege Üniversitesi personel kimlik kartını göstermiştir. Kadınlara araştırmanın amacı açıklanmış ve "Meme kanseri ve mamografi" konulu eğitime katılmak isteyenlerin sözel ve yazılı onamları alınmıştır (EK- IX). Yapılan tüm görüşmelerde araştırmaya alınan bireylerin gönüllü olmasına özen gösterilmiştir. Her katılımcıya çalışmanın amacı, çalışmanın nasıl sürdürüleceği, istedikleri zaman rahatlıkla çalışmadan ayrılacakları, alınan bilgilerin gizli kalacağı açıklanmış ve merak ettikleri sorular yanıtlanmıştır. Etik olarak, araştırma kapsamı dışında kalan kadınların zarar görmemesi için, araştırma tamamlandıktan sonra, meme kanseri ve mamografi içerikli bir dizi eğitim ve konferanslarının gerçekleştirilmesi sağlık grup başkanlığı ve Kemalpaşa Belediyesi ile görüşülerek planlanmıştır. Meme kanseri yönünden risk altında olan kadınlar, erken tanı/tarama için kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi gibi tarama programlarına katılmaları için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmiştir. Araştırmada yararlanılan ölçüm aracı için ilgili akademisyenden (EK- VII) kullanım izni sözel ve yazılı olarak alınmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular;

- I. Kadınlara İlişkin Tanımlayıcı Bulgular,
- II. Kadınların Meme Kanseri Riskine İlişkin Bulgular,
- III. “Meme Kanseri ve Mamografi”ye ilişkin Bilgi Düzeyi ve Verilen Eğitimin Bilgi Düzeyine Etkisi,
- IV. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları ve “Meme Kanseri ve Mamografi” Eğitiminin Erken Tanı Davranışlarına Etkisi,
- V. Kadınların Değişim Aşamalarına Göre Dağılımları ve “Meme Kanseri ve Mamografi” Eğitiminin Değişim Aşamalarına Etkisi,
- VI. “Meme Kanseri ve Mamografi” Eğitiminin Sağlık Algularına Etkisi olmak üzere toplam altı bölümde sunulmuştur.

3.1. KADINLARA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Bu bölümde araştırma grubundaki kadınların yaş, doğum yeri, en uzun yaşadıkları yer, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu ve sağlık güvencesi gibi bazı Sosyo-demografik özelliklere ait veriler yer almaktadır.

Tablo 6: Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler (n=82)	Sayı	%
Yaş Grubu		
50-54 yaş	41	50.0
55-59 yaş	18	22.0
60-64 yaş	14	17.0
65-70 yaş	9	11.0
Doğum Yeri		
Kemalpaşa	37	45.1
Kemalpaşa Dışı	45	54.9
En Uzun Yaşadığı Yer		
Kemalpaşa	62	75.6
Kemalpaşa Dışı	20	24.4
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	14	17.1
İlkokul mezunu	39	47.6
Ortaokul mezunu	11	13.4
Lise mezunu	10	12.1
Üniversite ve üzeri	8	9.8
Medeni Durumu		
Evli	64	78.0
Dul/Boşanmış	18	22.0
Çalışma Durumu		
Ev Kadını	64	78.0
Emekli	13	15.9
İşçi	5	6.1
Toplam	82	100.0

Kadınların yaş ortalamasının 56.4 ± 5.9 olduğu, %54.9'unun doğum yerinin Kemalpaşa dışı, çoğunluğunun (%75.6) en uzun yaşadığı yerin Kemalpaşa olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubundaki kadınların yarıya yakınının ilkokul mezunu, %17.1'i okur-yazar, %13.4'ü ortaokul mezunu ve diğerlerinin lise ve üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların büyük çoğunluğunun evli (%78.0) ve ev kadını (%78.0) olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7: Kadınların Gelir ve Sağlık Güvencesi Durumuna Göre Dağılımı

Tanıtıcı Bilgiler (n=82)	Sayı	%
Gelir Durumu		
450 YTL ve Altı	11	13.4
451 YTL–1.150 YTL	47	57.3
1.151 YTL–2.400 YTL	16	19.5
2.400 YTL–4.700 YTL	8	9.8
Sağlık Güvencesi		
Emekli Sandığı	15	18.3
SSK	25	30.5
Bağ-kur	18	22.0
Yeşil Kart	19	23.2
Sağlık güvencesi olmayan	5	6.1
Toplam	82	100.0

Kadınların aylık gelir ortalamasının 1038.4 ± 726.4 olduğu, %57.3'ünün 451 YTL–1.150 YTL gelir düzeyinde olduğu, %30.5'inin SSK, %23.2'sinin Yeşil kart sağlık güvencelerinin olduğu %6.1'inin ise sağlık güvencesinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 7).

3.1.1. Kadınların Doğurganlık ve Menopoz Durumuna İlişkin

Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki kadınların çocuk sayısı, menopoza girme durumu, menopoz yaşı ve hormon tedavisi alma durumu gibi doğurganlık ve menopoza ait veriler yer almaktadır.

Tablo 8: Kadınların Doğurganlık ve Menopoz Durumuna İlişkin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

	Sayı	%
Toplam Çocuk Sayısı (n=82)		
1	11	13.4
2	34	41.5
3	17	20.7
4 ve üzeri	20	24.4
Menopoz Durumu (n=73)		
Evet	73	89.0
Hayır	9	11.0
Menopoz Yaşı*(n=73)		
30-35	2	2.7
36-39	4	5.5
40-45	13	17.8
46-49	23	31.5
50-54	27	37.0
55 ve üzeri	4	5.5
HRT (Hormon Replasman Tedavisi) Kullanma Durumu**(n=73)		
Evet	14	19.2
Hayır	59	80.8
HRT Kullanma Süresi**(n=14)		
1-12 ay	9	64.3
13 ay ve üzeri	5	35.7
Toplam	82	100.0

* Yüzdeler menopoza girenler üzerinden alınmıştır.

**Yüzdeler HRT kullananlar üzerinden alınmıştır.

Kadınların ortalama çocuk sayısının 2.76 ± 1.4 olduğu, %41.5'inin toplam 2 çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların menopoz yaş ortalamasının 48.9 ± 3.4 olduğu, % 89.0'unun menopoza girdiği ve menopoza giren kadınların çoğunluğunun(%37.0) 50-54 yaşları arasında olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %19.2'sinin HRT kullandığı ve kullananların %64.3'ünün 1-12 ay süreyle HRT tedavisi aldığı belirlenmiştir (Tablo 8).

3.2. KADINLARIN MEME KANSERİ RİSKİNE İLİŞKİN

BULGULAR

Bu bölümde araştırma grubundaki kadınların; meme kanseri risk algılama durumları, ailesel meme kanseri öyküsü, çocuk doğurma yaşı, menstrual öykü ve beden yapısı durumları gibi meme kanseri riskine ait veriler ve bu veriler dikkate alınarak hesaplanan risk düzeyine göre “düşük”, “orta”, “yüksek” ve “en yüksek” olarak sınıflandırma yer almaktadır.

Tablo 9: Kadınların Meme Kanseri Olma Risklerini Algılama Durumlarına Göre Dağılımı

Algılanan Risk Durumu	Sayı	%
Hiç Yok	11	13.4
Düşük Risk	24	29.3
Yüksek risk	12	14.6
Bilmiyorum	35	42.7
Toplam	82	100.0

Kadınların meme kanseri olma risklerini algılama durumlarını sorgulamak için sorulan soruya %42.7'si bilmiyorum, %29.3'ü düşük risk, %14.6'sı yüksek risk ve %13.4'ü ise hiç risk yok yanıtını vermişlerdir (Tablo 9).

Tablo 10: Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerine Göre Dağılımı

Risk Faktörü	Sayı	%
İlk Adet Yaşı (n=82)		
11 ve Altı	11	13.4
12-14	56	69.5
15 ve üzeri	15	17.1
İlk Doğum Yaşı (n=82)		
30 yaş öncesi ilk doğum	77	93.9
30 yaş sonrası ilk doğum	5	6.1
Ailede Meme Kanseri Olma Durumu (n=82)		
Var	11	13.4
Yok	71	86.6
Meme Kanseri Olan Aile Üyesinin Yakınlık Derecesi*(n=11)		
Anne	1	9.1
Teyze	7	63.6
Kız kardeş	3	27.3
Beden Yapısı (n=82)		
Zayıf	2	2.4
Orta	43	52.4
Şişman	37	45.2
Toplam	82	100.0

* Yüzdeler ailesinde meme kanseri olanlar üzerinden alınmıştır.

Kadınların ilk adet yaş ortalaması 12.6 ± 1.4 olduğu, çoğunluğunun (%69.5) İlk adet yaşının 12-14 yaşında ve ilk doğum yaş ortalaması 19.5 ± 4.0 olduğu, büyük çoğunluğunun (%93.9) 30 yaş öncesinde ilk doğumunu gerçekleştirdiği belirlenmiştir. Çalışma grubundaki kadınların %13.4'ünün yakınlarında meme kanseri görüldüğü, ailesinde kanser görülen kadınların %63.6'sının teyzesinde meme kanseri görüldüğü belirlenmiştir. Kadınların %45.2'sinin şişman beden yapısına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 11: Kadınların Hesaplanan Meme Kanseri Risk Düzeyi Dağılımı

Risk Düzeyi	Sayı	%
Düşük risk(200 puan ve Altı)	65	79.2
Orta Risk(201- 300)	9	11.0
Yüksek Risk(301- 400)	8	9.8
Toplam	82	100.0

Araştırma kapsamına alınan kadınların hesaplanan meme kanseri risk düzeyi dağılımlarına ilişkin bulgular Tablo 11’de verilmiştir. Kadınların çoğunluğunun (%79.2) meme kanseri risk düzeyinin düşük olduğu, %9.8’inin yüksek risk grubunda olduğu bulunmuştur (Tablo 11).

3.3. “MEME KANSERİ VE MAMOGRAFI”YE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE VERİLEN EĞİTİMİN BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ

Bu bölümde, kadınların meme kanseri ve mamografi eğitimi öncesi (öntest) ve sonrası (sontest) meme kanseri ve mamografi ile ilgili bilgi sorularına verdikleri yanıtlara ilişkin veriler bulunmaktadır.

Tablo 12: Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri İle İlgili Genel İfadelere Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Meme Kanseri İle İlgili Genel İfadeler	Eğitim öncesi (öntest) (n:82)				Eğitim sonrası (Sontest) (n:82)				P*
	Biliyor		Bilmiyor		Biliyor		Bilmiyor		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür.	66	80.5	16	19.5	73	89.0	9	11.0	0.016
Meme kanseri çok yavaş gelişen bir kanserdir.	33	40.2	49	59.8	49	59.8	33	40.2	0.000
Meme kanseri genetik/ailesel geçiş gösterir.	53	64.6	29	35.4	60	73.2	22	26.8	0.016
Meme kanseri bulaşıcıdır.	21	25.6	61	74.4	62	75.6	20	24.4	0.000

*McNemar Test

Kadınların meme kanseri ile ilgili genel ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında meme kanseri ile ilgili tüm genel ifadelerde eğitim sonrasında doğru yanıt verilme sıklığı anlamlı olarak artmıştır. “Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %80.5’i, eğitim sonrasında %89.0’u “Doğru” yanıt vermiştir. “Meme kanseri çok yavaş gelişen bir kanserdir” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %40.2’si, eğitim sonrasında %59.8’i, “Meme kanseri genetik/ailesel geçiş gösterir” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %64.6’sı, eğitim sonrasında %73.2’si, “Meme kanseri bulaşıcıdır” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %25.6’sı, eğitim sonrasında %75.6’sı “Doğru” yanıt vermiştir.

Tablo 13: Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri Riski İle İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Meme Kanseri Riski İle İlgili İfadeler	Eğitim öncesi (Öntest) (n:82)				Eğitim sonrası (Sontest) (n:82)				P*
	Biliyor		Bilmiyor		Biliyor		Bilmiyor		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Ailesinde meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri daha fazla görülür.	55	67.1	27	32.9	63	76.8	19	23.2	0.008
Az yağlı yiyeceklerle beslenen kadınların meme kanseri olma riski daha azdır.	39	47.6	43	52.4	45	54.9	37	45.1	0.031
Yaşlı kadınların meme kanserine yakalanma riski genç kadınlardan daha fazladır.	27	32.9	55	67.1	39	47.6	43	52.4	0.000
Erken yaşta adet gören kadınların meme kanserine yakalanma riski daha fazladır.	27	32.9	55	67.1	50	61.0	32	39.0	0.000
Erken yaşta ilk doğumunu yapan kadınların meme kanserine yakalanma riski daha fazladır.	25	30.5	57	69.5	37	45.1	45	54.9	0.000
Emziren kadınlarda meme kanseri görülme riski daha düşüktür.	43	52.4	39	47.6	50	61.0	32	39.0	0.016
Meme kanseri büyük göğüslü kadınlarda	24	29.3	58	70.7	35	42.7	47	57.3	0.001

daha fazla görülür.									
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*McNemar Test

Kadınların meme kanseri riski ile ilgili ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 13’de gösterilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında meme kanseri riski ile ilgili tüm ifadelerde eğitim sonrasında doğru yanıt verilme sıklığı anlamlı olarak artmıştır. “Ailesinde meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri daha fazla görülür” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %67.1’i, eğitim sonrasında %76.8’i, “Az yağlı yiyeceklerle beslenen kadınların meme kanseri olma riski daha azdır” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %47.6’sı, eğitim sonrasında %54.9’u, “Yaşlı kadınların meme kanserine yakalanma riski genç kadınlardan daha fazladır” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %32.9’u, eğitim sonrasında %47.6’sı, “Erken yaşta adet gören kadınların meme kanserine yakalanma riski daha fazladır” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %32.9’u, eğitim sonrasında %61.0’i, “Erken yaşta ilk doğumunu yapan kadınların meme kanserine yakalanma riski daha fazladır” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %30.5’i, eğitim sonrasında %45.1’i, “Emziren kadınlarda meme kanseri görülme riski daha düşüktür” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %52.4’ü, eğitim sonrasında %61.0’i, “Meme kanseri büyük göğüslü kadınlarda daha fazla görülür” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %29.3’ü, eğitim sonrasında %42.7’si “Doğru” yanıt vermiştir.

Tablo 14: Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası Meme Kanseri erken tanısı İle İlgili İfadelere Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Meme Kanseri erken tanısı İle İlgili İfadeler	Eğitim öncesi (Öntest) (n:82)				Eğitim sonrası (Sontest) (n:82)				P*
	Biliyor		Bilmiyor		Biliyor		Bilmiyor		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Meme kanseri erken teşhis edilse bile tamamen şifa sağlanamaz.	33	40.2	49	59.8	63	76.8	19	23.2	0.000
Meme kanseri erken dönemde bulunsa bile kadının yaşama şansı çok düşüktür.	21	25.6	61	74.4	37	45.1	45	54.9	0.000
Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi için 40 yaşından sonra her yıl mamografi(meme filmi) çektirmek en iyi yollardan biridir.	57	69.5	25	30.5	68	82.9	14	17.1	0.001
20 yaşından itibaren her kadının ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapması meme kanserini erken tanıma açısından önemlidir.	50	61.0	32	39.0	63	76.8	19	23.2	0.000

Muayenede ele gelebilecek büyüklüğe ulaşmamış şişlikler (kitle) mamografi (meme filmi) ile saptanabilir.	52	63.4	30	36.6	68	82.9	14	17.1	0.000
20 yaşından itibaren her kadının yakınması olsun ya da olmasın mutlaka mamografi (meme filmi) çektirmesi gerekir.	32	39.0	50	61.0	53	64.6	29	35.4	0.000
Ülkemizde 50-69 yaş arası kadınların iki yılda bir mamografi(meme filmi) masrafı sağlık güvenceleri tarafından ödenmektedir.	33	40.2	49	59.8	73	89.0	9	11.0	0.000
Mamografi(meme filmi) çektirmek çok ağrı verici bir işlemdir.	8	9.8	74	90.2	50	61.0	32	39.0	0.000
Mamografi(meme filmi) çektirmek çok zaman alır.	6	7.3	76	92.7	35	42.7	47	57.3	0.000
Mamografi(meme filmi) çektirmek meme kanserine yol açar.	2	2.4	80	97.6	18	22.0	64	78.0	0.000

*McNemar Test

Kadınların meme kanseri erken tanısı ile ilgili ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 14’te gösterilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında meme kanseri erken tanısı ile ilgili tüm ifadelerde eğitim sonrasında doğru yanıt verilme sıklığı anlamlı olarak artmıştır. “Meme kanseri erken teşhis edilse bile

tamamen şifa sağlanamaz” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %40.2’si, eğitim sonrasında %76.8’i, “Meme kanseri erken dönemde bulunsa bile kadının yaşama şansı çok düşüktür” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %25.6’sı, eğitim sonrasında %45.1’i, “Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi için 40 yaşından sonra her yıl mamografi(meme filmi) çektirmek en iyi yollardan biridir” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %69.5’i, eğitim sonrasında %82.9’u, “20 yaşından itibaren her kadının ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapması meme kanserini erken tanıma açısından önemlidir” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %61’i, eğitim sonrasında %76.8’i, “Muayenede ele gelebilecek büyüklüğe ulaşmamış şişlikler (kitle) mamografi (meme filmi) ile saptanabilir” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %63.4’ü, eğitim sonrasında %82.9’u, “20 yaşından itibaren her kadının yakınması olsun ya da olmasın mutlaka mamografi(meme filmi) çektirmesi gerekir” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %39.0’ı, eğitim sonrasında %64.6’sı, “Ülkemizde 50-69 yaş arası kadınların iki yılda bir mamografi(meme filmi) masrafı sağlık güvenceleri tarafından ödenmektedir” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %40.2’si, eğitim sonrasında %89’u, “Mamografi (meme filmi) çektirmek çok ağrı verici bir işlemdir” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %9.8’i, eğitim sonrasında %61.0’i, Mamografi(meme filmi) çektirmek çok zaman alır” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %7.3’ü, eğitim sonrasında %42.7’si, “Mamografi (meme filmi) çektirmek meme kanserine yol açar” ifadesine eğitim öncesinde kadınların %2.4’ü, eğitim sonrasında %22’si, “Doğru” yanıt vermiştir.

Tablo 15: Kadınların Öntest- Sontest Puan Ortalamaları

	(n:82)	t*	p
	X±S		
Ön Test Puan Ortalaması**	8.62±3.30	-26.352	P=0.000
Son Test Puan Ortalaması**	13.30±2.57		

*Bağımlı Gruplarda t test

** Puan ortalamaları 21 tam puan üzerinden değerlendirilmiştir.

Kadınların ön test puan ortalaması 8.62 ± 3.30 , son test puan ortalaması 13.30 ± 2.57 ve bilgi kazanç puan ortalaması 4.68 olarak bulunmuştur. Kadınların öntest ve sontest puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.000$) (Tablo 15).

Tablo 16: Kadınların Sosyo-demografik Değişkenlere Göre Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Bilgi kazanç Puanı		
	$\bar{X} \pm S$	t* /F*	p
Yaş Grubu			
50-54 yaş	4.48±1.59	0.806	0.494
55-59 yaş	4.88±1.67		
60-64 yaş	4.57±1.50		
65-70 yaş	5.33±1.73		
Eğitim Durumu			
Okur-Yazar	4.42±1.82	1.032	0.383
İlkokul mezunu	4.56±1.51		
Ortaokul mezunu	5.45±1.12		
Lise ve ↑	4.66±1.84		
Medeni Durumu			
Evli	4.71±1.54	0.378	0.706
Dul/Boşanmış	4.51±1.85		
Çalışma Durumu			
Ev Kadını	4.76±1.62	0.876	0.384
Emekli/İşçi	4.38±1.57		
Gelir Durumu			
450 YTL ve Altı	4.90±1.64	0.814	0.447
451 YTL–1.150 YTL	4.80±1.62		
1.151 YTL ve ↑	4.33±1.57		
Sağlık Güvencesi			
Sağlık Güvencesi Var	4.69±1.62	0.058	0.954
**Sağlık güvencesi Yok	4.67±1.60		

*t test veya ANOVA

**Yeşil kartlılar sağlık güvencesi olmayanlara dahil edilmiştir.

Tablo 16’da kadınların sosyo-demografik değişkenlere göre bilgi kazanç puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Bilgi kazanç puanları değerlendirildiğinde sosyo-demografik değişkenlerin bilgi kazanç puanını anlamlı olarak etkilemediği görülmektedir. Bilgi kazanç puanı ile yaş grupları arasında anlamlı fark yoktur. Bilgi kazanç puanı ile eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu ve sağlık güvencesi arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 17: Kadınların Doğurganlık, Menopoz ve Erken Tanı Yöntemlerine İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Bilgi Kazanç Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Bilgi kazanç Puanı		
	$\bar{X} \pm S$	t*	p
Toplam Çocuk Sayısı			
1-2 Çocuk	4.84±1.55	1.002	0.319
3 Çocuk ve ↑	4.48±1.67		
Menopoz Durumu			
Evet	4.71±1.62	0.469	0.640
Hayır	4.44±1.58		
HRT Kullanma Durumu			
Evet	4.71±1.48	0.005	0.996
Hayır	4.71±1.66		
KKMM Yapma Durumu			
Evet	4.67±1.57	-0.064	0.949
Hayır	4.69±1.68		
KMM Yaptırma Durumu			
Evet	4.45±1.63	-1.284	0.203
Hayır	4.90±1.57		
Mamografi Çektirme Durumu			
Evet	4.43±1.57	-1.533	0.129
Hayır	4.97±1.61		

*t test

Tablo 17’de kadınların doğurganlık, menopoz ve erken tanı yöntemlerine ilişkin tanımlayıcı özelliklerine göre bilgi kazanç puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Doğurganlık ve menopoz ile ilgili değişkenler bilgi kazanç puanını anlamlı olarak etkilememektedir. Bilgi kazanç puanı ile toplam çocuk sayısı, menopoz, HRT kullanma durumu, KKMM uygulama, bir sağlık personeline KMM yaptırma durumu ve mamografi çektirme durumu arasında anlamlı fark yoktur.

3.4. MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARI VE “MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ” EĞİTİMİNİN ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Bu bölümde, eğitim öncesi KKMM yapma durumu, KKMM yapma sıklığı, KMM yaptırma durumu, KMM yaptırma nedeni, mamografi çektirme durumu, eğitim sonrası mamografi randevusu alma durumu ve mamografi çektirmeme/randevu almama nedenleri incelenmiştir. Ayrıca kadınların meme kanseri ve mamografi eğitimi öncesi ve sonrası KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çektirme durumlarına ilişkin veriler de bulunmaktadır.

Tablo 18: Kadınların Eğitim Öncesi KKMM Yapma Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
KKMM Yapma Durumu		
Evet	49	59.8
Hayır	33	40.2
Toplam	82	100.0
KKMM Yapma Sıklığı*		
Her Hafta	7	14.3
İki Hafta Bir	4	8.2
Her Ay	15	30.6
6 Ayda Bir	16	32.6
Diğer	7	14.3
Toplam	49	100.0

*Yüzdeler KKMM yapanlar üzerinden alınmıştır.

Kadınların; %59.8’inin KKMM uyguladıkları, KKMM uygulayan kadınların; %30.6’sının ise düzenli olarak her ay KKMM uyguladıkları saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 19: Kadınların Eğitim Öncesi KMM Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
KMM Yaptırma Durumu		
Evet	40	48.8
Hayır	42	51.2
Toplam	82	100.0
Hangi Sağlık Personeli*		
Hekim	36	90.0
Hemşire/Ebe	4	10.0
Toplam	40	100.0
KMM Yaptırma Nedeni*		
Kontrol Amaçlı(Dr. İstemi ve Bilgi almak)	33	82.5
Memedede ağrı/şüpheli kitle	7	17.5
Toplam	40	100.0

*Yüzdeler KMM yaptıranlar üzerinden alınmıştır.

Kadınların; %48.8'inin klinik meme muayenesi yaptırdığı ve KMM yaptıran kadınların %90.0'ının muayeneyi bir hekime, %10.0'ının ise hemşire/ebeye yaptırdığı saptanmıştır. Kadınların %82.5'inin kontrol amaçlı KMM yaptırdığı saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 20: Kadınların Eğitim Öncesi Mamografi Çektirme Durumlarına Göre Dağılımları

	Sayı	%
Mamografi Çektirme Durumu		
Evet	44	53.7
Hayır	38	46.3
Toplam	82	100.0

Araştırmaya katılan kadınların %53.7'sinin mamografi çektiği, %46.3'ünün mamografi çekmediği saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 21: Eğitimin Kadınların KKMM Yapma Durumuna Etkisi

KKMM Yapma Durumu	Eğitim Sonrası						P*
	KKMM		KKMM		Toplam		
	Yapan	Yapmayan	Yapan	Yapmayan	Yapan	Yapmayan	
Eğitim Öncesi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KKMM Yapan	47	95.9	2	4.1	49	100.0	0.022
KKMM Yapmayan	11	33.3	22	66.7	33	100.0	
Toplam	58	70.7	24	29.3	82	100.0	

*McNemar Test

Eğitim öncesi KKMM yapmayan 11 kadın eğitim sonrasında KKMM yapmaya başlamıştır. Buna karşılık eğitim öncesinde KKMM yapan 2 kişi eğitim sonrasında KKMM yapmayı bırakmıştır. Eğitim sonrasında KKMM uygulama anlamlı olarak artmıştır (Tablo 21).

Tablo 22: Eğitimin Kadınların KMM Yaptırma Durumuna Etkisi

KMM Yaptırma Durumu	Eğitim Sonrası						P*
	KMM		KMM		Toplam		
	Yaptıran	Yaptırmayan	Yaptıran	Yaptırmayan	Yaptıran	Yaptırmayan	
Eğitim Öncesi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
KMM Yaptıran	31	77.5	9	22.5	40	100.0	0.122
KMM Yaptırmayan	18	42.9	24	57.1	42	100.0	
Toplam	49	59.7	33	40.3	82	100.0	

*McNemar Test

Eğitim öncesinde KMM yaptırmayan 18 kişi, eğitim sonrasında KMM yaptırmaya başlamıştır. Buna karşılık eğitim öncesinde KMM yaptıran 9 kişi eğitim sonrasında KMM yaptırmayı bırakmıştır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası KMM yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 22).

Tablo 23: Eğitimin Kadınların Mamografi Çektirme Durumuna Etkisi

Mamografi Çektirme Durumu	Eğitim sonrası						
	Mamografi		Mamografi		Toplam		P*
	Çektiren	Çektirmeyen	Çektiren	Çektirmeyen	Sayı	%	
Eğitim Öncesi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Mamografi Çektiren	35	79.5	9	20.5	44	100.0	
Mamografi Çektirmeyen	13	34.2	25	65.8	38	100.0	P=0.523
Toplam	48	58.5	34	41.5	82	100.0	

*McNemar Test

Eğitim öncesi mamografi çektirmeyen 13 kadın, eğitim sonrasında mamografi çektirmeye başlamıştır. Buna karşılık eğitim öncesinde mamografi çektiren 9 kişi eğitim sonrasında mamografi çektirmeyi bırakmıştır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası mamografi çektirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Tablo 24: Kadınların Eğitim Sonrası Randevu Alma Durumu ve Mamografi Çektirmeme/Randevu Almama Nedenlerine Göre Dağılımları

	Sayı	%
Randevu Alma Durumu		
Evet	52	63.4
Hayır	30	36.6
Toplam	82	100.0
Mamografi Çektirmeme/Randevu Almama Nedenleri*		
Gereksinim duymadım, şikayetim yok	3	10.0
Sağlık kurumuna gidemedim/ulaşamadım	4	13.3
Başka sağlık problemlerim var	8	26.7
Çekim aleti bozuk/ randevu geç veya dolu	6	20.0
Unuttum	9	30.0
Toplam	30	100.0

*Yüzdeler mamografi çektirmeyen/randevu almayanlar üzerinden alınmıştır.

Kadınların; %63.4'ünün mamografi çektirmek için randevu aldığı ve %36.6'sının randevu alamadığı saptanmıştır. Kadınların eğitim sonrası mamografi Çektirmeme/randevu almama nedenleri incelendiğinde, %30'unun mamografi randevusunu unuttuğu, %26.7'sinin başka sağlık problemleri olduğu, , %20.0'sinin mamografi çekim aletinin bozuk veya randevunun geç ya da dolu olduğu, %13.3'ünün mamografi çekim için sağlık kurumuna gidemediği/ ulaşamadığı, %10'unun gereksinim duymadığı ya da şikayetinin olmadığı için mamografisini çektirmediği bulunmuştur.

3.5 KADINLARIN DEĞİŞİM AŞAMALARINA GÖRE DAĞILIMLARI VE “MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ” EĞİTİMİNİN DEĞİŞİM AŞAMALARINA ETKİSİ

Bu bölümde, kadınların meme kanseri ve mamografi eğitimi öncesi ve sonrası değişim aşaması sorularına verdikleri yanıtlara ilişkin veriler bulunmaktadır.

Tablo 25: Kadınların Değişim Aşaması Sorularına Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

Değişim Aşaması Soruları	Eğitim Öncesi (n=82)		Eğitim Sonrası (n=82)	
	Sayı	%	Sayı	%
Daha önce hiç mamografi yaptırdınız mı?*				
Evet	44	53.7	-	-
Hayır	38	46.3	-	-
Son iki yıl içinde bir mamografi yaptırdınız mı?***				
Evet	28	34.1	48	58.5
Hayır	54	65.9	34	41.5
Düzenli olarak iki yıl arayla birer mamografi yaptırdınız mı?*				
Evet	12	14.6	-	-
Hayır	70	85.4	-	-
Önümüzdeki iki yıl içinde mamografi yaptırmayı düşünüyor musunuz?				
Evet	58	70.7	71	86.6
Hayır	24	29.3	11	13.4
Toplam	82	100.0	82	100.0

*Eğitim sonrası sorulmamış aynı değerler kabul edilmiştir.

**Eğitim sonrası son altı ayda bir mamografi yaptırmama durumu sorulmuştur.

Kadınların değişim aşaması sorularına verdikleri yanıtlara göre dağılımı Tablo 25’te gösterilmiştir. Daha önce hiç mamografi yaptırdınız mı? sorusuna

%53.7'si "Evet" yanıtını vermiştir. Mamografi çektiren kadınların %34.1'inin son 2 yıl içinde mamografi çektirdiği ve eğitim sonrası son altı ayda %58.5'i "Evet" yanıtını vermiştir. Düzenli olarak iki yıl arayla birer mamografi çektirdiniz mi? sorusuna %14.6'sı "Evet" yanıtını vermiştir. "Önümüzdeki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünüyor musunuz" sorusuna eğitim öncesi %70.7'si, eğitim sonrası ise %86.6'sı "Evet" yanıtını vermiştir.

Tablo 26: Kadınların Değişim Aşaması Basamaklarına Göre Dağılımı

Değişim Aşaması	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası	
	(n:82)		(n:82)	
	Sayı	%	Sayı	%
Düşünme öncesi	16	19.5	8	9.8
Vazgeçme	2	2.4	-	-
Düşünme	36	43.9	26	31.7
Vazgeçme riski	5	6.1	1	1.2
Hareket/Eylem	12	14.7	34	41.5
Sürdürme	11	13.4	13	15.9
Toplam	82	100.0	82	100.0

Kadınların değişim aşaması sorularına verdikleri yanıtlar doğrultusunda buldukları değişim aşamaları değerlendirilmiştir. Buna göre, Eğitim öncesinde kadınların %19.5'i "Düşünme öncesi", %2.4'ü "Vazgeçme", %43.9'u "Düşünme", %6.1'i "Vazgeçme riski", %14.7'si "Hareket/Eylem", %13.4'ü "Sürdürme" aşamasındadır. Eğitim sonrasında kadınların %9.8'i "Düşünme öncesi", %31.7'si "Düşünme", %1.2'si "Vazgeçme riski", %41.5'i "Hareket/Eylem", %15.9'u "Sürdürme" aşamasındadır.

Tablo 27: Kadınların Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Değişim Aşamalarına Göre Dağılımı

Sonuçlar	N	%
Değişim Aşamasında Gerileme	7	8.6
Değişim Aşamasında İlerleme	38	46.3
Aşama Değişimi Yok	37	45.1
Toplam	82	100.0
	Z= -4.613	p= 0.000

*Wilcoxon İşaretli Sıra Testi

Kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası değişim aşamalarındaki farklılık, eşleştirilmiş iki grupta Wilcoxon işaretli sıra testi ile karşılaştırılmıştır. Değişim aşamasında gerileme saptanan kadın oranı %8.6, ilerleme kaydeden %46.3, aşama değişimi olmayan kadın oranı %45.1'dir. Eğitim öncesi ve sonrasında belirlenen değişim aşamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve grubun geneli ilerleme yönünde değişim göstermiştir.

Tablo 28: Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Eğitim Sonrası Değişim Aşaması Durumuna Etkisi

Özellikler	Düşünme Öncesi		Düşünme		Hareket/ Eylem		Toplam		Test değeri Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu									
50-59	6	12.5	18	37.5	24	50.0	48	100.0	$X^2=2.098$
60-70 yaş	5	26.3	5	26.3	9	47.4	19	100.0	P=0.350
Eğitim Durumu									
Okur-Yazar	5	41.7	5	41.7	2	16.7	12	100.0	$X^2=10.199$
İlkokul/Ortaokul mezunu	5	11.9	15	35.7	22	52.4	42	100.0	P=0.037
Lise ve ↑	1	7.7	3	23.1	9	69.2	13	100.0	
Medeni Durumu									
Evli	9	16.1	18	32.1	29	51.8	56	100.0	$X^2=0.944$
Dul/Boşanmış	2	18.2	5	45.5	4	36.4	11	100.0	P=0.624
Çalışma Durumu									
Ev Hanımı	9	17.3	19	36.5	24	46.2	52	100.0	$X^2=0.896$
Emekli/İşçi	2	13.3	4	26.7	9	60.0	15	100.0	P=0.639
Gelir Durumu									
450 YTL ve Altı	3	30.0	5	50.0	2	20.0	10	100.0	$X^2=5.603$
451 YTL–1.150 YTL	6	16.2	13	35.1	18	48.6	37	100.0	P=0.231
1.151 YTL ve ↑	2	10.0	5	25.0	13	65.0	20	100.0	
Sağlık Güvencesi									
Sağlık Güv.Var	8	17.8	11	24.4	26	57.8	45	100.0	$X^2=6.076$
Sağlık Güv.Yok*	3	13.6	12	54.5	7	31.8	22	100.0	P=0.048
Risk Durumu									
Risk Var	2	15.4	3	23.1	8	61.5	13	100.0	$X^2=1.100$
Risk Yok	9	16.7	20	37.0	25	46.3	54	100.0	P=0.577
Risk Algılama Durumu									
Hiç Yok	2	18.2	4	36.4	5	45.5	11	100.0	$X^2=6.205$
Düşük Risk	3	14.3	10	47.6	18	38.1	21	100.0	P=0.401
Yüksek Risk	0	0.00	2	22.2	7	77.8	9	100.0	
Bilmiyorum	6	23.1	7	26.9	13	50.0	26	100.0	
Toplam	11	16.4	23	34.3	33	49.3	67	100.0	

*Yeşil kartlılar sağlık güvencesi olmayanlara dahil edilmiştir

Hareket/eylem aşamasında 50-59 yaş grubundaki kadınların 60-70 yaş grubuna oranla daha fazla (%50) olduğu bulunmuştur. Fakat yaş grupları ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Kadınların eğitim düzeyinin eğitim sonrası değişim aşamalarına etkisi değerlendirildiğinde, okur-yazar olan kadınların çoğunluğunun (% 61.5) düşünce öncesi ve düşünme aşamalarında olduğu saptanmıştır. İlkokul/Ortaokul mezunu olan kadınların çoğunluğunun (% 52.4) hareket/eylem aşamasında olduğu, lise ve üzerinde eğitimi olan kadınların ise çoğunun (% 69.2) hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Evli kadınların (% 51.8) dul/boşanmışlara oranla (%36.4) daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Ancak medeni durum ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Kadınların çalışma durumunun eğitim sonrası değişim aşamalarına etkisi değerlendirildiğinde, emekli/işçi olan kadınların (%60) ev kadını olanlara oranla (%46.2) daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmasına rağmen çalışma durum ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Kadınların gelir durumunun eğitim sonrası değişim aşamalarına etkisi değerlendirildiğinde, 1.151 YTL ve üzeri gelir grubunda olan kadınların (%65) daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu saptanmıştır. Ancak gelir durumu ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Sağlık güvencesi olan kadınların (%57.8) sağlık güvencesi olmayanlara oranla (%31.8) daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmuş ve sağlık güvencesi ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Kadınların meme kanseri risk durumunun eğitim sonrası değişim aşamalarına etkisi değerlendirildiğinde, risk grubunda olan kadınların(%61.5) olmayanlara oranla (%46.3) ve meme kanseri riskini yüksek algılayan (%77.8) kadınların diğer gruplara oranla daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Anca risk durumu ve risk algılama durumu ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 29: Kadınların Doğurganlık, Menopoz ve Erken Tanı Yöntemlerinin Eğitim Sonrası Değişim Aşamaları Durumuna Etkisi

Özellikler	Düşünme Öncesi		Düşünme		Hareket/ Eylem		Toplam		Test değeri Önemlilik
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Toplam Çocuk Sayısı									
1-2 Çocuk	6	16.7	11	30.6	19	52.8	36	100.0	$X^2=0.522$
3 Çocuk ve ↑	5	16.1	12	38.7	14	45.2	31	100.0	P=0.770
Menopoz Durumu									
Evet	11	18.3	18	30.0	31	51.7	60	100.0	$X^2=5.096$
Hayır	0	0.00	5	71.4	2	28.6	7	100.0	P=0.078
HRT Kullanma Durumu									
Evet	0	0.00	2	22.2	7	77.8	9	100.0	$X^2=3.552$
Hayır	11	21.6	16	31.4	24	47.1	51	100.0	P=0.169
Eğitim Öncesi KKMM Yapma Durumu									
Evet	4	11.1	10	27.8	22	61.1	36	100.0	$X^2=4.528$
Hayır	7	22.6	13	41.9	11	35.5	31	100.0	P=0.104
Eğitim Öncesi KMM Yaptırma Durumu									
Evet	3	10.7	9	32.1	16	57.1	28	100.0	$X^2=1.628$
Hayır	8	20.5	14	35.9	17	43.6	39	100.0	P=0.443
Eğitim Öncesi Mamografi Çektirme Durumu									
Evet	1	3.2	8	25.8	22	71.0	31	100.0	$X^2=12.859$
Hayır	10	27.8	15	41.7	11	30.6	36	100.0	P=0.002
Toplam	11	16.4	23	34.3	33	49.3	67	100.0	

Tablo 29’da kadınların doğurganlık, menopoz ve erken tanı yöntemlerinin eğitim sonrası değişim aşamaları durumuna etkisi değerlendirilmiştir. 1-2 çocuğa sahip olan kadınların 3 çocuk ve ↑ çocuğa sahip olanlara oranla daha fazla (%52.8) hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Ancak toplam çocuk sayısı ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Menopoza giren kadınların (%51.7) girmeyenlere oranla (%28.6) daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmasına rağmen menopoz durum ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Menopoz sonrası HRT alan kadınların (% 77.8) almayanlara oranla (%47.1) daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Fakat HRT kullanma durum ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

KKMM yapan kadınların (% 61.1) yapmayanlara oranla (%35.5), KMM yaptıran kadınların (%57.1) yaptırmayanlara oranla (%43.6) daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmasına karşın KKMM yapma durumu ve KMM yaptıрма durumu ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Eğitim öncesi mamografi çektiren kadınların (%71) çektirmeyenlere oranla (%30.6) daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Eğitim öncesi mamografi çektirme durum ile eğitim sonrası değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

3.6. KADINLARIN “MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ” EĞİTİMİNİN SAĞLIK İNANÇLARINA ETKİSİ

Bu bölümde, kadınların meme kanseri ve mamografi eğitimi öncesi ve sonrası Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli sorularına verdikleri yanıtlara ilişkin veriler bulunmaktadır.

Tablo 30: Kadınların Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölçek Alt Boyutları	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	t*	p
	(n:82)	(n:82)		
	X±S	X±S		
Duyarlılık	10.29±2.73	12.30±1.29	-7.809	0.000
Önemseme/Ciddiyet	14.76±2.66	18.91±4.55	-10.877	0.000
Sağlık Motivasyonu	19.06±3.42	24.73±0.75	-14.221	0.000
Mamografi Yarar	17.71±3.69	23.26±1.77	-14.936	0.000
Mamografi Engel	26.37±7.17	16.01±3.25	14.929	0.000

*t test

Çalışma kapsamındaki kadınların meme kanseri ve mamografiye ilişkin sağlık inançlarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları arasındaki ilişki Tablo 30’da gösterilmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası kadınların Duyarlılık, Önemseme/Ciddiyet, Sağlık Motivasyonu Mamografi Yarar ve Mamografi Engel puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Duyarlılık, Önemseme/Ciddiyet, Sağlık Motivasyonu ve Mamografi Yarar puan ortalamalarında anlamlı olarak artış, Mamografi Engel algısı puan ortalamasında anlamlı olarak azalma saptanmıştır.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

İzmir İli Kemalpaşa İlçesi'nde 50-70 yaş arası kadınlara verilen meme kanseri ve mamografi eğitiminin etkinliğini değerlendirmek ve eğitime katılan kadınların meme kanseri risklerini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada “Meme Kanseri ve Mamografi Eğitiminin” kadınlarda bilgi düzeyini artırdığı, değişim basamaklarında ilerleme sağladığı, sağlık inançlarına anlamlı etkisi olduğu ve KKMM oranını anlamlı düzeyde artırdığı belirlenmiştir. Ancak KMM yaptırma ve mamografi çekirme oranını artırmada anlamlı etkisi olmamıştır.

4.1. KADINLARA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Kadınların yaş ortalaması 56.4 ± 5.9 ve çoğunluğunun doğum yerinin Kemalpaşa dışı olmasına rağmen uzun süredir Kemalpaşa'da yaşadığı bulunmuştur. KSGB 2009 yılı raporunda belirtildiği gibi bölge Doğu ve Güney Doğu bölgelerinden yoğun şekilde göç almaktadır (105), dolayısıyla bu çalışmaya katılan kadınlarda da Kemalpaşa dışında doğup, uzun süredir Kemalpaşa'da yaşayanların oranı yüksektir.

Araştırma grubundaki kadınların çoğunun (%47.6) ilkokul mezunu, %17.1'inin ise okur-yazar olduğu saptanmıştır. TNSA 2008 sonuçlarına göre Ege Bölgesindeki kadınların %41.1'inin ilkokul mezunu ve %28.6'sının eğitimi yok/ilkokulu bitirmemiş olduğu belirtilmiştir (109). Bu çalışmada ilkokul mezunu kadınların oranı TNSA 2008 oranlarından biraz daha yüksek bulunmuştur. Bölge İzmir'de birçok bölgede sıkça rastlandığı gibi Türkiye ortalamasının biraz üstünde eğitim düzeyine sahiptir. Literatürde kadınların eğitim düzeyinin koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkilediği belirtilmiştir (81). Araştırma grubunda saptanan eğitim düzeyinin meme kanserinden korunmak için erken tanı davranışı geliştirmede olumlu bir durum olarak görülmektedir.

Kadınların çoğunluğunun (%78) evli ve %22'sinin dul/boşanmış olduğu bulunmuştur. TNSA 2008 sonuçlarına göre kadınların %95'inin evli olduğu, diğerlerinin dul veya boşanmış olduğu belirtilmiştir (109). Araştırma grubunda evli olan kadın oranı TNSA verilerinden düşük, dul ve boşanmış olanların oranı Türkiye geneli ve tüm yaşlardaki kadınların oranından daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin 50 yaş ve üzeri kadınların erkeklerden daha uzun yaşamasının dul oranını

artırmasına ve Batı Bölgesindeki boşanma oranının diğer bölgelerden daha yüksek olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların %78'inin ev kadını olduğu, %15.9'unun emekli ve %6.1'inin halen işçi olarak çalıştığı bulunmuştur. TNSA 2008 verilerine göre kadınların %31'inin çalışmakta olduğu belirtilmiştir (109). Bu araştırmada çalışan kadın oranı TNSA sonuçlarından oldukça düşüktür. Bu bulgu, araştırma grubunun 50-70 yaş arasında olması nedeniyle yaş ilerledikçe çalışan oranının düşmesi emekli oranının artması beklenen bir durumdur.

Kadınların hanesine giren aylık gelir ortalamasının 1038.4±726.4 olduğu, çoğunluğunun (%86.6) gelirinin asgari ücretin üzerinde olduğu saptanmıştır. TNSA 2008 raporunda Ege Bölgesinde hane halkı refah düzeyi en düşük %20'lik dilimde bulunanların oranı %18 olarak belirtilmiştir (109). Çalışma bölgesinde ise asgari ücret ve altında gelire yaşayanların oranı %13.4 olarak bulunmuştur ve daha iyi bir refah düzeyine sahip oldukları düşünülmüştür. Çalışmalarda erken tanı yöntemlerinin kullanımında ekonomik durumun çok önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (5, 67, 119). Bu nedenle mamografi çekirme ve diğer erken tanı yöntemlerini kullanılması açısından bu bulgu olumludur.

Kadınların %30.5'inin sağlık güvencesi SSK'dır. Bu değer TNSA 2008 verilerine göre Ege Bölgesindeki kadınların %50.1 olan SSK'lı oranına göre daha düşüktür. Araştırma grubundaki kadınların %23.2'sinin yeşil kartı olduğu ve %6.1'inin ise sağlık güvencesi olmadığı bulunmuştur. Yeşil kartın sürekli bir sağlık güvencesi olmaması ve kapsayıcılığının değişmesi nedeniyle çalışmada sağlık güvencesi olmayanlar içinde kabul edilmiştir. TNSA 2008 verilerine göre Ege Bölgesindeki kadınların %7.1'inin yeşil kartlı olduğu ve %16.7'sinin herhangi bir sağlık güvencesi bulunmadığı belirtilmiştir (109). Bu çalışmada saptanan sağlık güvencesi olmayanların oranı TNSA 2008 verilerinden daha düşük yeşil kartlı oranı ise daha yüksek bulunmuştur. Son yıllarda yeşil kartlı sayısındaki artışa bağlı olarak sağlık güvencesi olmayanların oranı düşmüş ve bu grubu yeşil kartlı grubuna kaydırmış olabilir. Ancak çalışmada saptanan güvencesi olmayan ve yeşil kartlılar birleştirildiğinde (%29.3) TNSA 2008 verisinin üzerinde olmakla birlikte yaklaşık her üç kadından birinin sosyal güvencesinin olmaması/kapsayıcılığının düşük olması sağlık hizmetine erişebilirlik açısından ciddi bir engel olarak görülmektedir.

Kadınların ortalama çocuk sayısının 2.76 ± 1.4 olduğu, %41.5'i toplam 2 çocuk, %24.4'ü ise 4 ve üzeri çocuğa sahip olduğunu belirtmiştir. Bu değer TNSA 2008 verilerine göre Ege Bölgesindeki kadınların 1.91 olan Toplam Doğurganlık Hızına göre biraz daha yüksektir (109). Bölgeye Doğu ve Güneydoğu'dan göç gelen kadınların bu oranı yükselttikleri düşünülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %89'unun menopoza girdiği ve menopoza giren kadınların %37'sinin 50-54 yaşları arasında olduğu saptanmıştır. TNSA 2008 verilerine göre toplamda, 30-49 yaş arası menopozda olan kadınların oranı yüzde %10 olarak tahmin edilmiştir. Menopozdaki kadınların yüzdesi yaşla birlikte arttığı ve %90'ının bu yaş grubunun üzerinde olduğu belirtilmiştir (109). Çalışmada saptanan menopoz bulguları TNSA 2008 verileri ile uyumlu olmakla birlikte her on kadından dokuzunun menopozda olduğu saptanmıştır. Bu bulgu yaş grubu açısından beklenen bir bulgudur.

4.2. MEME KANSERİ RİSKİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

Bu çalışmada eğitime katılan 50-70 yaş arası kadınların meme kanseri risk durumları değerlendirilmiştir. Kadınların risk algıları ve bazı risk faktörlerine göre (yaş, ilk adet yaşı, ilk doğum yaşı, ailede kanser öyküsü, meme kanseri olan aile üyesine yakınlık derecesi, beden yapısı) meme kanseri riskleri hesaplanmıştır.

Araştırmada, kadınların kendilerinde meme kanseri olma risklerini (yüksek risk algısı: %14.6), hesaplanan riskten (Yüksek risk: %9.8) daha yüksek algıladıkları saptanmıştır. Bu bulgu kadınların meme kanseri risklerine ilişkin yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ya da meme kanseri olmaktan korktuklarını düşündürmektedir. Benzer şekilde kadınların kendilerinde meme kanseri gelişme riskini algılamalarına ilişkin yapılan birçok çalışmada (17, 32) kendilerinde meme kanseri gelişme riskini gerçek riskten daha yüksek algıladıkları belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Risk faktörleri konusundaki farkındalığın artırılmasında eğitimin önemini vurgulayan birçok çalışma vardır (67, 112). Bu bulgular ışığında çalışmada meme kanseri riski yüksek olan kadınların bilgilendirilmesi ve erken tanı yöntemlerine yönlendirilmeleri gerekliliği ortaya çıkmıştır.

Meme kanserinin ortaya çıkmasında bazı risk faktörlerinin etkili olduğu bilinmektedir (79). Yaş meme kanseri açısından önemli bir risk faktörüdür. Meme kanserinin yaş ile birlikte artış gösterdiği; 20 yaşında meme kanseri riskinin %0.05, 40 yaşında %1.49, 60 yaşında %3.45 olduğu belirtilmektedir (49). Bu kapsamda çalışmaya dahil edilen kadınların tamamının 50-70 yaş arasında olması meme

kanseri riski yüksek bir grupta yapılan risk belirleme çalışmasının önemini ortaya koymaktadır.

Menstrual siklusun 12 yaşın altında başlamasının östrojene maruziyeti artırdığından meme kanseri için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (19, 110). Bu bağlamda araştırma grubundaki kadınların çoğunluğunun (%69.5) ilk adet yaşının 12-14 yaşlar arasında olması östrojene erken maruziyet riskini taşımadıklarını göstermektedir.

Pek çok çalışmada, hiç doğum yapmama veya ilk doğumunu 30 yaşından sonra yapmış olmanın, meme kanseri riskini her yıl için %3 artırdığı belirtilmektedir (28, 76, 114). Araştırmaya katılan kadınların %93.9'unun ilk doğumlarının 30 yaşından önce olması, meme kanseri olma konusunda daha düşük risk grubunda olabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %13.4'ünün yakınlarından birinde meme kanseri olduğu ve ailesinde kanser görülen kadınların çoğunluğunun (%63.6) teyzesinde meme kanseri görüldüğü belirlenmiştir. Sabatino ve arkadaşlarının çalışmalarında, meme kanserinde aile öyküsünün güçlü bir risk faktörü olduğu belirtilmiş ve aile öyküsünü meme kanseri riskinin hesaplamasında kullanılan en önemli faktör olarak kabul edip, kemoprofilaksi kararının alınmasında önemli bir etken olduğu belirtilmiştir (96). Kadınların meme kanseri olan bir yakınının olması ile meme kanseri için minimum rölatif risklerinin genel kadın popülasyonundan iki kat ve üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (64). Bu bilgiler ışığında çalışma kapsamına alınan kadınların ailelerinde meme kanseri olanlarının meme kanseri için daha fazla riske sahip oldukları ve meme kanseri erken tanısı için tarama yöntemlerine yönlendirilmelerinin gerekliliği belirlenmiştir.

Kadınların %45.2'si şişman olarak saptanmıştır. Kanser ve beslenme ile ilgili yapılan birçok randomize klinik çalışmada fiziksel egzersiz ve beslenmenin düzenlenmesiyle kanser riskini arttıran biyomarkırların değiştirilebileceği gösterilmektedir (3, 18). Bu durumun, kadınların aşırı kiloyla kanser gelişme riski arasındaki bağlantı göz önünde bulundurulduğunda meme kanseri riski taşıyor olabileceklerini düşündürmektedir.

4.3. “MEME KANSERİ VE MAMOGRAFI”YE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE VERİLEN EĞİTİMİN BİLGİ DÜZEYİ ETKİSİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

Araştırma grubundaki kadınlarda eğitim sonrası meme kanseri ve mamografi ile ilgili bilgi sorularının tümünde bilgi düzeyi ortalamaları ve sınıt test bilgi puan ortalaması anlamlı olarak artmıştır. Ancak kadınların sosyo-demografik değişkenler, doğurganlık, menopoz ve erken tanı yöntemlerine ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin bilgi kazanç puanını anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgi puanları girişim öncesi ve girişimden 6 ay sonra değerlendirilmiş; eğitim sonrası meme kanseri ve mamografi ile ilgili bilgi sorularının tümünün (meme kanseri ile ilgili genel ifadeler, risk ile ilgili ifadeler, erken tanı ile ilgili ifadeler) bilgi düzeyi ortalamalarında anlamlı artış olmuştur. Bu durum yapılan eğitimin katkısını ortaya koymakla beraber bireylerin öğrenme gereksinimlerini karşılayan eğitim girişimlerinin kadınların bilgi düzeylerini artırmada etkili olduğu görüşünü desteklemektedir. Bu çalışmada yapılan meme kanseri ve mamografi eğitiminin kadınların meme kanserine ilişkin bilgilerini/farkındalıklarını artırmada etkili olduğu bulunmuştur.

Benzer şekilde, Hall ve arkadaşlarının İspanyol kadınlarda ve Afrika kökenli Amerikan kadınlarda yaptığı çalışmada, eğitim grubunda meme kanseri bilgi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (52, 53). Diğer bir çalışmada düşük gelirli 40-65 yaş Afrikalı Amerikan kadınlara yapılan evre uyumlu girişim sonrası meme kanseri bilgi düzeyinde % 13’lük bir artış sağlanmıştır (94). Bu araştırmanın bilgi sorularında %7.3 ile %51.2 arasında artış olmuştur. Bu farkın kadınların bazı bilgi sorularında öntest bilgi puanlarının çok düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bir başka çalışmada düşük sosyoekonomik duruma sahip Afrikalı Amerikan kadınlarda eğitim girişimi sonrası bilgi puanlarında anlamlı fark saptanmıştır. Özellikle genetik geçiş, anormal bulgular, meme sağlığı ve mamografi ile ilgili tavsiyeler rutin erken tanı prosedürleri ile ilgili bilgileri önemli derecede artırmış (42). Bu çalışmada meme kanseri ile ilgili ifadelerde en büyük fark “Mamografi (meme filmi) çektiirmek meme kanserine yol açar” ifadesinde (dokuz kat) olmuştur. Araştırma bölgesinin kapalı toplum yapısında olması nedeniyle halk arasındaki yanlış inanışların kadınlar üzerinde böyle bir etki yarattığı düşünülmektedir.

Çalışma grubundaki kadınlarda meme kanseri ve mamografi eğitimi alanların öntest sonest bilgi puan ortalaması karşılaştırıldığında, sonest bilgi puan ortalaması anlamlı olarak artmıştır. Böylece yapılan eğitim ile kadınların meme kanseri ve mamografi konusunda bilgi düzeylerinin arttığı sonucuna varılmıştır. Çalışmada kadınların eğitim öncesi meme kanseri ve mamografi ile ilgili bilgi puanları incelendiğinde konuyla ilgili bilgilerinin genel olarak düşük olduğu söylenebilir. Bu açıdan bulgular, kadınların meme kanseri ve erken tanı davranışlarına ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu gösteren çeşitli araştırma sonuçları ile benzer özellikler göstermektedir (25, 53, 112). Sonuçta meme kanseri erken tanı davranış oranlarının düşük olmasının en önemli nedenlerinden birinin bilgi eksikliği olduğu belirtilmektedir (1, 5, 55, 98, 102). Kanserle Savaş Daire Başkanlığı da kadınlarda meme kanserinin erken tanısı için farkındalığın artırılması ve bilgilendirmenin önemini vurgulamaktadır (106).

Literatürde son yıllarda meme sağlığı bilgisini artırmak ve erken tanı davranışlarını geliştirmek için yapılan girişimlerde sağlık davranış modellerinin kullanılmasının erken tanı davranışlarını artırmada etkili olduğu vurgulanmıştır (5, 26, 48, 53, 103). Yapılan pek çok çalışmada da meme sağlığına ilişkin bilgi düzeyi girişim grubunda anlamlı düzeyde artmıştır (53, 77, 112). Bu çalışmada da Sağlık İnanç Modeli ve Değişim Aşamaları çerçevesinde yapılan standart eğitim kadınların bilgi düzeylerini artırmıştır.

Kadınların sosyo-demografik değişkenler, doğurganlık, menopoz ve erken tanı yöntemlerine ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin bilgi kazanç puanını anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır. Yapılan eğitimin; yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir, sağlık güvencesi, çocuk sayısı, menopoz durumu, HRT kullanma, KKMM yapma, KMM yaptırma, mamografi çektirmede fark yaratmaması, eğitimin tüm gruplar tarafından benzer şekilde algılandığını, eğitimin eşit etki yarattığını göstermektedir.

Grindel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kırsal Afrikalı Amerikan kadınlara yapılan eğitimden 12 ay sonra eğitimin etkinliği değerlendirilmiş ve eğitimin bilgi düzeyi açısından grup içinde fark yarattığı ancak gruplar arasında fark yaratmadığı saptanmıştır (48). Diğer bir benzer çalışmada Sung ve arkadaşlarının yaptığı kültürel olarak uygun girişim sonucu kadınların bilgi düzeyi ve motivasyonlarının arttığı saptanmış (103).

4.4 MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARI VE “MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ” EĞİTİMİNİN ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA ETKİSİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

Çalışma bulguları, eğitim girişiminin kadınların KKMM yapma oranlarını anlamlı olarak artırdığı ancak KMM ve mamografi yaptıрма oranlarını artırmada anlamlı etkisinin olmadığını göstermiştir.

Araştırma grubundaki kadınların eğitim öncesi yarısından biraz fazlası KKMM yaptığı ve mamografi yaptırdığı, yaklaşık yarısının ise KMM yaptırdığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda KKMM yapma, KMM yaptıрма ve mamografi çekirme ile ilgili çok çeşitli sonuçlar bulunmuştur. Canbulat'ın çalışmasında KKMM yapmanın %25 ile %49 arasında değiştiği (19) bulunmuştur. Dişçigil'in Ege Bölgesin'de yaptığı çalışmada KKMM oranı %61.7, KMM %42.7 ve 50 yaş üzeri kadınlarda mamografi yaptıрма oranı %48.9 olarak belirtilmiştir (35). Hall ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %72'sinin KMM yaptırdığı ve %81'inin mamografi çektiği belirlenmiştir (53). Araştırma grubunda; KKMM yapma oranı Canbolat'ın çalışmasında verilen aralığa uygun ve Dişçigil ve Hall'in çalışmasından daha düşük bulunmuştur. KMM yaptıрма Saddler ve Canbolat'ın çalışmasından daha düşük, Dişçigil'in çalışmasına benzer mamografi çekirme ise Hall ve arkadaşlarının çalışmasından daha düşük, Dişçigil'in çalışmasına benzer bulunmuştur.

Kadınların eğitim sonrası mamografi çekmeme/randevu almama durumu ve nedenleri incelendiğinde hemen hepsinin unutkanlık, başka sağlık problemlerinin olması, gereksinim duymama, şikâyeti olmama gibi nedenleri belirtmişlerdir. Bu durum sağlık profesyonellerinin yeterli eğitim vermesi, hatırlatması ve yönlendirmesiyle mamografilerini çekebileceklerini göstermektedir. Çekim aletinin bozuk veya randevunun dolu olduğu ya da geç verildiği, sağlık kurumuna ulaşamama gibi nedenler ise sağlık sistemi ve işleyişiyle ilgili engeller olduğu düşünülmektedir.

Rodriguez ve arkadaşları tarafından Barselona'da yapılan bir çalışmada randevuyu unutmuş olmak, taramanın önemsiz olduğunu düşünmek, ailesel/kişisel sorunlar, katılımı ve programa devam etmeyi engelleyen faktörler olarak bulunmuştur (93). Randevuyu/mamografi çekirmeyi unutmuş olmak bu çalışmada da ilk neden olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan kadınların 50-70 yaş grubunda olması unutkanlığın olabileceği ve bu yaş grubu için bilgilendirme/hatırlatmanın

önemini ortaya koymaktadır. Sağlık kurumları tarafından kadınlara erken tanı yöntemlerini kullanma zamanlarını hatırlatıcı bir sistemin olmamasının etkisinin de olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda mamografi çektirmeme nedenleri arasında gereksinim duymama ve şikayetinin bulunmaması (71, 102), konuyla ilgili yeterli bilgisinin olmaması (14, 71), zaman yokluğu (71), meme kanseri tanısı alma korkusu (74) ve utanma (30, 71, 74), gibi nedenler belirtilmiştir. Ayrıca korku (14), erken tanının önemini kavrayamamış olma, başka problemleri olma ve destekten yoksunluk (30) maliyet, meme kanseri belirtilerinin olmaması, çektirmek için tavsiye almamak (5, 71, 102), gibi faktörler mamografi taramalarına katılımı azaltan bir engel olarak bulunmuştur. Çalışma kapsamındaki kadınların mamografi kullanımını engelleyen faktörlerin farklı ülkelerde yapılan çalışma bulgularıyla benzer olması, mamografi engellerine ilişkin kişisel algıların evrensel duygular olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada yapılan McNemar analizinde eğitim sonrasında KKMM uygulama anlamlı olarak artmıştır. Ancak yapılan girişimin klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırma oranlarını artırmada anlamlı etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularına benzer şekilde girişimin KMM'sine etkisinin incelendiği Ho'nun (2006) çalışmasında uygulanan girişimin KMM yaptırma oranlarını artırmadığı saptanmıştır (55). Birçok çalışmada ise, bu araştırma bulgularının aksine girişimin KMM yapma oranlarını artırmada etkili olduğu bulunmuştur (1, 27). KKMM'nin sağ kalım oranını artırmadığı bilinmektedir (58, 75). Ancak KKMM uygulaması, özellikle gelişmekte olan ülkelerde meme sağlığı konusunda farkındalığın artacağı ve ardından KMM ve mamografi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyinin de gelişebileceği öngörülerek önerilmesi gereken bir uygulamadır.

Pek çok çalışmada Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı yapılan KKMM ile ilgili eğitimin KKMM sıklığını anlamlı düzeyde artırdığı saptanmıştır (72, 87, 97).

Ülkemizde KKMM uygulama sıklığı ve uygulama sıklığına etki eden faktörlere ilişkin bir çok çalışma bulunmaktadır (29, 110). Bu çalışmalarda KKMM uygulama oranları %31 ile %72 gibi değişik düzeylerde tespit edilmiştir (10, 64). Mamografi kullanımıyla ilgili değişim aşamalarının kullanıldığı hiç bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte SİM'in kullanıldığı sınırlı sayıda çalışma vardır (97, 98).

Literatürde mamografi çektirme davranışını geliştirmek için birçok çalışma vardır. Russell ve arkadaşlarının düşük gelirli 40-65 yaş Afrikalı Amerikan kadınlara evre uyumlu girişimi sonrası mamografi çektirme oranı, kadınlarda %17'den %28'e

yükselmiştir (94). Mamografi çekirme oranlarına eğitimin etkisinin incelendiği başka bir çalışmada girişimin etkili olduğu bulunmuştur (9, 44). Düşük sosyoekonomik durumdaki Afrikalı Amerikan kadınlarda eğitim girişimi mamografi taramasını %55'den %69'a çıkarttığı bulunmuştur (42).

King ve arkadaşları 50-70 yaş arası 598 kadınla yaptıkları girişim çalışmasında, önce hatırlatıcı mektup, sonra telefon danışmanlığı ve koruyucu ofis ziyareti yapılmış. İlk hatırlatma mektubundan sonra mamografi oranının %14, sonraki izlemde ise % 12 artış gösterdiği saptanmış (68).

Yabroff ve Mandelblatt (1999) mamografiye ilişkin 63 girişim çalışmasını, meta-analiz yoluyla tekrar değerlendirmiş ve modeli temel alan girişimlerin mamografi oranlarını artırmada en etkili uygulamalar olduğunu belirlemişlerdir (118). Kırsal Afrikalı Amerikan kadınların bilgi düzeyi, tutum algılanan risk ve mamografi taraması üstüne eğitimin etkisi araştırılan çalışmada, girişimin etkili olduğu ve bir yıl sonra yapılan izlemde mamografi çekirme oranlarını artırdığı bulunmuştur (48). Araştırma grubunda yapılan eğitim sonrası mamografi çekirme oranı %53.7'den %58.5'e çıkmıştır. Çalışmaya katılan kadınların 50 yaş ve üzerinde olması nedeniyle yaş grubuna uygun olarak kadınların düzenli mamografi taraması yaptırması beklenmektedir. Ancak eğitim sonrasında mamografi çekirme oranında anlamlı artış olmaması, araştırma grubunda randevu alanların bir kısmının mamografilerini çekemediğini göstermektedir. Sonuçta eğitim sonrası kadınların %63.4'ü randevu aldığı halde, %58.5'i mamografi çekirebilmiştir. Bu sonuç mamografi çekimi için 6 aylık sürenin kısa olduğunu ve en az iki yıllık bir süreye gereksinim olduğunu göstermektedir. Tez süresinin kısıtlı olması değerlendirmenin 6 ayda yapılması bir kısıtlılık oluşturmuştur.

4.5. KADINLARIN DEĞİŞİM AŞAMALARINA GÖRE DAĞILIMLARI VE “MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ” EĞİTİMİNİN DEĞİŞİM AŞAMALARINA ETKİSİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

Araştırmada verilen eğitimin, kadınların değişim aşaması basamaklarında ilerleme sağladığı grubun genelinde ilerleme yönünde anlamlı değişim gösterdiği bulunmuştur. Eğitim öncesi mamografi çektiren, sağlık güvencesi olan ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda hareket/eylem aşamasında olanların oranının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır.

Kadınların değişim aşaması sorularına verdikleri yanıtlara göre dağılımı Tablo 25’de gösterilmiştir. “Daha önce hiç mamografi çektiniz mi?” sorusuna eğitim öncesi kadınların yarısından fazlası (%53.7) evet yanıtını vermiştir. Eğitim sonrası bu soru tekrar sorulmamış aynı değer alınmıştır. Mamografi çektiren kadınların %34.1’inin son iki yıl içinde mamografi çektiği saptanmıştır. Eğitim sonrası bu soru “son altı ayda bir mamografi çektiniz mi?” olarak sorulmuş ve kadınların yarısından fazlası (%58.5) evet yanıtını vermiştir. “Düzenli olarak iki yıl arayla birer mamografi çektiniz mi?” sorusuna %14.6’sı evet yanıtını vermiştir. Eğitim sonrası bu soruda tekrar sorulmamış aynen kabul edilmiştir. Önümüzdeki iki yıl içinde mamografi çekirmeyi düşünenler eğitim öncesi %70.7 iken, eğitim sonrasında %86.6’ya yükselmiştir. Eğitim öncesi kadınların yarısının bir mamografi deneyimi olmasına rağmen, yaklaşık yedi kadından biri düzenli mamografi çekirmiştir. Bu durum kadının hayatında rastgele bir mamografi çektiğini ama yaşına uygun tarama rehberine uymadığını göstermektedir. Bunun nedeninin sağlık sistemi ve işleyişiyle ilgili engeller ve sağlık personellerinin kadınları mamografi çekirmeye yönlendirmemesi, hatırlatmaması olduğu düşünölmektedir.

Kadınların değişim aşaması sorularına verdikleri yanıtlar doğrultusunda buldukları değişim aşamaları değerlendirilmiştir. Buna göre, eğitim öncesinde “düşünme öncesi” aşamasında olan kadınların (%19.5) yarısı (%9.8) diğer basamaklara ilerlemiştir. Kadınlardan “vazgeçme” aşamasındakilerin (%2.4) tümü bir üst basamağa ilerlemiş ve eğitim öncesi mamografi çekirmeyi düşünen kadınların (%43.9) oranı eğitim sonrasında (%31.7) azalmıştır. Bu durumun düşünen kadınların mamografi çekirmelerinden veya eylem aşamasına atlamalarından kaynaklandığı düşünölmektedir. Vazgeçme riski %6.1’den %1.2’ye düşmüştür. Harekete geçen yani mamografi çektiren kadınların (%14.7) oranı yaklaşık üç kat (%41.5) artmıştır. Mamografi çekirmeyi sürdüren kadınların oranında çok az bir artış olmuştur (%13.4-15.9).

Kadınların eğitim öncesinde ve sonrasında Transteoretikal Model (TTM) kapsamında tanımlanan değişim aşamaları teorik olarak doğrusal değil, döngü oluşturacak biçimde daireseldir (80, 82). Tüm kadınların eğitim öncesi ve sonrası aşamalar arasındaki değişimi karşılaştırıldığında, yarıya yakını (%46.3) olumlu yönde aşama değişimi gerçekleştirirken, %45.1’i buldukları aşamada kalmış, %8.1’i ise önceki aşamalara gerilemiştir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Grubun geneli ilerleme yönünde değişim göstermiştir.

Benzer çalışmalardan kırsalda yaşayan Koreli kadınlarda yapılan çalışmada katılımcıların %27.8'i "düşünce öncesi" evrede, %40.5'i "düşünce" evresinde, %17.8'i "eylem" evresinde ve %13.9'u "sürdürme" evresinde bulunmuştur (57). Diğer bir çalışmada Ryu ve arkadaşlarının 40 yaş üstü Koreli kadınlarda yapmış oldukları çalışmada %26.2'si düşünme, %21.8'i sürdürme, %20.8'i eylem, %17.3'ü düşünme öncesi, %7.8'i vazgeçme, %6.1'i vazgeçme riski aşamasında olduğu bulunmuştur (95).

Randomize seçilen 258 kadınla yapılan bir çalışmada telefonla iki kez yapılan girişimde kadınların düşünce öncesi aşaması %6.3'ten %5.6'ya, eylem aşaması %21.4'ten %41.3'e, sürdürme aşaması %45.2'den %69.8'e yükselmiştir. Vazgeçme aşamasında olan kadınlar ise %4'den %1.6'ya düşmüştür (20). Bu bulgular doğrultusunda araştırma kapsamında yapılan eğitimin de bu sonuçlarla paralel bir değişimi gerçekleştirdiği söylenebilir. Clarke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evre uyumlu uygun girişim değişim aşamalarında ilerleme ve tarama tekrarı için etkili bulunmuştur (26). Ancak Kim ve arkadaşlarının çalışmasında girişim sonrası mamografi kullanımı için hazır olma evresinde aşamalar arasında geçiş olmamıştır (67).

Kadınların tanımlayıcı özelliklerinin eğitim sonrası değişim aşamaları durumuna etkisi değerlendirildiğinde; 50-59 yaş grubunda, eğitim düzeyi yüksek, evli, sağlık güvencesi olan, emekli/işçi olan ve risk grubunda olan kadınların daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Sağlık güvencesi olan ve eğitim düzeyi yüksek olan kadınlarda hareket/eylem aşamasında olanların oranın anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Birçok çalışmada, maliyetin, mamografi çektirmede önemli bir engel olduğu belirtilmektedir (15). Bazı çalışmalar ise gelirin mamografi çektirmede etkili olmadığını bildirmektedir (37, 71, 83). Lee-Lin ve arkadaşları eğitim düzeyinin mamografi çektirmede etkisiz olduğunu bildirmektedir (71).

Yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir ve risk durumu ile değişim aşamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Kadınların doğurganlık, menopoz ve erken tanı yöntemlerinin eğitim sonrası değişim aşamaları durumuna etkisi değerlendirildiğinde; 1-2 çocuğa sahip olan, menopoza giren, HRT kullanan, KKMM yapan ve KMM yaptıran kadınların daha fazla hareket/eylem aşamasında olduğu bulunmuştur. Çocuk sayısı, menopoz

durumu, HRT kullanma, KKMM yapma ve KMM yaptırma durumu ile değişim aşamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.

Koreli Amerikan kadınlarda SİM ve TTM kullanılarak yapılan girişim çalışmasında yaş, medeni durum, eğitim gelir ve sağlık güvencesi ile değişim aşamaları arasında fark saptanamazken, çalışan ve birinci basamak hekimine giden kadınların anlamlı olarak daha çok eylem aşamasında oldukları belirlenmiştir (67). Benzer bir çalışmada Hur ve arkadaşlarının kırsalda yaşayan Koreli kadınlarda yaptıkları çalışmada değişim aşamaları ile yaş ve eğitim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmış, düşünce öncesinde olan kadınlar diğer aşamadaki kadınlardan daha yaşlı ve yüksek okul ve üzeri eğitimi olan kadınların ise daha çok eylem aşamasında oldukları belirlenmiştir (57). Araştırma grubunda eğitim durumu ve eylem aşaması arasındaki ilişki Hur ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzer bulunmuştur.

Bazı çalışmalarda kadınların tavsiye edilen aralıklarla düzenli mamografi çekirtmesinde mamografi ile ilgili geçmiş deneyim ve davranışların ve sağlık inançlarının gelecekteki taramalara katılımı etkilediğine işaret edilmiştir (20, 70, 74). Mamografi ile ilgili geçmiş davranışlar Mayne ve Earp'nin çalışmasında üç kat (74) ve Lechner ve arkadaşının çalışmasında 8.1 kat tekrar mamografi çekimini etkilemiştir (70). Bu çalışmada da eğitimden önce mamografi çekirtmenin eğitimden sonrada güçlü bir belirleyici olduğu bulunmuştur.

Benzer şekilde Hee-Soon Juon (2006) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim öncesi mamografi çekirten/niyeti olan kadınların olmayanlara oranla 5.7 kat daha fazla niyete sahip oldukları saptanmıştır (60). Ayrıca ileri yaştaki kadınların mamografi çekirtme konusunda daha düşük bir niyette olduklarını belirtmişlerdir (60). Duk ve arkadaşları yaptığı çalışmada düşük gelirli Afrikalı Amerikan kadınların mamografi kullanımı için erişilebilirlik ve düşük maliyetin en önemli etken olduğunu bulmuşlardır (36). Bir başka çalışmada düzenli mamografi çekirtme ile eğitim, gelir medeni durum ve sağlık bakım kapsamı arasında ilişki saptanmıştır (48). Ancak önceki mamografisi ile ilgili olumsuz deneyimi olan kadınların mamografi çekirtme oranlarının daha düşük olduğunu saptayan araştırmalarda vardır (20). Bununla birlikte model temelli çalışmaları özellikle daha önce mamografi çekirtmemiş ve mamografi çekirtmeyi düşünmeyen kadınlarda daha etkili olduğunu belirten çalışmalarda vardır (13). Bazı çalışmalarda kadınlara yapılacak bireysel danışmanlık ile bireysel sağlık algılarının olumlu yönde değiştirilerek mamografi çekirtme oranlarının artırılabilceği belirtilmiştir (5, 60). Ashing-Giwa ve Sera, kadınları

meme kanserinden korumada; sağlık bakım kalitesi, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık sistemi, sosyo kùltürel faktörler, ruhsal durum ve çevre ile ilgili faktörleri de dahil etmek gerekliliğini vurgulamışlardır (5, 13).

4.6. “MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ” EğİTİMİNİN SAğLIK ALGILARINA ETKİSİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

Çalışma kapsamındaki kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası meme kanseri ve mamografiye ilişkin SİM'in alt boyut (duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, mamografi yarar ve mamografi engel) puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu ve mamografi yarar puan ortalamaları anlamlı olarak artmış mamografi engel algısı puan ortalaması anlamlı olarak azalmıştır.

Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, ayrıca yararların daha yüksek algılandığına ifade etmektedir. Engel algısında puanın düşmesi ise engellerin daha az algılandığına göstermektedir. Çeşitli çalışmalarda meme kanseri tarama davranışlarını artırmada anlamlı etkisi kanıtlanan SİM, sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan özellikleri tanımlamaktadır (21, 22, 23, 24, 116).

Modele göre, kendini meme kanseri olmaya yatkın hissedeni ve meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılayan bir kadının erken tanı yöntemlerini yaptırma eğilimde olması beklenir. Benzer şekilde, erken tanı davranışlarının sağlığına yararlı olduğunu algılayan ve bu davranışı yapmaktan alıkoyan nedenlerin farkında olan ve bu nedenlerle baş edebilen bir kadının KKMM yapması, mamografi ve KMM yaptırması beklenir. Bu bilgiler doğrultusunda araştırmadan elde edilen sonuçlar kadınların erken tanı yöntemlerini kullanmaları açısından önemlidir.

SİM'e göre, engel algısının yüksek olması davranışı olumsuz yönde etkilemektedir (47). Yapılan birçok çalışmada mamografi çektirmeyen kadınların engel algısının çektirenlerden daha yüksek olduğu, başka bir anlatımla, düzenli mamografi çektiren kadınların engel algısının daha düşük olduğu (8, 21, 67, 98) ve yapılan eğitim ve yönlendirmelerin engel algısını azalttığı belirlenmiştir (52). Bireylerin erken tanıya yönelik arzu edilen davranışı göstermelerinde engel algısının düşük olması beklenir (79). Bu bulgular ışığında araştırmada eğitim sonrası kadınların mamografi engel algılarının anlamlı olarak düşmesi mamografi çektirme davranışı açısından olumlu olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada, eğitim sonrası kadınların; meme kanserinin ciddi bir problem olduğunu (önemseme algısı) ve kendisinin de meme kanseri olma olasılığını (duyarlılık algısı) ve mamografinin meme kanserini erken dönemde belirlemede etkin olduğunu kabul ettikleri (mamografi yarar algısı), mamografi çekimi için engelleri daha az algıladıkları ve sağlık motivasyonlarının arttığı söylenebilir.

Hall ve arkadaşlarının kültürel olarak duyarlı eğitim programı uygulamaları sonucu girişim grubunda SİM alt boyutlarından duyarlılık alt boyutu anlamlı olarak artmış, mamografi yarar ve engel alt boyutu istatistiksel olarak fark yaratmamıştır (53). Aynı araştırmacının Afrika kökenli Amerikan kadınlarda yaptığı bir diğer çalışmada girişim grubunda ölçeğin tüm alt boyutlarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (52). Bir diğer çalışmada Han ve arkadaşlarının yaptığı eğitim girişiminden 6 ay sonra yapılan değerlendirmede kadınların yarar, duyarlılık ve engel algılarında anlamlı fark yaratmadığı bulunmuştur (54).

Araştırma bulgularına benzer olarak; Burack ve Liang 50 yaş üzeri Afrikalı Amerikan kadınlarda yaptıkları telefonla izlem girişiminde mamografi çektirmede en önemli etkenin algılanan yararlar ve engeller olduğunu bulmuşlardır (16). Price ve arkadaşlarının çalışmasında duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısının, mamografi çektirmek istemede önemli bir belirleyici olduğu, ancak engel algısının mamografi çektirmek istemede önemli bir belirleyici olmadığı bulunmuştur (89).

Russell ve arkadaşlarının çalışmasında duyarlılık ve yarar algısının rutin mamografi taramalarında önemli olmadığını, sadece engel algısının düşük olmasının mamografi çekimini arttırdığını bulunmuştur (94). Mickey çalışmasında duyarlılık algısının düzenli mamografi çektirilmesinde önemli bir belirleyici olmadığı bulunmuştur (78).

Ülkemizde eğitilmiş kadınlarda maket ve video yöntemlerinin etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada girişim ve kontrol grupları arasında mamografi engel algısı puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmemiştir (10). Sağlık motivasyonu algısına ilişkin olarak Aydın (2004) ve Ho'nun (2006) çalışmasında eğitimin sağlık motivasyonu algısını geliştirmede anlamlı etkisi bulunmamıştır (10, 55). Aydın'ın (2004) çalışmasında programın sağlık motivasyonuna katkısının bulunmaması, kadınların program öncesi dönemde sağlık motivasyonu algısının yüksek olması ile açıklanmıştır (10).

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Kemalpaşa İlçesi'nde 50-70 yaş arası kadınlara verilen meme kanseri ve mamografi eğitiminin etkinliğini değerlendirmek ve eğitime katılan kadınların meme kanseri risklerini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada "Meme Kanseri ve Mamografi Eğitiminin" kadınlarda bilgi düzeyini artırdığı, değişim basamaklarında ilerleme sağladığı, sağlık inançlarına anlamlı etkisi olduğu ve KKMM oranını anlamlı düzeyde artırdığı belirlenmiştir. Ancak KMM yaptırma ve mamografi çektirme oranını artırmada anlamlı etkisi olmamıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların çoğu evli, ev kadını ve ilkokul mezunudur. Meme kanseri risk faktörleri açısından kadınların çoğu; ilk adet yaşı 12-14, ilk doğum yaşı 30 yaş öncesinde ve şişman grubundadır. Kadınların kendilerinde meme kanseri riskini hesaplanan riskten daha yüksek algıladıkları bulunmuştur.

Kadınların eğitim öncesi bilgi puanları düşük saptanmıştır. Eğitim sonrası meme kanseri ve mamografi ile ilgili bilgi sorularının tümünde bilgi düzeyi ortalamaları ve sınıt test puan ortalamaları anlamlı olarak artmıştır.

Verilen eğitim kadınlarda KKMM uygulama oranını anlamlı olarak artırmış, KMM yaptırma ve mamografi çektirme oranını artırmada anlamlı etkisi olmamıştır.

Eğitim sonrası kadınların çoğu mamografi çektirmek için randevu almıştır ve randevu alamayan/mamografi çektiremeyenlerin çoğu unuttuklarını belirtmişlerdir.

Eğitim sonrası TTM'in değişim basamaklarına göre kadınlarda anlamlı ilerleme sağlanmış ve grubun geneli ilerleme yönünde değişim göstermiştir. Sağlık güvencesi olan, eğitim durumu yüksek olan kadınların ve eğitimden önce mamografi çektiren kadınların anlamlı olarak daha fazla hareket/eylem aşamasında oldukları bulunmuştur.

Çalışma kapsamındaki kadınlarda; sosyo-demografik, doğurganlık, menopoz ve erken tanı yöntemleri ile ilgili değişkenlerin bilgi kazanç puanını anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır.

Eğitim sonrası kadınların, meme kanseri duyarlılık, önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, mamografi yarar algısı puan ortalamaları anlamlı olarak artmış ve mamografi engel algısı puan ortalaması anlamlı olarak azalmıştır.

5.2. ÖNERİLER

Sağlık inanç modeli ve değişim evreleri çerçevesinde birinci basamakta ve yerinde yapılan eğitim 50-70 yaş grubu kadınlarda etkilidir. Bu sonuca göre;

- Kadınların bilgi açığının giderilmesi amacıyla; tüm sağlık çalışanları, özellikle de birinci basamak çalışanları tarafından meme kanserinden korunmaya yönelik sürekli eğitim çalışmaları yapılmalı,
- Meme kanserinin erken tanısına yönelik yapılacak çalışmalarda erken tanı davranışlarının sergilenmesinde kadınların sağlık inanç algıları dikkate alınmalı, kadınların duyarlılıklarını artırıcı eğitimlerle, meme kanserine yönelik olumlu inanç, tutum ve davranışlar oluşturulmalı,
- Meme kanserinin erken tanısına yönelik davranış değişikliğini sağlamak için, kadınların içinde bulunduğu değişim aşaması ve davranış değiştirmeye olan ilgisi/motivasyonu belirlenmeli,
- Mamografi çekimi için kadınların eğitim durumu, sağlık güvencesi, sağlık kurumunun ulaşılabilirliği dikkate alınmalı ve unutmayı önlemek için hatırlatıcı sistem oluşturulmalı,
- SİM ve TTM'in değişim aşamaları bireysel yapı üzerine odaklandığından, girişim yapılacak gruba adapte edilmeli, toplumsal ve kültürel yapıya ilişkin değişkenler dahil edilmeli,
- Bu çalışmanın sonuçları teoriye dayalı ve girişim stratejilerinin geliştirilmesinde 50-70 yaş kadınlara yönelik programlarda kullanılabilir.
- Kanserden korunmaya yönelik daha fazla topluma dayalı çalışmalar yapılmalı ve bu araştırmaların sonuçları da topluma yayılmalı ve hizmet planlamada kullanılmalıdır.
- Mamografi kullanımını etkileyen engeller(sağlık güvencesi, hizmete ulaşım, gelir düzeyi...) giderildikten sonra; SİM ve TTM'in değişim aşamaları birinci basamakta sisteme entegre edilerek kullanılabilir. Bu süreç birinci basamakta aşağıdaki şekilde planlanabilir:

Öncelikle TTM değişim aşamaları soruları 50-70 yaş arası başvuran her kadına sorularak mamografi çekirme açısından hangi aşamada olduğu ve SİM ile sağlık inançları saptanır. Ardından ilgili sağlık personeli (birinci basamak kurumundaki

hekim, hemşire, ebe...) bulunduğu aşamaya ve sağlık algısına uygun eğitim ve danışmanlık yapılır.

Eğer kadın “DÜŞÜNCE ÖNCESİ” aşamasında ise;

- ✓ Bilgi eksikliği sosyal/farklı gruplara uygun olarak giderilmeli
(Dil, kültür, eğitim durumu, farkındalık, yaş.....)
- ✓ Hizmetin organizasyonu yapılmalı
- ✓ Hemşire/Ebe eğitimi yapılmalı
- ✓ Ev ziyareti ile eğitim yerinde yapılmalı
- ✓ Sürekli ve düzenli olarak hizmetin/eğitimin verilmesi sağlanmalı

Eğer kadın “DÜŞÜNME” aşamasında ise;

- ✓ Entegrasyon sağlanmalı
- ✓ Sevk Zinciri işletilmeli
- ✓ Katkı payı alınmamalı
- ✓ Koordinasyon sağlanmalı(I. ve II. Basamak sağlık hizmetleri arasında)
- ✓ Hizmetin kapsayıcılığı genişletilmeli
- ✓ Yoksulların ve sağlık güvencesi olmayanların mamografi ödemeleri devlet tarafından karşılanmalı

Eğer kadın “EYLEM/HAREKETE GEÇME” aşamasında ise;

- ✓ Hastanelerle entegrasyon sağlanmalı
- ✓ Mamografi çekilen merkezlerin merkezi bir planlama içerisinde sayısı artırılmalı ve yaygınlaştırılmalı
- ✓ Bu merkezler ulaşılabilecek uzaklıkta olmalı
- ✓ Mamografi çekimlerinin devlet tarafından ödenebilirliği ve Sağlık güvencesi sağlanmalı
- ✓ Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin kadının yaşına ve risk durumuna uygun olarak mamografi çekimi tavsiye edilmeli
- ✓ Maliyet ve Erişimin önündeki engeller kaldırılmalı
 - (coğrafi (mesafe, yol)
 - Finansal (sağlık güvencesi, ödeme sistemi)
 - İdari/organizasyonel (bekleme süresi, randevu, entegrasyon)
 - Sosyokültürel (eğitim, okur yazarlık, ırk.....))

Koruyucu sağlık davranışı sadece bireysel düzeyde değil toplumsal düzeydeki faktörlerden de etkilenmektedir. Bu nedenle Sağlık sistemi koruyucu sağlık sistemini kurgulayacak şekilde olmalı, Sistem nüfusunu ebe/ hemşire nüfusuna uygun daraltmalı, hizmet yaşlanan nüfusu kapsayacak şekilde olmalı, sevk zinciri işletilmeli, eğitim hizmeti performans kriterlerine dahil edilmeli, yoksulluk/güvencesizlik sağlık hizmetine erişimi engellememeli ve hizmet ev ziyaretleri ile topluma götürülmelidir.

ÖZET

Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi

Amaç: Bu araştırmada, İzmir İli Kemalpaşa İlçesi'nde 50-70 yaş arası kadınlara verilen meme kanseri ve mamografi eğitiminin etkinliğini değerlendirmek ve eğitime katılan kadınların meme kanseri risklerini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma İzmir İli Kemalpaşa İlçesi'nde Ekim 2008- Ağustos 2010 tarihleri arasında yapılan tek grup öntest-sontest tasarımında eğitim müdahalesi çalışmasıdır. Araştırmanın hedef grubunu İzmir Kemalpaşa merkezindeki 3 No'lu Aile Hekimliği birimine kayıtlı 50-70 yaş arası kadınlar oluşturmuştur. Çalışma kriterlerine uygun olan 106 kadın çalışmaya katılmıştır. Araştırma verileri ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Eğitimlerde Sağlık Bakanlığı'nın eğitim materyali ve video filmi düzenlenerek kullanılmıştır. Eğitimin etkinliğini değerlendirmek için kadınlara eğitim öncesi öntest ve eğitim girişiminden 6 ay sonra sontest uygulanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri bilgi düzeyi, erken tanı davranışları, mamografi çektirmede değişim aşamaları ve sağlık algılarıdır. Veri analizleri birinci ve ikinci uygulamada eşleştirilen 82 kadın üzerinden gerçekleştirilmiştir (katılım oranı=%77.4). Verilerin analizinde sayı ve yüzde dağılımları, Varyans Analizi, χ^2 , Bağımlı Gruplarda χ^2 , Bağımsız Gruplarda t testi, Bağımlı Gruplarda t testi ve eşleştirilmiş iki grupta Wilcoxon işaretli sıra testi kullanılmıştır.

Bulgular: Bilgi düzeyi sorularında meme kanseri ile ilgili tüm ifadelerde eğitim sonrasında doğru yanıt verilme sıklığı anlamlı olarak artmıştır. Kadınların sontest puan ortalamaları anlamlı olarak artmıştır ($P<0.000$). Sosyo-demografik değişkenler, doğurganlık, menopoz ve erken tanı yöntemlerine ilişkin tanımlayıcı özelliklerin bilgi kazanç puanını anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur. Eğitim sonrası KKMM uygulama oranı anlamlı olarak artmış ($p=0.022$) ancak KMM yaptırma ($p=0.122$) ve mamografi çektirme ($p=0.523$) oranı anlamlı olarak artmamıştır. Kadınların eğitim sonrası değişim aşamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z=-4.258$, $p<0.001$) ve grubun geneli ilerleme yönünde değişim göstermiştir (%46.3). Sağlık güvencesi olan ($X^2=6.076$, $P=0.048$), eğitim düzeyi yüksek olan ($X^2=10.199$, $P=0.037$) ve eğitim öncesinde mamografi çektirmiş olan ($X^2=12.859$, $P=0.002$) kadınların anlamlı olarak daha fazla hareket/eylem aşamasında oldukları bulunmuştur. Eğitim sonrası kadınların, meme kanseri

duyarlılık (p=0.000), önemseme/ciddiyet (p=0.000), sağlık motivasyonu (p=0.000), mamografi yarar algısı (p=0.000) puan ortalamaları anlamlı olarak artmış ve mamografi engel algısı puan ortalaması (p=0.000) anlamlı olarak azalmıştır.

ABSTRACT

Evaluation of the Effect of Breast Cancer and Mammography Training on women aged between 50 and 70 in Kemalpaşa

Aim: In this research it is intended to evaluate the effectiveness of the training about breast cancer and mammography given to the women aged between 50 -70 and to determine breast cancer risks of women who participated in the training in İzmir's Kemalpaşa District.

Methods: It is a study of pretest posttest design of a training intervention performed between October 2008 and August 2010 in İzmir's Kemalpaşa district. Women aged between 50 -70 years registered in the list of 3rd Family Medicine Unit at İzmir's Kemalpaşa metropolis formed the target population. 106 women, conforming to the study criteria, participated in the study. Research data are collected by home visits with face to face interviews; Ministry of Health education material and video film are modified and used in trainings. To evaluate the effectiveness of training pretest and posttest have been implemented before training and after six months of training. The variables are knowledge level, early diagnosis behaviors, stages of changes on scanning mammography, and health perception. Data analysis is practiced via 82 women who are paired at the first and the second phase (Participation Rate 77.4 %). In data analysis, number and percentage distribution, Variance Analysis, χ^2 , χ^2 in dependent groups, t test in independent and dependent groups, and Wilcoxon signed rank test in two matched groups are used.

Results: After the training, the frequency of the correct answers in knowledge questions concerning breast cancer. Have increased significantly Women's average of posttest score has increased significantly (P<0.000). Socio-demographic variables, fertility, menopause and early diagnosis methods do not influence knowledge score difference. Rate of self breast examination practice has increased significantly after training (p=0.022); however, rate of clinical breast examination (p=0.122) and scanning mammography (p=0.523) have not increased significantly. Stages of changes differences after training has been found statistically significant (Z=-4.258, p< 0.001) and generally the group have showed progression in the stage of change (%46.3). It has been detected that women having health insurance ($X^2=6.076$, P=0.048), high education level ($X^2=10.199$, P=0.037) and mammography scanning before the training ($X^2=12.859$, P=0.002) are significantly more at movement/ action stage. After training, women's mean scores of breast

cancer awareness ($p=0.000$), severity ($p=0.000$), health motivation ($p=0.000$), perception of the benefits of mammography ($p=0.000$) have increased significantly and mean score of perception of mammography barriers have decreased significantly ($p=0.000$).

BÖLÜM VII

KAYNAKÇA

1. Ahmad, F., Cameron, J.I., Stewart, D.E. (2005). A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. *Social Science & Medicine*, 60, 575–586.
2. Altunkan, H., Akın, B., Ege. E. (2008). 20-60 Yaş Arası Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Uygulama Davranışları ve Farkındalık Düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2): 84-91.
3. American Cancer Society, (2009). *Cancer Prevention and Early Detection Facts and Figures*, 9-11.
4. Anderson, B.O., Jakesz, R., (2008). Breast Cancer Issues in Developing Countries: An Overview of the Breast Health Initiative, *World J Surg*, 32: 2578-2585.
5. Ashing-Giwa, K. (1999). Health Behavior Change Models and Their Socio-Cultural Relevance for Breast Cancer Screening in African American Women, *Women& Health*, 28(4): 53-71.
6. Aslan, F.E., Gürkan, A. (2007). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2): 63- 68
7. Austoker, J. (2003). Breast self examination- does not prevent deaths due to breast cancer, but breast awareness is still important. *British Medical Journal*, 326, 1–2.
8. Avcı, İ.A, Kurt, H. (2008). Health beliefs and mammography rates of Turkish women living in rural areas. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(2): 170- 175.
9. Avis, N.E., Smith, K.W., Link, C.L., Goldman, M.B. (2004). Increasing mammography screening among women over age 50 with a videotape intervention. *Preventive Medicine*, 39, 498– 506.
10. Aydın, İ. (2004). Meme kanserinin erken tanısına yönelik iki farklı eğitimin, öğretmenlerin meme kanseri taramalarındaki inanç ve davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.
11. Aydınler A,Topuz E. (2007). *Meme Kanseri Tanı Tedavi Takip*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

12. Aydıntuğ, S. (2004). Meme Kanserinde Erken Tanı Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED); 13(6); 228.
13. Becker S.A., Foxall, M. (2006). An Analysis of Health Behavior Theories Applied to Breast-Screening Behavior for Relevance With American Indian Women, *Journal of Transcultural Nursing*, Vol.17(3), 272-279.
14. Bener, A., Honein, G., Carter, A.O., Da'ar, Z., Miller, C., Dunn, E.V. (2002). The determinants of breast cancer screening behavior: a focus group study of women in the United Arab Emirates. *Oncology Nursing Forum*, 29(9): 91- 98.
15. Bren, N., Yabroff, K.R., Meissner, H.I. (2007). What Proportion of Breast Cancers are Detected by Mammography in the United States? *Cancer Detection and Prevention* 31: 220-224.
16. Burack, R., Liang, J. (1989). The acceptance and completion of mammography by older black women. *American Journal of Public Health*, 79(6), 721-726.
17. Buxton, J.A., Bottor, J.L., Balneaves, L.G., Richardson, C. (2003). Women's perceptions of breast cancer risk: are they accurate? *Can. J. Public Health*, 94(6)422-6.
18. Campbell, K.L., McTiernan, A. (2007). Exercise and Biomarkers for Cancer Prevention, *J. Nutr. Supplement*, 137, p.161-169.
19. Canbulat, N. (2006). Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
20. Carney, P.A., Harwood, B. G., Greene, M.A., Goodrich M.E. (2005). Impact for a Telephone Counseling Intervention on Transitions in Stage of Change and Adherence to Interval Mammography Screening (United States), *Cancer Causes and Control*, 16: 799-807.
21. Champion, V. L., Monahan P.O., Springston, **J.K.**, Russell, K., Zollinger, T.W., Saywell, Jr., R.M., Maraj, M. (2008). Measuring Mammography and Breast Cancer Beliefs in African American Women, *J Healt Psychol*, 13(6): 827-837.
22. Champion VL, Springston JK, Zollinger TW, Saywell RM Jr, Monahan PO, Zhao Q, Russell KM (2006). Comparison of Three Interventions to Increase Mammography Screening in Low Income African American Women, *Cancer Detection and Prevention*, 30: 535-544.

23. Champion VL, Skinner C.S. (2003). Differences in perceptions of risk, benefits, and barriers by stage of mammography adoption, *J Women's Health (Lacrchmt)*, 12(3), 277-86.
24. Champion, V.L., Maraj, M., Hui, S., Perkins, A.J., Tierney, W., Menon, U., Skinner, C.S. (2003). Comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. *Preventive Medicine*, 36, 150–158.
25. Chan, S.C., Chow, D.M., Loh, E.K., Wong, D.C., Cheng, K.F., Fung, W.Y., Cheung, P.S. (2007). Using a community-based outreach program to improve breast health awareness among women in Hong Kong. *Public Health Nursing*, 24, 265–273.
26. Clark, M. A., Rakowski, W., Ehrich, B, Rimer, B. K., **Velicer, W. F.**, Dube, C. E., Pearlman, D. N., Peterson, K. K., & Goldstein, M. (2002). The effect of a stage-matched and tailored intervention on repeat mammography. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 1-7.
27. Coleman, E.A., Stewart, C.B., Wilson, S., Cantrell, M.J., O'Sullivan, P., Carthron, D.O., Wood, L.C. (2004). An Evaluation of Standardized Patients in Improving Clinical Breast Examinations for Military Women. *Cancer Nursing*, 27, 474-482.
28. Cuzick, J. (2003). Epidemiology of Breast Cancer- Selected Highlights. *Breast*, 12(6), 405-411.
29. Çiçeklioğlu, M., Çeber, E., Soyer Türk, M., Çımat, S (2005). Birinci Basamakta Hemşire/Ebelerin Eğitimlerinde Akran Eğiticilerinin Kullanılması: Meme Kanseri Erken Tanısı Eğitim Programı Geliştirme Deneyimi, *Sted Dergisi*; 14(11); 249-255.
30. Çetin, N., Tülay, N., Benli, A.R., Demir, N., Kartounian, J. (2007). Meme kanseri ve meme kanseri taramasına ilişkin Türk kadınlarının bilgi, tutum ve görüşleri. *Dirim*, 82(2): 311.
31. Darendeliler, E., Ağaoğlu, F.Y. (2003). Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi. *Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti*, 13-33.
32. Davids SL. Schapira MM. McAuliffe TT. Nattinger AB. (2004). Predictors of pessimistic breast cancer risk perceptions in a primary care population. *J. Gen. Intern. Med*, 19: 310-15.

33. DeBarr KA. (2004). A Review of Current Health Education Theories. *Californian Journal of Health Promotion*, 2(1):74-87
34. Dinçel, E., Kısmet, K., Erel, S., Sunay, D., Şahin, M., Taşova, V., Akkuş, M.A. (2010). İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler, *Meme Sağlığı Dergisi* Cilt: 6 Sayı: 3 113-117.
35. Dişçigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., Söylemez, A. (2007). Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış Ve Uygulamaları Adnan Menderes Üniversitesi, Aile Hekimliği, Aydın, Türkiye, *Marmara Medical Journal*, 20(1); 29-36.
36. Duke, S., Gordon-Sosby, K., Reynolds, Gram, I. (1994). A study of breast cancer detection practices and beliefs in Black women attending public health clinics. *Health Education Research*, 9(3), 331-342.
37. Dündar, P.E., Özmen, D., Özyurt, B., Haspolat, G., Akyıldız, F., Çoban, S. ve Çakıroğlu, G. (2006). The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*, , 6: 43, p. 1- 24.
38. Ekici, E., Utkualp, N. (2007). Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Yönelik Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(3), 136-139.
39. Erol, S., Erdoğan, S. (2007). Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek için Transteoretik Modelin Kullanılması, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10: 2.
40. Ertem, E., Durgun, O.Y. (2007). Farklı meslek gruplarına mensup 15- 65 yaş arası kadınların meme kanserinden korunma ile ilgili bilgi ve kendi kendine meme muayenesi davranışları, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, s: 334.
41. Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., Parkin, D.M. (2004). *GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. IARC CancerBase No. 5, version 2.0., Lyon: IARC Press.
42. Fowler, B.A., Rodney M., Roberts, S., Broadus, L. (2005). Collaborative Breast Health Intervention for African American Women of Lower Socioeconomic Status, *Oncology Nursing Forum*, Vol: 32 (6).
43. Foxall M.J. (1998). Ethnic Differences in Breast Self-Examination Practice and Health Beliefs, *Journal of Advanced Nursing*, 27: 419-428.

44. Goel V., Cohen M.M., Kaufert P., MacWilliam, L. (1998). Assessing the Extent of Contamination in the Canadian National Breast Screening Study, *Am J Prev Med*, 15(3).
45. Göçgeldi, E., Açıkkel, C. H., Hadse, M., Aygut, G., Çelik, S, Gündüz, İ., Karadeniz, Y., Ayas, R., Şahin, E., Deniz, C. (2008). Ankara- Gölbaşı İlçesinde Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Konusundaki Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 13(4), 261-265.
46. Gözüm, S., Aydın, İ. (2004). Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales, *Cancer Nursing*, 27(6), s: 491- 498.
47. Gözüm, S., Karayurt, Ö., Aydın, İ. (2004). Meme kanseri taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2); 71-85.
48. Grindel, C.D., Brown, L., Caplan, L., Blumenthal, D., (2004). The Effect of Breast Cancer Screening Messages on Knowledge, Attitudes Perceived Risk, and Mammography Screening of African American Women in the Rural South, *Oncology Nursing Forum*, Vol.31(4).
49. Gross, R.E. (2000). Breast Cancer: Risk Factors, Screening and Prevention, *Seminars in Oncology Nursing*; 16(3), 176-184.
50. Güler, Ç., Akın, L. (2006). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s: 1020-1140.
51. Güner, İ.Ç., Tetik, A., Gönener, H.D. (2007). Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 55-60.
52. Hall, C.P, Hall J.D, Priemer J.T., Wimberley, P.D., Jones, C.H. (2007). Effects of a Culturally Sensitive Education Program on the Breast Cancer Knowledge and Beliefs of Hispanic Women, *Oncology Nursing Forum*, Vol:34 (6).
53. Hall, C.P, Wimberley, P.D., Hall, J.D., Pfriemer J.T., Hubbard, E.M., Stacy, A.S., Gilbert, J.D. (2005). Teaching Breast Cancer Screening to African American Women in the Arkansas Mississippi River Delta, *Oncology Nursing Forum* Vol: 32 (4).
54. Han, H.R., Lee, H., Kim M. T., Kim, K. B. (2009). Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women, *Health Education Research*, 24(2), 318-329.

55. Ho, T.V. (2006). Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American women. Doctoral Thesis, Denton, Texas.
56. Humphrey LL, Helfand M, Chang BK., Woolf SH. (2002). Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 137: 347-360.
57. Hur H.K., Kim G.Y., Park S.M. (2005). Predictors of Mammography Participation Among Rural Korean Women Age and Over, *Journal of Korean Academy of Nursing*, Vol: 35(8), 1443-1450.
58. Jebbin NJ, Adotey JM. (2004). Attitudes to, knowledge and practice of breast self-examination (BSE) in Port Harcourt. *Niger J Med*. 13: 166-170.
59. Jones JL, Hughes KS, Kopans DB, Moore RH, Howard-McNatt M, Hughes SS, Lee NY, Roche CA, Siegel N, Gadd MA, Smith BL, Michaelson JS (2005). Evaluation of Hereditary Risk in a Mammography Population. *Clin Breast Cancer*. 6(1), 38-44.
60. Juon, H. S., Choi S., Klassen, A., Roter, D. (2006). Impact of breast cancer screening intervention on Korean-American women in Maryland. *Cancer Detection and Prevention*, 30: 297-305.
61. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) (2010). 2004 Yılı Türkiye Kanser İstatistikleri, Ulaşım Tarihi: 10.08.2010.
<http://www.ketem.org/istatistik.php#izmir>
62. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) (2010). Kanserle Savaş Daire Başkanlığı Yayınları: Ulusal Kanser Programı 2009-2015, Erişim tarihi: 02.09.2010. <http://www.kanser.gov.tr/index.php?cat=51>
63. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) (2010). Ulusal kanser tarama programları. Erişim: 11.04.2010.
http://ketem.org/hangi_tarama.php
64. Karayurt, Ö. (2003). Champion Sağlık İnanç 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.
65. Karayurt, Ö., Dicle, A., Malak, A.T. (2009). Effects of Peer and Group Education on Knowledge, Beliefs and Breast Self-Examination Practice among University Students in Turkey, *Turk J Med Sci*, 39 (1): 59-66

66. Keen, J.D., Keen, J.E. (2009). What is the point: will screening mammography save my life? *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 9(18).
67. Kim, J.H., Menon, U. (2009). Pre-and Post-intervention Differences in Acculturation, Knowledge, Beliefs, and Stages of Readiness for Mammography among Korean American Women, *Oncology Nursing Forum*, Vol: 36(2).
68. King, E., Rimer, B., Seay, J., Balshem, A., Engstrom, P. (1994). Promoting mammography use through progressive interventions: Is it effective? *American Journal of Public Health*, 84(1), 104-106.
69. Koçak, S. (2003). Meme kanserinde risk faktörleri. *Actual Medicine*. 11(6): 50-54.
70. Lechner, L., Nooijer, J.D., Vries, H.D. (2004). Breast self-examination: longitudinal predictors of intention and subsequent behavior. *European Journal of Cancer Prevention*, 13, 1-8.
71. Lee-Lin F., Menon U. (2005). Breast and Cervical Cancer Screening Practices and Interventions among Chinese Japanese and Vietnamese Americans, *Oncology Nursing Forum*, 32(5).
72. Lu, Z.Y.J. (2001). Effectiveness of breast self-examination nursing interventions for Taiwanese community target groups, *Journal of Advanced Nursing Vol*; 34(2), 163–170,
73. Maxwell A.E., Jo A.M., Chin S.-Y., **Lee K.S., Bastani, R.** (2008). Impact of a Print Intervention to Increase Mammography Screening Among Korean American Women enrolled in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, *Cancer Detection and Prevention*, Vol: 32, s: 229-235.
74. Mayne L, Earp J. (2003). Initial and repeat mammography screening: different behaviors/different predictors. *Journal Rural Health*, 2003; 19(1): 63- 71
75. McCready T, Littlewood D, Jenkinson J. (2005). Breast self-examination and breast awareness: a literature review. *J Clin Nursing*, 14: 570-578.
76. McCredie, M., Paul, C., Skegg, D.C., Williams, S. (1997). Family History and Risk of Breast Cancer in New Zealand. *International J Cancer*, 73(4), 503-507.
77. Memiş S., Balkaya N.A. ,Demirkiran F. (2009). Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Nursing and Midwifery Students Regarding Breast Self-Examination in Turkey, *Oncology Nursing Forum*, Vol: 36(1).

78. Mickey, R.M., Durski, J., Worden, J.K., Danigelis, N.L. (1995). Breast cancer screening and associated factors for low-income African- American women. *Preventive Medicine*, 24: 467- 476.
79. Nahcivan, Ö.N., Seçginli, S. (2003). Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 33-37.
80. Noar, S.M., Zimmerman R.S. (2005). Health Behavior Theory and Cumulative Knowledge Regarding Health Behaviors: Are We Moving in the Right Direction? *Health Education Research*, Vol: 20(3), 275-290.
81. Okkaoğlu Mutlu, S. (2010). Birinci basamak gözüyle yaşlı, 4. *Türk Geriatri 2010 Ulusal Yaşlı Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri Kitabı*, s: 201- 203.
82. Onat, H. (1997). Meme kanseri risk faktörleri. Edit: Topuz, E., Meme kanseri, Biyoloji, Tanı, Evreleme ve Tedavi, 1.baskı, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yayınları, No:3, s:102-117.
83. Özmen, V. (2006). Editörden. Meme Sağlığı Dergisi, 2, 55-58.
84. Painter, JE, Borba, C.P.C., Hynes M et al. (2008). The Use of Theory in Health Behavior Research from 2000 to 2005: A systematic Review. *Ann. Behav. Med.* 35: 258-362.
85. Parkin, M. (2006). Use of Statistics to Assess the Global Burden of Breast Cancer. *Global Epidemiologic Methods. Breast J*, 12; 70-80.
86. Parkin, M., Bary, F., Ferlay, J. (2005). *Global Cancer Statistics-2002. American Cancer Society, CA Cancer J Clin.*
87. Parlar, S., Bozkurt, A.İ., Ovayolu, N. (2004). Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (2): 9-15.
88. Pinto, B.M., Fylod, A. (2008). Theories Underlying Health Promotion Interventions among Cancer Survivors, *Seminars in Oncology Nursing*, Vol.24, No.3, 153-163.
89. Price, J., Desmond, S., Slenker, S., Simith, D., Stewart, P.(1992). Urban Black women's perception of breast cancer and mammography. *Journal of Community Health*, 17, 191-204.
90. Prochaska, O.J, Velcier F.W (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change, *American Journal of Health Promotion*, 12: 38-48.

91. Rakowski, W., Dube, C.A., Goldstein, M.G. (1996). Considerations for Extending the Transtheoretical Models of Behavior Change to Screening Mammography, *Health Education Research*, Vol:11(1), 77-96.
92. Rakowski, W., Ebrich, B., Goldstein, M. C., Rimer, B. K., Pearlman, D. N., Clark, M. A., Velicer, W. F., Woolwerton, H. (1998). Increasing Mammography Among Women Aged 40-74 By Use Of Stage-Matched, Tailored Intervention. *Preventive Medicine*, 27: 748-756.
93. Rodriguez, C., Plasencia, A., Schroedr, D.G. (1995). Predictive factors of enrollment and adherence in a breast cancer screening program in Barcelona. *Soc. Sci. Med.* 40(8): 1155-1160.
94. Russell, KM, Champion VL, Skinner CS. (2006). Psychosocial factors related to repeat mammography screening over 5 years in African American women. *Cancer Nursing*, 29(3): 236- 243.
95. Ryu, E., Ahn, O., Baek, S.S., Jeon, M.S., Han, S.E., Park, Y.R., Ham, M.Y. (2008). Predictors of Mammography Uptake in Korean Women Aged 40 Years and Over, *Journal of Advanced Nursing*, 64(2):168-175.
96. Sabatino, S., McCarthy, E.P., Phillips, R.S., Burns, R.B. (2007). Breast Cancer Risk Assessment and Management in Primary Care: Provider Attitudes, Practices, and Barriers. *Cancer Detection and Prevention*, 31, 375–383
97. Seçginli S, Nahcivan N. (2004). Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women *Cancer Nursing*, 27 (4), s: 287.
98. Seçginli S, Nahcivan N. (2006). Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. *Science Direct*, 43: 161- 171.
99. West, D.S., Greene, P.G., Kratt, P.P., Pulley, L., Weiss, H.L., Siegfried, N., Gore, S.A. (2003). The Impact of a Family History of Breast Cancer on Screening Practices and Attitudes in Low-Income, Rural, African American Women, *Journal of Women's Health*; 12(8); 779-787.
100. Sohl, S.J., Moyer, A. (2007). Tailored Interventions to Promote Mammography Screening: A Meta-Analytic Review, *Prev Med.* 45(4):252-261.
101. Somunoğlu, S., (2007). Meme Kanserinde Risk Faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 2-12.

102. Soskolne, V., Marie, S., Manor, O. (2007). Beliefs, Recommendations and Intentions Are Important Explanatory Factors of Mammography Screening Behavior Among Muslim Arab Women in Israel? Health Education Research, Vol: 22(5), 665-676.
103. Sung, J.F.C., Alema-Mensah, E., Blumenthal, D.S. (2002). Inner-City African American Women Who Failed to Receive Cancer Screening Following a Culturally-Appropriate Intervention the Role of Health Insurance, Cancer Detection and Prevention; 26, 28-32.
104. Şen, S., Öztürk, M., Kışioğlu, A.N. (2002). Isparta'da 25-65 yaş grubu kadınların meme kanserinin risk faktörleri ve belirtilerine ilişkin bilgi düzeyleri. 8. Ulusal Halk sağlığı Kongresi, Diyarbakır, s:651-653.
105. T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kemalpaşa Toplum Sağlığı Merkezi 2009 Yılı Yıllık Çalışma Raporu, Hazırlayan: Oğuz ve ark., İzmir.
<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFF88F742D0D711251F98E2B0DB37EDA76>.
106. T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Kanser İstatistikleri, 2004-2006 Yılı Türkiye Kanser İnsidansı. Erişim Tarihi: 09.06.2010, <http://www.kanser.gov.tr/folders/file/8iL-2006-SON.pdf>
107. T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2008, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 790, Ankara. Erişim Tarihi: 01.09.2010.
108. Thomas, E.C. (2004). African American women's breast memories, cancer beliefs and screening behaviors. Cancer Nursing. 27(4): 295-302.
109. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-2008, (2009). Erişim Tarihi: 29.06.2010.
110. Uzun, Ö., Karabulut, N., Karaman, Z. (2004). Hemşirelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgi ve Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(1), 33-41.
111. Vahabi, M. (2003). Breast cancer screening methods: A review of the evidence. Health Care for Women International, 24, 773- 793.
112. Wood, R.Y., Duffy, M.E., Morris, S.J., Carnes J.E. (2002). The effect of an educational intervention on promoting breast self-examination in older African-American and Caucasian women, Oncology Nursing Forum, 29, 1081-1090.

113. World Health Organization (2000). Global Program on Evidence for Health Policy (GPE) Global Burden of Disease.
114. World Health Organization (2002). National Cancer Control Programs Policies and Managerial Guidelines, 2nd Edition, Geneva.
115. World Health Organization (2010). BMI classification. Erişim tarihi: 06.06.2010, http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html
116. Wu T.Y., West B., Chen Y.W., Hergert, C. (2006). Health Beliefs and Practices Related to Breast Cancer Screening in Filipino, Chinese and Asian-Indian Women, *Cancer Detection and Prevention*, Vol: 30, 58-66.
117. Xiao, J.J., B. O'Neill, J.M. Prochaska, C.M. Kerbel, P. Brennan, and B.J. (2004). A Consumer Education Program Based on the Transtheoretical Model of Change, *International Journal of Consumer Studies*, 28(1): 55-65.
118. Yabroff, K.R., Mandelblatt, J.S. (1999). Interventions targeted toward patients to increase mammography use. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 8, 749-757.
119. Yu, M.Y., Wu, T.Y. (2005). Factors Influencing Mammography Screening of Chinese American Women, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 34(3), 386-394.

EK-I: KİŞİSEL BİLGİ FORMU (ALINMA KRİTERLERİNE İLİŞKİN)

Aşağıda yanıtlamanız için bazı sorular yer almaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak cevaplamaya çalışınız. Size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. İsminiz ve verdiğiniz bilgiler araştırma dışında farklı amaçla kullanılmayacak, araştırmacıda gizli tutulacaktır. Bu bilgiler Kemalpaşa Sağlık Grup Başkanlığında yapılması planlanan “meme kanseri ve mamografi konulu eğitime” katılacak kişileri belirlemek için istenmektedir. Katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Öğretim Görevlisi

Gülengül MERMER

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

1.Yaşınız:.....

2. Eğitim durumunuz(en son bitirdiğiniz okul):

- 1)Okur-yazar değil 2)Okur-Yazar 3)İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu
5)Lise mezunu 6)Üniversite ve üzeri

3. Daha önce meme kanseri tanısı aldınız mı?

- 1)Evet 2) Hayır

4. Önemli bir sağlık probleminiz(işitme kaybı, vb...) var mı?

- 1)Evet 2) Hayır

5. Daha önce meme kanseri ve mamografi konusunda eğitim aldınız mı?

- 1)Evet (kimden aldınız belirtiniz)..... 2) Hayır

6. Meme kanseri ve mamografi konusunda verilecek eğitime katılmak ister misiniz?

- 1) Evet 2) Hayır

7.Eğitime katılmak istiyorsanız aşağıdaki bilgileri size ulaşabilmemiz için lütfen cevaplayınız?

Adınız Soyadınız:.....

Adres :

.....

Ev Tel :..... İş Tel :..... Cep Tel :.....

Sizin dışınızda ulaşabileceğimiz yakınınızın tel no:.....

**EK-II: KEMALPAŞA'DA 50-70 YAŞ ARASI KADINLARDA MEME
KANSERİ VE MAMOGRAFİ EĞİTİMİ ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ ARAŞTIRMASINA İLİŞKİN ÖNTEST SORU
FORMU**

Size yönelteceğim sorular meme kanseri konusundaki görüşlerinizi öğrenmeye yöneliktir. İsminiz ve verdiğiniz bilgiler araştırma dışında farklı amaçla kullanılmayacak, araştırmacıda saklı tutulacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması açısından soruları içtenlikle, düşündüğünüz şekilde yanıtlamanızın önemli katkısı olacaktır. Anketi takiben meme kanseri ve mamografi konusunda bir eğitim verilecek, eğitimin faydalı olup olmadığı da daha sonra yapılacak bir anketle değerlendirilecektir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Öğretim Görevlisi

Gülengül MERMER

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Adınız Soyadınız:.....

Adres :

Ev Tel :..... İş Tel :..... Cep Tel :.....

Sizin dışınızda ulaşabileceğimiz yakınınızın tel no:.....

1. Doğum yeriniz.....

2. Ne zamandan beri Kemalpaşa da yaşıyorsunuz.....

3. Yaşamınız boyunca en uzun süre yaşadığınız yer.....

4. Yaşınız:.....

1) 50-54

2) 55-59

3) 60-64

4) 65-70

5. Medeni durumunuz:

1) Bekar

2) Evli

3) Boşanmış

4) Dul.

6. Eğitim durumunuz:

1) Okur-yazar değil

2) Okur-Yazar

3) İlkokul
mezunu

4) Ortaokul mezunu

5) Lise mezunu

6) Üniversite ve üzeri

7. Mesleğiniz:

1) Ev Kadını

2) Memur

3) İşçi

4) Emekli

5) Serbest meslek

6) Gönüllü
çalışıyor

7) Diğer (.....)

8. Kaç tane çocuğunuz var?

2)1 çocuk

3)2 çocuk

4)3 çocuk

5)4 çocuk ve
üzeri

9. Ailenizin aylık toplam gelir durumu:

- 1) 450 TL ve altı 2) 451 TL - 1.150 TL 3) 1.151 TL - 2400 TL
4) 2.401 TL- 4700 TL 5) 4701 TL ve üstü

10. Sosyal güvence durumunuz: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1)Emekli Sandığı 2)SSK 3)Bağ-kur 4)Yeşil Kart 5)Özel sigorta 6)Yok

11. Menopoza girdiniz mi (adetten kesildiniz mi)?

- 1)Evet(menopoz yaşıınız?.....)
2) Hayır

12. Yanıtınız “Evet” ise menopoz döneminde hormon içeren ilaç (HRT) kullandınız mı?

- 1) Evet (..... ay) 2)Hayır

13-Yanıtınız evet ise ne kadar süre kullandınız?

- 1) 1 yıl 2) 3 yıl 3) 5 yıl ve üzeri

14- Meme kanserine yakalanma riskinizin olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1) Hiç yok 2) Düşük risk 3)Yüksek risk 4) Bilmiyorum

15. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

16. Yanıtınız “Evet” ise ne kadar sıklıkta yapıyorsunuz?

- 1)Her hafta 2) İki haftada 3)Her ay 4)6 ayda bir 5) Diğer (belirtiniz)
bir

17. Bir sağlık personeline (doktor, hemşire, ebe vb) meme muayenesi yaptırdınız mı?

- 1) Evet (belirtiniz)..... 2) Hayır

18. Beden ölçüleriniz:

Kilo:.....kg	Boy:.....m
BKİ:	

MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ İLE İLGİLİ BİLGİ FORMU

Meme Kanseri İle İlgili İfadeler	Doğru	Yanlış	Fikrim Yok
1.Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür.			
2.Meme kanseri çok yavaş gelişen bir kanserdir.			
3.Meme kanseri erken teşhis edilse bile tamamen şifa sağlanamaz.			
4.Meme kanseri genetik/ailesel geçiş gösterir			
5.Ailesinde meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri daha fazla görülür			
6.Az yağlı yiyeceklerle beslenen kadınların meme kanseri olma riski daha azdır.			
7.Yaşlı kadınların meme kanserine yakalanma riski genç kadınlardan daha fazladır			
8.Erken yaşta adet gören kadınların meme kanserine yakalanma riski daha fazladır.			
9.Erken yaşta ilk doğumunu yapan kadınların meme kanserine yakalanma riski daha fazladır.			
10.Emziren kadınlarda meme kanseri görülme riski daha düşüktür.			
11.Meme kanseri büyük göğüslü kadınlarda daha fazla görülür.			
12.Meme kanseri bulaşıcıdır.			
13.Meme kanseri erken dönemde bulunsa bile kadının yaşama şansı çok düşüktür.			
14.Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi için 40 yaşından sonra her yıl mamografi(meme filmi) çektirmek en iyi yollardan biridir.			
15.20 yaşından itibaren her kadının ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapması meme kanserini erken tanıma açısından önemlidir.			
16.Muayenede ele gelebilecek büyüklüğe ulaşmamış			

şişlikler(kitle) mamografi(meme filmi) ile saptanabilir.			
17. 20 yaşından itibaren her kadının yakınması olsun ya da olmasın mutlaka mamografi(meme filmi) çekmesi gerekir			
18.Ülkemizde 50-69 yaş arası kadınların iki yılda bir mamografi(meme filmi) masrafı sağlık güvenceleri tarafından ödenmektedir.			
19.Mamografi(meme filmi) çekmek çok ağrı verici bir işlemdir.			
20.Mamografi(meme filmi) çekmek çok zaman alır.			
21.Mamografi(meme filmi) çekmek meme kanserine yol açar.			

MEME KANSERİ RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

<i>Risk Faktörü</i>	<i>Kategori</i>	<i>Puanlar</i>	<i>Sonuç</i>
Yaş	30 Yaş Altı	10	.....
	30-40	30	.....
	41-50	75	.....
	51-60	100	.....
	60 Yaş Üstü	125	.....
Ailesel meme kanseri öyküsü	Yok	0	.....
	Bir hala/teyze yada büyükanne	50	.....
	Anne ya da kız kardeş	100	.....
	Anne ve kız kardeş	150	.....
	Anne ve iki kız kardeş	200	.....
Kişisel meme kanseri öyküsü	Meme kanseri yok	0	.....
	Meme kanseri var	300	.....
Çocuk doğurma yaşı	Otuz yaş öncesi ilk doğum	0	.....
	Otuz yaş sonrası ilk doğum	25	.....
	Çocuk yok	50	.....
Menstrual öykü	Menstruasyon başlama yaşı 15 ve üstü	15	.....
	Menstruasyon başlama yaşı 12-14	25	.....
	Menstruasyon başlama yaşı 11 ve altı	50	.....
Beden yapısı	Zayıf	15	.....
	Orta	25	.....
	Şişman	50	.....
			Toplam puan

Puan	Kategori
200 Altı	Düşük risk
201- 300	Orta Risk
301- 400	Yüksek Risk
400 ve Üstü	En yüksek risk

DEĞİŞİM EVRELERİ MODELİNE DAYALI SORULAR

1) Hiç mamografi çektirdiniz mi?(cevabınız hayır ise lütfen 4. Soruya geçiniz)

- 1) Evet
- 2) Hayır

2) Son iki yıldan önce mamografi çektirdiniz mi?

- 1) Evet(lütfen çektirdiğiniz tarih/tarihleri belirtiniz.....)
- 2) Hayır

3) Son iki yıl içinde mamografi çektirdiniz mi?

- 1) Evet(lütfen çektirdiğiniz tarih/tarihleri belirtiniz.....)
- 2) Hayır

4)Düzenli olarak iki yıl arayla birer mamografi çektirdiniz mi?

- 1) Evet(lütfen çektirdiğiniz tarih/tarihleri belirtiniz.....)
- 2) Hayır

5) Önümüzdeki iki yıl içinde çektirmeyi düşünüyor musunuz?

- 1) Evet
- 2) Hayır

CHAMPION SAĞLIK İNANÇ MODELİ (HEALTH BELIEF MODEL)

Aşağıda kadınların meme kanseri ve mamografi hakkındaki inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Bu nedenle lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Lütfen yanıtlanmamış madde bırakmayınız.

Teşekkürler

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

MAMOGRAFİ YARAR ALGISI					
15. Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez					
16. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir					
17. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir					
18. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur					
19. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır					
MAMOGRAFİ ENGEL ALGISI					
20. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım					
21. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım					
22. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum					
23. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir					
24. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır					
25. Mamografi çektirmek çok acı vericidir					
26. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor					
27. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak					
28. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamam					
29. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var					
30. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim					

Çalışmaya katıldığınız ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim...

**EK-III: KEMALPAŞA'DA 50-70 YAŞ ARASI KADINLARDA MEME
KANSERİ VE MAMOGRAFİ EĞİTİMİ ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ ARAŞTIRMASINA İLİŞKİN SONTEST SORU
FORMU**

Size yönelteceğim sorular meme kanseri konusundaki görüşlerinizi öğrenmeye yöneliktir. İsminiz ve verdiğiniz bilgiler araştırma dışında farklı amaçla kullanılmayacak, araştırmacıda saklı tutulacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması açısından soruları içtenlikle, düşündüğünüz şekilde yanıtlamanızın önemli katkısı olacaktır. Anketi takiben meme kanseri ve mamografi konusunda bir eğitim verilecek, eğitimin faydalı olup olmadığı da daha sonra yapılacak bir anketle değerlendirilecektir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Öğretim Görevlisi

Gülengül MERMER

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Adınız Soyadınız:.....

Adres :

.....

Ev Tel :..... İş Tel :..... Cep Tel :.....

Sizin dışınızda ulaşabileceğimiz yakınınızın tel no:.....

1. Son altı ay içinde kendi kendine meme muayenesi yaptınız mı?

1) Evet

2) Hayır

2. Son altı ay içinde bir sağlık personeli/doktora meme muayenesi yaptırdınız mı?

1) Evet

2) Hayır

3. Meme kanseri ve mamografi konulu eğitime katıldınız mı ?

1) Evet

2) Hayır

4. Meme kanseri ve mamografi konulu aldığınız eğitim konusunda düşünceleriniz nelerdir?

.....

.....

DEĞİŞİM EVRELERİ MODELİNE DAYALI SORULAR

5. Son altı ay içinde mamografi çektirmek için randevu aldınız mı?

1) Evet

2) Hayır

6. Yanıtınız hayır ise neden?.....

7. Son altı ay içinde mamografi çektirdiniz mi?

1) Evet

2) Hayır

8. Yanıtınız hayır ise neden?.....

9. Önümüzdeki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünüyor musunuz?

1) Evet

2) Hayır

MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ İLE İLGİLİ BİLGİ FORMU

Meme Kanseri İle İlgili İfadeler	Doğru	Yanlış	Fikrim Yok
1.Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür.			
2.Meme kanseri çok yavaş gelişen bir kanserdir.			
3.Meme kanseri erken teşhis edilse bile tamamen şifa sağlanamaz.			
4.Meme kanseri genetik/ailesel geçiş gösterir			
5.Ailesinde meme kanseri olan kadınlarda meme kanseri daha fazla görülür			
6.Az yağlı yiyeceklerle beslenen kadınların meme kanseri olma riski daha azdır.			
7.Yaşlı kadınların meme kanserine yakalanma riski genç kadınlardan daha fazladır			
8.Erken yaşta adet gören kadınların meme kanserine yakalanma riski daha fazladır.			
9.Erken yaşta ilk doğumunu yapan kadınların meme kanserine yakalanma riski daha fazladır.			
10.Emziren kadınlarda meme kanseri görülme riski daha düşüktür.			
11.Meme kanseri büyük göğüslü kadınlarda daha fazla görülür.			
12.Meme kanseri bulaşıcıdır.			
13.Meme kanseri erken dönemde bulunsa bile kadının yaşama şansı çok düşüktür.			
14.Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi için			

40 yaşından sonra her yıl mamografi(meme filmi) çekirmek en iyi yollardan biridir.			
15. 20 yaşından itibaren her kadının ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapması meme kanserini erken tanıma açısından önemlidir.			
16. Muayenede ele gelebilecek büyüklüğe ulaşmamış şişlikler(kitle) mamografi(meme filmi) ile saptanabilir.			
17. 20 yaşından itibaren her kadının yakınması olsun ya da olmasın mutlaka mamografi(meme filmi) çekirmesi gerekir			
18. Ülkemizde 50-69 yaş arası kadınların iki yılda bir mamografi(meme filmi) masrafı sağlık güvenceleri tarafından ödenmektedir.			
19. Mamografi(meme filmi) çekirmek çok ağrı verici bir işlemdir.			
20. Mamografi(meme filmi) çekirmek çok zaman alır.			
21. Mamografi(meme filmi) çekirmek meme kanserine yol açar.			

CHAMPION SAĞLIK İNANÇ MODELİ (HEALTH BELIEF MODEL)

Aşağıda kadınların meme kanseri ve mamografi hakkındaki inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Bu nedenle lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Lütfen yanıtlanmamış madde bırakmayınız.

Teşekkürler

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

MAMOGRAFİ YARAR ALGISI					
15. Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez					
16. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir					
17. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir					
18. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur					
19. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır					
MAMOGRAFİ ENGEL ALGISI					
20. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım					
21. Ne yapılacağımi bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım					
22. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum					
23. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir					
24. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır					
25. Mamografi çektirmek çok acı vericidir					
26. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor					
27. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak					
28. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamam					
29. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var					
30. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim					

Çalışmaya katıldığımız ve katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim...

**EK-IV: KEMALPAŞA'DA 50-70 YAŞ ARASI KADINLARA VERİLEN
MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ EĞİTİMİ HEDEFLERİ**

1. Memem kanserini tanımlamak,
2. Memem kanserinin en az üç belirtisini saymak,
3. Meme kanseri risk faktörlerini bilmek,
4. Meme kanserinde erken tanının önemini tanımlamak,
5. Meme kanseri erken tanı yöntemlerini saymak,
6. Mamografinin önemini tanımlamak,
7. 50 yaş ve üzeri kadınlarda mamografi tarama sıklığını bilmektir.

**EK-V: E.Ü. İZMİR ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEK OKULU ETİK KURUL
ONAY YAZISI**



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
İZMİR ATATÜRK SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.EGE.0.Y1.71.00- 807

15.04/2009

KONU : Araştırma

Sayın: Öğr.Gör.Dr.Gülengül MERMER
İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü Öğretim Elemanı

Yüksekokulumuz Araştırma Danışma Komisyonu tarafından "Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi" konu başlıklı araştırmanız incelenerek yürütülmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Aynur ESEN
Müdür

**EK-VI: T.C. KEMALPAŞA KAYMAKAMLIĞI TOPLUM SAĞLIĞI
MERKEZİ İZİN YAZISI**

T.C.
KEMALPAŞA KAYMAKAMLIĞI
Toplum Sağlığı Merkezi

SAYI : B-10-ISM-4-35-56-15/ 170 / 2677
KONU: Tez Çalışması Hk.

06.10.2009

Sayın
Öğr. Gör. Güleğül MERMER
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 18.01.2007 tarih ve 4365 sayılı yazısına istinaden:
"Kemalpaşa'da 50 – 70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri ve Mamografi Eğitimi Etkisini Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmanızın başvurusu değerlendirilmiş olup ilk uygulama için üç ay (Mayıs, Haziran, Temmuz 2009), ikinci uygulama için (Şubat, Mart, Nisan 2010) tarihleri arasında Başkanlığımıza bağlı 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 3 Nolu Aile Hekimliği biriminde veri toplamanız ve eğitimleri yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.


Dr. V. Tefik OGUZ
Sağlık Grup Başkanı

**EK-VII: CHAMPION SAĞLIK İNANÇ MODELİ (HEALTH BELIEF
MODEL) ÖLÇÜM ARACININ İZİN YAZISI**

Konu: RE: Sağlık İnanç Modeli İstek
Gönderen: SEBAHAT GÖZÜM <sgozum_25@hotmail.com>
Tarih: Sal, Ekim 6, 2009 14:39
Alıcı: gulengul.s.mermer@ege.edu.tr
Öncelik: Normal
Seçenekler: [Tüm Başlıkları Göster](#) | [Yazdırılabilir Sekilde Göster](#) | [Bunu dosya olarak indir](#) | [Adres Defterine Ekle](#) | [Diz vaz? olarak q?ster](#) | [Mesaj Ayrıntılarını Göster](#)

Sevgili Gülengül,

Öleği ekte bulabilirsin. Yayınlandığı PDF dosyası da ekte. Atif göstermek koşuluyla kullanmana izin veriyorum.

Bu mail yazılı izin olarak kabul edilir sanırım.
Yararlı olması dileğiyle.

Prof. Dr. Sebahat Gözüm

Date: Tue, 6 Oct 2009 11:51:23 +0300
Subject: Sağlık İnanç Modeli İstek
From: gulengul.s.mermer@ege.edu.tr
To: sgozum@atauni.edu.tr; sgozum_25@hotmail.com

merhaba Sebahat Hocam,

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD da doktora yapmaktayım. Şu an tez aşamasındayım. Tez konum olan "50-70 yaş arası kadınlarda meme kanseri ve mamografi eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi" konulu çalışmamda sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Sağlık İnanç Modelini kullanmak istiyorum. Yazılı olarak izin (tez etik bölümüne koyabilmek için) ve ölçeğin kendisini sizden rica ediyorum.

Tezime başlamadan önce sizi telefonla arayıp görüşünüzü almıştım. Erzurum Şenkaya doğumluyum. Halk Sağlığı Hemşiresiyim Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulunda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktayım.

saygıyla.....

Öğr.Gör.Gülengül MERMER
Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu
EGE ÜNİVERSİTESİ

**EK- VIII: KEMALPAŞA'DA 50-70 YAŞ ARASI KADINLARA VERİLEN
MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ EĞİTİM PAKETİ**

1. Meme kanseri ile ilgili sunumlar
2. Meme kanseri ile ilgili film
3. Meme kanseri ile ilgili broşür

EK- IX: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi” isimli çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir.

Bu çalışma, İzmir ili Kemalpaşa ilçesi 3 nolu Aile hekimliği birimine kayıtlı 50–70 yaş arası kadınların; Meme kanseri risk durumlarının belirlenmesi ve meme kanseri ve mamografi konulu eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmış bulunmaktadır. Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 50–70 yaş arasında olmanız, okur-yazar olmanız, verilecek eğitimin tamamına katılmanız, araştırmaya katılmaya istekli olmanız ve meme kanseri hastası olmamanız gerekmektedir. Bu çalışmada size bir anket uygulanacak, sonra “meme kanseri ve mamografi ile ilgili bir eğitim” yapılacaktır. Eğitimden altı ay sonra tekrar anket uygulanacaktır. Araştırmaya 106 gönüllü birey katılacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Öğretim Görevlisi **Gülengül MERMER** tarafından “Meme Kanseri ve Mamografi “ konulu eğitim yapılacak, eğitim öncesi ve eğitimden altı ay sonra anket uygulanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. İstedığınız zaman araştırmadan ayrılma hakkınız vardır.

Size okunmuş olan bu belgenin (bilgilendirilmiş onay formu) bir kopyası tarafınıza yazılı olarak verilecektir. Çalışma sürecinde herhangi bir nedenle aşağıda açık adresi ve telefonu belirtilmiş olan Gülengül MERMER’e başvurabilirsiniz.

Gülengül MERMER

Adres: Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

BORNOVA /İZMİR

Tel: 05054515631 veya 0232-3882851

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Gönüllünün _____ **İmzası:**

Tarih:

Adı Soyadı:

Araştırmacının

Adı Soyadı: Gülengül MERMER

ÖZGEÇMİŞ

Gülengül MERMER, 1970 yılında Erzurum Şenkaya’da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Şenkaya’da, lise eğitimini Erzincan Sağlık Meslek Lisesi’nde tamamladıktan sonra 1987 yılında Kars’ın Kümbetli köyünde ebe olarak göreve başladı. 1995 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan hemşire unvanı ile mezun oldu. 2001 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimini tamamladı. 1987 yılından 2002 yılına kadar Kars, Sivas, Van ve İzmir İlleri’nde ebe ve hemşire olarak görev yaptı. 2002 yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu’nda öğretim görevlisi olarak göreve başladı, halen aynı okulda görevine devam etmektedir. Evli ve iki çocuk annesidir.