

## Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlık Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi

Nihal Gördes Aydoğdu\* Zuhul Bahar \*\*

### Özet

Meme ve serviks kanseri önemli bir halk sağlığı sorunu olup erken tanındığında bireyin hayatta kalma şansı artmaktadır. Erken tanılanmadığı durumlarda ise hastalığın prognozu kötüleşmekte, yaşam yitimiyle sonuçlanmakta ve sağlık bakım giderleri yüksek olmaktadır. Kadınların erken tanıya yönelik uygulamalarını etkileyen faktörleri içeren sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli, verilecek olan sağlık eğitimlerinin planlanmasında ve eğitimin etkinliğinin artırılmasında etkili olacağı düşünülmektedir. Bu derlemenin amacı; yoksul kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Geliştirme Modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisini açıklamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Yoksul kadınlar, Meme ve serviks kanseri, Erken tanı, Sağlık İnanç Modeli, Sağlık Geliştirme Modeli.

### The Effects of Using Health Belief and Health Promotion Models in Low-Income Women with Regard to Breast and Cervical Cancer Early Detection Behaviour

Although breast and cervical cancer is a very serious health issue, when it's detected early the chances of surviving for the individual are greatly increased. However, when it's not detected early, the prognosis for the illness gets worse resulting in increased health care costs and possibly death. It is thought that health belief and health promotion models which include the factors that effect the implementation related to early detection will be of great benefit in improving the effectiveness of nursing practices. The objective of this review is to explain the effects of using Health Belief and Health Promotion Models in low-income women with regard to breast and cervical cancer early detection behaviour.

**Key Words:** Low income women, Breast and cervical cancer, Early detection, Health Belief Model, Health Promotion Model.

**Geliş Tarihi:** 30.11.2010 **Kabul:** 01.01.2011

**H**Yoksulluk genel olarak bir halkın ya da onun belirli bir kesiminin asgari yaşam düzeyini sürdürebilmesi için gereken gıda, giyim ve barınak gibi en basit gereksinimlerini bile karşılayamaması durumudur (Uzun, 2003). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün 2008 raporuna göre dünya nüfusunun %16.1'i günde kişi başına 1 dolardan daha az, %47'si ise günde 2 dolardan daha az gelire sahiptir (Chen, & Ravallion, 2008). Türkiye'de 2007 yılı verilerine göre yoksulluk oranı %17.11'dir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2008). Cinsiyete göre yoksulluğun en yaygın olduğu kesim kadınlardır. Dünyada tüm yoksulların %70'ini kadınlar oluşturmaktadır (Ecevit, 2003). Ülkemizde erkeklerde yoksulluk oranı %17.32 iken kadınlarda yoksulluk oranı yüzde 18.27'dir (TÜİK, 2006).

Sağlık için en belirleyici risk faktörü yoksulluktur. DSÖ'ye göre yoksulluk bugün dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük nedenidir. Dolayısıyla yoksulluğun en fazla görüldüğü kadınlar, yoksulluğun neden olduğu sağlık sorunlarından en fazla etkilenen gruptur. Ayrıca yoksulluk sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Ontario Womens Health Network, 2010).

Sağlığı geliştirme, insanları kendi sağlıklarını düzeltmede ve tam bir sağlık potansiyeline ulaşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Kadının yoksul olması sağlığı koruma ve geliştirme davranışları üzerinde olumsuz bir etkendir ve erken tanı çalışmalarında özellikle ele alınması gereken gruptur (Erdoğan, Nahcivan, Esin, İbrikçi, 1994).

Erken tanı, meme ve serviks kanserinde morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yöntemidir. Dünyada tüm kadın kanserleri içinde %23 oranında görülen meme kanseri 2002 yılında 1,15 milyon olarak bildirilmektedir (Anderson ve Jakesz, 2008). Ancak yoksul kadınlarla ilgili meme kanseri sıklığı hakkında bilgiye ulaşamamıştır. Ülkemizde düzenli meme kanseri kayıt izlem programı

\* Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 35340 Balçova/İzmir E-Mail: [nihal.gordes@deu.edu.tr](mailto:nihal.gordes@deu.edu.tr), \*\*Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E-Mail: [zuhul.bahar@deu.edu.tr](mailto:zuhul.bahar@deu.edu.tr)

olmadığı için kesin sıklığının belirlenmesi ile ilgili ulusal veriler yoktur. Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılı verilerine göre kadınlarda kanser türleri içinde ilk sırada yer alan meme kanseri yüz binde 35,47'dir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Meme ve serviks kanserinin erken tanı çalışmaları, yoksul kadınlarda sağlığını koruma ve geliştirme açısından önemlidir. Klinik meme muayenesi ve mamografi, meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca erken tanı yöntemleridir. Ayrıca kendi kendine meme muayenesi (KKMM) meme kanseri erken tanısında basit, ucuz ve herhangi bir araç kullanımını gerektirmeyen tehlikesiz bir uygulamadır. KKMM, hissedilebilen meme tümörlerinin tespit edilmesinde önerilmekte (III Düzey) (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2003) ve KKMM'nin özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde kadınlarda meme sağlığı bilincinin oluşturulmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Anderson ve ark., 2006). Amerikan Kanser Birliği 20 yaşın üzerindeki kadınların her ay düzenli KKMM yapmasını, klinik meme muayenesini 20-40 yaş arasındaki kadınların üç yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir kez yaptırmasını ve mamografiyi 40 yaş ve üzerindeki kadınların her yıl çektirmesi gerektiğini belirtmektedir (American Cancer Society, 2010).

Yapılan çalışmalar, kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının yeterli olmadığını yoksul kadınlarda bu oranların daha da düştüğünü göstermektedir (Bastani ve ark., 1995; Jirojwong ve MacLennan, 2003; Makuc, Bren ve Freid, 1999; Yi, Cielito ve Gibby, 2001). Kalichman, Williams ve Nachimson (2000), Eğitimin KKMM üzerine etkisini incelediği çalışmalarında, yoksul kadınların %85'inin daha önce KKMM ile ilgili eğitim aldığı ancak %45'inin her ay düzenli meme muayenesi yaptığını belirtmişlerdir.

Yi ve arkadaşları (2001), 345 Viyetnam'lı yoksul kadın üzerinde yaptığı tanımlayıcı araştırmasında, kadınların %18.6'sının her ay düzenli KKMM yaptığını, klinik meme muayenesi yaptırma oranının %48.7 ve

mamografi çekirme oranlarının % 32.8 olduğunu bildirmiştir.

Yoksul kadınlarda yapılan bir başka çalışmada; son bir yıl içerisinde kadınların mamaografi çekirme oranı %21 iken, dokuz aylık izlem sonrasında kadınların mamografi çekirme oranını %23 olarak saptanmıştır (Bastani ve ark., 1995).

Makuc ve arkadaşları (1999), 50-64 yaş grubu yoksul kadınların son bir yıl içerisinde mamografi çekirme oranlarının %48.4 iken yoksul olmayan kadınlarda bu oranın % 73.6 olduğunu belirtmişlerdir.

Taylandlı yoksul kadınlar arasında yapılan çalışmada 145 kadından % 25'inin düzenli KKMM yaptığı, meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının fazla olduğu belirtilmiştir (Jirojwong ve MacLennan, 2003).

Demirhan, Özen, Bostancı ve Zincir (2002) kadınların %42.7'sinin KKMM'sini bildiklerini, buna karşın sadece %29.5'inin doğru olarak uyguladıklarını saptamıştır. Alpteker ve Avcı (2010), kırsal kesimde yaşayan 412 kadından %71.3'ünün KKMM yapmayı bilmediğini, %72'sinin ise yapmadığını belirtmiştir. Ayrıca KKMM'nin gerekli görmeyenlerin oranı %56 iken, mamografi için bu oran %31.9'dur. Yapılan bir diğer çalışmada KKMM'ni doğru zaman ve sıklıkta yapan kadınların oranı %23.3 olarak bulunmuştur (Göçgeldi ve ark., 2008). Deveci, Açık ve Rahman (2010), kenar semtlerde yaşayan 635 yoksul kadından %86.2'sinin KKMM yapmadığını, %96.7'sinin pap smear testini hiç duymadıklarını belirtmiştir.

Dişçigil, Şensoy, Tekin ve Söylemez (2007), Ege Bölgesi'nde yaşayan bir grup kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, her ay düzenli olarak KKMM yapan kadınların oranının %17.9 olduğunu, klinik meme muayenesi yaptıran ve mamografi çekirme oranlarının sırasıyla % 42.7 ve %40.6 olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalar Türkiye'de kadınların meme kanserine yönelik erken tanı davranışlarının yetersiz olduğunu göstermekle birlikte, özellikle yoksul kadınlarda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.

Kadınlarda en sık görülen kanserler arasında ikinci sırada serviks kanseri gelmektedir ve dünyada kadınlarda görülen kanserlerin %12'sini oluşturmaktadır. 2005 yılında yeni serviks kanseri vakalarının yaklaşık 500.000 olduğu ve bunların %90'ının gelişmekte olan ülkelerde olduğu bildirilmektedir. Serviks kanseri nedeniyle kadınlarda ölüm oranı 260.000'dir ve bu ölümlerin yaklaşık %95'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (World Health Organization, 2006). Ülkemizde serviks kanser insidansı yüzbinde 5.31'dir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Serviks kanserinin erken tanısında en etkin yöntem pap smear testi yaptırmaktır. Yapılan çalışmalar, pap smear testinin serviks kanserinin erken tanısında C-III düzeyinde etkili olduğu gösterilmiştir (Kaiser Permanente Care Management Institute, 2006). Pap smear testi ucuz ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir. Amerikan Kanser Birliği pap smear testinin ilk cinsel ilişkiden itibaren üç yıl içerisinde ve her yıl yapılması gerektiğini önermektedir (American Cancer Society, 2010).

Yapılan çalışmalarda pap smear yaptıran oranlarının, yoksul kadınlarda daha düşük olduğu saptanmıştır. (Ideström, Milsom ve Ellström, 2002, Kalyoncu, Işıklı, Özalp, Küçük, 2003). McFarland (1999), gelir seviyesi düşük olan kadınların pap smear yaptıran

oranlarının %16.7 iken, gelir düzeyi yüksek olan kadınlarda bu oranın %50 olduğunu belirtmiştir.

O'malley ve Forrest (2002), sağlık çalışanı ile olan ilişkilerin yoksul kadınlarda meme ve serviks kanserinin erken tanı davranışları üzerinde etkili olduğunu, sağlık çalışanları ile iyi ilişkiler içerisinde olan kadınların %75 oranında pap smear testi, %66 oranında klinik meme muayenesi yaptırdığını ve %65 oranında mamografi çektiğini belirtmişlerdir.

Breitkopf, Pearson ve Breitkopf, (2005), gelir seviyesi düşük olan kadınlarda pap smear testi ile ilişkili bilgi düzeyi, gelir seviyesi yüksek olanlara göre düşük olarak bulunmuştur. Colombia'da yapılan diğer bir çalışmada, kadınların pap smear testi ve HPV bilgi düzeyleri incelenmiştir. Bilgi düzeyi düşük olan kadınların eğitim seviyesinin de düşük olduğu ayrıca sağlık sigortalarının olmadığı belirtilmiştir (Hanisch, ve ark., 2007).

Peragallo, Alba ve Tow (1997), Latin kadınlarda yaptıkları tanımlayıcı çalışmada yoksul kadınların düzenli pap-smear testi yaptırmadıkları vurgulamışlardır.

Türkiye'de ise yapılan bir çalışmada kadınların yaş ve eğitim seviyeleri arttıkça ve sosyal güvenceleri olduğunda pap smear yaptıran oranlarının artmış olduğu belirtilmiştir (Kalyoncu ve ark. 2003). Kadınların pap smear yaptıran durumlarını inceleyen bir diğer çalışmada ise pap smear hakkındaki bilgi düzeylerinin ve serviks kanseri risk algılamalarının artması ile pap smear testi yaptıran oranlarının arttığı belirtilmektedir (Akyüz, Güvenç, Yavan, Çetintürk, Kök, 2006).

Farklı etmenler kadınların sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik farklı davranış ve tutum geliştirmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları, geliştirilen modellerle açıklanmıştır. Bu modeller kadınlarda davranış değiştirme çalışmaları için de önemli rehber oluşturmaktadır. Meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışları sıklıkla Sağlık İnanç Modeli kullanılarak açıklanmaktadır. Bunun yanı sıra Nola Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli de sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında kullanılmaktadır.

### Sağlık İnanç Modeli

Model, bazı insanların neden sağlığı koruma davranışlarını gösterirken, diğerlerinin hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımını açıklamak amacıyla Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından 1950 yılında geliştirilmiştir. Bu dönemde önemli bir halk sağlığı sorunu, bireylerin tüberküloz taramalarından, servikal kanser erken tanısı için pap smear testine, bağışıklama programlarından ücretsiz veya çok düşük ücretle sağlanan diğer erken tanı yöntemlerini kullanmamalarıydı. Bu nedenle model koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin öngörülmesi amacıyla geliştirilmiştir (Pender, 1987; Turner, Hunt, Dibirezzo ve Jones, 2004).

### Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri

#### A. Bireysel Özellikler

##### Sosyo-Demografik Faktörler:

Yaş, cinsiyet, eğitim, gelir gibi özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algisal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Yaş, eğitim ve gelir gibi faktörlerin artması sağlığı koruma

davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır. (U.S. Department of Health And Human Services, 2005).

### **B. Algılar**

#### *Algılanan Duyarlılık*

Sağlıklı davranışları benimsemeye insanlar üzerinde etkili olan güçlü algılardan bir tanesi algılanan duyarlılıktır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltmak için davranışı gösterme olasılığı da artmaktadır (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008). Meme kanserine yönelik yapılan erken tanı çalışmalarından Taylandlı kadınlar arasında yapılan çalışmada 145 kadından % 25'inin düzenli KKMM yaptığı, meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının fazla olduğu belirtilmiştir (Jirojwong ve MacLennan, 2003). Algılanan duyarlılık ile mamografi çekme arasındaki ilişkinin incelendiği bazı çalışmalarda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Champion ve Menon, 1997; Champion ve Scott, 1997; Hyman, Baker, Ephraim, Moadel, Philip, 1994). Yoksul kadınlarda algılanan duyarlılık ile mamografi çekme arasındaki ilişkinin incelendiği bir başka çalışmada algılanan duyarlılığı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara oranla mamografi çekme oranlarının 0.74 kat fazla olduğu ve algılanan duyarlılık ile mamografi çekme arasındaki korelasyonun .29 olduğu belirtilmiştir.

Jirojwong ve arkadaşları (2001), algılanan duyarlılığın pap smear testi yaptırmaya üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında, algılanan duyarlılığın yüksek olduğu kadınlarda pap smear yaptırmaya oranlarının 1.1 kat arttığını saptamışlardır.

McFarland (1999), gelir seviyesi düşük ve yüksek olan kadınlarda algılanan duyarlılık ile pap smear testi yaptırmaya oranları arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir.

#### *Algılanan Ciddiyet*

Algılanan ciddiyet kavramı hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançları ifade etmektedir. Ciddiyet algısı çoğunlukla tıbbi bilgi veya deneyime dayansa da aynı zamanda bir kişinin hastalığın yaratacağı zorluklar veya o kişinin genel olarak hayatındaki etkileri ile ilgili sahip olduğu inançlardan da kaynaklanabilir. Örneğin; çoğu birey solunum yolu enfeksiyonunu önemsemeyen ve birkaç gün dinlenme sonrasında iyileşeceğine inanır. Ancak bireyde aynı zamanda astım varsa grip algısı onun ciddi bir hastalık olabileceği yönündedir. Algılanan ciddiyet hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Modelde beklenen sağlık davranışları ile ciddiyet algısının önemi vurgulanmakla birlikte, birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi ve algılanması, bireyin meme kanserine yönelik davranışlarında ciddiyet algısının etkisini sınırlayabileceği belirtilmektedir.

(U.S. Department of Health And Human Services, 2005)

Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadın, aynı yaşta başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, mamografi ve klinik meme muayenesi yaptırmaya eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Glanz ve ark., 2008). Jirojwong ve arkadaşları (2001), algılanan ciddiyet yüksek olan

kadınlarda, pap smear testi yaptırmaya oranı düşük olan kadınlara oranla 1.6 kat fazla olduğunu saptamıştır.

#### *Algılanan Yarar*

Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yararlar. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Bu nedenle bireylere olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilerek, bireylerin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamaları yapmanın yararı ile ilgili bilgilenmeleri sağlanabilir. Böylece bireyin kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar (Glanz ve ark., 2008; U.S. Department of Health And Human Services, 2005). Yapılan çalışmalarda meme kanseri erken tanı yöntemlerine yönelik olarak kadınların algıladıkları yararlar arasında, hastalığın erken tanınması ile daha kolay tedavi imkânlarını sağlaması, kanserden ölümleri azaltması, erken dönemde kitleyi tespit etmeyi sağlaması, tedavi için bir şans olarak görülmesi, sağlığı sürdürme ve uzun bir yaşamı sağlamak yer almaktadır (Champion ve Scott, 1997; McDonald, Thorne, Pearson ve Adams-Campbell, 1999; Skinner, Arfken ve Sykes, 1998).

Jirojwong ve arkadaşları (2001), algılanan yarar seviyesinin yüksek olduğu kadınlarda düşük olan kadınlara oranla pap smear yaptırmaya oranının 1.3 kat fazla olduğunu belirtmişlerdir. Agurto, Bishop, Sanchez, Betancourt ve Robles (2004), yoksul kadınların pap smear yaptırmaya yönelik algılanan yararları arasında pap smear testi sonucunun negatif çıkmasının kendilerini rahat hissetmelerine neden olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların pap smear testi yaptırarak hastalıklardan korunduklarına inandıkları, testin serviks kanseri dışında cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve vajinal enfeksiyonların tespitinde etkili olduğunu düşündüklerini saptamışlardır.

#### *Algılanan Engeller*

Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (Glanz ve ark., 2008; U.S. Department of Health And Human Services, 2005). Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir.

Kadınlarda meme kanseri erken tanıya yönelik algılanan engelleri arasında hekim önerisinin olmaması, bilgi eksikliği, utanma, ağrı, maliyet, vakit bulamama, radyasyon alma korkusu, işlemleri gereksiz bulma ve kötü bir sonuçla karşılaşma endişesinin yer aldığı belirtilmektedir (Champion ve Menon 1997; Champion ve Scott 1997; Holm, Deborah, Curtin, 1999; Yarbrough ve Braden 2001)

Pap smear testini yaptırmaya yönelik kadınların algıladıkları engeller arasında ise bireyin sağlık algısının düşük olması, sağlık güvencesinin olmaması, kanser korkusu, ulaşım yetersizliği, sağlık kurumunun uzak olması, kanser ve erken tanı hakkında bilgi eksikliği,

kültürü, geleneksel uygulamaları gibi nedenlerin yer aldığı belirtilmektedir (Juon, Seung-Lee, Klassen, 2003; Leyva, Byrd, Tarwater, 2006; Markovic, Kesic, Topic, Matejic, 2005; Wong, Wong, Low, Khoo, Shuib, 2009).

McFarland (2003), Pap smear testi yaptırmaya yönelik olarak kadınlarda algılanan engeller arasında bilgi eksikliği, sağlık personeline karşı negatif tutum, düşük motivasyon, testten korkma, personelin cinsiyeti, hekime ulaşmada yetersizlik olarak belirtmiştir. Bir başka çalışmada kadınların pap smear yaptırmaya yönelik olarak engelleri bireysel ve sisteme yönelik engeller olarak tanımlanmıştır (Boyer, Williams, Callister, Marshall, 2000).

#### *Algılanan Öz-Etkililik*

Algılanan öz-etkililik, 1988 yılında Rosenstock, Strecher, ve Becker tarafından modele eklenmiştir. Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz etkililik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz etkililik önemli rol oynamaktadır (Glanz ve ark., 2008; U.S. Department of Health And Human Services, 2005). Bir bireyin öz-etkililik algısını etkileyen dört faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden en önemlisi gerçek performanstır. Birey tekrarlayan bir şekilde bazı davranışları gerçekleştirebiliyorsa öz-etkililik algısı artmaktadır. Aynı şekilde bireyin tekrarlayan bir şekilde bir davranışı göstermede başarısız olması, o davranışa yönelik öz-etkililik algısının azalmasına neden olmaktadır. Bireyin öz-etkililik algısının geliştirilmesi ile sonraki dönemlerde bireyin o davranışa özgü yaşadığı geçici başarısızlıklardan öz-etkililik algısının etkilenmeyeceği belirtilmektedir (Crain, 2005; Glanz ve ark., 2008; Pender, 2006).

İkinci olarak öz-etkililik başkalarının deneyimlerinden de etkilenmektedir. Bir kişi, başkalarının başarılı olduğu davranışları gözlemleyerek, o davranışı kendisinin de yapabileceğine olan inancı gelişmektedir. Bu durum özellikle bireyin diğerleri ile aynı yeteneğe sahip olduğunu düşündüğü durumlarda daha fazla etkili olmaktadır (Crain, 2005; Glanz ve ark., 2008; Pender, 2006).

Öz-etkililiği etkileyen diğer bir faktör sözel iknadır. Bir bireyi bir davranışı gösterme konusunda cesaretlendirmek, kişinin davranışı gösterme olasılığını arttırmasına neden olmaktadır. Bu şekilde sözel ikna kişinin zor yerine getirebileceği davranışlar üzerinde çok etkili olmasa da, başarı büyük ölçüde özel bir yetenekten çok bireyin çabasına bağlı olduğu için dışsal motivasyon davranışı gerçekleştirmede yardımcı olabilmektedir (Crain, 2005; Glanz ve ark., 2008; Pender, 2006).

Son olarak öz-etkililik fizyolojik özelliklere göre değerlendirilmektedir. Örneğin; yorgunluk durumunu birey davranışı yerine getirmesinin zorlaşmaya başladığının bir göstergesi olarak yorumlayabilmektedir (Glanz ve ark., 2008; Pender, Murdaugh, Parsons, 2006).

Öz-etkililik algısının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmalardan; Jirogwong ve MacLennan (2003), öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara göre 4.6 kat daha fazla her ay düzenli kendi kendine meme muayenesi yaptıklarını belirtmişlerdir. Palmer, Fernandez, Tortolero-Luna, Gonzales, Mullen (2005), yoksul

kadınlarda öz-etkililik algısının yükselmesi ile mamografi çekirtme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ( $r=.73$ ), öz-etkililik algısının artması ile mamografi çekirtme oranının 2.1 kat arttığını saptamışlardır. Jirogwong ve arkadaşları (2001), pap smear testi yaptırmaya oranlarının öz-etkililik algısının artması ile 2.5 kat arttığını belirtmişlerdir.

#### **C. Eylem**

##### *Eyleme Geçiriciler*

SİM geliştirilirken, davranışı tetikleyen faktörler de tartışılmıştır. Davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar), ancak davranışın nedeni olan eyleme geçiriciler ile artabileceği belirtilmektedir. Eyleme geçiriciler davranışı tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir. Model, harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğunu belirtmektedir.

(Glanz ve ark., 2008; U.S. Department of Health And Human Services, 2005)

Meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları ile ilgili yapılan çalışmalarda eyleme geçiriciler olarak sıklıkla hatırlatıcı (telefon ile arama, e-mail ve mektup gönderme, akran grupları) kullanımının davranışı sürdürmede etkili olduğu gösterilmektedir. Lantz ve arkadaşları (1995), yoksul kadınlarda hatırlatıcı kullanımının mamografi çekirtme ve pap smear testi yaptırmaya yönelik etkisini inceledikleri çalışmada; hatırlatıcı mektup ve daha sonrasında telefon ile hatırlatmaların yapıldığı deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre 6.9 kat daha fazla pap smear testi yaptırdığı, mamografi çekirtme oranının 4.5 kat arttığı ve hem pap smear testi yaptırmaya hem de mamografi çekirtme oranının 3.1 kat arttığı belirtilmektedir.

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

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

#### **Sağlığı Geliştirme Modeli**

Pender, öz-etkililik algısı, kontrol algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenleri de içeren Sağlık Geliştirme Modeli'ni (SGM) 1987 yılında geliştirmiştir ve 1996 yılında modeli revize etmiştir. Sağlık Geliştirme Modeli sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek niteliktedir ve model sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamıştır (Pender, 1987).

Sosyal öğrenme teorisinden temel alınarak geliştirilen bu modelde bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörler tanımlanmaktadır.

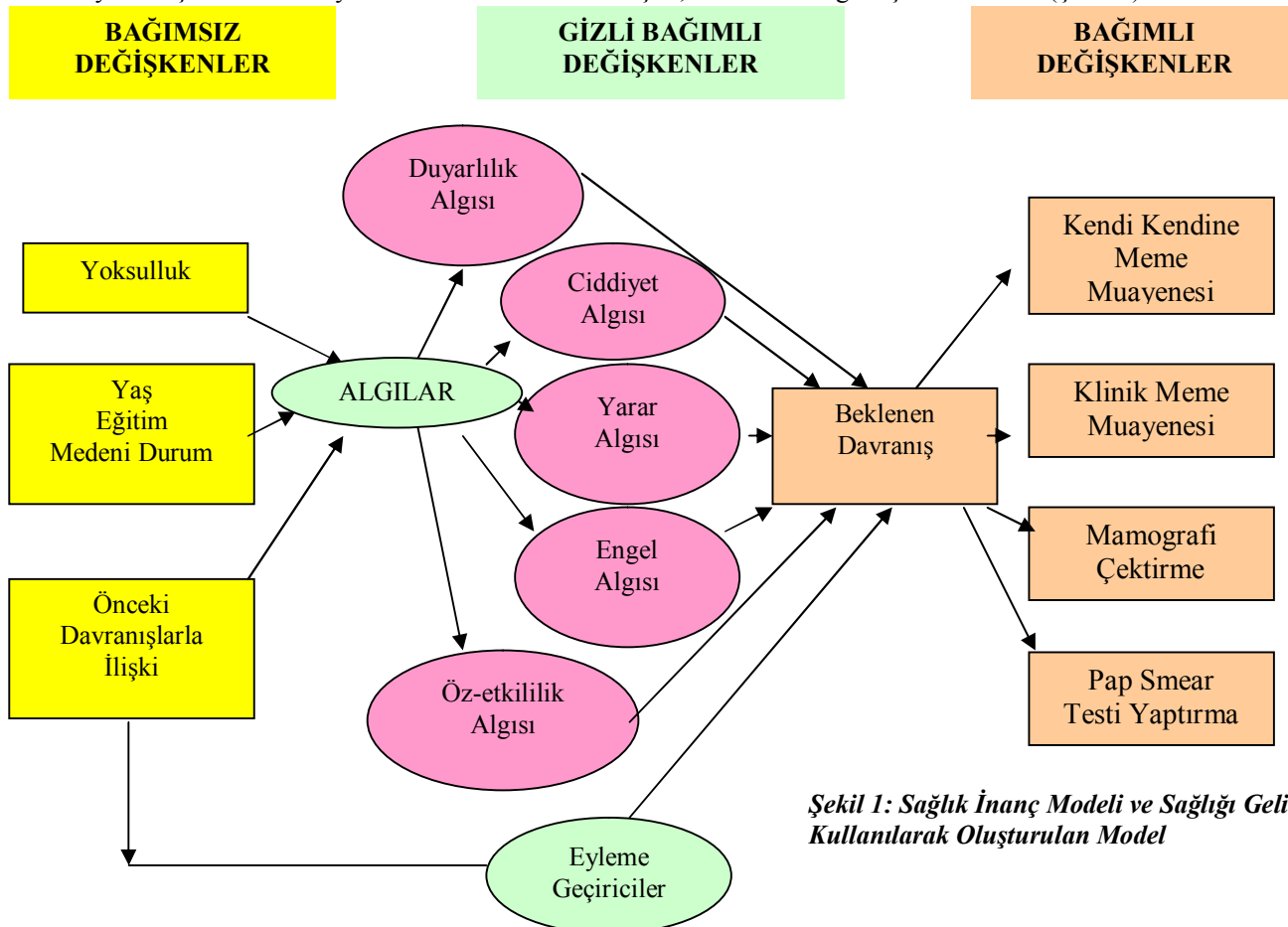
Sağlığı geliştirme modelinde “Bireysel Özellikler ve Deneyimler” olarak gösterilen değişkenler ‘önceki davranışlarla ilişki’ ve ‘kişisel faktörler’dir. Sağlığı geliştirme modelindeki davranışa özgü bilişsel faktörler; ‘algılanan yarar ve engel’, ‘öz-etkililik algısı’, ‘aktiviteyle ilişkili etki’, ‘kişilerarası etkiler’ ve ‘durumsal faktörler’ olup sağlığı geliştirme davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır. Modelde ayrıca ‘eylem planına bağlılık’ ve ‘acil talep ve tercihlerin karşılanması’ kavramları yer almaktadır (Pender ve ark., 2006).

Sağlığı Geliştirme Modeli ile Sağlık İnanç Modeli’nin benzer kavramları arasında kişisel faktörler, algılanan engel ve algılanan yarar, öz-etkililik algısı ve kişiler arası ilişkiler bulunmaktadır. Model, SIM’e benzer olarak algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik gibi kavramların davranış oluşumunda önemli olduğunu açıklamaktadır. Ayrıca Sağlığı Geliştirme Modeli’nde bireylerin davranışı üzerinde önceki davranışlarının etkili olduğu belirtilmektedir. Sağlığı Geliştirme Modeli meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları üzerinde çalışılmamış olmasının yanı sıra, Pender, bireylerin egzersize yönelik davranışlarını açıklamada SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %75’inin sonraki davranışları tanımlamada **önceki davranışların** etkisini desteklediğini belirtmektedir (Pender ve ark., 2006). Pender’a göre davranışları en iyi tahmin etmede geçmişteki aynı veya benzer davranışın sıklığı önemlidir. Önceki davranışlar sağlık davranışlarını hem doğrudan hem de dolaylı yoldan etkilemektedir. Şimdiki davranışlara önceki davranışların direkt etkisi, bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık oluşumuna katkı sağlamasına bağlı olabileceği belirtilmektedir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır. Sosyal-Bilişsel Teori ile uyumlu olarak önceki davranışlar;

algılanan öz-etkililik, yarar, engel ve aktiviteyle ilişkili etki üzerinden sağlığı geliştirme davranışlarını etkilemektedir (Pender, 1987; Pender ve ark., 2006). Bandura’ya göre bir davranışın gerçekleştirilmesi, o davranışla ilgili bireyin yeterliliğine, geribildirimlere ve becerisine bağlıdır. Davranışla ilgili beklenen yararlar Bandura tarafından sonuç beklentileri olarak belirtilmektedir. Davranışa özgü engeller, baş edilmesi gereken bir durum olarak hafızada saklanırken davranış öncesi ve sonrasındaki pozitif ve negatif düşünceler de saklanmaktadır. Önceki davranışlar tüm bu kavramların etkileri ile ilişkili olarak sağlığı koruma davranışlarını etkilemektedir (Bandura, 1999; Crain, 2005).

Sağlığı geliştirme modeli kullanılarak yapılan çalışmalarda; bireylerin egzersiz davranışları, fiziksel aktivite, işitmeye yönelik koruyucuların kullanılması, kolorektal kanserden korunma davranışları, beslenme alışkanlıkları gibi konular ele alınmıştır. Sağlık inanç modeli kadınlarda meme kanseri öncelikli olmak üzere, serviks kanseri erken tanı davranışlarını açıklamada sıklıkla kullanılmasına rağmen Sağlığı Geliştirme Modeli’nin bu konularda çalışılması sınırlıdır. Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak yapılan bir çalışmada meme kanseri erken tanısında KK-MM’ne yönelik eğitim programının etkisi incelenmektedir. Çalışmada eğitim programına katılan kadınların meme muayenesine yönelik olarak algılanan engellerinin eğitim almayan gruba oranla azaldığı, yarar ve öz-etkililik algılarının arttığı belirtilmiştir. Ayrıca eğitim alan gruptaki kadınların erken tanı davranışı gösterme oranlarının arttığı gösterilmektedir (Taylor, 1998).

Sağlığı Geliştirme Modeli’nin kavramlarından ‘önceki davranışlarla ilişki’ ve Sağlık İnanç Modeli kavramlarının birlikte kullanılmasının, yoksul kadınlarda davranış değişimi için uygulanacak girişimlerin planlanmasında etkili olacağı düşünülmektedir (Şekil 1).



Şekil 1: Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanılarak Oluşturulan Model



Bu modellerin kullanılmasıyla yoksul kadınların;

- Yapılacak eğitimler ile meme ve serviks kanserine yönelik bilgilendirilmesi,
- Duyarlılık ve ciddiye algısının geliştirilmesi,
- Yarar algısının yükseltilmesi
- Öz-etkililik algısının geliştirilmesi
- Algılanan engellerin belirlenip, belirlenen engellerin ortadan kaldırılması,
- Eyleme geçirici faktörler içerisinde yerel basın organlarının kullanılması ile farkındalığın artırılması
- Kendi akran gruplarının hatırlatıcı olarak kullanılması ile erken tanı davranışı göstermeleri sağlanabilir.

#### KAYNAKÇA

- Agurto, I., Bishop, A., Sanchez, G., Betancourt, Z., Robles, S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, 39: 91-98.
- Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A., Kök, G. (2006). Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 25-29.
- Alpteker, H., Abcı, A. (2010). Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *The Journal of Breast Health*, 6 (2), 74-79.
- American Cancer Society. (17.09.2010). American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection. Erişim:20.02.2009. <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/breast-cancer-detection>
- American Cancer Society. (19.08.2010). Cervical cancer:prevention and early detection. Erişim:20.02.2009. <http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/MoreInformation/CervicalCancerPreventionandEarlyDetection/cervical-cancer-prevention-and-early-detection-find-pre-cancer-changes>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (April, 2003). [Breast cancer screening](http://www.guideline.gov/content.aspx?id=3990&search=breast+self+examination). Erişim: 01.03.2008. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=3990&search=breast+self+examination>
- Anderson, B. O., Jakesz, R. (2008). Breast cancer issues in developing countries: an overview of the breast health global initiative. *World Journal of Surgery*, Vol:32, No:12/December.
- Anderson, B. O., Shyyan, R., Eniu, A., Smith, R., Yip, C., Bese, N. S., Chow, L. C., Masood, S., Ramsey, S., Carlson, R. W. (2006). Breast cancer in limited-resource countries:an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines. *The Breast Journal* 12(1), 3-15.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Asian Journal of Psychology*, 2, 21-41.
- Bastani, R., Kaplan, C. P., Maxwell, A. E., Nisenbaum, R., Pearce, J., Marcus, A. C. (1995). Initial and repeat mammography screening in a low income multi-ethnic population in Los Angeles. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, Vol:4, Iss:2, 161-167.
- Boyer, L. E., Williams, M., Callister, L. C., Marshall, E. S. (2000). Hispanic women's perceptions regarding cervical cancer screening, *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, Vol:30, No:2, 240-245.
- Breitkopf, R.C., Pearson, H. C., Breitkopf, D. M. (2005). Poor knowledge regarding the pap test among low-income women undergoing routine screening. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, Vol:37, No:2, 78-84.
- Champion, V. L., Menon, U. (1997). Predicting mammography and breast selfexamination in African American women. *Cancer Nursing*, 20, 315-322.
- Champion, V. L., Scott, C. R. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, 46, 331-337.
- Chen, S., Ravallion, M. (2008). The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty. Erişim: 01.04.2009. [http://siteresources.worldbank.org/JAPANINJAPANESEE/XT/Resources/515497-1201490097949/080827\\_The\\_Developing\\_World\\_is\\_Poorer\\_than\\_we\\_Thought.pdf](http://siteresources.worldbank.org/JAPANINJAPANESEE/XT/Resources/515497-1201490097949/080827_The_Developing_World_is_Poorer_than_we_Thought.pdf)
- Crain, W. (2005). *Theories of development 'concepts and applications* (Fifth Edition). New York:Upper Saddle River.
- Demirhan, H., Özen, İ., Bostancı, M., Zincir, M. (2002). Pamukkale üniversitesi kredi ve yurtlar kurumu kız öğrencilerinde kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bir araştırma. *Sağlık ve Toplum*, 2 (3).
- Deveci, E. S., Açık, Y., Rahman, S. (2010). Elazığ'ın kenar semtlerinde yaşayan kadınların yaşam koşulları ve sağlık riskleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9 (1), 45-50.
- Dişçigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., Söylemez, A. (2007). Meme sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları, *Marmara Medical Journal*, 20 (1), 29-36.
- Ecevit, Y. (2003). Toplumsal cinsiyetle yoksulluk ilişkisi nasıl kurulabilir? Bu ilişki nasıl çalışılabilir?. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4).
- Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, N., İbrikiçi, S. (1994). Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni*, 3 (8), 28-36.
- Glanz, K., Rimer, B. K., Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education theory, research, and practice*. San Francisco, CA : Jossey Bass.
- Göçgeldi ve ark., (2008). Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 13 (4), 261-265.
- Hanisch, R., Gustat, M. E., Hagensee, A., Baena, J. E., Salazar, M. V. Castro, A. M., Gaviria, G. I. (2007). Knowledge of pap screening and human papillomavirus among women attending clinics in Medellín, Colombia. *International Journal Of Gynecological Cancer*, 12, 1020-1026.
- Holm, C. J., Deborah, I. F., Curtin, J. (1999). Health beliefs, health locus of control and women's mammography behavior. *Cancer Nursing*, 22, 149-156.
- Hyman, R. B., Baker, S., Ephraim, R., Moadel, A., Philip, J. (1994). Health belief model variables as predictors of screening mammography utilization. *Journal of Behaviour Medicine*, 17, 391-406.
- Ideström, M., Milsom, I., Ellström, A. A. (2002). Knowledge and attitudes about the pap smear screening program: a population based study of women aged 20-59 years. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81, 962- 967.
- Jirojwong, S., MacLennan, R. (2003). Health Beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai Migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 241-249.
- Jirojwong, S., MacLennan, R., Manderson, L. (2001). Health beliefs and pap smears among Thai Women in Brisbane, Australia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, Vol:13, No:1, 19-23.
- Juon, H., Seung-Lee, C., Klassen, A. C. (2003). Predictors of regular pap smear among Korean-American women. *Preventive Medicine*, 37, 585-592.
- Kaiser Permanente Care Management Institute. (October, 2006). [Cervical cancer screening guideline](http://www.guideline.gov). Erişim:01.03.2008. [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov).
- Kalichman, S. C., Williams, E., Nachimson, D. (2000). Randomized community trial of a breastself-examination skills-building intervention for inner-city African-American women. *Journal of the American Medical Women Association*, Vol:55, No:1, 47-50.
- Kalyoncu, C., Işıklı, B., Özalp, S., Küçük, N. (2003). Osmangazi Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuranların pap smear hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık ve Toplum*, 13, 60-66.

- Lantz, P. M., Stencil, D. S., Lippert, M. T., Beversdof, S., Jaros, L., Remington, P. (1995). Breast and cervical cancer screening in a low-income managed care sample: the efficacy of physician letters and phone calls. *American Journal of Public Health*, Vol:85, No:6, 834-836.
- Leyva, M., Byrd, T., Tarwater, P. (2006). Attitudes towards cervical cancer screening: a study of beliefs among women in Mexico. *Californian Journal of Health Promotion*, Vol:4, Iss: 2, 13-24.
- Makuc, D. M., Breen, N., Freid, V. (1999). Low income, race, and the use of mammography. *HSR: Health Services Research*, 34:1 (April 1999, Part II), 229-239.
- Markovic, M., Kesic, V., Topic, L., Matejic, B. (2005). Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia. *Social Science & Medicine*, 61, 2528-2535.
- McDonald, P.A.G., Thorne, D. D., Pearson, J. C. & Adams-Campbell, L. L. (1999). Perceptions and knowledge of breast cancer among African American women residing in public housing. *Ethnicity and Disease*, 9, 81-93.
- McFarland, D. M. (2003). Cervical cancer and pap smear screening in botswana: knowledge and perceptions. *International Nursing Review*, 50, 167-175.
- McFarland, D. M. (1999). Cervical cancer and pap smear screening in Botswana: knowledge and perceptions. Doctoral thesis, Boston College, Graduate School of Nursing, Massachusetts, United States.
- O'Malley, A. S., Forrest, C. B. (2002). Adherence of low-income women to cancer screening recommendations. *Journal of General Internal Medicine*, Vol:17, 144-154.
- Ontario Womens Health Network, (July, 2010). Poverty & health e-bulletin. Erişim:15.09.2010. [http://www.owhn.on.ca/pdfs/poverty\\_e\\_bulletin.pdf](http://www.owhn.on.ca/pdfs/poverty_e_bulletin.pdf)
- Palmer, R. C., Fernandez, M. E., Tortolero-Luna, G., Gonzales, A., Mullen, P. D. (2005). Correlates of mammography screening among hispanic women living in lower rio grande valley farmworker communities. *Health Education & Behaviour*, Vol:32 (4), 488-503.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Norwalk, CT:Appleton&Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, L. C., Parsons, A. M. (2006). *Health promotion in nursing practice* (Fifth ed.). USA:Prentice Hall.
- Peragallo, N. P., Alba, M. L., Tow, B. (1997). Cervical cancer screening practices among Latino women in Chicago. *Public Health Nursing*, Vol:14, No:4.
- Sağlık Bakanlığı, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. (2005). Türkiye kanser istatistikleri. Erişim: 10.08.2010. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-44481/h/kanser-istatistikleri.xls>
- Skinner, C. S., Arfken, C. L. & Sykes, R. K. (1998). Knowledge, perceptions, and mammography stage of adoption among older urban women. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 54-63.
- Taylor, G. J. (1998). Transforming decision making in African American Women: effects of a culturally sensitive breast self examination intervention. Doctoral Thesis, University of Alabama, Birmingham.
- Turner, L.W., Hunt, S. B., Dibirezzo, R., & Jones, C. (2004). Health Belief Model. Erişim: 02.02.2009. <http://www.jbpub.com/samples/0763743836/Chapter%204.pdf>
- Türkiye İstatistik Kurumu, (05.12.2008). 2008 Yoksulluk çalışması sonuçları. Erişim:15.05.2009. [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)
- U.S. Department Of Health And Human Services, (2005). *Theory at a glance. A guide for health promotion practice* (2 nd edition, 13-15). NIH Publication No. 05-3896, USA.
- Uzun, A. M. (2003). Yoksulluk olgusu ve dünya bankası. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 4, Sayı 2, 155.
- Wong, L. P., Wong, Y. L., Low, W. Y., Khoo, E. M., Shuib, R. (2009). Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian Women who have never had a pap smear: a qualitative study. *Singapore Medical Journal*, 50 (1):49.
- World Health Organization. (2006). *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice* (ISBN: 92 4 154700 6). Switzerland.
- Yarbrough, S. S., Braden, C. J. (2001). Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 677-688.
- Yi, J. K., Cielito, C., Gibby, R., (2001). Factors Associated With Breast Self Examination Among Low Income Vietnamese Women. *International. Quarterly of Community Health Education*, Vol:21, No:1.