

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

NIHAL GÖRDES AYDOĞDU

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
DOKTORA TEZİ**

**İZMİR-2011**

TEZ KODU: DEU.HSI. PhD-2007970069

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
DOKTORA TEZİ**

**NIHAL GÖRDES AYDOĞDU**

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Zühal Bahar

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 2009 KB.SAĞ.001 sayı ile desteklenmiştir.

**TEZ KODU:** DEU.HSI. PhD-2007970069

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Nihal Gördes AYDOğDU ‘Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi’ konulu doktora tezini 23.12.2011 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Prof. Dr. Zuhal BAHAR  
BAŞKAN

Prof. Dr. Besti ÜSTÜN  
ÜYE

Prof. Dr. Ayla Bayık TEMEL  
ÜYE

Doç. Dr. Özgül KARAYURT  
ÜYE

Yard. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI  
ÜYE

Prof. Dr. Süheyla ÖZSOY  
YEDEK ÜYE

Doç. Dr. Samiye METE  
YEDEK ÜYE

## TEŐEKKÜR

Lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince her zaman bana destek olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Zuhâl BAHAR'a, araştırma süreci boyunca verdikleri katkılardan dolayı Sayın Prof. Dr. Besti ÜSTÜN'e eğitimim süresince gelişimime katkıda bulunan ve önerilerinden yararlandığım Sayın Doç. Dr. Ayşe BEŞER'e, değerli katkılarından dolayı tez savunma jüri üyeleri ve hocalarım Sayın Prof. Dr. Ayla Bayık TEMEL, Doç. Dr. Samiye METE ve Yard. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI'ya tezimin uygulama aşamasında beni destekleyen ve katkıda bulunan Balçova Belediye'si Eğitim Mahallesi Semt Evi sorumlusu Sayın Neriman BAYSAK'a, Çetin Emeç Mahallesi Semt Evi sorumlusu Sayın Gülnur DAMAR'a, ilgilerinden dolayı çalışmama katılmayı kabul eden bireylere, hayatımın her döneminde beni sonsuz destekleyen ve yanımda olan aileme, eşime ve arkadaşlarıma TEŐEKKÜR EDERİM.

Nihal Gördes AYDOĞDU

## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	i
<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	v
<b>ŞEKİL DİZİNİ</b> .....	vii
<b>KISALTMALAR</b> .....	viii
<b>ÖZET</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	4
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	4
1.2. Araştırmanın Amacı.....	10
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	10
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	12
2.1. Yoksulluk ve Hemşirelik.....	12
2.1.1. Mutlak Yoksulluk.....	13
2.1.2. Göreli Yoksulluk.....	14
2.1.3. Öznel Yoksulluk .....	14
2.1.4. Diğer Tanımlamalar.....	15
2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluk.....	15
2.3. Yoksulluk, Kadın ve Sağlık .....	16
2.4. Meme Kanseri .....	19
2.4.1. Epidemiyolojisi.....	19
2.4.2. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	22
2.4.3. Meme Kanserinde Erken Tanı.....	27
2.4.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	27
2.4.3.2. Klinik Meme Muayenesi.....	29
2.4.3.3. Mamografi.....	30
2.5. Serviks Kanseri .....	31
2.5.1. Epidemiyolojisi.....	31
2.5.2. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	33
2.5.3. Serviks Kanserinde Erken Tanı.....	35
2.6. Sağlık İnanç Modeli.....	37

2.6.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri.....	37
2.7. Sağlığı Geliştirme Modeli .....	43

## **ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI (KALİTATİF BÖLÜMÜ)** 45

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	45
3.1. Araştırmanın Tipi.....	45
3.2. Araştırmanın Yeri.....	45
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	45
3.4. Veri Toplama Araçları.....	46
3.5. Verilerin Toplanması.....	46
3.6. Verilerin Çözümlemesi ve Analizi.....	47
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	48

## **4. BULGULAR**

4.1. Yoksul Kadınlarda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Engeller.....	49
4.2. Yoksul Kadınlarda Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Engeller.....	55

## **5. TARTIŞMA**

5.1. Yoksul Kadınlarda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Engeller.....	59
5.2. Yoksul Kadınlarda Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Engeller.....	63

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

6.1. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışları Engellerine Yönelik Sonuçlar.....	66
6.2. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışları Engellerine Yönelik Öneriler.....	66

## **ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI (KANTİTATİF BÖLÜMÜ)** 67

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	67
3.1. Araştırmanın Tipi.....	67
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	67
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	67
3.4. Örneklemeden Çıkarma Kriterleri.....	69

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	70
3.6. Veri Toplama Araçları.....	72
3.7. Girişim.....	75
3.8. Verilerin Analizi.....	76
3.9. Araştırma Etiği.....	76
3.10. Araştırmanın Bütçesi.....	76
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>77</b>
4.1.Yoksul Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları.....	77
4.2.Yoksul Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları.....	79
4.3.Yoksul Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları .....	80
4.4.Yoksul Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları .....	82
4.5. Yoksul Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları.....	82
4.6. Önceki Davranışların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına Yönelik Gerçekleştirilen Sonraki Davranışlara Etkisi.....	84
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>86</b>
5.1. Yoksul Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları .....	86
5.2. Yoksul Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları.....	89
5.3.Yoksul Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları .....	94
5.4.Yoksul Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları.....	96
5.5. Yoksul Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları.....	97
5.6. Önceki Davranışların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına Yönelik Gerçekleştirilen Sonraki Davranışlara Etkisi.....	98
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>99</b>
6.1. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algı ve Davranışlarına Yönelik Sonuçlar .....	99
6.2. Öneriler.....	99
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>102</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>119</b>

- EK 1-Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik algılanan engeller görüşme formu
- EK 2- Pap smear testi yaptırmaya yönelik algılanan engeller görüşme formu
- EK 3- Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu
- EK 4- Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
- EK 5- Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği
- EK 6- Öz-Etkililik Ölçeği
- EK 7- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu
- EK 8- Önceki Davranışlarla İlişkili Bilgi Formu
- EK 9- Hedef ve Davranışlar
- EK 10- Eğitim İçeriği
- EK 11-Etik Kurul Ve İzin Belgeleri
- EK 12-Tezden Yapılan Yayınlar
- EK 13-Tez Çalışması ve Bölgeden Fotoğraflar
- EK 14-Özgeçmiş



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Dünya'nın Değişik Bölgelerinde Yoksul Nüfus ve Yoksulluk Oranları.....	16
Tablo 2. Dünyada Kadın ve Erkekler Arasında En Sık Görülen 10 Kanser Türü, 2008.....	20
Tablo 3. Meme Kanseri Risk Faktörleri .....	23
Tablo 4. Dünyada Kadınlar Arasında En Sık Görülen 10 Kanser Türü, 2008.....	32
Tablo 5. Serviks Kanseri Risk Faktörleri.....	33
Tablo 6. Yoksul Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Engeller.....	49
Tablo 7. Yoksul Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Engeller.....	55
Tablo 8. Katılımcıların Sosyo-Demografi Özelliklerine Göre Dağılımı.....	69
Tablo 9. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması Madde Sayısı ve Cronbach Alpha Değerleri.....	73
Tablo 10. Sağlık İnanç Modeli Kavramları ve Eğitim Yöntemleri.....	75
Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	77
Tablo 12. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumları.....	79
Tablo 13. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumları.....	79
Tablo 14. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Mamografi Yaptırma Durumları.....	80
Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	80
Tablo 16. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	81
Tablo 17. Deney ve Kontrol Gruplarında Girişim Sonrası Pap Smear Testi Yaptırma Durumları.....	82
Tablo 18. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puan	83

Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	
Tablo 19. Deney Grubunun Hemşirelik Girişimleri Sonrası Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	83
Tablo 20. Deney Grubundaki Kadınların Meme ve Serviks Kansere Yönelik Önceki Davranışlarının, Sonradan Gerçekleştirilen Davranışlara Etkisi.....	84
Tablo 21. Meme ve Serviks Kansere Yönelik Algılanan Engeller ve Açıklamalar.....	134

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ekonomik Durum ve Sağlık Hastalık Arasındaki Kısır Döngü.....	18
Şekil 2: Dünyada Meme Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı, 2008.....	21
Şekil 3. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kansere Türünün İnsidansı, 2006- 2008.....	22
Şekil 4. Dünyada Serviks Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı, 2008.....	32
Şekil 5. Araştırma Planı.....	68
Şekil 6. Çalışmanın Hipotezleri ve Değişkenleri.....	70
Şekil 7. Champion Sağlık İnanç Modeli ve Pender Sağlığı Geliştirme Modelinin Kavramlarına Yönelik Çalışma Değişkenleri, Ölçüm Araçları ve Müdahaleler.....	71
Şekil 8. Eğitimlerde Kullanılan Meme Maketi.....	76
Şekil 9. Çalışmanın Değişkenlerinin Beklenen Davranış Üzerindeki Etkisi.....	85

## KISALTMALAR

DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK.....	Türkiye İstatistik Kurumu
IARCH.....	International Agency For Research on Cancer
KKMM.....	Kendi kendine Meme Muayenesi
KMM.....	Klinik Meme Muayenesi
ICN .....	International Council of Nurses
UNDP.....	United Nations Development Programme
TUSİAD.....	Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
DPT.....	Devlet Planlama Teşkilatı
HPV .....	Human Papilloma Virüs
KETEM.....	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
HÜNEE.....	Hacettepe üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

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

Nihal Gördes AYDOĞDU

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Inciraltı/İzmir

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma yoksul kadınların meme ve serviks kanserini erken dönemde tanılamaya yönelik davranışlarında engelleyici faktörleri belirlemek, kadınların her ay düzenli kendi kendine meme muayenesi yapmasını, klinik meme muayenesi yaptırmasını, mamografi çekirtmesini ve pap smear testi yaptırmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşama, yoksul kadınların erken tanı davranışlarında engelleri belirlemek için yapılan kalitatif çalışmadır. Meme kanseri için 40 kadın, serviks kanseri için 27 kadın ile görüşülmüştür. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır ve içerik analizi metoduyla analiz edilmiştir. İkinci aşama, Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak 50 deney ve 50 kontrol grubu olmak üzere toplam 100 yoksul kadın üzerinde yapılan yarı deneysel bir çalışmadır. Verilerin değerlendirilmesinde; Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Öz-Etkililik Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu, Önceki Davranışlarla İlişkili Bilgi Formu kullanılmıştır.

**Bulgular:** Meme kanserine yönelik olarak yapılan odak grup görüşmelerinden elde edilen veriler, bireysel tutum ve inançlar, sağlık hizmetlerinin sunumu ve kültürel faktörler temaları altında incelenmiştir. Serviks kanseri erken tanısına yönelik algılanan engellere ilişkin yapılan odak grup görüşmelerinden elde edilen veriler, bilgi eksikliği, bireysel tutum ve davranışlar ve sağlık hizmetlerinin sunumu temaları olarak belirlenmiştir. Yapılan girişimler sonrası deney grubundaki yoksul kadınların kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi yaptırma

oranlarında fark varken, mamografi ektirme ve pap smear testi yapma oranlarında fark saptanmamıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda yoksul kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesi için sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modelinin kullanıldığı girişimlerin planlanması, ayrıca kadınların erken tanı davranışlarında bulunmama nedenleri arasında en önemli etmenin bilgi eksikliği olması nedeniyle, sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Meme ve serviks kanseri, erken tanı, yoksulluk, hemşirelik.

**EFFECTS OF NURSING INTERVENTIONS WHICH IS PLANNED WITH THE  
HEALTH PROMOTION MODELS ON THE EARLY DETECTION BEHAVIOUR  
TOWARDS BREAST AND CERVICAL CANCER OF LOW INCOME WOMEN**

**ABSTRACT**

**Objective:** The aim of this study is to identify the barriers in the early detection behaviour of breast and cervical cancer of low income women, to enable women to do breast self examination every month regularly, have clinical breast examination done, get a mammography and pap test.

**Method:** The study has been done in two stages. The first stage is the qualitative study which identifies the barriers in the early detection behaviour of low income women. Forty women has been interviewed for breast cancer and 27 women for cervical cancer. Data was gathered through semi-structured interviews and analyzed using the content analysis method. The second stage is a quasi-experimental study which has been done by using Health Belief Model and Health Promotion Model on 100 low income women. Fifty of these women were in the experimental group and fifty were in the control group. Data were collected using Socio-Demographic Characteristics Information Form, Health Belief Model Scale, Self-Efficacy Scale, Healthy Life-Style Behavior Scale II-Health responsibility Subscale and Prior Related Behavior Information Form.

**Results:** The barriers obtained from the focus groups have been identified as individual attitudes and beliefs, delivery of health services, cultural factors for breast cancer and information inadequate, personal attitudes and behaviours and the delivery of health services for cervical cancer. After the nursing intervention it has been found out that whilst the ratio of the breast self examination and clinical breast examination done of the low income women in the experimental group have increased. There has been no difference between the experimental group and control group in terms of the ratio of having a mammography and pap smear test.

**Conclusion:** Considering the results of this study it is suggested that in order to improve the early detection behaviour of breast and cervical cancer in low income women nursing intervention should be planned using Health Belief and Health Promotion Model. Also since one of the most important factors of low income women's reason for not showing any early detection behaviour is having inadequate information, it is suggested that health education should be enhanced.

**Key Words:** Breast and cervical cancer, early detection, poverty, nursing.

## **1. GİRİŞ VE AMAC**

### **1.1. Problemin Tanımı ve Önemi**

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 bir dolardan daha az, %47'si ise günde iki dolardan daha az gelire sahiptir (Chen ve Ravallion, 2008). Türkiye'de 2009 yılı verilerine göre yoksulluk oranı %18.08'dir (Türkiye İstatistik Kurumu [TUİK], 2011). 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 (TUİK, 2007).

Sağlık için en belirleyici risk faktörü yoksulluktur. DSÖ'ye göre yoksulluk bugün dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük nedenidir (Ontario Womens Health Network, 2010). Dolayısıyla yoksulluğun en fazla görüldüğü kadınlar, yoksulluğun neden olduğu sağlık sorunlarından en fazla etkilenen grup olduğu için bu konu hemşireleri ilgilendirmektedir. Yoksulluk sağlığı etkilediği gibi bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını da olumsuz yönde etkilemektedir (Ontario Womens Health Network, 2010).

Sağlığı geliştirme, insanları kendi sağlıklarını düzeltmede ve tam bir sağlık potansiyeline ulaşmada yeterli kılmayı amaçlamaktadır. Sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili olarak hemşireler uzun yıllardır çalışmaktadırlar. Bu konuda yapılan çalışmalar bireylerin fizik aktivite davranışlarından, diyet, sigara içme ve kanser erken tanı davranışlarına kadar çeşitlilik göstermektedir (Pender, 2006). 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). Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses) 2008 yılı temasında temel sağlık hizmetlerini yönlendirenlerin hemşireler olduğu belirtilmiş ve hemşirelerin primer korumaya yönelik rollerinin önemi vurgulanmıştır (ICN, 2008). Bu kapsamda hemşirenin sorumluluklarından birisi de, kadınların koruyucu sağlık davranışlarını kazanmalarına yardımcı olma, meme ve serviks kanserine yönelik tarama programlarına yöneltmedir. Bu görev, eğitim, danışmanlık ve iyi hizmet verilerek başarabilir. Meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan müdahalelerden en önemlisi konuya ilişkin



eğitim verilmesidir. Bu nedenle kadınlarda meme kanserinin erken dönemde önlenebilmesi, tüm kadınlardan bu konuda sağlık eğitimleri ile bilgilendirilmesi ve tarama programlarının uygulanması ile mümkün olacaktır. Sağlık profesyonellerinden olan halk sağlığı hemşireleri eğitim ve eyleme geçiriciler yoluyla kadınlardan erken tanı davranışlarının arttırılmasına katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle hemşireler olumlu sağlık davranışlarını geliştirecek kilit kişiler oldukları için eyleme geiricileri bilmeli ve uygulamada kullanmaladırlar (Güvenç, 2008).

Erken tanı, meme ve serviks kanserinde morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yöntemidir. Dünyada tüm kadın kanserleri içinde %23 oranında görülen meme kanseri 2008 yılında 1.38 milyon olarak bildirilmektedir (International Agency for Research on Cancer, [IARC], 2010). Ancak yoksul kadınlarda meme kanseri sıklığı ile ilgili bilgiye ulaşılamamıştır. Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup 2006 yılında insidansı 100.000’de 37.6 iken 2008 yılında bu oran 41.6’ya yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Meme ve serviks kanserinin erken tanı çalışmaları, yoksul kadınlarda sağlığını koruma ve geliştirme açısından önemlidir. Klinik meme muayenesi (KMM) 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 bir uygulamadır. KKMM, hissedilebilen meme tümörlerinin tespit edilmesinde önerilmektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2003).

Yapılan alışmalar, kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının yeterli olmadığını yoksul kadınlarda bu oranların daha da düştüğünü göstermektedir (Bastani ve ark., 1995; Makuc, Bren ve Freid, 1999; Yi, Cielito ve Gibby, 2001). 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 ektirme oranlarının % 32.8 olduğunu bildirmiştir. Kalichman, Williams ve Nachimson (2000), yoksul kadınların %45’inin her ay düzenli meme muayenesi yaptığını belirtmişlerdir. Yoksul kadınlarda yapılan bir başka çalışmada; son bir yıl içerisinde kadınların mamagrafi ektirme oranı %21 iken, dokuz aylık izlem sonrasında kadınların mamografi ektirme oranı %23 olarak saptanmıştır (Bastani ve ark., 1995). Makuc ve arkadaşları (1999), 50-64 yaş grubu yoksul kadınların son bir yıl içerisinde mamografi ektirme oranlarının %48.4 iken yoksul olmayan kadınlarda bu oranın %73.6 olduğunu belirtmişlerdir. Takakuwa ve arkadaşları (2000), yüksek geliri olan kadınların

meme muayenesi ve mamografi gibi koruyucu sađlık davranıřlarında bulunmalarının, dűşűk gelirli kadınlara oranla daha yűksek olduđunu saptamıřlardır.

Hemřirelerin yaptığı çalışmalarda da yoksul kadınlardan meme kanseri erken tanı davranışlarının yetersiz olduğu belirtilmiştir. Bunlardan Taylandlı yoksul kadınlarda yapılan bir çalışmada 145 kadından %25'inin dűzenli KKMM yaptığı, meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının fazla olduğu belirtilmiştir (Jirojwong ve MacLennan, 2003). Fontana ve Bishhoff (2008), yoksul kadınlarda klinik meme muayenesi yaptırma ve mamografi çektirmenin en ۆnemli belirleyicilerinden birisinin gelir seviyesi olduğunu, gelir seviyesinin artması ile bu davranışları gۆsterme arasında gűclű bir ilişki bulunduğunu belirtmişlerdir.

űlkemizde yapılan çalışmalar kadınlardan meme kanserine yۆnelik erken tanı davranışlarının yetersiz olduğunu gۆstermekle birlikte, ۆzellikle yoksul kadınlarda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu gۆrűlmektedir. Demirhan, ۆzen, Bostancı ve Zincir (2002) kadınlardan %42.7'sinin KKMM'yi bildiklerini, buna karşın sadece %29.5'inin doğru olarak uyguladıklarını saptamıştır. Alpteker ve Avcı (2010), kırsal kesimde yaşayan 412 kadından %71.3'űnűn KKMM yapmayı bilmediğini, %72'sinin ise yapmadığını belirtmiştir. Ayrıca KKMM'yi gerekli gۆrmeyenlerin oranı %56 iken, mamografi için bu oran %31.9'dur. Yapılan bir diğer çalışmada KKMM'yi doğru zaman ve sıklıkta yapan kadınlardan oranı %23.3 olarak bulunmuştur (Gۆgeldi ve ark., 2008). Deveci, Açık ve Rahman (2010), kenar semtlerde yaşayan 635 yoksul kadından %86.2'sinin KKMM yapmadığını belirtmiştir.

Diřciđil, şensoy, Tekin ve Sۆylemez (2007), Ege Bۆlgesi'nde yaşayan bir grup kadın űzerinde yaptıkları çalışmada, her ay dűzenli olarak KKMM yapan kadınlardan oranının %17.9, klinik meme muayenesi yaptırma ve mamografi ektirme oranlarının sırasıyla %42.7 ve %40.6 olduğunu belirtmişlerdir.

Dűnyada meme kanserinden sonra kadınlarda en sık gۆrűlen kanserler arasında ikinci sırada yer alan serviks kanseri kadınlarda gۆrűlen kanserlerin %12'sini oluřturmaktadır. Yoksul olmak serviks kanseri için risk faktۆrleri içerisinde yer almaktadır ve bu durum serviks kanseri erken tanı çalıřmalarına yoksul kadınlarda daha fazla ۆnem verilmesi gerektiđini gۆstermektedir. Yeni serviks kanseri vakalarının 2008 yılında yaklařık 529.000 olduđu ve bunların %90'ının geliřmekte olan űlkelerde olduđu bildirilmektedir (IARC, 2010). űlkemizde serviks kanseri

kadınlarda en sık görülen kanser türleri içerisinde onuncu sırada yer almaktadır. İnsidansı 2008 yılında 100.000’de 4.4’tür (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Serviks kanserinin erken tanısında en etkin yöntem pap smear testi yaptırmaktır. Yapılan çalışmalar, pap smear testinin serviks kanserinin erken tanısında etkili olduğunu göstermektedir (Kaiser Permanente Care Management Institute, 2006). Pap smear testi ucuz ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir.

Literatürde pap smear yaptırma oranlarının, yoksul kadınlarda daha düşük olduğu saptanmıştır (Ideström, Milsom ve Ellström, 2002, Kalyoncu, Işıklı, Özalp, Küçük, 2003). Wellensiek ve arkadaşları (2002), Güney Afrika’da yaşayan sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınların %87’sinin pap smear testini yaptırmadıklarını saptamışlardır.

Maaita ve Barakat (2002), Ürdün’de 600 kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınların %75’inin daha önce hiç pap smear testi yaptırmadıklarını belirlemişlerdir. O’malley ve Forrest (2002), 40-65 yaş grubu 1200 yoksul Afrika kökenli Amerika’lı kadın üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların %75 oranında pap smear testi yaptırmadıklarını saptamışlardır.

Yoksul kadınların pap smear testi yaptırmaya yönelik hemşirelerin yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bunlardan McFarland (1999), gelir seviyesi düşük olan kadınların pap smear yaptırma oranlarının %16.7 iken, gelir düzeyi yüksek olan kadınlarda bu oranın %50 olduğunu belirtmiştir. Peragollo, Alba ve Tow (1997), Latin kadınlarda yaptıkları tanımlayıcı çalışmada yoksul kadınların düzenli pap-smear testi yaptırmadıkları vurgulamışlardır.

Türkiye’de pap smear testi yaptırmaya yönelik hemşirelerin yaptıkları çalışmalar olmasına rağmen yoksul kadınların pap smear testi yaptırmaya oranlarını inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Deveci, Açık ve Rahman (2010), yoksul kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınların %96.7’sinin pap smear testini hiç duymadıklarını saptamışlardır. Yoksul olmayan kadınlarda yapılan çalışmalarda da Türkiye’nin çeşitli bölgelerinde pap smear testi yaptırmaya oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Malatya’da 18-49 yaş arasında kadınların pap smear yaptırmaya oranlarının %19.4 olduğu saptanmıştır (Ak, Canbal, Turan ve Gürbüz, 2010). Kalyoncu ve arkadaşları (2003), İç Anadolu bölgesinde %20, Özmen (2004), Ege bölgesinde %12, Yücel (2006), Ege bölgesinde %24, Akyüz ve arkadaşları (2006), bir askeri hastaneye başvuran

kadınlarda %51, Ozan (2007), Güneydoğu Anadolu bölgesinde farklı meslek gruplarında %11 gibi pap smear yaptırma oranları olduğunu saptamışlardır.

Meme ve serviks kanseri mortalite hızlarının yüksek olması ve buna rağmen özellikle yoksul kadınların erken tanı davranışlarının yetersiz olması, kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik davranışlarını engelleyen faktörlerin önemini gündeme getirmiş ve yapılan çalışmalar ile bu engeller tanımlanmaya çalışılmıştır (Dozier, Lawrence, 2000; Husaini ve ark. 2005; Park, Chang, Chung, 2005; Tejada ve ark., 2009; Wu&Bancroft, 2006).

Yoksul kadınların **meme kanseri** erken tanı davranışlarında algıladıkları engeller arasında; taramalara yönelik bilgi eksikliği, önceliklerin farklı olması, meme kanseri belirtilerinin olmaması, sağlık güvencesinin olmaması, maliyetin yüksek olması, meme kanseri teşhisi alma korkusu, dil engeli, sağlık hizmetlerine ulaşım yetersizliği, sağlık personelinin önerisinin olmaması ve zaman kısıtlılığı yer almaktadır (Fernandez ve ark., 2005, Lyttle ve Stadelman, 2006; Ogedegbe ve ark., 2005; Tejada ve ark., 2009; Wu&Bancroft, 2006).

Meme kanserinde olduğu gibi yoksul kadınların **serviks kanseri** erken tanı davranışlarında algıladıkları engeller yapılan çalışmalar ile tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda yoksul kadınların pap smear testini yaptırma oranlarının düşük olmasının nedenleri arasında bireyin sağlık algısı, 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 saptanmıştır (Juon ve ark., 2003; Leyva ve ark., 2006; Markovic ve ark., 2005; Wong ve ark., 2009). Hemşirelik alanında yoksul kadınların pap smear testi yaptırmaya yönelik algıladıkları engeller üzerinde yapılan çalışmalar sınırlıdır. 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).

Hemşireler, sağlık davranışını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yaptıkları araştırmalarla, kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında bulunmalarını engelleyen faktörleri azaltabilecek çözüm yollarının ve tarama programlarının geliştirilmesine katkıda bulunabilirler (Cutler, 1999; Hilton ve ark., 2003).

Dünyada kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak yapılan hemşirelik girişimlerinin etkinliği pek çok çalışma ile gösterilmiştir. Bu girişimler ayrı ayrı veya kombine olarak uygulanmıştır. Yapılan çalışmalarda kadınların erken tanı davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak hatırlatıcı mektuplar, telefonla hatırlatma, mail ile hatırlatma, bilgi verici broşürler, ev ziyaretleri, kombine müdahaleler, medyanın kullanımının etkili olduğu gösterilmiştir (Abercrombie, 2001; Arevian, Nouredine, Kabakian-Khasholian, 2006; Bonfil, Marzo, Pladevall ve Marti 2009; Kwok, Cant ve Sullivan 2005; Vazquez ve ark., 2002).

Türkiye’de yoksul kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını geliştirmeye yönelik çalışmalara ulaşamamıştır. Yoksul olmayan kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda hemşirelik girişimi olarak eğitim/akran eğitiminin yanı sıra, kitapçık, kart, film gösterimi ve meme maketi kullanımı ve telefon ile hatırlatma gibi girişimlerin etkinliği gösterilmiştir (Avcı ve ark. 2007; Aydın, 2004; Elik, 2006; Gözüm, Karayurt, Kav ve Platin; 2010; Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2008; Parlar ve ark., 2004; Seçginli, 2007; Yazıcı, 1994; Yücel, 2006).

Meme ve serviks kanseri önemli bir halk sağlığı sorunu olup erken tanındığında bireyin hayatta kalma şansı artmaktadır. Meme ve serviks kanserinin erken tanılanamadığı durumlarda ise hastalığın prognozu kötüleşmekte, yaşam yitimiyle sonuçlanmakta ve sağlık bakım giderleri yüksek olmaktadır. Dolayısıyla her iki kanserin erken tanı çalışmaları oldukça önemli olup kullanılan yöntemler ise oldukça basit ve tedavi giderleriyle kıyaslandığında ekonomik yöntemlerdir. Ülkemizde yoksul kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında bulunmaları oldukça düşük olup bunun nedeni hakkında bilgiler ise sınırlıdır. Bu nedenle kadınların erken tanı davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, belirlenen engellere yönelik olarak kadınların meme ve serviks kanserine yönelik bilinçlendirilmesi ve modeller kullanılarak uygulanacak hemşirelik girişimlerinin bu verilere göre planlanıp hayata geçirilmesi yoksul kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

### 1.2.1. Araştırmanın Birinci Amacı

\*Yoksul kadınlarda **meme ve serviks kanserini** erken dönemde tanılamaya yönelik davranışlarında engelleyici faktörleri belirlemek,

### 1.2.2. Araştırmanın İkinci Amacı

\* Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak planlanan hemşirelik girişimleri ile yoksul kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını geliştirmektir (Kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi ve pap smear testi).

## 1.3. Araştırmanın Hipotezleri

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

a: Duyarlılık algısı

b: Ciddiyet algısı

c: Sağlık motivasyonu

d: KKMM yarar algısı

e: KKMM öz-etkililik algısı

f: Mamografi yarar algısı

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

a: KKMM engel algısı

b: Mamografi engel algısı

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

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

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

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

a: Duyarlılık algısı

b: Ciddiyet algısı

c: Yarar algısı

d. Öz-etkililik algısı

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

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

H9: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların **sağlık sorumluluğu** kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H10. Deney grubunda önceden meme ve serviks kanseri erken tanı davranışı deneyimlemiş kadınların hemşirelik girişimleri sonrası meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı davranışı gösterme sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksektir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Yoksulluk ve Hemşirelik**

Yoksulluk tüm insanlık için temel bir sorun olmakla birlikte, ağırlıklı olarak kadınlar tarafından yaşanan, en çok sakat bırakan, hastalandıran, öldüren bir olgudur ve tüm sağlık personelinin, özellikle birinci basamakta ağırlıklı olarak çalışan hemşirelerin yakından ilgilenmesi gereken bir durumdur.

Yoksulluk karmaşık, kökü hem ulusal hem de uluslararası alanlarda bulunan çok boyutlu bir problemdir ve tarihin her döneminde, her toplumda rastlanabilmektedir (Buğra, 2005). Sözlük anlamıyla yoksul, yeterli düzeyde parası olmayan veya konforlu bir şekilde yaşamak için gerekli olan araçlara sahip olmayan kişidir. Yoksulluk kelimesi ise yaşamın gerektirdiği olanaklardan yoksun olma durumunu ifade etmektedir (Aktan ve Vural, 2002).

United Nations Development Programme (UNDP)'nin tanımına göre “insani yoksulluk”, katlanılabılır bir yaşam için gerekli fırsatlar ve seçeneklerden feragat etmektir (UNDP, 1997). Bu tanımlamaya göre yoksulluk, gelir düzeyi ile ilişkilendirilemez çünkü gelir ekonomik bir kategoridir. Buna karşın yoksulluk insani bir kategori olmak zorundadır. İnsani yoksulluk, insanın sağlık hizmetlerine, temiz su kaynaklarına, eğitim hizmetlerine ulaşabilirliği, uzun bir yaşam sürme hakkı ve “sürdürülebilirlik” kriterlerine dayalı olarak, yeni fırsat ve seçenekleri kullanabilmek için gerekli altyapının varlığı ya da yokluğudur.

Dünya Bankası'na göre (1990), yoksulluğun geleneksel tanımı asgari yaşam standardına erişememe durumudur ya da asgari bir yaşam düzeyini sürdürecektir gelirden yoksun olma halidir. Dünya Bankası 2001 yılı Kalkınma Raporu'nda yoksulluğun tanımı şöyle yapılmıştır: yoksulluk çok boyutlu bir kavramdır; sadece düşük gelir ve düşük tüketim olmakla kalmayıp, aynı zamanda eğitim eksikliği, kötü beslenme ve kötü sağlık anlamına da gelmektedir.

Binyıl Kalkınma Hedefleri, insani kalkınmaya yönelik olarak yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması, tüm bireyler için temel eğitim, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, çocuk ölümlerinin azaltılması, anne sağlığının iyileştirilmesi, salgın hastalıklarla mücadele ve küresel kalkınma için ortaklıkların yapılması konularını ele alarak bunlardan yoksulluğa önemli bir yer vermiştir (Bahar, Aydoğdu, 2011; Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu Türkiye, 2005).

Uluslararası Hemşireler Birliği 2004 yılında yoksulluğun insan sağlığı üzerinde olan etkileri üzerinde özellikle durmuş ve 2004 yılı uluslar arası hemşirelik teması olarak yoksulluğu seçmiştir



(ICN, 2004). İnsan, hemşirelikte önemli olan temel dört kavramdan birisidir. Hemşireliğin felsefesinde odak nokta insandır ve bir hemşirenin mesleği gereği yaptığı her eylemin amacı insana yardım etmektir. Bu yardımı sağlarken insanların kendi kendilerine karşılamakta zorluk çektikleri bedence, ruhça veya sosyal gereksinimlerini ya bizzat ya da bireyi destekleyerek karşılamaya çalışırlar. Bir insanın sağlıklı olabilmesi için de yalnızca hastalık veya sakatlığının olmamasının yanında bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması gerektiği bütün hemşirelerce iyi bilinmektedir. Sağlığın tanımında geçen hemen her terimin karşılanması yoksul bir insan için oldukça zordur. Bu nedenleridir ki yoksulluk hemşirelerin ilgilenmesi gereken bir konudur (Çapık ve Bahar, 2008).

Yoksulluğun çeşitlerini, sebebini, yaygınlığını, sağlığa olan zararını ve komplikasyonlarını bilmek hemşirelerin bu konuda yapabileceklerini açığa çıkarır. Sağlık ve eşitlik her insan için olduğu gibi yoksul insanlar içinde temel bir haktır. Hemşireler mesleki eğitimleri boyunca edindikleri, “herkese eşit hizmet”, “herkesin sağlıklı bir ortamda yaşamaya hakkı olması”, “hasta savunucusu olmak” gibi temel felsefi değerlerinden güç alarak birçok girişimi düzenleyebilir. Bu felsefi güçleri ile hemşireler; günümüzde sağlık sistemindeki değişimlerin ‘yalnızca parası olana sağlık hizmeti alma’ ve ‘koruyucu sağlık hizmetlerinin ortadan kaldırdığını’ bilerek sağlık politikalarını belirlemede aktif rol almalıdır (Çapık ve Bahar, 2004).

Yoksulluk düzeyi bakımından ülkeler arası veya aynı ülke içinde dönemler arası karşılaştırmalar yapılabilmesi için yoksulluk kavramı mutlak yoksulluk (absolute poverty), göreceli yoksulluk (relative poverty) ve öznel yoksulluk (subjective poverty) başta olmak üzere çeşitli yaklaşımlar aracılığıyla incelenmektedir (Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği [TUSİAD], 2000).

### **2.1.1. Mutlak Yoksulluk**

Mutlak yoksulluk, bireyin ve hanehalkının geliri veya tüketim harcamalarını esas almaktadır. Öngörülmuş bir gelir veya tüketim seviyesinin altında kalan bireyler yoksul olarak nitelendirilmektedir. Mutlak yoksulluk, hanehalkı veya bireyin yaşamını sürdürebilecek asgari refah düzeyini yakalayamaması durumudur. Bu nedenle, mutlak yoksulluğun ortaya çıkarılması, bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olan minimum tüketim ihtiyaçlarının

belirlenmesini gerektirir. Mutlak yoksul oranı, bu asgari refah düzeyini yakalayamayanların sayısının toplam nüfusa oranıdır (Coşkun ve Tireli, 2008). Mutlak yoksulluk, gıda veya diğer bazı bileşenleri içerebilmektedir. Dünya Bankası'nın 1990 yılında gerçekleştirdiği bir çalışmada insanın yaşayabilmesi için gerekli asgari kalori miktarı olan 2400 kalorilik bir gıda sepetinin fiyatı, mutlak yoksulluk sınırı olarak belirlenmiştir (Coşkun ve Tireli, 2008; Devlet Planlama Teşkilatı [DPT], 2001).

Mutlak yoksulluk sınırı az gelişmiş ülkeler için kişi başına 1 ABD doları olarak kabul edilirken, Latin Amerika ve Karayipler için aynı oran 2 ABD doları, Türkiye'nin dâhil olduğu ve Doğu Avrupa ülkelerinin de içinde bulunduğu grup için 4 ABD doları ve gelişmiş sanayi ülkeleri için 14.40 ABD doları olarak tespit edilmiştir (DPT, 2001).

### **2.1.2. Göreli Yoksulluk**

Bireylerin, toplumun ortalama refah düzeyinin belli bir oranının altında olması durumudur (TÜSİAD, 2000). Göreli yoksulluk, bir ferdin ya da hanehalkının, içinde bulunduğu sosyal grubun diğer üyeleri ile farklılıklarını incelediği gibi, söz konusu sosyal grubun diğer gruplarla karşılaştırılmasını da konu edinebilmektedir. Buna göre toplumun genel düzeyine göre belli bir sınırın altında gelir ve harcamaya sahip olan birey veya hanehalkı göreli anlamda yoksul olarak tanımlanır. Refah ölçüsü olarak amaca göre tüketim veya gelir düzeyi seçilebilmektedir (Ensari, 2010). Bu bağlamda, göreli yoksulluğun iki alt türüne "Harcama Esaslı Göreli Yoksulluk" ve "Gelir Esaslı Göreli Yoksulluk" denilmektedir. Örneğin, Gelir Esaslı Göreli Yoksulluk hesaplanmak istendiğinde, önce gruba ilişkin ortalama gelir düzeyi bulunmaktadır. Ortalama gelir düzeyinin belli bir oranı ise yoksulluk çizgisi olarak kabul edilmektedir. Bu oran, gelişmekte olan ülkelerde genellikle % 50 olarak kabul edilmektedir (TÜSİAD, 2000).

Göreli ve mutlak yoksulluk tanımları arasındaki en önemli fark, mutlak yoksulluk sınırının sabit olmasıdır. Göreli yoksulluk sınırları ise ülke içindeki ortalama gelir veya harcama seviyelerine göre değişmektedir (Coşkun ve Tireli, 2008).

### **2.1.3. Öznel Yoksulluk**

Asgari temel gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığı sorusunun cevaplandırılmasında yoksulların kendi algılarının esas alınmasını ifade eden yaklaşımlar "Öznel Yoksulluk

Yaklaşımları” olarak ifade edilmektedir (Coşkun, Tireli, 2008; TÜSİAD, 2000). Bu yöntemle yoksulluk sınırı belirlemeye Leyden yaklaşımı da denmektedir (Akyüz, 2002).

#### **2.1.4. Diğer Tanımlamalar**

**Ekstrem Yoksulluk:** Bütün gelirin besin için harcadığı ve buna rağmen yeterli besin sağlanamadığı durum “ekstrem yoksulluk” olarak tanımlanmaktadır (Hatun, 2002).

**Gelir Yoksulluğu:** Dünya Bankası kişi başına günlük 1 dolar kazancı “uluslararası yoksulluk sınırı” olarak kabul etmektedir. Bu sınıra göre belirlenen yoksulluk “gelir yoksulluğu” olarak da ifade edilir (Hatun, 2002).

**Temel Gereksinim Yoksulluğu:** Su, beslenme için gerekli minimum kalori ve çocukların okula başlayamaması gibi temel gereksinimlerin karşılanamaması durumuna temel gereksinim yoksulluğu denmektedir (Hatun, 2002).

**Kalıtımsal Yoksulluk:** Yoksul ebeveynlerin kendi durumlarını çocuklarına devrederek bu şekilde yoksulluk çemberinin devam etmesidir (ICN, 2004).

**Ani Yoksulluk:** Yoksulluğun ani olarak, doğal felaketler, savaşlar gibi sebeplerle gelişmesidir (ICN, 2004).

Temel sağlık hizmetlerinde görev alan halk sağlığı hemşiresinin bakım alanı hasta birey değil toplumdur. Topluma hizmet vermenin ön koşulunda toplumu tanımaktır ve halk sağlığı hemşiresinden beklenen toplumu tanınması, onunla özdeşleşmesi ve hizmet verebilmesidir. Toplum tanılamada kullanılan ölçütlerden birisi de o bölgenin ekonomik yapısıdır. Halk sağlığı hemşiresi bölgenin ekonomik olanaklarını, kişi başına düşen gelir miktarını bilirse toplumun sağlık hizmetlerine katılımını sağlayabilir ve vereceği hizmetin etkinliğini arttırabilir. Bu nedenle, hemşireler bireylerin sağlık düzeyleri ve sağlık hizmeti kullanımını üzerinde etkili olan yoksulluk kavramını ve toplumdaki yoksulluk oranlarını bilerek ve bu verileri değerlendirerek vereceği bakımı planlamalıdır (Erefe, Bayık, Bahar, Özsoy, 2003).

## **2.2. Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluk**

Dünya yoksulluk oranları Tablo 1’de yer almaktadır. Yoksulluk oranı en yüksek olan bölge 1990 yılında Sahra altı Afrika’dır ve burada 2001 yılında iki kişiden birinin yoksul olduğu

belirlenmektedir. Bu bölgeyi Güney Asya takip etmektedir. Güney Asya’da toplam nüfus içerisindeki yoksul nüfusun oranı 2000 yılında %31.9’dur (World Bank, 2005).

**Tablo 1. Dünya’nın Değişik Bölgelerinde Yoksul Nüfus ve Yoksulluk Oranları**

Bölgeler	Yoksulluk Oranı (Yüzde)		
	1990	2000	2015
<b>Doğu Asya ve Pasifik</b>	29.4	14.5	2.3
<b>Çin Hariç</b>	24.1	10.6	0.5
<b>Avrupa/Orta Asya</b>	1.4	4.2	1.3
<b>Güney Amerika/Karayipler</b>	11.0	10.8	7.6
<b>Orta Doğu/Kuzey Afrika</b>	2.1	2.8	1.2
<b>Güney Asya</b>	41.5	31.9	16.4
<b>Sahra Altı Afrika</b>	47.4	49.0	42.3
<b>Toplam</b>	28.3	21.6	12.5
<b>Çin Hariç</b>	27.2	23.3	15.4

TÜİK Hanehalkı Bütçe Anketlerini kullanarak 2006 yılından itibaren her yıl gelir dağılımı, gelire bağlı yoksulluk, sosyal dışlanma ve diğer yaşam koşulları konularında bilgi derlemeye yönelik “Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması” yapmaktadır (Ensari, 2010). Türkiye’de 2009 yılında fertlerin yaklaşık %0.48’i yani 339 bin kişi sadece gıda harcamalarını içeren açlık sınırının, %18.08’i yani 12 milyon 751 bin kişi ise gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Bu oranlar 2008 yılında sırasıyla %0.54 ve %17.11’dir. TÜİK’in yoksulluk araştırmasına göre kırdaki yaşayan, kadın, ataerkil/geniş aile ve okur-yazar olmayanlar en yoksul kesimleri oluşturmaktadır (TÜİK, 2011).

### **2.3. Yoksulluk, Kadın ve Sağlık**

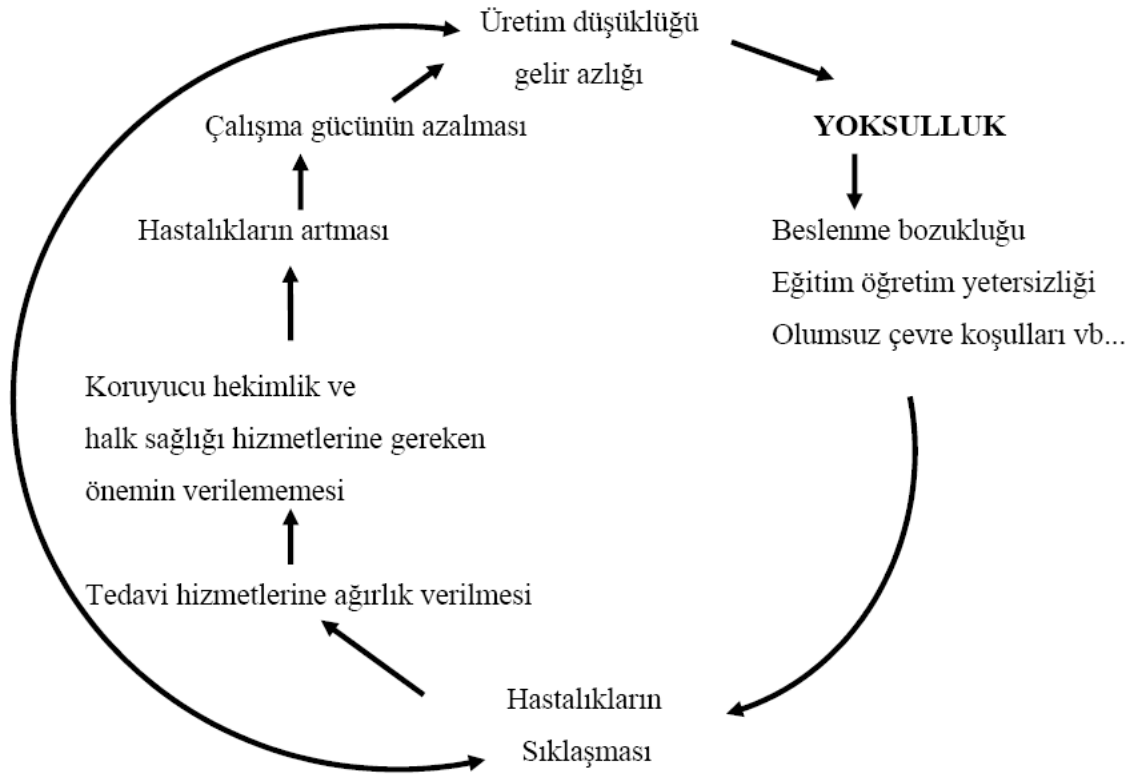
Yoksulluk olgusu ilk kez 1995’te 4. Dünya Kadın Konferansı Eylem Planı’nda “Yoksulluğun Kadınlaşması” ifadesi ile gündeme gelmeye başlamıştır (Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008).

Kadın yoksulluğu çok boyutlu bir sorundur. Kadınlar yoksulluğu farklı biçimlerde, farklı zamanlarda ve farklı mekânlarda yaşarlar. Genel olarak toplumda, kadın ile erkek ve kadınlar arasında var olan yapısal eşitsizlikler kadının yoksulluğu deneyimleme biçimlerini ve görelî yoksulluğu farklılaştırmaktadır. Aile yapısının değişmesi, boşanmaların artması, evlilik dışı çocuk sahibi olma oranının artması ve çocukların kadınlar tarafından bakılması gibi nedenler yoksulluğun kadınlaşmasını açıklamak için kullanılmaktadır (Şener, 2009).

Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde, yoksulluğun cinsiyeti incelendiğinde; pek çok alanda olduğu gibi burada da tablo kadınlar için daha olumsuzdur. Erkeklerin yoksulluk riski oranı %14 iken bu oran kadınlar arasında %17 düzeyindedir. Özellikle Avusturya ve Finlandiya gibi yoksulluk oranının AB ortalamasının altında olduğu ülkelerde erkek yoksulluk oranı ile kadın yoksulluk oranı arasındaki açıklığın daha büyük olması ise dikkat çekicidir (Adaman, 2006; Çakır, 2008; Erdoğan 2004).

Türkiye’de TÜİK yoksulluk çalışması sonuçlarına göre 2008 yılında erkeklerin %16.70’i kadınların ise %17.52’si yoksulluk sınırının altında iken 2009 yılında erkeklerin %17.10’u kadınların %19.03’ü yoksulluk sınırının altındadır. İki yılın verileri karşılaştırıldığında kadınların erkeklere göre daha fazla yoksullaştığı görülmektedir. Ayrıca kırdaki kadınların %40.15’i yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (TÜİK, 2008; 2009).

Yoksulluğun sosyal dışlanma, işsizlik, çalışma koşulları, bireyin sağlık ve hastalık örüntüsü üzerine çok güçlü bir etkisi vardır. Bütün bu faktörler boyutları ölçüsünde sağlığın fiziksel, zihinsel ve sosyal bileşenlerini olumsuz etkilemektedir. Sosyoekonomik durum ile sağlık arasında birbirini sürekli etkileyen bir ilişki bulunmaktadır. Ekonomik durum ile sağlık-hastalık arasındaki bu kısır döngüyü Chadwick aşağıdaki şekilde özetlemiştir (Dirican, 1993).



**Şekil 1. Ekonomik Durum ve Sağlık Hastalık Arasındaki Kısır Döngü**

Chadwick şekilde de görüldüğü gibi yoksul olduğu için olumsuz çevre koşullarında yaşayan ve iyi beslenemeyen kişilerin sık sık hastalanacağını ve daha da yoksullaşarak sağlık harcamalarının çoğunu koruyucu sağlık hizmetleri yerine hastalığın tedavisine ayırmak zorunda kalacağını belirtmiştir (Dirican, 1993).

Kadınlar arasında yoksulluk erkeklere oranla daha fazla olduğundan, yoksulluğun sağlık üzerindeki etkilerini kadınlar daha fazla yaşamaktadır. Yapılan çalışmalar yoksul kadınların sağlık algılarının kendi yaş grubunda ve sosyo-ekonomik seviyesi yüksek olan kadınlara oranla daha düşük olduğunu göstermektedir. Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine, mevcut psiko-sosyal engeller nedeni ile kadınlar gereğinden daha az ulaşabilmektedir (Akın, 2003). Yoksul kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımı; sağlık güvencesinin olmaması, çocuk bakımı, ulaşım için yeterli finansmana sahip olamama gibi nedenlere bağlı olarak ekonomik seviyesi yüksek olan kadınlara oranla daha düşüktür (Aydoğdu ve Bahar, 2007). Türkiye’de TNSA 2008 verilerine göre kadınlar beklenen şekilde kırsal alanda ve ülkenin doğusunda

Türkiye ortalamasına göre daha kötü sağlık göstergelerine sahiptir ve doğuştan beklenen yaşam süresi dışında bütün göstergelerde erkeklerin gerisindedirler. Türkiye’de doğurganlık yoksulluğun arttığı kırsal alanlarda binde 2.68 iken, kentte 2.0’dır. Gebelikte hiç bakım almamış kadınlar kırdaki %15.7 iken kentte %5’tir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [HÜNEE], 2009). Kadınların, çocukluk dönemi hastalıkları, kötü beslenme, anemi, ishale bağlı hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, sıtma ve diğer tropikal hastalıkların ve tüberkülozun önlenmesi ve tedavisi için sunulan sağlık hizmetlerine ve temel sağlık kaynaklarına ulaşılabilmesinde eşitsizlikler vardır (Ecevit, 2003).

Sağlığı geliştirme, hastalıklarda korunma ve erken tanının yoksullukla ilişkili olduğu bilinmektedir. Erken tanı çalışmalarının mortalite üzerine önemli etkisi olduğu bilinen meme ve serviks kanserine yönelik kadınların erken tanı davranışları sosyo-ekonomik gruplar arasında farklılık göstermektedir. Düşük sosyo-ekonomik statü yüksek serviks kanseri mortalite oranları ile ilişkili olmasına karşın, meme kanseri insidansı yüksek sosyo-ekonomik statüde olan kadınlarda daha yüksektir ancak meme kanserine bağlı mortalite oranları yoksul kadınlarda daha yüksektir (Cohen, 1994). Bu durum hemşireler tarafından, erken tanı için sağlık hizmetlerine sınırlı ulaşım, tarama programlarının ve bakımın kalitesi ile ilişkilendirilmektedir. Hemşirelerin yaptığı çalışmalar, yüksek gelir düzeyinde olan kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları olan KKMM yapma, KMM yaptırma, mamografi çekirme, ve pap smear testi yaptırma oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir (Deveci, Açık ve Rahman, 2010; Fontana ve Bishhoff, 2008; Jirojwong ve MacLennan, 2003; McFarland 1999; Peragollo, Alba ve Tow, 1997).

## **2.4. Meme Kanseri**

### **2.4.1. Epidemiyolojisi**

Hemşireler çalıştıkları toplumda hizmet verebilmek için öncelikle o toplumu tanımalıdır. Bu doğrultuda bölgenin önceliklerini belirleyerek, kim, nerede, ne zaman soruları ile yüksek risk altında olan bireyleri saptamalı, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için hastalıkların yer, zaman ve kişi özelliklerine göre dağılımını bilmek durumundadır. Bu nedenle hemşireler tüm hastalıklarda olduğu gibi meme kanserinde de epidemiyoloji bilgisini kullanarak girişimlerini planlamalıdır.

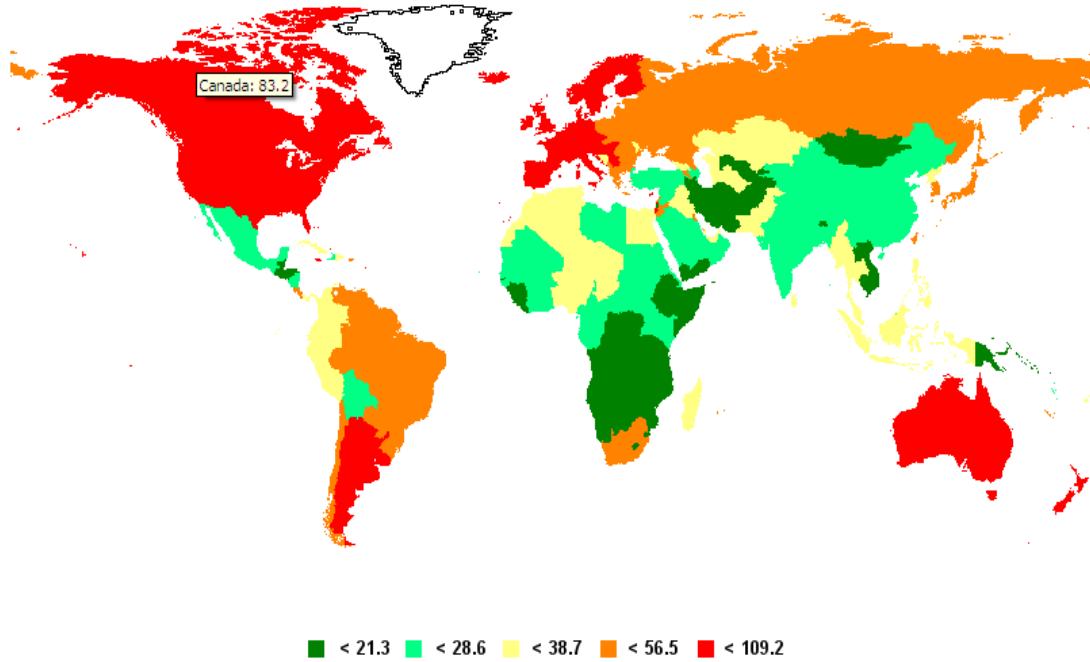
Meme kanseri, 2008 yılında 1.4 milyon yeni vaka ve tüm kanser türleri içerisinde %10.9'luk yeni vaka oranı ile dünyada en sık görülen kanserler arasında ikinci sırada yer almaktadır. En sık görülen ikinci kanser olmasının yanı sıra kanserden ölümlerde beşinci sıradadır (Tablo 2) (IARC, 2010).

**Tablo 2. Dünyada Kadın ve Erkekler Arasında En Sık Görülen 10 Kanser Türü, 2008. (IARC, 2010)**

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

Meme kanseri kadınlarda görülen kanser türleri içerisinde ilk sırada yer almaktadır. Meme kanseri insidansı Japonya dışında gelişmiş ülkelerde yüksek olup, Batı Avrupa'da 100.000'de 90 iken Doğu Afrika'da 19.3'tür. Gelişmekte olan ülkelerde insidansı daha düşük olup; Doğu Asya'da yaşa standartize insidansı 100.000'de 6.3, Orta Asya'da 12.0, Kuzey Doğu Asya'da 13.4'tür (IARC, 2010).





**Şekil 2: Dünyada Meme Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı, 2008 (IARC, 2010).**

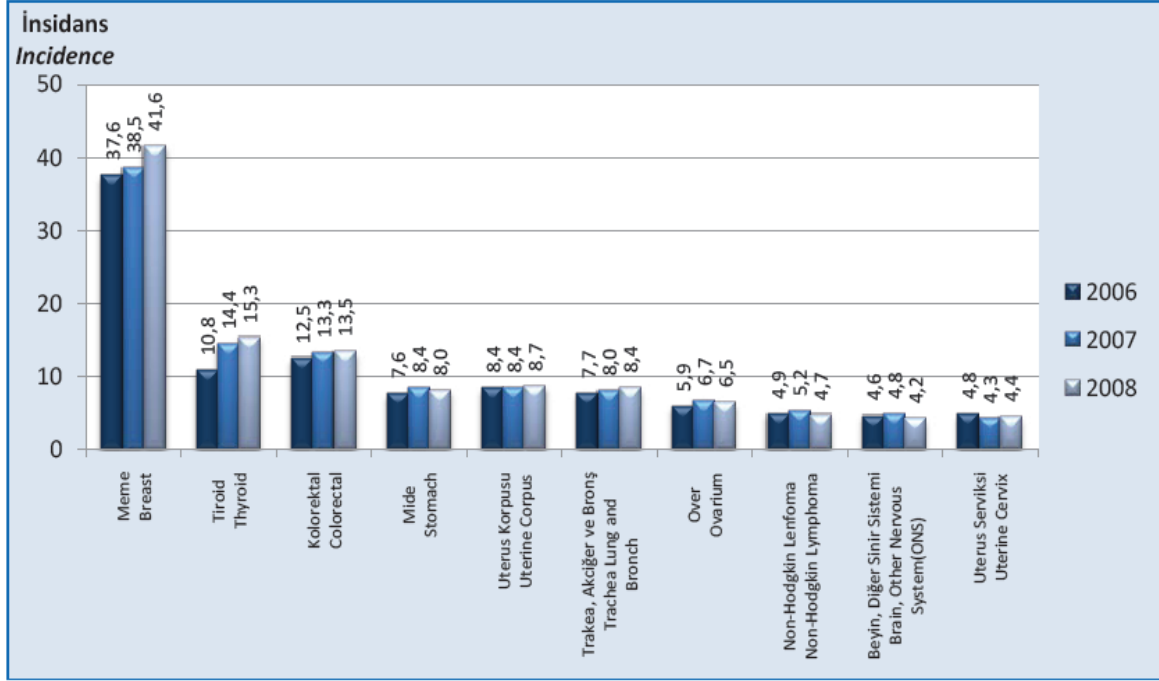
Dünyada meme kanseri sıklığı ülkeden ülkeye, ülkelerin bölgelerine ve etnik gruplara göre farklılık göstermektedir. Meme kanseri görülme sıklığındaki en büyük artış Kanada, Amerika, İspanya ve İsveç’de ortaya çıkmıştır (Topuz ve ark. 2003). Meme kanseri sıklığı Hawaii, Kaliforniya ve Kanada’da yüz binde 80-90 ile ilk sıralarda olup, Japonya’da yüz binde 12–15 arasındadır. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığı kuzey ülkelerinden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır (Topuz ve ark. 2003).

Meme kanseri mortalite oranı, gelişmiş olan ülkelerde %30 (190.000 ölüm / 636.000 olgu) iken az gelişmiş ülkelerde geç tanı ve yetersiz tedavi nedeniyle %43’tür (221.000 ölüm / 514.000 olgu). Diğer taraftan, meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre beş yıllık sağ kalım oranları, gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelere %53 olarak bildirilmektedir (Özmen, 2006).

Düşük-orta gelirli ülkelere meme kanseri sıklığı, gelişmiş ülkelere göre daha hızlı bir şekilde artmaktadır. Bunun en önemli nedenleri; yaşam tarzının batıya benzemesi, doğurganlık ve laktasyon özelliklerinin değişmesi, diyet, ekzojen hormonlara daha fazla maruz kalma ve

endüstrilemiş ülkelerdeki kadınlardakine benzer diğer faktörler olarak gösterilmektedir (Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu, 2009).

Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup 2006 yılında insidansı 100.000’de 37.6 iken 2008 yılında bu oran 41.6’ya yükselmiştir (Şekil 3).



(Sağlık Bakanlığı, 2011)

**Şekil 3. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, 2006-2008**

Ülkemizde henüz düzenli bir meme kanseri kayıt programı olmadığından, kesin sıklığının belirlenmesi güçtür. Ancak mevcut verilere göre, doğu bölgelerimizde 20/100.000, batı bölgelerimizde ise 40-50/100.000 oranında bir sıklığın olduğu tahmin edilmektedir. Bu sıklık farkı, batı Türkiye’deki yaşamın Avrupa’dakine benzerliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Özmen, 2006).

#### **2.4.2. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

Bireyin meme kanseri risk faktörleri açısından değerlendirilerek, meme kanserine neden olan etmenler konusunda bilgilendirilmesi hemşirelerin temel sorumlulukları arasındadır (Kaymakçı, 2001). Meme kanserinin halen yeni bilgilerin ortaya çıktığı ve gelişmelerin yaşandığı oldukça

geniş bir alan olduğu ifade edilmektedir ve bu nedenle hemşireler yeni bilgileri takip etmek zorundadırlar (Campbell, 2002).

Meme kanserinin hangi nedene bağlı olarak ortaya çıktığı tam olarak bilinmemekte, tüm dünyada yapılan araştırmalar sonucunda bazı özelliklere sahip olan kadınlarda meme kanseri görülme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Birçok risk faktörü ile ilişkili olan meme kanserinin, risk faktörlerinin azalmasına ve artmasına göre, görülme sıklığı da farklılık göstermektedir (American Cancer Society, 2011; Campbell, 2002; Somunoğlu, 2007). Kadınlarda meme kanseri görülme riskini yükselten bu faktörler Tablo 3'te yer almaktadır (American Cancer Society, 2011)

**Tablo 3. Meme Kanseri Risk Faktörleri**

FAKTÖR	RİSK DERECEŚİ	AÇIKLAMA
<b>Değiştirilemeyen Risk Faktörleri</b>		
Cinsiyet	Arttırır	Kadınların erkeklere oranla daha fazla meme dokusuna sahip olması ve meme hücreleri üzerinde östrojen/progesteronun etkisi.
Yaş	Arttırır	Yaş ilerledikçe meme kanseri riski artar. Sekiz invaziv meme kanserinden birisi 45 yaşın altında iken, üç invaziv meme kanserinin ikisi 55 yaş ve üzerinde görülmektedir.
Genetik BRCA1 ve BRCA2 geninde mutasyon olması, ATM, p53, CHEK2, PTEN, CDH1, STK11 gen mutasyonları	Arttırır	Meme kanserinin sadece %10-15'i herediter kökenli iken, bunların yarısından fazlası (%50-60) BRCA-1 genindeki mutasyondan, %10-%30'u ise BRCA-2 genindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır.
Ailede Meme Kanseri	Arttırır	Birinci dereceden akrabalarda meme

Öyküsü		kanseri öyküsü riski iki katına çıkarır. Birinci derece akrabalarının sayısı iki ise risk üç katına çıkmaktadır.
Meme Kanseri Hikâyesi	Arttırır	Daha önce meme kanseri hikayesi olan bir kadının diğer memesinde veya aynı memede meme kanseri görülme riski 3-4 kat fazladır.
İrk ve Etnik Köken	Arttırır	Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksek olmasına rağmen Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riski daha yüksektir. Buna karşın 45 yaş ve altında meme kanseri görülme oranı Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda daha yüksektir.
Yoğun Meme Dokusu	Arttırır	Meme dokusu yoğun olan kadınlarda glandüler doku fazla, yağ dokusu az olmakta ve risk artmaktadır.
<b>Bening Meme Hastalığı</b>		
Non-Proliferatif lezyonlar	Etkisi yok/Çok Az	Meme kanseri riskini arttırmaz. Meme kanseri ile ilişkisi çok düşüktür.
Atipik olmayan proliferatif lezyonlar	Arttırır	Meme kanseri riskini 1.5-2 kat arttırır.
Atipik proliferatif lezyonlar	Arttırır	Meme kanseri riskini 4-5 kat arttırır.
Menstrual Öykü Erken Menarş (12 yaş)	Arttırır	Daha uzun süre östrojen ve progesterona maruz kalma ile

Geç Menapoz (55 yaş üzeri)		açıklanmaktadır.
Radyasyon Tedavisi Öyküsü (Göğüs Bölgesi)	Arttırır	Çocukluk veya adölesan döneminde alınan radyasyon tedavisi riski arttırmaktadır. 40 yaş sonrası radyasyon tedavisi riski arttırmaz.
Dietstilbestrole (DES) Maruz Kalma	Arttırır	1940-1960 yılları arasında düşük riskini azaltmak için gebelerde DES kullanılmıştır. DES hem kullanan kadınlarda hem de onların çocuklarında az da olsa riski arttırmaktadır.
<b>Yaşam Tarzı İle İlişkili Risk Faktörleri</b>		
Doğum Öyküsü Hiç doğum yapmayan 30 yaşından sonra doğum yapan kadınlar	Arttırır	Gebeliğin fazla olması ve genç yaşta gebe kalma riski azaltır. Gebelik yaşam boyunca menstruasyon sayısını azaltarak riski düşürür.
Oral Kontraseptif Kullanımı	Arttırır	Oral kontraseptif kullanan kadınlarda hiç kullanmayanlara oranla risk çok az olsa da fazladır. Oral kontraseptif kullanımını 10 yıl öncesinde bırakan kadınlarda risk kalmamıştır.
Menapoz Sonrası HRT Kullanımı	Tartışmalı	Östrojen ve progesteronun kombine kullanımı meme kanseri riskini arttırırken, yalnız östrojen kullanımı riski arttırmaz. Bazı çalışmalarda 10 yıl ve daha üzeri östrojen kullanımının meme kanseri riskini arttırdığı gösterilmektedir.
Emzirme	Azaltır	1.5-2 yıl süreli emzirme az da olsa

		meme kanseri riskini azaltır.
Alkol Kullanımı	Arttırır	Günde 1 kadeh alkol riski hafif arttırırken, 2-5 kadeh alkol alımı riski 1.5 kat arttırmaktadır. Alkol alımının kanserojenik olabilecek sitotoksik ürünlerin ortaya çıkmasına neden olduğuna ve meme dokusundaki hücre permabilitesinde değişikliğe yol açtığına inanılmaktadır.
Obezite	Tartışmalı	Bazı çalışmalar şişmanlığın özellikle 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda meme kanserine yakalanma riskini arttırdığını göstermektedir.
Fiziksel Aktivite	Azaltır	Haftada 1.5-2.5 saat egzersiz riski %18 azaltmaktadır.

Tablo 3'te belirtilen risk faktörleri dışında etkisi henüz kanıtlanmamış belirsiz olan faktörler bulunmaktadır. Bunlar diyet ve vitamin alımı, antiperspirant kullanımı, kürtaj, meme implantları, çevresel kimyasallar, sigara kullanımı ve gece çalışmasıdır (American Cancer Society, 2011).

Kadınlarda risk faktörlerinin meme kanseri üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte (Althuis, Brogan, Coates, 2003; Meeske, Pres, Patel, Franceschi, 2004; Oran, Celik, Erman, 2004; Rosenberg, Magnusson, Lindstrom, Wedren ve ark., 2006; West, Grene, Kratt, 2003) bu konuda hemşirelerin yaptığı bir çalışmaya ulaşılmıştır. Beji ve Reis (2007), yaptıkları vaka kontrol çalışmasında 405 meme kanserli hasta ile meme kanseri olmayan 1050 kadını risk faktörleri açısından karşılaştırmıştır. Çalışma sonucunda eğitim, beden kitle indeksi, hipertansiyon veya diyabet hastalığının bulunması, ilk doğum yaşı, emzirme, menarş yaşı, hormon replasman tedavisi, oral kontraseptif ve alkol kullanımı ile birinci derece akrabalarında endometrial kanser bulunmasının meme kanseri riskinin arttırdığını belirtmişlerdir.

### **2.4.3. Meme Kanserinde Erken Tanı**

Meme kanserinin erken tanısında kullanılan tarama yöntemlerinin önem kazanmasının en önemli nedeni; meme kanserinin tarama yöntemlerine ve tedaviden sonra yapılan kontrol programlarına bağlı olarak mortalitesi ve morbiditesinin azaltılma olasılığı bulunan birkaç kanser türünden biri olmasıdır (Siahpush ve Singh, 2002). Buna ek olarak, meme kanserinin erken evrede teşhis edilmesi daha başarılı tedavi şansının elde edilmesini de beraberinde getirmektedir (Baum, 2002; Jatoi,1999; Liu ve ark., 2001).

Meme kanserinin erken tanısında KKMM, KMM ve mamografi önerilmektedir. Bu önerilerin uygulanmasında sağlık ekibinin eğitimi, motivasyonu ve kadınların bilgi, tutum ve davranışları çok önemlidir (Koca, 2010). Toplum ile iç içe olan hemşireler kanserin erken tanı ve tedavisi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı, meme kanseri gelişiminde önemli olan riskleri, yüksek risk grubundaki kişileri ve meme kanseri tanısına götüren bulguları tanımlamalıdır. Hemşireler bireyleri risk durumlarından haberdar etmeli, kontrol altına alınabilen risk faktörlerini belirlemelidirler. Tüm bunların başarılı bir şekilde yapılabilmesi için hemşirelerin, çalıştığı toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri ile bireylerin değer yargılarını, yaşam tarzlarını ve sağlık-hastalık algılarını ayrıca sağlık inançlarını bilmelidirler. Bireylerin sağlık inançlarının bilinmesi olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında önemli bir etkidir. Başarıyı sağlamak için, kadınlara erken tanı ve tedavinin önemi kavratılmalı, muayene ile ilgili becerileri geliştirilmeli, düzenli ve periyodik aralıklarla erken tanı davranışlarını yapma sorumluluğu kazandırılmalıdır. (Akyolcu ve Kanan 1987; Öztürk ve ark., 2000).

#### **2.4.3.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi**

Kendi kendine meme muayenesi 1900'lü yılların başında Amerikalı bir cerrah olan William Halsted tarafından "lokal bir hastalık olarak başlayan meme kanseri, tanısı erken dönemde konulabilirse daha kolay tedavi edilebilir" teorisinden ortaya çıkmıştır. Bu teorisinin ilk savunucularından olan Hugh Auchincloss, 1929 yılında "biraz duyguyla bir kitleyi görünür yapmayı beklemek" isimli makaleyi yazmıştır. KKMM'nin en güçlü savunucuları Aryan kadınlarının sağlıklarını geliştirmek için KKMM'yi bir yol olarak gören Nazi sağlık memurları olmuştur. II. Dünya Savaşı'ndan sonra KKMM Amerika'da popüler hale gelmiştir. KKMM'ye

ilişkin programlar ilk olarak 1950'li yıllarda Avrupa, Avustralya ve Kuzey Amerika'da başlamış ve yakın zamana kadar sürdürülmüştür. Amerikan Kanser Birliği ile Ulusal Kanser Enstitüsü 1950'li yıllarda 13 milyondan fazla kadına izletilen "Kendi kendine meme muayenesi" adlı bir film yayınlamıştır. Daha sonra KKMM'nin önemini anlatan, KKMM yapan kadınların yaşamlarının kurtulduğunu vurgulayan birçok eğitim materyali geliştirilmiş ve bu konuda basında ortak mesajlar verilmiştir. Kanada Kanser Derneği, 1951 yılında Amerikan Kanser Derneği'nin hazırladığı KKMM'ye ilişkin bir broşür dağıtmıştır. KKMM'yi geliştirmeye yönelik olarak yapılan bu kampanyalar kadınların kendi sağlık sorumluluklarını almalarında rol oynamıştır (Lerner, 2002). KKMM, Amerika, Kanada ve diğer ülkelerde 1970'li yıllarda kadın sağlığı hareketi ile ivme kazanmıştır. Amerikan ve Kanada Kanser Birliği'nin kanserin erken tanı yöntemlerini resmi olarak açıklamasına kadar, KKMM diğer tıbbi uygulamalara benzer olarak kadınların meme sağlığı için bir mekanizma olmuş ve kadınların sağlık sistemine bağımlılığını azaltmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak KKMM'nin bilinen kesin etkisine rağmen, meme kanseri mortalitesi üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik olarak çalışmalar yapılmıştır ve halen yapılmaya devam etmektedir (Lerner, 2002).

Yapılan çalışmalardan, Thomas ve arkadaşları (2002), Shanghai'de 1989-1991 yılları arasında 30 yaş ve üzeri 267.040 kadını 10 yıl izlenerek KKMM ve meme kanseri mortalitesi üzerine etkisini incelemiştir. Deneysel gruba KKMM eğitimi verilmiş, kontrol grubu ise eğitim almamıştır. İzlemler sonucunda KKMM eğitimi alan kadınlar ile eğitim almayan kadınlardaki sonuçların benzer olduğunu, KKMM'nin meme kanseri mortalitesini azaltmada etkili olmadığını, düzenli KKMM yapan deneysel grupta, selim kitle biyopsisinin daha fazla yapıldığını göstermiştir.

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

Parvari (2011), literatürde KKMM ve meme farkındalığını açıklamaya yönelik olarak yaptığı sistematik derlemede, KKMM'nin meme kanseri mortalitesini azaltmadığını ancak meme farkındalığının kadınlarda morbiditeyi azalttığını saptamıştır. Derlemede KKMM üzerine



odaklanmak yerine kadınlar arasında meme farkındalığının oluşturulmasına odaklanılması önerilmektedir.

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

Yapılan çalışmalara zıt olarak KKMM meme kanseri erken tanısında basit, ucuz ve herhangi bir araç kullanımını gerektirmeyen uygulama olduğu için hissedilebilen meme tümörlerinin tespit edilmesinde önerilmektedir (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2003). Ayrıca Amerikan Kanser Birliği 20 yaşın üzerindeki kadınların her ay düzenli KKMM yapmasını önermektedir (American Cancer Society, 2011).

Bu sonuçlar doğrultusunda, KKMM'nin tarama yöntemi olarak farkındalıkların arttırılmasında önemli olduğu, tek başına meme kanseri mortalitesini azaltmada sınırlı bir etkiye sahip olduğu ve bu nedenle KKMM ile birlikte KMM ve mamografi çekirtmenin de önemli olduğu bildirilmiştir. Günümüzde mamografi, meme kanserinin erken evrede saptanmasında etkili bir yöntem olarak kabul edilse de özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde toplum temelli mamografi görüntüleme programlarının gerçekleştirilmesi mümkün olmadığından, KKMM'nin kadınlarda meme sağlığı bilincinin oluşturulmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Anderson ve ark., 2006).

#### **2.4.3.2. Klinik Meme Muayenesi**

Meme kanseri taramasında klinik meme muayenesinin önemini araştıran çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, özellikle 40-49 yaş arasındaki kadınlarda KMM, meme kanserinin erken dönemde belirlenmesinde önemli rol oynar (McDonald ve ark. 2004). Klinik meme muayenesi 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 ve mamografi ile belirlenen meme kanserlerinin %60'ı KMM ile tespit edilebilmektedir (Weiss, 2003). Sankaranarayanan ve arkadaşları (2011), Hindistan'da yaptıkları çalışmada klinik meme muayenesinin etkinliğini değerlendirmiştir. Deney grubuna (55844) klinik meme muayenesi yapılmış olup, kontrol grubuna (59808) herhangi bir girişim de

bulunulmamıştır. İlk izlem sonuçları erken evre meme kanseri insidansının deney ve kontrol grubunda sırasıyla 18.8 ve 8.1 olduğu, geç evre meme kanseri insidansının ise 19.6 ve 21.7 olduğu belirtilmiştir.

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

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

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

#### **2.4.3.3. Mamografi**

Meme anormalliklerini saptamak için ilk radyografi 1920'lerin sonlarında, bugün bilinen mamografi ise 1960 yılında kullanılmaya başlanmıştır (Sten ve Tiggelen, 2007). Günümüzde mamografi meme kanseri mortalitesini azaltan en önemli tarama yöntemidir. Mamografinin meme kanserinin erken tanısında tarama yöntemi olarak kullanılması ile ilgili olarak yapılan ilk çalışma, 1963 yılında başlatılan New York Health Insurance Plan (HIP) çalışmasıdır. Bu çalışmada, çift yönlü mamografi ve klinik muayene kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Taramaya katılım oranı %67 olup, 18 yıllık takip yapılabilmektedir. Tüm yaş grupları dikkate alındığında, mortalitede %20'lik azalma görülmüştür. Nelsen ve arkadaşları (2009), 39-49 yaş grubu kadınlarda mamografinin meme kanserine bağlı mortalite oranını %15 oranında azalttığını

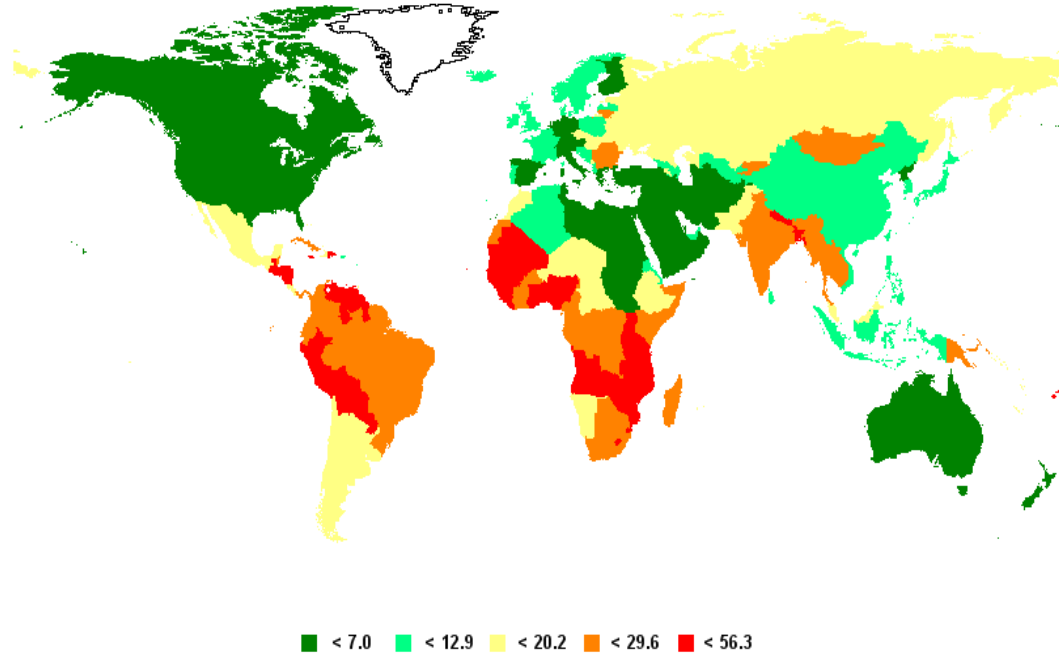
belirtmişlerdir. Bu konuda yapılan ve yayımlanmış olan tüm çalışmalar dikkate alındığında, mortalitede %35'e varan azalma görülmektedir.

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

## **2.5. Serviks Kanseri**

### **2.5.1. Epidemiyolojisi**

Erken tanı uygulamalarında toplum taraması yapılacak hastalıklara, toplumda sık karşılaşılması, tedavi seçeneklerinin olması, tarama maliyetinin tedaviden daha düşük olması gibi özellikleri dikkate alınarak karar verilmektedir. Bu nedenle erken tanı çalışmalarında etkin bir role sahip olan hemşireler günümüzde insidansı giderek artan serviks kanserinin epidemiyolojisini bilmek durumundadır. Serviks kanseri, 2008 yılında 529.000 yeni vaka ile tüm kanserler içerisinde yedinci, kadınlarda görülen kanserler arasında üçüncü sırada yer almaktadır (Tablo 4) ve bu durum serviks kanseri erken tanı çalışmalarının önemini göstermektedir. Serviks kanserinden ölümler gelişmiş ülkelerde 275.000 gelişmekte olan ülkelerde ise 159.800'dür. Serviks kanseri açısından en riskli bölgeler sırasıyla Doğu Afrika, Batı ve Güney Afrika'dır (IARC, 2010).



Şekil 4. Dünyada Serviks Kanseri Yaşa Standartize İnsidans Hızı, 2008 (IARC, 2010).

Tablo 4. Dünyada Kadınlar Arasında En Sık Görülen 10 Kanser Türü, 2008 (IARC, 2010).

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

Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise Türkiye’de 1996’da 623 tane serviks kanseri saptanmış olup tüm kadın kanserleri arasında yedinci sırada iken 2002 yılında bu sayı 708’e çıkmış ancak tüm kadın kanserleri arasında 10. sıraya gerilemiştir. serviks kanseri sayısı 2003 yılı verilerinde 763’e çıkarken tüm kadın kanserleri arasında da dokuzuncu sıraya yükselmiştir. Serviks kanseri

insidansı 2006 yılında 100.000’de 4.8 iken 2008 yılında bu oran 4.4’e gerilemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

### 2.5.2. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Serviks kanseri ile Human Papilloma Virüs (HPV) ilişkisi ilk olarak 1980’lerin başında Alman Virologist Herold Zun Hausen tarafından belirlenmiş ve elde edilen pozitif bulgularla beraber bu konuda önemli bir bilgi birikimine ulaşılmıştır. Günümüzde serviks kanseri gelişiminde en önemli etiyolojik faktörün HPV ve 100’den fazla suşlarının olduğu bilinmektedir. Bunlardan HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, HPV 45, HPV 51, HPV 52, HPV 53 suşlarının serviks kanseri ile ilişkisi olduğu kanıtlanmıştır (Açıkgöz, 2010).

Serviks kanseri gelişiminde, ilk cinsel ilişki yaşının küçük olması (<16 yaş), seksüel partner sayısının fazla olması, ırk, düşük sosyoekonomik düzey ve sigara içimi yıllardır bilinen risk faktörleridir. Amerikan Kanser Birliği’nin serviks kanseri için belirlediği risk faktörleri Tablo 5’te yer almaktadır (American Cancer Society, 2011).

**Tablo 5. Serviks Kanseri Risk Faktörleri**

<b>FAKTÖR</b>	<b>RİSK DERECEŚİ</b>	<b>AÇIKLAMA</b>
HPV	Arttırır	Yüksek riskli tipleri HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, ve HPV 45’tir. Tüm serviks kanserlerinin yaklaşık %70’ine HPV 16, HPV 18’in neden olduğu bilinmektedir.
Sigara	Arttırır	Sigara içmeyen kadınlara oranla riski 2 kat arttırır. Sigara servikal hücrelerde hasara neden olarak kanser gelişimine neden olduğu düşünülmektedir.
İmmünosüpresif İlaç Kullanımı	Arttırır	İmmün sistemi baskılayarak etki etmektedir.
Chlamydia Enfeksiyonu	Arttırır	Üreme sisteminde enfeksiyona neden

		olan bir bakteridir. Çalışmalar, geçmişte veya şimdiki öyküsünde Chlamydia enfeksiyonu olan kadınların servikal kanser riskinin yüksek olduğunu göstermiştir.
Diyet	Arttırır	Sebze ve meyve tüketiminin düşük olması riski arttırmaktadır. Ayrıca kilolu kadınlarda görülme oranı 3 ila 10 kat daha fazladır.
Oral Kontraseptif Kullanımı	Arttırır	Beş yıldan fazla oral kontraseptif kullanan kadınlarda risk iki katına çıkmaktadır. Tablet kullanımı bırakıldığında 10 yıl içerisinde risk azalmaktadır.
Gebelik Sayısı	Arttırır	Üç ve daha fazla gebelik riski arttırmaktadır. Gebelik süresince korunmasız cinsel ilişkide bulunmak ve gebelik hormonlarının etkisi ile riskin arttığı belirtilmektedir. Diğer bir açıklama gebelikte immün sistemin zayıflamasıdır.
Erken Yaşta Gebelik 17 yaş ve öncesi	Arttırır	Erken gebelik yaşı, ilk gebelik yaşı 25 ve üzeri olan kadınlara oranla riski 2 kat arttırmaktadır.
Yoksulluk	Arttırır	Sağlık hizmetlerine ulaşım, erken yaşta cinsel ilişki ve gebelik, yetersiz hijyen koşullarının yoksul kadınlar arasında riski arttırdığı bilinmektedir.
Dietstilbestrole (DES)	Arttırır	Gebelikte anneleri DES kullanan

kullanımı		kadınlarda servikte adenokarsinom gelişme riski daha fazla olarak belirtilmektedir.
Aile Öyküsü	Arttırır	Ailesinde serviks kanseri olan kadınlarda risk 2-3 kat artmaktadır

Serviks kanseri risk faktörlerine yönelik olarak epidemiyoloji, onkoloji, halk sağlığı gibi alanlarda çalışılmış olmasına karşın (Gren, Berrington De Gonzalez, Sweetland, Beral, ve ark., 2003; Juneja, Sehgal, Mitra, Pandey, 2003; Parikh, Brennan, Boffetta, 2003; Pettifor, Van der Straten, Dunbar, Shiboski, ve ark., 2004; Sierra-Torres, Tying, 2003) hemşirelerin yaptığı bir çalışmada cinsel ilişkiye başlama yaşının 16'dan küçük olması ve genital enfeksiyon öyküsünün olmasının kadınlarda serviks kanseri riskini arttırdığı, bununla birlikte eğitim düzeyinin yüksek olması, bekar olma ve alkol kullanımının olmamasının riski azalttığı saptanmıştır (Reis, Beji ve Kılıç, 2011).

### 2.5.3. Serviks Kanserinde Erken Tanı

Serviks kanseri erken dönemde tanılanması ve tedavi edilmesi mümkün bir hastalık olması nedeniyle erken tanı çalışmaları açısından önemlidir. Serviks kanserinin oluşum evresinin uzun olması ve çıplak gözle fark edilmeyen ve hiçbir belirtinin olmadığı dönemde, epitel içinde başlayan patolojik değişikliklerin pap-smear testi ile %90-95 oranında tespit edilmesi, serviks kanseri erken tanısının önemini arttırmaktadır. Amerikan Kanser Birliği'nin pap smear testi için önerileri;

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

Avrupa ülkelerinde pap smear testi uygulamaları arasında farklılıklar görülmektedir. Lüksemburg'da tarama 15 yaşında, Avusturya, Almanya, İngiltere, İzlanda, Portekiz, Slovenya gibi bazı ülkelerde 20 yaşında başlamakta olup, taramalara başlama ortalama yaşı sıklıkla 25-30 arasında değişmektedir. Testin uygulama sıklığı her yıl ve 5 yıl da bir kez olmak üzere değişim göstermektedir (IARC, 2005).

IARC önerisine göre tarama programı 25 yaş ve üstündeki kadınları kapsamalı, 65 yaş üzerindeki kadınlarda son 10 yıl içerisinde yapılan test sonuçlarından iki tanesinin negatif çıkması ile tarama sonlandırılmalı, 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda taramalar 5 yılda bir, 25-49 yaş grubunda ülke kaynakları yeterli ise üç yılda bir yapılmalıdır. Yıllık taramalar hiçbir yaş grubu için önerilmemektedir (IARC, 2005).

Ülkemizde serviks kanseri ulusal tarama standartlarına göre; taramalara 30 yaşında başlanmakta ve beş yılda bir tekrarlanmaktadır. Son iki test sonucu negatif çıkan 65 yaş ve üzerindeki kadınlarda serviks kanseri taraması sonlandırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Türkiye'de 29 Mayıs 2007 tarihinde Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'na yayınlanan 'Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları' ile serviks kanseri için sürdürülecek bir toplum tabanlı tarama programının çerçevesi tanımlanmıştır. Ulusal tarama standartlarına göre aile sağlığı merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ve kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezlerinde görevli pratisyen hekim, ebe ve hemşireler tarafından aldıkları eğitimlere uygun olarak pap smear testi yapılmaktadır. Ayrıca kadın hastalıkları ve doğum kliniğine herhangi bir nedenle başvuran tüm kadınlara rutin pap smear testi yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Toplumda hemşirelerin en öncelikli görevlerinden birisi birey, aile ve toplum için sağlığın korunması ve geliştirilmesidir. Sağlığın korunması ve sürekliliğinin sağlanmasında toplumun bilgilendirilmesi ve bu doğrultuda istedik davranışları geliştirerek, kazanılmış istenmedik davranışları değiştirmek önemlidir (Kaymakçı 2001). Davranış değişikliği sağlamanın yolu bireyin bilinçlenmesi ve eğitimden geçmektedir. Dolayısıyla hemşirenin en önemli rollerinden birisi olan sağlık eğitimi, kadınların olumlu sağlık davranışı geliştirmelerinde etkili bir yöntemdir (Akyüz ve ark., 2006; Koren ve Hertz, 2007; McCready ve ark., 2005; Wood ve ark.2002). Sağlık davranışı değişikliği kısa bir sürede gerçekleştirilemeyeceği için kadınların serviks kanseri erken tanı davranışlarının değiştirilmesinde eğitimlerin sürekli yapılması, eğitim yapılacak



grubun özelliklerine ve davranışı engelleyen nedenlere yönelik olarak girişimlerin planlanması gerekmektedir (Gökkoca, 2001).

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.

## **2.6. 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).

### **2.6.1.Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri**

#### **2.6.1.1.Bireysel Özellikler**

##### *Sosyo-Demografik Faktörler*

Yaş, cinsiyet, eğitim, gelir gibi özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algısal 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). Yapılan çalışmalar kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında bulunmalarının sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterdiğini belirtmektedir. Couture ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında eğitim düzeyi ve sosyal güvencenin olmaması, Buki ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında düşük eğitim düzeyi ile gelir

seviyesinin düşük olması, Zackrisson ve arkadaşlarının (2007) İsveç'te yaptığı çalışmada bekar olma ve yaşın artmasıyla, kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında bulunma oranlarının azaldığı saptanmıştır. Benzer şekilde eğitim düzeyinin düşük olması, genç yaşta olmak, yoksul olmak, sosyal güvencenin olmaması ve bekar olmak kadınlarda pap smear testi yaptıрма davranışlarını olumsuz etkilemektedir (Behbakht, Lynch, Teal, 2004; Coutlee ve ark., 2006; Couture, Nguyen, Alvarado ve ark., 2008; Oran, Can, Şenuzun ve ark., 2003; Rodriguez, Ward, Perez-Stable, 2005; Sadler, LaHousse, Riley, ve ark., 2010).

### **2.6.1.2. Algılar**

#### *Algılanan Duyarlılık*

Sağlıklı davranışlarını benimsemede 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). Yoksul kadınlarda meme kanseri ve serviks kanseri duyarlılık algısının artması ile erken tanı davranışı gösterme oranlarının arttığını gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte (Jirojwong ve MacLennan, 2003; Jirojwong ve ark., 2001), literatürde duyarlılık algısının erken tanı davranışları üzerinde etkisinin olmadığını gösteren çalışmalarda yer almaktadır (Champion ve Menon, 1997; Champion ve Scott, 1997; Hyman, Baker, Ephraim, Moadel, Philip, 1994; McFarland, 1999).

#### *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 önemsemez 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). Yoksul kadınlarda yapılan çalışmalardan Daevenport ve arkadaşları (2011) meme kanseri ciddiyet algısının mamografi taramalarına katılmada etkisinin olmadığını, Tuong (2007) ise çalışmasında kadınların ciddiyet algılarında artış ile birlikte erken tanı davranışı gösterme oranlarının arttığını belirtmiştir. Jirogwong ve arkadaşları (2001), pap smear testi yaptırma oranlarının serviks kanseri ciddiyet algısının artması ile artış gösterdiğini saptamıştır.

Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır. Meme ve serviks kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme-serviks kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadının, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, mamografi, klinik meme muayenesi ve pap smear testi yaptırma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (Glanz ve ark., 2008).

#### *Sağlık Motivasyonu*

Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışların oluşması için genel niyet ve isteklilik durumunu ifade etmektedir. Sağlık motivasyonu eylemin davranışa geçirilmesi ya da davranış göstermede istekli olma durumudur. Bu kavram modele 1988 yılında Becker tarafından eklenmiştir (Nahcivan ve Seçginli, 2003). Modele göre hastalıklar semptom olmadan da ortaya çıkabilmektedir ve kişinin sağlık motivasyonu algısı koruyucu sağlık davranışlarını sergilemesinde önemlidir. Buna göre; kadınların meme ve serviks kanserine yönelik olarak sağlık motivasyonlarının yüksek olması koruyucu sağlık davranışları gösterme olasılıklarını arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda da sağlık motivasyonu algısının meme kanseri erken tanı davranışlarında etkili olduğunu göstermekle birlikte (Avcı ve ark., 2007; Champion ve Scott 1997; Chuntharapat ve ark., 2005; Graham, 2002; Merey, 2002; Petro Nustas, 2001) bazı çalışmalarda sağlık motivasyonunun erken tanı davranışları üzerinde etkisinin olmadığı belirtilmiştir (Aydın, 2004; Ho, 2006; Seçginli, 2007).

#### *Algılanan Yarar*

Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yarardır. 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).

### *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 tanısına 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, ve ark., 2009).

### *Algılanan Öz-Etkililik*

Algılanan öz-etkililik, 1988 yılında Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından Sağlık İnanç Modeli'ne 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 algısını 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. 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, 2006).

Yapılan çalışmalarda yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında bulunmalarını etkileyen en önemli faktörlerden birisi olarak öz-etkililik algısı gösterilmektedir (Champion ve Menon, 1997; Champion ve ark., 2005; Daevenport ve ark., 2011; Jirogwong ve MacLennan, 2003; Lu, 2001; Palmer ve ark., 2005; Fernandez ve ark., 2009). Benzer şekilde yoksul kadınların pap smear testi yaptırma ile öz-etkililik algıları arasında anlamlı ilişki vardır (Jirogwong ve ark. 2001; Tung ve ark., 2008).

### **2.6.1.3. 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 (Bonfil ve ark., 2009; Champion ve ark., 2002; Kwok ve ark., 2005; Seow ve ark., 1998; Taplin ve ark., 2000).

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 Sağlığı Geliştirme Modeli'ni oluşturmuştur (Pender, 1987).

## **2.7.Sağlığı Geliştirme Modeli**

Pender, öz-etkililik algısı, kontrol algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenleri de içeren Sağlığı Geliştirme Modeli'ni (SGM) 1987 yılında geliştirmiştir ve 1996 yılında modeli revize etmiştir. Sağlığı 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, 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, SİM'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 sınırlı sayıda çalışılmış olmasının yanı sıra, Pender, bireylerin egzersize yönelik davranışlarını açıklamada SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %75'inin sonraki davranışları tanımlamada önceki davranışların etkisini desteklediğini belirtmektedir (Pender, 2006). Pender'a göre davranışları en iyi tahmin etmede geçmişteki aynı veya benzer davranışın sıklığı önemlidir. Önceki davranışlar sağlık davranışlarını hem doğrudan hem de dolaylı yoldan etkilemektedir. Şimdiki davranışlara önceki davranışların 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; 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 İnanç 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 KKMM'ye 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' ile "sağlık sorumluluğu" ve Sağlık İnanç Modeli kavramlarının birlikte kullanılmasının, yoksul kadınlarda davranış değişimi için uygulanacak girişimlerin planlanmasında etkili olacağı düşünülmektedir. 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,
- Hatırlatıcı kullanılması ile erken tanı davranışı göstermeleri sağlanabilir.



## ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI (KALİTATİF BÖLÜMÜ)

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

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

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Yoksul kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına yönelik uygulamalarında engelleyici faktörleri belirlemeye yönelik olan çalışmanın birinci aşaması; odak grup görüşmesi yöntemi ile kalitatif olarak gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmeleri meme ve serviks kanseri için farklı gruplarda ve birbirinden bağımsız olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri**

Bu çalışma İzmir İli, Balçova Bölgesi'nde Eğitim ve Çetin Emeç Mahalleleri'nde yapılmıştır. Balçova Bölgesi sekiz mahalleden oluşmakta olup, sosyo-ekonomik seviyesi düşük olan kadınlar çoğunlukla Eğitim ve Çetin Emeç Mahallelerinde yaşamaktadır. Bu mahallelerde; toplumsal dayanışmayı arttırmak, kadınların meslek sahibi olmalarına yardımcı olmak, eğitim sistemini güçlendirmek amacıyla Balçova Belediyesi tarafından kurulmuş olan semt evleri bulunmaktadır. Çalışma semt evlerinde yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Balçova Bölgesi, Eğitim ve Çetin Emeç Mahallelerinde yaşayan 20-60 yaş grubu 7645 kadın oluşturmuştur. Bu kadınlar arasında yoksulluk ölçümü sonuçlarına göre aylık geliri 4 kişilik bir aile için 600 TL ve altında olan kadınlar yoksul grup olarak çalışmaya alınmıştır. Çalışmada yoksulluk kriteri gıda-kalori yaklaşımına göre hesaplanan 'mutlak yoksulluk ölçümü' yapılarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü bir bireyin yaşayabilmesi için gerekli günlük kalori miktarını 2400 kalori olarak belirlemiştir. Bu kaloriyi karşılamaya yetecek geliri olmayanlar mutlak yoksulluk sınıfına girmektedir. Bu yöntem gereği önce birey indeksine göre ailede kaç yetişkin yaşadığı hesaplanmıştır. Daha sonra temel besinler tablosunda bulunan gıda maddelerinin satış fiyatları yerel marketlerden alınarak dört kişilik bir aile için gerekli para miktarı belirlenmiştir. Aile üyelerinin dörtten fazla ya da daha az olması durumunda basit orantı

yöntemi ile kişi sayısına göre yoksulluk belirlemesi yapılmıştır. Bu tutarı karşılamayan bireyler yoksul sınıfına alınmıştır. Yoksul olan kadınlar arasından örneklem seçiminde ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

***Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak***; ölçüt örnekleme için belirlenen kriterler yoksul ve 20-60 yaş grubunda olmaktır. Memesinde herhangi bir kitle bulunmayan veya meme kanseri tanısı almamış, her ay düzenli KKMM yapmayan, son 1 yıl içerisinde klinik meme muayenesi ve mamografi yaptırmamış olan toplam 40 kadın araştırmaya alınmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $41.25 \pm 8.66$ 'dır. Gelirleri ortalama  $454.25 \pm 273,72$  TL olup evde yaşayan birey sayısı ortalaması  $4.6 \pm 1.12$ 'dir. Kadınların %60'ı ilkokul mezunu, %82.5'i evlidir ve %87.5'inin sosyal güvencesi vardır.

***Serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak*** ölçüt örnekleme için belirlenen kriterler; yoksul ve 20-60 yaş grubunda olmaktır. Son bir yıl içerisinde pap smear testi yaptırmamış, histerektomi ameliyatı geçirmemiş olan toplam 27 kadın araştırmaya alınmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $39.11 \pm 8.11$ 'dir. Gelirleri ortalama  $458.29 \pm 222.54$  TL olup evde yaşayan birey sayısı ortalaması  $4.3 \pm 1.41$ 'dir. Kadınların %55.6'sı ilkokul mezunu, %89'u evlidir ve %63'ünün sosyal güvencesi vardır.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Yoksul kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları engellerini belirlemeye yönelik olarak; üç uzman kişi tarafından değerlendirilen yarı yapılandırılmış soru formları "Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik algılanan engeller görüşme formu" (8 soru) (Ek 1) ve "Pap smear testi yaptırmaya yönelik algılanan engeller görüşme formu" (6 soru) (Ek 2) kullanılmıştır.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Veriler odak grup görüşmesi yöntemi ile toplanmıştır. Mahalle muhtarlıklarından iki mahallede yaşayan tüm 20-60 yaş grubu kadınların adresleri alınarak kadınların evlerine gidilmiştir. Örneklem kriterlerine uyan kadınlara çalışmanın amacı açıklanmış ve sözel onamları alındıktan sonra odak grup görüşmesi için semt evlerine davet edilmiştir.

***Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak;*** katılımcı sayılarının 6-9 arasında değiştiği toplam 5 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Meme kanseri odak grup görüşmelerinde katılımcıların tümü teyp kaydına izin vermiştir. Ayrıca bir gözlemci tarafından not tutulmuştur.

***Serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak;*** katılımcı sayılarının 5-8 arasında değiştiği 4 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak yapılan üç odak grup görüşmesinde katılımcıların tümü teyp kaydına izin vermiştir ve ayrıca bir gözlemci tarafından not tutulmuştur. Bir odak grup görüşmesinde katılımcılardan bir kişi teyp kaydına izin vermediği için görüşme gözlemci tarafından not edilmiştir.

Odak grup görüşmeleri tek oturumda yapılmış ve en az 40, en fazla 65 dakikada tamamlanmıştır. Görüşmeler, araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış Görüşme Formu'na bağlı olarak gerçekleştirilmiştir. Görüşme soruları standart bir sıra ile sorulmamış gelen yanıtlara göre sorular yönlendirilmiştir. Araştırmacı iç geçerliği sağlamaya yönelik olarak görüşmeler esnasında katılımcıların söylediklerini tekrarlayarak ve özetleyerek yanlış anlamaları önlenmiş ve katılımcıların doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları kontrol etmiştir. Görüşmelere, araştırma konusu ile ilgili yeni bir kavram veya farklı bir ifade çıkmayana kadar devam edilmiş ve verilerin doygunluk noktasına geldiği sonucuna varıldığında veri toplama işlemine son verilmiştir (Yıldırım ve Şimşek, 2006).

### **3.6. Verilerin Çözümlemesi ve Analizi**

Görüşmelerden sonra kaydedilen veriler, bir hafta içinde metne dönüştürülmüştür. Daha sonra ikinci bir kez veriler ses kaydından dinlenerek metin kayıtlarının yanlışsız ve eksiksiz olduğu doğrulanmış ve bu yolla verilerin güvenilirliği sağlanmıştır.

Ses kayıtlarından edilen ham veriler içerik analizi tekniği kullanılarak analiz edilip yorumlanmıştır. Bu çalışmada, görüşme metni tekrarlı okumalardan sonra genel bir çerçeve içinde kodlama yapılmıştır. Bu tür kodlamada daha önceden belirlenen ve verilerden çıkarılan kavramlar birlikte kullanılmaktadır. Kodlama bu kavramsal yapıya göre yapılmıştır. Daha sonra ortaya çıkan yeni kodlar listeye eklenmiştir. Bu tür kodlama sürecinde, genel kategoriler ya da temalar önceden belirlenmekte ve bu temalar altında yer alabilecek daha ayrıntılı kodlar verilerin incelenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2006). Bu nedenle öncelikle “Görüşme Kodlama Anahtarı” hazırlanmıştır. Uygulama sonrasında, bu çalışma için araştırmanın

güvenirliğini sağlamada görüşme kodlama anahtarları ve görüşme dökümleri iki ayrı araştırmacı tarafından incelenmiştir. Görüş birliği ve görüş ayrılığı olan konular tartişılarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve görüş birliğine ulaşılmıştır.

Görüşme kodları oluşturulduktan sonra kategoriler, temalar ve temalar arası ilişkiler belirlenmiştir. Bulgulara araştırmacının yorumları da eklenmiştir. Bu yolla araştırmanın “Betimleme”, “Analiz” ve “Yorumlama” basamakları oluşturulmuştur. Ayrıca, araştırma bulgularının iç-güvenirliğini ve geçerliğini artırmak amacıyla katılımcı görüşlerinden alıntılar yapılmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Balçova Kaymakamlığı ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. Katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilerek sözel onamları alınmıştır. Ayrıca odak grup görüşmelerine başlamadan önce katılımcılardan izin alındığına ilişkin sesleri kayıt cihazına kaydedilmiştir.

## **4. BULGULAR**

### **4.1. Yoksul Kadınlarda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Engeller**

Yoksul kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik algılanan engellere ilişkin yapılan odak grup görüşmelerinden elde edilen veriler Tablo 6’da belirtilmiştir.

**Tablo 6. Yoksul Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Engeller**

<b>Ana Tema</b>	<b>Kategoriler</b>	<b>Engeller</b>
<b>1. Bireysel Tutum ve İnançlar</b>	<b>Bilgi Eksikliği</b>	Bilgi eksikliği Yanlış bilgi Bilmeme
	<b>Duyarlılık Algısı</b>	Fiziksel bulgu yokluğu Sağlıklı hissetme
	<b>Öz-Etkililik Algısı</b>	Bilgi eksikliği Psikomotor beceri yetersizliği
	<b>Önceliklerin Farklı olması</b>	Başka sorunların varlığı Maddi sıkıntılar, Ailevi sorunlar, Çocukların bakımı Geçim
	<b>Korku</b>	Kitle çıkma Kanser tanısı alma
	<b>Sağlığa Önem Vermeme</b>	Kendilerini sağlıklı hissetme
	<b>Utanma</b>	Erkek sağlık personeli
<b>2. Sağlık Hizmeti Sunumu</b>	<b>Evde Bakımından Sorumlu Olunan Bireylerin Olması</b>	Çocuk Yaşlı
		Maddi olanakların sınırlı olması Sosyal güvencelerinin olmaması Muayene için randevu alamama Uzun bekleme zamanı Tetkiklerin kısa sürede tamamlanamaması

		Sağlık personelinin iletişimi Muayeneden memnun olmama
<b>3. Kültürel Faktörler</b>		Kadercilik

### 1. Bireysel Tutum ve İnançlar

Çalışmada bireysel tutum ve inançlar teması; bilgi eksikliği, duyarlılık ve öz-etkililik algılarının düşük olması, önceliklerin farklı olması, korku, sağlığa önem vermeme, unutma, utanma ve kadınların evde bakımından sorumlu oldukları bireylerin (çocuk ve yaşlı) olması şeklinde belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların meme kanseri belirtileri ve risk gruplarına, erken tanı yöntemleri ve bu yöntemlerin nasıl uygulanacağına ilişkin **bilgi eksikliği** bulunmaktadır. Kadınların bazıları meme kanseri belirtilerine yönelik yanlış bilgileri nedeniyle erken tanıya yönelik davranışları göstermediklerini ifade etmişlerdir.

*-Ben büyük göğüslerde daha riskli olduğumu biliyorum. Yani daha çok görülüyormuş meme kanseri. Göğüslerim küçük olduğu için meme kanseri olacağımı düşünmüyorum (3. Katılımcı).*

*-Bayanlar emzirdiği zaman göğüs kanseri riski biraz daha az diye biliyorum. Ben çocuğumu emzirdiğim için bir şey yapmıyorum (5. Katılımcı).*

*-60 yaşından sonra daha riskli diye söylediler. Yani 60 yaşından sonra göğüs kanserine yakalanabiliyorsun diye söylendi. Onun için şu anda bizim için önemli değil (15. Katılımcı).*

Erken tanı yöntemlerine ilişkin olarak özellikle tüm kadınlar klinik meme muayenesinin ne olduğunu hiç duymadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların KKMM'nin nasıl uygulanacağı, ne zaman KKMM yapılacağı, klinik meme muayenesinin ne zaman yaptırılacağı ve mamografinin ne zaman çekilmesi gerektiğine ilişkin yeterli bilgileri bulunmamaktadır. Bazı katılımcılar mamografiyi erken tanı yöntemi olarak görmediklerini bildirmişlerdir.

*- Bir değişiklik olduğu anda veya elimize yabancı bir kitle geldiği zaman doktora başvurmak erken tanı yöntemidir (9. Katılımcı).*

*-KKMM'nin menapozdan sonra yapılması gerekir (22. Katılımcı).*

*-Mamografi 60 yaşından sonra çekiliyor galiba (35. Katılımcı).*

*-Mamografi erken tanı yöntemi değildir zannetmiyorum (36. Katılımcı).*

Katılımcıların meme kanserine ilişkin **duyarlılık algısı ve öz-etkililik algısının** düşük olduğu saptanmıştır. Bu algılardan en fazla ortaya çıkan duyarlılık algısıdır. Genellikle kadınlar meme kanserine yakalanma risklerinin düşük olduğunu, bu nedenle erken tanı yöntemlerini uygulamadıklarını ifade etmişlerdir.

- *Gerek duymuyoruz yoktur bir şey diye (14. Katılımcı).*

- *Açıkçası önemsemiyoruz. Başımıza bir şey geldiği zaman iş işten geçmiş oluyor (19. Katılımcı).*

Görüşmelere katılan kadınlar KKMM yapma konusunda engelleri arasında, neyi bulmaları gerektiğini bilmediklerini, muayene sırasında hissettiklerinin normal olup olmadığını anlamadıklarını belirtmişlerdir.

- *Muayene yaptım ancak hiçbir şey bulamadım, yani çözemedim. Ondan sonra niye bunu yapıyorum ki kendi kendime moralimi bozuyorum diye yapmaktan vazgeçtim (3. Katılımcı).*

- *Zaten biz anlayamayız ki onu, hiçbir şey anlayamayız (19. Katılımcı).*

- *Benim aklıma geliyor, bazen uygulamaya çalışıyorum ama ne bulacağımı bilemiyorum (27. Katılımcı).*

**Önceliklerin farklı olması**, kadınların meme kanseri erken tanı uygulamaları engelleri arasında yer almaktadır. Katılımcılar; maddi sıkıntılar, ailevi sorunlar, çocukların bakımı, toplumda kadının statüsü ve buna bağlı olarak yerine getirilmesi zorunlu olan görevler nedeniyle kendi sağlıklarını ihmal ettiklerini belirtmişlerdir.

- *Biz kadınların yapısı böyle, anaçlık var (6. Katılımcı).*

- *Özveri var. Ya da kendimizi böyle sindirmişiz, sağlığımızı düşünmüyoruz (23. Katılımcı).*

- *Benim geçim derdim daha önce gelir. Çok büyük bir sorumluluk, büyük bir yük biniyor omuzlarına (28. Katılımcı).*

- *Tabi kendime bakarım, ama ilk önce evimi, çocuklarımı düşünürüm. Kirada oturabilmen içinde önce kirayı vermek gerekiyor. Sorunlar çok (36. Katılımcı).*

- *Sorumluluklarımız ve yaşadığımız stres nedeniyle aklımıza gelirse ayda yılda bir kere yapıp bakıyoruz (39. Katılımcı).*

Odak grup görüşmelerinde en fazla ön plana çıkan engeller arasında **korku** yer almaktadır. Kadınlar, KKMM yaparken eline bir kitle gelmesinden, klinik meme muayenesi ve mamografi sonucunun kötü çıkmasından korktuklarını belirtmişlerdir. Kanser olma ihtimalinin getirdiği

korkuyu yaşamak yerine, erken tanı uygulamalarını erteleme ve bilmeden yaşayarak ölmeyi tercih etmektedirler.

*-Düşünmek te istemiyorum, aklıma getirmek de istemiyorum (5. Katılımcı).*

*-Evet korku var. Acaba diye. Ama görmesem, bilmesem, bilmiyordum derim, ölürüm giderim diye düşünüyorum (12. Katılımcı).*

*-İnsan yine de korkuyor ister istemez. Psikolojisi hemen alt üst oluyor. Acaba korkularımızdan dolayı gitmek istemiyoruz, muayene etmek istemiyoruz, gidemiyoruz. Ben herhalde korkuyorum (23. Katılımcı).*

Beş odak grup görüşmesinin ikisinde meme kanseri erken tanı uygulamaları engelleri arasında kadınların **sağlığa önem vermemeleri** yer almaktadır. Kadınlar, kendilerini rahatsız edecek bir şikâyetleri olmadığı sürece sağlıklı olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca çevrelerinde yaşayan ve meme kanseri tanısı alan kadınların olmasının kendi sağlıklarına daha fazla önem vermelerini sağladığını ancak bu durumun etkisinin çok kısa sürdüğünü belirtmişlerdir.

*-Sağlığımıza önem versek yaparız (10. Katılımcı).*

*-Çok ciddi bir şey olmadığı sürece geçiştiriyoruz şikayetlerimizi. Yatağa düşmediğimiz sürece gitmiyoruz (37. Katılımcı).*

Katılımcılar, meme ve kadın vücudu mahrem olarak görüldüğü için **utanma** duygusunun yaşandığını ve bu nedenle kendilerinin taramalara katılmadıklarını ya da katılmakta isteksiz olduklarını vurgulamışlardır. Hekimlerin kadın olmasının taramalara katılımlarını kolaylaştıracağını düşünen ve öneren kadınlar bulunmaktadır. Kadınlardan bazıları ise taramalara katılmalarında hekimin kadın veya erkek olmasının kendilerini rahatsız etmediğini belirtmişlerdir.

*-Midemizde bir problem olduğu zaman veya bir yerimizde ağrı olduğunda onu anlatıyoruz ancak kadınlara özel bir muayeneye gittiğimizde çekiniyoruz (3. Katılımcı).*

*-Kadınların yapısında var utangaçlık. Örneğin ultrason çektirirken ben memelerimi kapatıyorum doktor açıyor haklı olarak (16. Katılımcı).*

Katılımcılar, erken tanı davranışı ve özellikle klinik meme muayenesi ve mamografi çekirme konusunda **bakımından sorumlu oldukları kişilerin** engel oluşturduğunu belirtmişlerdir. Kadınlar genellikle çocuk bakımı üzerinde durmuşlar ve hastaneye gitmenin zamanlarının çoğunu aldığını, bu süre içerisinde çocuklarını bırakacak bir yer olmadığını



söylemişlerdir. Bu duruma yönelik olarak, alışveriş merkezlerinde olduğu gibi hastanelerde de çocuklarını bırakabilecekleri bir yer olması önerisinde bulunmuşlardır.

*-Çocuklarım evde ben çocuklarımı bırakıp ta gidemem (16. Katılımcı).*

*-Hastanede mümkün değil, durmuyor çocuklar, kimseye de bırakamıyorsun (22. Katılımcı).*

## **2. Sağlık Hizmetleri Sunumu**

Sağlık hizmetleri sunumu teması içerisinde **maddi olanakların sınırlı olması** özellikle katılımcı grubun yoksul olması nedeniyle, tüm odak grup görüşmelerinde en fazla tartışılan engeller içerisinde yer almaktadır. Ayrıca kadınların **sosyal güvencelerinin olmaması**, muayene ve tetkikler için ücret ödeme zorunluluğunu getirmektedir. Sosyal güvencesi olan bireyler ise; bazen hastaneye gitmek için paralarının olmadığını belirtmiştir.

*-Benim sosyal güvencem yok, sosyal güvencem olmadığı için gidemiyorum (20. Katılımcı).*

*-Yol parası, hastanede acıkıyorsun, bazen çocuğunu götürüyorsun, çocuk acıkıyor, susuyor. O gün bütün gün orda beklemen sana 10-15 TL'ye mal oluyor. Bunu her gün yaşadığını düşün (25. Katılımcı).*

*-Hesaplamak zorundayız. Hayat şartlarını biliyorsunuz (32. Katılımcı).*

*-Beş-on TL bile çıkmıyor bazen (35. Katılımcı).*

Kadınlar **muayene için randevu alamamanın** hizmet alınımını engellediğini belirtmiştir. Katılımcılar, hastanelerin çok kalabalık olduğunu, bu nedenle randevuların uzun zaman sonrasına verildiğini ifade etmişlerdir. Erken tanının önemli olduğunun söylenmesi ve buna rağmen erken dönemde tetkiklerin yapılmamasının birbirine zıt durumlar olduğunu da belirtmişlerdir.

*-Bana şüphelerim var diyorlar hem de üç ay sonraya gün veriyorlar (8. Katılımcı).*

Hastanede **uzun bekleme zamanı, tetkiklerin kısa sürede tamamlanamaması** bir diğer engelleyici faktör olarak grup içerisinde tartışılmıştır. Kadınlar, hastaneye gittiklerinde işlemlerinin hemen bitmediğini, bütün gününü ayırmak zorunda kaldıklarını, hatta bu işlemlerin haftalarca sürdüğünü belirtmişlerdir. Bu nedenlerden dolayı kadınlar hastaneye gitmek istememektedir. Ayrıca çocuğu olan kadınlar, bir gün için çocuklarının bakımlarını sağlayabileceklerini ancak uzun süren işlemlerde bu durumun kendileri için problem yarattığını belirtmişlerdir.

-Bugün git yarın gel, yarın çocukları evde yalnız bırakıp gidemiyorsun. Bir daha gidemedim (2. Katılımcı).

-Çok gelip gidiliyor, gerçekten hastanelerde bıktırıyor insanı (12. Katılımcı).

-Bir kere başladığın zaman bitmiyor (17. Katılımcı).

Katılımcılar **sağlık personelinin iletişiminin** de hizmet almayı engellediğini ifade etmişlerdir. Sağlık personelinin yoğunluk nedeniyle işlemleri hızlı yapmak istemesi, yeterince ilgilenmemeleri, kadınların yapılan muayeneden memnun olmamaları, bazı personelin kötü iletişimi nedeniyle kadınlar erken tanı uygulamaları için hastaneye başvurmamaktadır. Ayrıca bireyler **sağlıklı iken hastaneye gitmenin** sağlık personelinin tutumu nedeniyle kendileri için engel oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Kadınlar; doktor şikayetin ne diye sorduğunda, sadece kontrol için geldim diye cevap vermek, zaten yoğun olan hastanelerde çok ciddiye alınmamaya neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu duruma yönelik olarak hastanelerde sadece meme kanseri erken tanısı için farklı birimlerin açılması kadınlar tarafından önerilmiştir.

-Zaten doktor sana şikayetin ne niye geldin diye soruyor. Doktora ne diyeceksin. Bir şey yok mu diyeceksin. Hiç öylesine geldim ben dersin (25. Katılımcı).

-Düzenli kontroller SSK'larda olmuyor, özellerde oluyor açıkçası. Yani SSK'da o kadar hasta varken ben kontrole geldim diyerek gidilmiyor (33. Katılımcı).

Kadınlar **muayeneden memnun olmamanında** engel oluşturduğunu söylemişlerdir. Bir katılımcı; 'Bazı doktorlar hiç ilgilenmiyorlar, bakmıyorlar. Mememde kitle vardı, muayeneye gittim. Doktor kitlede büyüme var mı dedi ve kendime muayene ettirdi. Büyüme olmadığını söyledim. Bana, iyi büyüme olunca gel dedi' (15. Katılımcı) şeklinde memnuniyetsizliğini belirtmiştir.

Sağlık personelinin önerisinin olmaması da bir diğer engelleyici faktör olarak belirtilmiştir. Bireyler bu durumu; 'Sağlık personelinin bizi bilgilendirmesi gerekir. Terapi gibi bize önerilerde bulunmalı', 'İtici birisi olacak, bunu yap diye hatırlatacak' (27. Katılımcı) şeklinde ifade etmişlerdir.

### 3. Kültürel Faktörler

Meme kanseri erken tanı davranışlarına etki eden engelleyici faktörlerden bir tanesi de kültürel yapıdır. Görüşmelerde katılımcıların üzerinde durduğu konu **kadercilik** yaklaşımıdır. Kadınlar

meme kanseri nedeniyle veya başka bir nedenle bir gün öleceklerini belirtmişlerdir ‘*Nasıl olsa ölüp gideceğim, o dert varsa beni sonunda götürecektir. Öylede olsa böylede götürecektir*’(10. Katılımcı). Ayrıca katılımcılar toplumdaki **kültürel inanışların** engelleyici bir faktör olduğunu ‘*Mememde kitle hissettim, komşularım canın bir şey yemek istemiştir, kendiliğinde geçer dediler*’ (28. Katılımcı) şeklinde ifade etmişlerdir.

#### 4.2. Yoksul Kadınlarda Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Engeller

Serviks kanseri erken tanısına yönelik algılanan engellere ilişkin yapılan odak grup görüşmelerinden elde edilen veriler Tablo 7’de verilmiştir.

**Tablo 7. Yoksul Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Engeller**

Ana Tema	Kategoriler	Engeller
<b>1. Bilgi Eksikliği</b>		Bilmeme Yanlış bilgi
<b>2. Bireysel Tutum ve Davranışlar</b>	<b>Duyarlılık Algısı</b>	Riskli grup olmadıklarını düşünme
	<b>Utanma</b>	Muayene Erkek sağlık personeli
	<b>Sağlık algısı</b>	Yüksek olması
<b>3. Sağlık Hizmeti Sunumu</b>		Sağlık güvencelerinin olmaması Uzun bekleme zamanı

#### 1. Bilgi Eksikliği

Çalışmaya katılan kadınların serviks kanseri erken tanı yöntemleri ve bu yöntemlerin nasıl uygulanacağına ilişkin bilgi eksikliği bulunmaktadır. Bilgi eksikliği çalışmada en önemli engel olarak ifade edilmiştir. Katılımcılar serviks kanserine yönelik olarak çok fazla bilgi sahibi olmadıklarını, diğer kanserlere yönelik medyada daha fazla bilgi verildiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların başta kadın üreme organları ve anatomisine yönelik olmak üzere, serviks

kanserinin ne olduğu, belirtileri, risk grupları ve erken tanı yöntemleri konusunda bilgi eksikliği bulunmaktadır.

*-Rahim ağzı kanseri ile ilgili çok fazla bilgi sahibi değiliz herhalde. Diğer kanserlerle ilgili az çok herkesin bilgisi var (4. Katılımcı).*

*- Rahim ağzı kanseri erken tanısı için kadın doğum doktoruna gidip öğrenmek gerekir sanırım, yani bilemeyiz (13. Katılımcı).*

Katılımcılar erken tanı yöntemlerini hastalık belirti verdikten sonra yapılacak bir uygulama olarak görmektedir. Kadınlarda hiçbir belirti olmaması nedeniyle, pap smear testi yaptırmaya gerek görmediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca pap smear testini duymuş olan katılımcılar testin hangi yaştan itibaren ve ne zaman yapılması gerektiğine yönelik bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir.

*- Teste 35 yaşından sonra başlanmalı diye düşünüyorum (12. Katılımcı).*

*- 6 ayda bir kez yaptırılması gerekiyor (19. Katılımcı).*

## **2. Bireysel Tutum ve Davranışlar**

Çalışmada bireysel tutum ve davranışlar teması; duyarlılık algılarının düşük olması, utanma, sağlık algısının iyi olması ve korku olarak incelenmiştir.

Katılımcıların serviks kanserine ilişkin **duyarlılık algısının** düşük olduğu saptanmıştır. Kadınlar serviks kanserine yakalanma risklerinin düşük olduğunu, hiçbir şikâyetleri olmadığı için smear testi yaptırmanın gerekli olmadığını, bu nedenle pap smear testi yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir.

*-Şikayetim olmadan sağlıklıyım diye düşünüyorum, pap smear testi yaptırmıyorum (8. Katılımcı).*

*-Bizde serviks kanseri çıkmayacağını düşününüz (14. Katılımcı).*

*-İhmalkarlık, bir rahatsızlığım yok, niçin gidip yaptırayım (20. Katılımcı).*

Çalışmaya katılan yoksul kadınlar pap smear için doktora gitmeye çekiniklerini, muayene olmaktan **utandıklarını** belirtmişlerdir. Kadınlar kadın hastalıkları ve doğum doktoruna sadece hamile iken gittiklerini, bu durumda dahi doktora muayene olmaya çekindiklerini ifade etmişlerdir. Serviks kanserine yönelik olarak hiçbir şikâyet olmadan taramaya gitmenin bu nedenle kendileri için zor olduğunu belirtmişlerdir.

Kadınlar kendilerini iyi hissettiklerini ve **sağlıklı olduklarını** söylemişlerdir. Hiçbir şikayetlerinin olmaması nedeniyle pap smear yaptırmaya gerek duymadıklarını, hasta olmadan doktora gitmediklerini, özellikle de utandıkları için hiçbir belirti olmadan doktora gitmediklerini belirtmişlerdir.

*-Doktora her gittiğimde utanıyordum, bir çekinme oluyor yani (8. Katılımcı).*

*-Doğum için gittiğin zaman bile 2-3 ay önceden düşünüyorsun, nasıl gidicem, nasıl yapıcım, diye. Hepimizin yaşadığı şeyler bunlar. Ayrıca ortada hiçbir şey yokken muayene için gitmek çok daha büyük bir şey. Benim kendi kafamda olan bir şey bu yani (16. Katılımcı).*

*- Bayan doktora var ama ona da gitmeye çekiniyorsun (19. Katılımcı).*

Görüşmeye katılan kadınlar pap smear testi yaptırmaya yönelik olarak **korku** yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kanser tanısı alma korkusu, serviks kanseri erken tanısına yönelik bilgisi olan kadınlarda algılanan engeller arasında yer almaktadır.

*-Bir şey çıkar mı acaba diye korkudan doktora gitmiyorum (7. Katılımcı).*

### **3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu**

Çalışmaya katılan kadınların sağlık hizmetleri sunumuna yönelik olarak engel algıları arasında **sağlık güvencelerinin olmaması** yer almaktadır. Sağlık güvencesi olmayan kadınlar, serviks kanserine yönelik olarak bilgi eksikliğinin yanı sıra gelirlerinin düşük olması nedeniyle pap smear testi yaptıramadıklarını belirtmişlerdir.

*-Benim sağlık güvencem yok o yüzden gitmiyorum. Aslında çok şikayetim var ama güvencem olmayınca gidemiyorum (15. Katılımcı).*

*-Benim sağlık güvencem yok, sigortam olmadığı için ücreti de pahalı geliyor. Oraya vereceğim parayla ailenin başka bir ihtiyacını karşılıyor. Benim muayenem kalıyor (17. Katılımcı).*

*-Ben hastaneye gittim özel hastaneye sevk etti. Özel de para istedi sigorta yok bir şey yok. Gitmedim. Sigortam olmadığı için gitmedim (20. Katılımcı).*

Sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik bir diğer engel hastanede **uzun bekleme zamanı**, tetkiklerin kısa sürede tamamlanamaması olarak tartışılmıştır. Kadınlar, hastaneye gittiklerinde işlemlerinin hemen bitmediğini, bütün gününü ayırmak zorunda kaldıklarını, belirtmişlerdir. Bu durum kadınların herhangi bir şikâyeti olmadan hastaneye gitmesinde engel olarak ifade edilmiştir.

*-Hastanelerin kalabalık olması, çok sıra bekleme hepsi engelliyor. Zaten bir şeyim yok, birde gidip sıra bekliyorum, doktorun tafrasını mı çekiyim diye de düşünülebiliyor insan (3. Katılımcı).*

## **5. TARTIŞMA**

### **5.1. Yoksul Kadınlarda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Engeller**

#### **1. Bireysel Tutum ve İnançlar**

Kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ve meme kanseri risk gruplarına ilişkin *bilgi eksikliklerinin* veya yanlış bilgilerinin olması erken tanı davranışlarını uygulamalarında engelleyicidir ve literatürü desteklemektedir. Ahmed ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada kadınların meme kanseri risk faktörlerine yönelik olarak bilgilerinin yetersiz olmasının erken tanı uygulamalarında engelleyici faktör olarak belirtmişlerdir. Benzer şekilde Document ve arkadaşları (2008), meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi eksikliğini engelleyici faktör olarak saptamıştır. İran’da yapılan bir çalışmada, bilgi eksikliği; doktor yönlendirmesinin olmaması, kadınların farkındalığının düşük olması ve sağlık bilgisinin yetersiz olması şeklinde incelenmiştir (Lamyian ve ark., 2007).

Türkiye’de değişen sağlık politikaları ile kişi başına düşen sağlık personelinin ve hemşire sayısının yetersiz olması, nüfusun kalabalık olması nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önemin verilmemesine neden olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda hemşirelerin en önemli fonksiyonlarından birisi olan ev ziyaretlerinin istendik düzeyde yapılamaması, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamaların yetersiz olması, hizmet kullanımının düşük olduğu yoksul kadınlara ulaşmakta sorunlar yaşanmasına ve meme kanserine yönelik bilgilerinin yetersizliğine neden olmuş olabilir.

Yoksul kadınlarda meme kanserine yönelik olarak *duyarlılık algılarının* düşük olması diğer bir engelleyici faktördür. Duyarlılık algısı; tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Algılanan duyarlılığın artması ile meme kanseri olma riskini azaltmak için davranışı gösterme olasılığı da artmaktadır. Fernandez ve arkadaşları (2005), Afrika kökenli Amerikan ve İspanyol kadınlarda yaptıkları çalışmada yoksul kadınların mamografi taramalarına katılmalarını sağlayan faktörler içerisinde duyarlılık algılarının yüksek olmasının yer aldığını belirtmiştir. Duyarlılık algısının da genellikle ailelerinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda yüksek olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada kadınların meme kanseri riskine yönelik yanlış bilgilerinin olması duyarlılık algısını azaltarak davranışın oluşmasında engelleyici faktör olarak algılamalarına neden olmuş olabilir.

**Öz-etkililik** algısının düşük olması yoksul kadınlarda erken tanı uygulamalarına katılmalarını etkilemektedir ve bu bulgu literatür sonuçlarını desteklemektedir (Jirogwong ve ark. 2003; Palmer ve ark., 2005; Champion ve ark., 2005). Lamyian ve arkadaşları (2007), yoksul kadınlarda yaptıkları odak grup görüşmelerinde, kadınların öz-etkililik algılarının düşük olmasının erken tanı davranışlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. 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. Bu çalışmada kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak yaşadıkları başarısız deneyimlerini ifade etmeleri ve dışsal motivasyonlarının yetersiz olması öz-etkililik algılarında yetersizliğe neden olarak erken tanı davranışlarını göstermelerini engellemektedir.

**Önceliklerin farklı olması** yoksul kadınlarda bir diğer engelleyici faktördür. Yapılan çalışmalarda da önceliklerin farklı olmasının kadınların erken tanı davranışında bulunmalarını engellediği saptanmıştır (Fernandez ve ark., 2005; Ogedegbe, ve ark., 2005). Moy ve arkadaşları (2006), yoksul kadınların maddi problemleri, şiddete maruz kalmaları, ilaç kullanımı gibi durumlar nedeniyle önceliklerin farklı olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Lamyian ve arkadaşları (2007), yoksul kadınlarda farklı fiziksel hastalıkların olması, iş yoğunluğu ve yaşadıkları sıkıntılar nedeniyle önceliklerinin değiştiği ve bu durumu davranışı göstermede engel olarak algıladıklarını saptamıştır. Bu çalışmada yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında bulunmamalarına engel olarak önceliklerinin farklı olmasını ifade etmeleri, toplumun kadına yüklediği rolleri yoksul olmayan kadınlara göre daha fazla yaşamalarından kaynaklanmış olabilir. Yoksul kadınlar annelik, ev kadınlığı, evin idaresi gibi toplumun kadına yüklediği sorumluluklar nedeniyle kendi sağlıklarını ikinci plana itmektedirler.

**Meme kanseri teşhisini alma korkusu** ve KKMM yaparken eline kitle gelme ihtimaline karşı yaşanan korku hem KKMM hem de klinik meme muayenesi yaptırma ve mamografi çektirmede kadınlarda engelleyici faktörler arasındadır ve yoksul kadınlarda korku faktörünün erken tanı uygulamaları üzerinde önemini gösteren çalışma bulgularını desteklemektedir (Bernstein ve ark., 2000, Documet ve ark., 2008; Ko ve ark., 2003, Tejada ve ark., 2009). Lyttle ve Stadelman (2006), mamografi çektirmeye yönelik kadınların bilinmeyene karşı korku yaşadıklarını, Bailey ve arkadaşları (2000) kadınların, bireysel ilişkiler üzerinde hastalığın



olumsuz etki yaratmasından korktuğunu saptamıştır. Yapılan bir çalışmada kadınların, kanserin ölümcül bir hastalık olarak algılanması nedeniyle meme kanseri olma korkusu, mamografi sırasında yaşanan acı ve radyasyon alma korkularının olduğu belirtilmiştir (Lamyian ve ark., 2007). Bu çalışmada olduğu gibi birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi, kanserin ölüm ile eşdeğer görülmesi ve algılanması, kadınların meme kanserine yönelik erken tanı davranışlarını uygulamada korkuya neden olabilmektedir.

**Sağlık algısı** bireylerin olumsuz sağlık davranışlarının oluşmasında bir diğer faktördür. Görüşmeye katılan kadınlar kendilerini sağlıklı olarak tanımlamışlardır ve bu durum erken tanı uygulamalarına katılımlarını engellemektedir. Su ve arkadaşları (2006), Çin’li yoksul kadınların memelerinde herhangi bir belirti olmadığı için, Ogedegbe ve arkadaşları (2005), kadınların kendilerini sağlıklı hissetmesi nedeniyle erken tanı davranışlarını göstermediklerini belirtmişlerdir. Lamyian ve arkadaşları (2007), sağlık algısının iyi olmasının ve meme kanserine yönelik herhangi bir belirti olmamasının kadınlarda ihmale neden olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada kadınların herhangi bir belirti olmadığı sürece, kendilerini sağlıklı olarak görmeleri ve erken tanı hastalık belirtisinin ortaya çıktıktan sonra yapılan işlemler olarak görmeleri erken tanı davranışlarını engellediği düşünülmektedir.

Bazı kadınlar **utanmanın** kendileri için engelleyici bir faktör olduğunu belirtmişlerdir. Benzer olarak literatürde utanma duygusunun engelleyici faktörler olarak algılandığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Afrika kökenli Amerikalı yoksul kadınlarda utanma duygusu erken tanı davranışlarında engelleyici faktör olarak görülmektedir (Ogedegbe ve ark., 2005; Paskett ve ark., 2004). Fernandez ve arkadaşları (2005), yoksul kadınlarda mamografi taramalarına engel olan faktörler arasında kadınların mamografıyı utandırıcı bir uygulama olarak görmeleri olduğunu belirtmiştir. Kadınların memelerini cinsellik sembolü olarak görmeleri ve Türk kültürüne göre yabancı bir erkek tarafından görülmesinin günah olması, muayene için doktora gitmeyi ve mamografi çektirmeyi engellemektedir.

## **2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu**

Bu çalışmada yoksul kadınlar sağlık hizmetlerinin sunumunun erken tanı davranışlarında engelleyici faktör olduğunu ifade etmişlerdir ve bu bulgu literatür tarafından desteklenmektedir. Yapılan çalışmalarda, sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin olarak yoksul kadınların erken tanı

davranışlarında engelleyici faktörler; sosyal güvence olmaması, maliyetin yüksek olması, doktora karşı güvensizlik, ulaşım problemleri olarak saptanmıştır. O'malley ve Forrest (2002), sağlık çalışanı ile olan ilişkilerin yoksul kadınlarda meme kanserinin erken tanı davranışları üzerinde etkili olduğunu, sağlık çalışanları ile iyi ilişkiler içerisinde olan kadınların %66 oranında klinik meme muayenesi yaptırdığını ve %65 oranında mamografi yaptırdığını belirtmişlerdir. Bernstein ve arkadaşları (2000), ulaşım ve zaman probleminin olması, işlemler için gerekli maliyetin yüksek olması, doktor ve hastaneye karşı olan güvensizliğin kadınların erken tanı davranışlarında engelleyici olduğunu saptamıştır. Benzer şekilde sağlık hizmetlerinde süreklilik ve koordinasyonun olmaması, sağlık personeli ve birey arasındaki iletişim eksikliği engelleyici faktörler arasında yer almaktadır (O'Malley ve ark., 2002). Paskett ve arkadaşları (2004), hizmete ulaşım problemleri ve sosyal güvencenin olmamasının erken tanı uygulamalarına katılmayı engellediğini saptamıştır. Ayrıca literatürde sağlık personelinin bu konuda öneri vermemesi yoksul kadınların erken tanı davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Ogedegbe ve ark., 2005; Tejada ve ark., 2009; Wu&Bancroft, 2006). Lambert ve arkadaşları (1998), Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda mamografi taramalarına katılma niyetinin sağlık personelinin önerisinin olması ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada literatüre ek olarak kadınların hastanede harcadığı zaman ve işlemlerin günlerce sürmesi de yer almaktadır. Bu durum yoksul kadınların hem ulaşım masraflarını arttırmakta hem de bakımından sorumlu oldukları bireyler nedeniyle hizmet alımını engellemektedir. Katılımcılar hem çocuklarının bakımı hem de evde bakım verdikleri yaşlı bireyleri yalnız bırakamayacakları için özellikle KMM, mamografi ve pap smear testi için işlemlerin uzun sürmesi nedeniyle sağlık hizmetlerini kullanmamaktadırlar.

### **3. Kültürel Faktörler**

Kültürel inanışlar ve kadercilik de yoksul kadınlarda erken tanı davranışlarına engel oluşturmaktadır. Wu ve Bancroft (2006), kadınların kanserle ilgili bilgilerin paylaşılmasında kültürel inançların, Husaini ve arkadaşları (2005), meme kanserine ilişkin dini inançların ve Bailey ve arkadaşları (2000), meme kanseri taramalarına yönelik olarak kadınların kültürel algılarının olduğunu belirtmişlerdir. Lamyian ve arkadaşları (2007), kadercilik yaklaşımının İran'lı kadınlarda erken tanı uygulamalarında engelleyici faktör olduğunu saptamışlardır. Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda yapılan bir çalışmada da kadınların kadercilik anlayışının

mamografi taramalarına katılımını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Spurlock ve Cullins, 2006). Her dinde olduğu gibi Müslüman Türk toplumunda da inançlar sağlık davranışlarını yaşamdan ölüme dek etkiler. İslam toplumunda kadercilik inancı önemli bir yer tutmaktadır. Kadınların eğitim düzeyi erkeklere oranla daha düşük olduğundan kadercilik inançları daha yaygındır ve dışsal kontrole olan inançları daha yüksektir (Bahar, 2011). Bizim çalışmamızda; bazı kadınların, yaşanan olayları kendi iradesinden başka bir iradenin yönlendirdiğine ve insan iradesiyle ne kadar çaba harcarsa harcasın, sonucun değişmeyeceğine ilişkin algıları, erken tanı uygulamalarına katılmalarını engellemektedir.

## **5.2. Yoksul Kadınlarda Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Engeller**

### **1. Bilgi Eksikliği**

Bu çalışmada yoksul kadınlarda serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak bilgi eksikliğinin algılanan engeller arasında önemli olduğu saptanmıştır. Kadınların serviks kanseri, risk grupları ve erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgilerinin az olması veya yanlış bilgilerinin olması erken tanı davranışlarını uygulamalarında engelleyicidir. Literatür incelendiğinde serviks kanserine yönelik olarak bilgi eksikliğinin sıklıkla engelleyici faktör olarak belirlendiği görülmektedir (Boyer, 2001; Juon, 2003; McFarland, 2003; Markovic, Topic, Matejic, 2005; Wong ve ark., 2009). Yoksul kadınlarda pap smear testine yönelik bilgi durumlarının incelendiği bir çalışmada katılımcıların %73'ünün testin amacına yönelik olarak bilgilerinin yanlış olduğu saptanmıştır (Breitkopf, Pearson, Breitkopf, 2005). Bu çalışmada pap smear testinin ne olduğunu ve ne için yapıldığını bilmeyen kadınların çoğunlukta olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanserler içerisinde yer alan serviks kanserine yönelik erken tanı yöntemlerine ilişkin yapılan düzenlemeler ve tarama programlarına ağırlık verilmesi, hizmetlerin yoksul kadınlar tarafından yeterince kullanılmasını sağlamada yetersiz kalmaktadır. Ayrıca medyada sıklıkla meme kanserine yönelik uyarıların bulunması, serviks kanserine daha az yer verilmesi kadınlarda bu konuda bilgi eksikliğinin ortaya çıkmasının nedeni olabilir.

### **2. Bireysel Tutum ve Davranışlar**

Bu çalışmada kadınların serviks kanserine yönelik *duyarlılık algılarının* da düşük olduğu belirlenmiştir. Kadınlar genel olarak her türlü kanseri ciddi bir durum olarak algılamakta ancak

kendilerinin kanser tanısı alacağına yönelik düşüncelerinin bulunmadığını belirtmişlerdir. Bunu Türk kültürü ile ilişkilendirerek herhangi bir rahatsızlıklarının olmaması durumunda hastaneye gitmediklerini ifade etmişlerdir. Genellikle ‘Bize bir şey olmaz’ şeklindeki düşünce, bilgi eksikliğinden sonra ifade edilen en belirgin engeller arasında yer almaktadır. Yoksul kadınlarda yapılan çalışmalarda duyarlılık algısının düşük olmasının pap smear testi yaptırmada engelleyici bir faktör olarak algılandığı çalışmaya ulaşılammıştır. Hastalığın ciddiyet ve duyarlılık algısı, tehdit algısını oluşturmakta ve koruyucu davranışların ortaya çıkmasında önemli rol oynamaktadır. Katılımcılarda tehdit algısının davranış oluşturmada istenen seviyede olmadığı görülmektedir.

Bu çalışmada kadınlar serviks kanseri erken tanısına yönelik pap smear testi yaptırmaya *utandıklarını* ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar Türk toplumunun kültürel yapısı nedeniyle kadın vücudu mahrem olarak görüldüğü için utanma duygusu yaşadıklarını, bu nedenle tarama programlarına katılmadıklarını bildirmişlerdir. Muayene yapacak olan hekimin sıklıkla kadın olmasını tercih etmelerine karşın, bazı kadınlar, muayeneyi kadın doktorun yapmasını da utandırıcı olarak belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalar bu bulguyu desteklemektedir (Coronado ve ark., 2004; Leyva, Byrd, Tarwater, 2006; Lyttle, Stadelman, 2006). Türk toplumunda kadınların çoğu, çocukluk döneminden başlayıp bütün yaşamı boyunca örtmesi, saklaması, gizlemesi, koruması gereken genital organlarının muayenesi sırasında utanma hissi yaşayarak muayene olmaktan kaçınmaya kadar değişen tepkilerde bulunabilmektedir. Jinekolojik muayenede yaşanan utanma duygusunun muayene eden sağlık personelinin karşı cinsten olması, muayene pozisyonu, mahremiyete dikkat edilmemesi, cinselliğin olumsuz algılanması nedeniyle yaşandığı düşünülmektedir.

Serviks kanseri teşhisini alma *korkusu* pap smear yaptırmada engelleyici faktörler arasında yer almaktadır. Yoksul kadınlarda yapılan çalışmalar korku faktörünün erken tanı uygulamaları üzerinde önemini göstermektedir (Agurto ve ark. 2004; Austin ve ark, 2002; Coronado ve ark., 2004; Kılıç, 1994; Ogedegbe, Cassells, & Robinson, ve ark., 2005). Arevian ve arkadaşları (1997), Lübnan’lı yoksul kadınların pap smear testi yaptırmada davranışlarındaki engeller arasında kanser teşhisi alma korkusu olduğunu belirtmiştir. Birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi ve algılanması, kadınların serviks kanserine yönelik pap smear testi yaptırmada korkuya neden olabilmektedir.

### **3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu**

Çalışmada yoksul kadınlar sağlık hizmetlerinin sunumu içerisinde sağlık güvencelerinin olmaması ve hastanede uzun bekleme zamanlarının erken tanı davranışlarında engelleyici faktör olduğunu ifade etmişlerdir ve bu bulgu literatür tarafından desteklenmektedir (Behbakht ve ark., 2004; Boyer ve ark., 2001; Hiatt ve ark., 2001; Scarinci ve ark., 2003). Türkiye’de servik kanseri erken tanı uygulamalarına yönelik yapılan düzenlemelerde, pap smear testi aile sağlığı merkezlerinde sertifikası olan sağlık personeli ve çalışmanın yapıldığı belediye tarafından ücretsiz olarak tüm kadınlara yapılmaktadır. Bu merkezler hastanelere göre daha az yoğunluğun olduğu yerlerdir. Ayrıca belediyede pap smear testi yapan kişi kadın sağlık personelidir. Bu tür programların yeterince tanıtılmaması kadınlar tarafından sosyal güvencelerinin olmamasının pap smear testi yaptırmada engel olarak algılanmasına neden olabilmektedir. Katılımcılar test için hastaneye gitmek zorunda olduklarını düşünmektedirler. Ülkemizde tedavi edici sağlık hizmetlerinin yoğunluğundan kaynaklanan uzun bekleme zamanları kadınların serviks kanseri erken tanı davranışlarını göstermelerini engellemektedir.

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **6.1. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışları Engellerine Yönelik Sonuçlar**

Yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik algıladıkları engeller bireysel tutum ve inançlar, sağlık hizmetlerinin sunumu ve kültürel faktörler olarak saptanmıştır. Serviks kanseri erken tanı davranışlarında algıladıkları engelleyici faktörler ise sırasıyla; bilgi eksikliği, bireysel tutum ve davranışlar ve sağlık hizmetlerinin sunumu olarak belirlenmiştir.

### **6.2. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışları Engellerine Yönelik Öneriler**

- Yoksul kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında algıladıkları engellere yönelik olarak sağlık personelinin, özellikle birinci basamakta çalışan halk sağlığı hemşirelerinin farkındalıklarının artırılması,
- Türkiye’de yoksul kadınların erken tanı davranışlarında bulunmalarını engelleyici faktörleri belirlemeye yönelik farklı bölgelerde çalışmaların planlanması,
- Kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesi için algıladıkları engellere yönelik olarak hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

## ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI (KANTİTATİF BÖLÜMÜ)

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

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

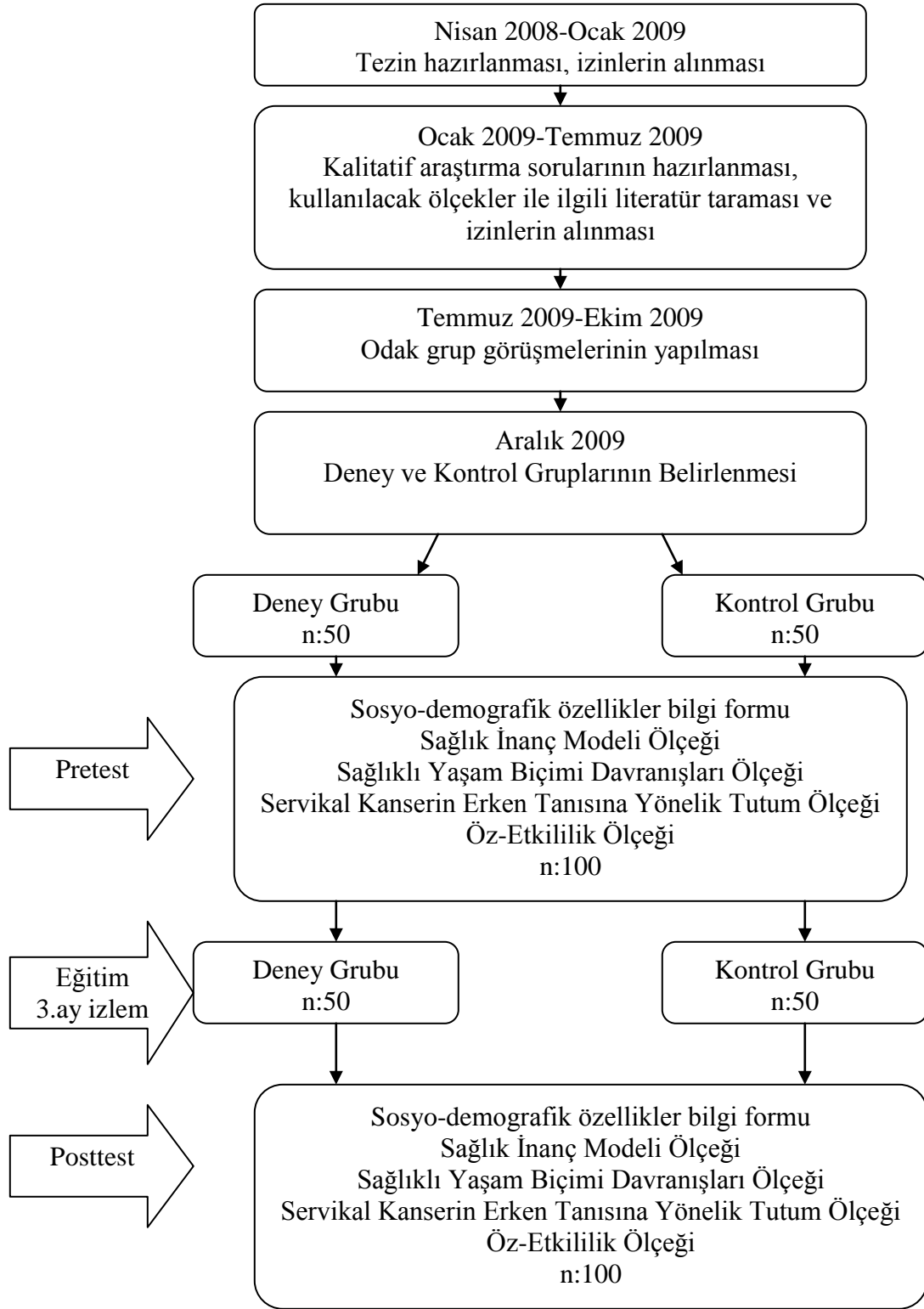
**3.1. Araştırmanın Tipi:** Pre-post test deney kontrol desenli yarı deneysel tipte bir çalışmadır.

**3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer:** Çalışma İzmir Balçova Bölgesi'nde yoksul bireylerin yoğun olarak yaşadığı Çetin Emeç ve Eğitim Mahalleleri'nde yürütülmüştür.

### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Balçova Bölgesi'nde yoksul grubun yoğun olarak bulunduğu Çetin Emeç (n=3449) ve Eğitim Mahallelerinde (4196) yaşayan 20-60 yaş grubu (n=7645) kadınlar oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan 50 deney ve 50 kontrol grubu olmak üzere 100 kadın çalışmaya alınmıştır. Kadınlar deney ve kontrol gruplarına rastgele sayılar tablosu kullanılarak randomize olarak atanmıştır (Şekil 5). Üç kez farklı saatlerde gidilerek ulaşılamayan kadınlar yerine yedek listesinden belirlenen kadınlara gidilmiştir.

Çalışmanın gücü için primer sonuç değişkeni olarak kadınların KKMM yapma durumu kullanılmıştır. Araştırma tamamlandıktan sonra NQuerty ve etki büyüklüğü için G-power 3 programı kullanılarak çalışmanın deneysel istatistiksel gücü, 0.88 olarak hesaplanmıştır (Odd's ratio 0.15,  $\alpha=0.05$ , Etki büyüklüğü=0.37, Güven aralığı .95, n1=50, n2=50) (Machin ve Campbell, 1987; Fleiss, Tytun, Ury, 1980).



**Şekil 5. Araştırma Planı**



Bu çalışmada deney ve kontrol grubuna atanan kadınların bazı sosyo-demografik özellikler açısından farklılık olmadığını incelemek üzere homojenite testi yapılmıştır (Tablo 8). Analiz sonucunda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8. Katılımcıların Sosyo-Demografi Özelliklerine Göre Dağılımı**

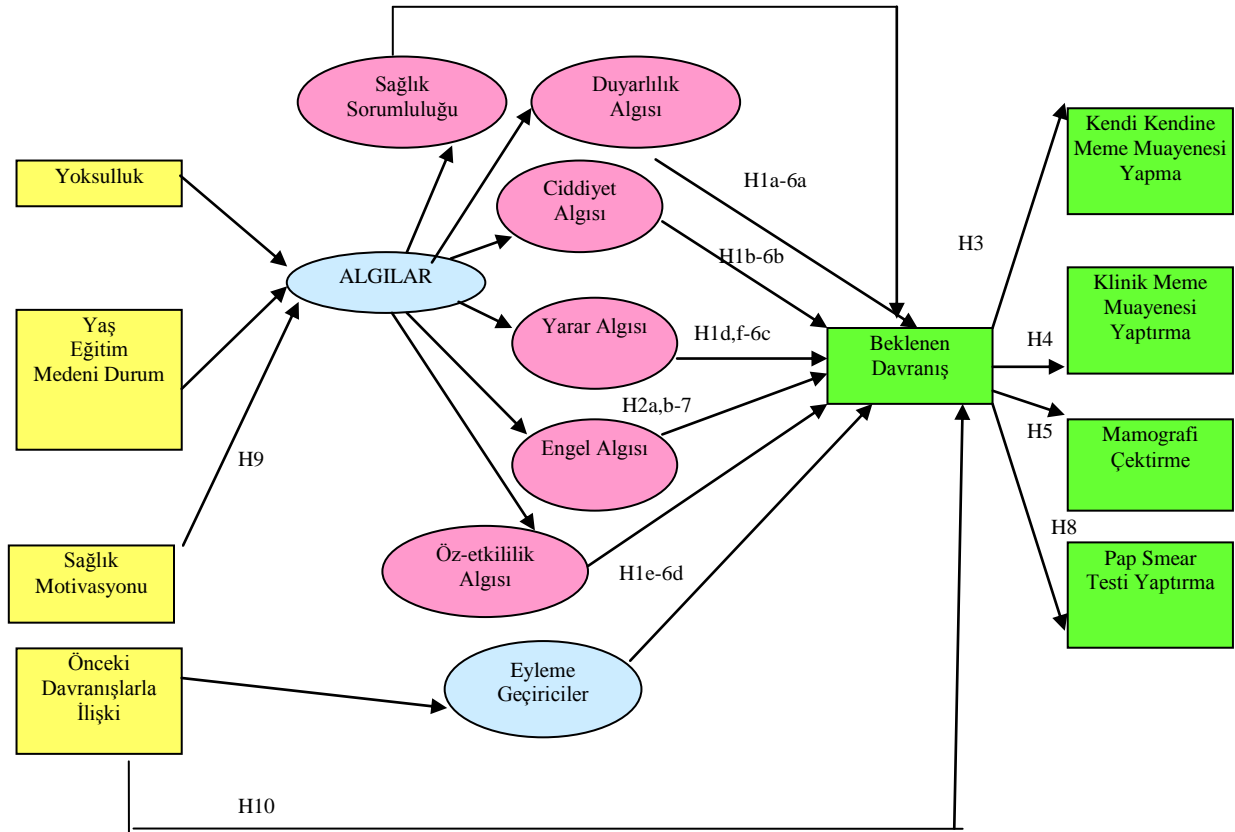
Demografik Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Yaş</b>								
20-39 yaş grubu	23	46	25	50	48	48	.160	.689
40-59 yaş grubu	27	54	25	50	52	52		
<b>Eğitim</b>								
Okur-Yazar Değil	9	18	8	16	17	17		
Okur-Yazar	6	12	5	10	11	11		
İlkokul	24	48	25	50	49	49	2.52	.773
Ortaokul	8	16	7	14	15	15		
Lise	2	4	5	10	7	7		
Üniversite	1	2	-	-	1	1		
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	44	88	41	82	85	85	.706	.401
Bekar	6	12	9	18	15	15		
<b>Sosyal Güvence</b>								
Var	46	92	47	94	93	93	.000	1.00
Yok	4	8	3	6	7	7		
<b>Toplam</b>	50	100	50	100	100	100		

**3.4. Örneklemden Çıkarma Kriterleri:** Aylık geliri 4 kişilik bir aile için 600 TL üzerinde olan, memesinde herhangi bir kitle bulunan veya meme, serviks kanseri tanısı almış olan, her ay düzenli KKMM yapan, son 1 yıl içerisinde pap test, mamografi ve KMM yaptırmış olan, histerektomi ameliyatı geçirmiş olan kadınlar araştırmaya alınmamıştır.

### 3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

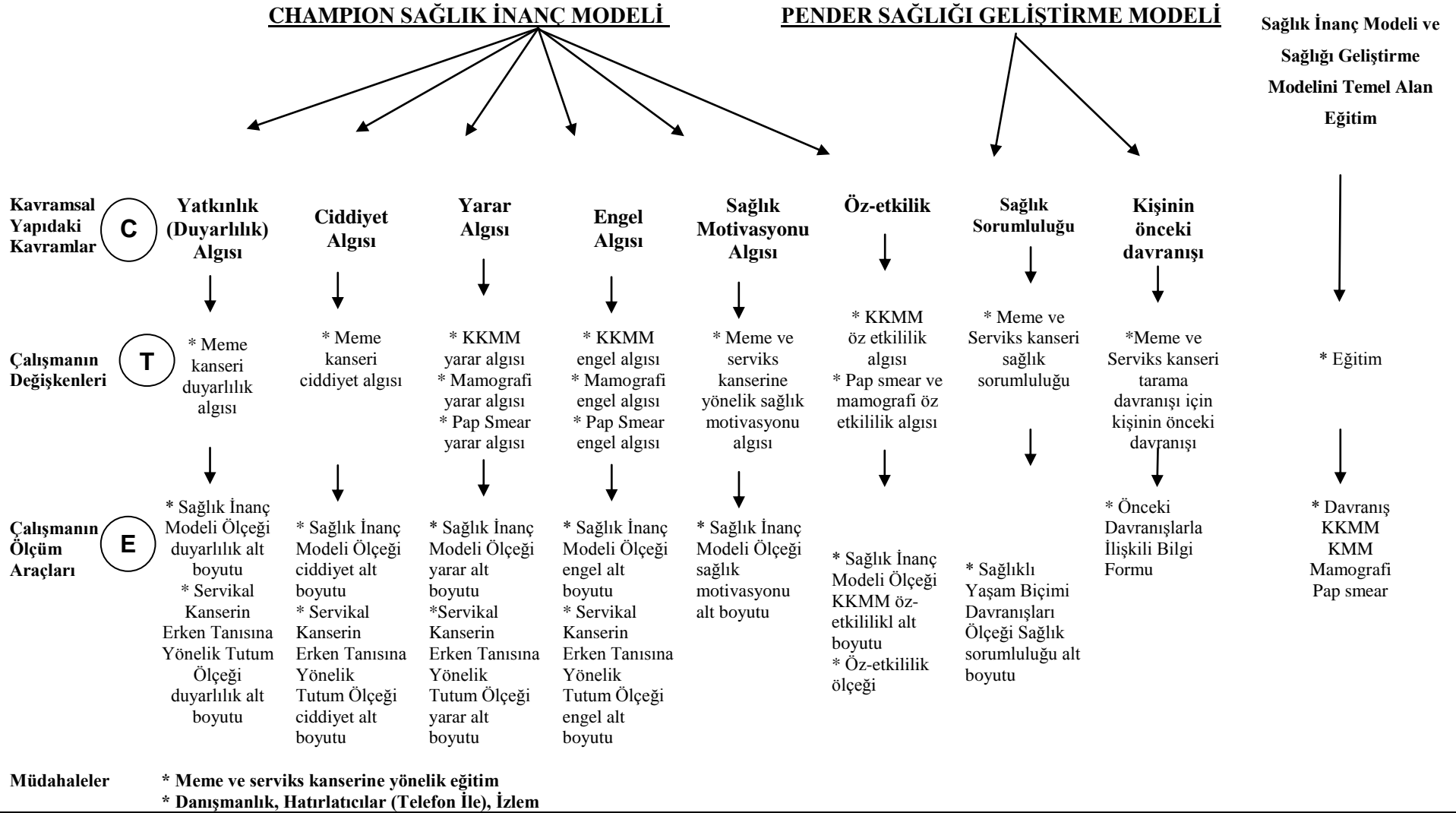
**3.5.1. Bağımlı Değişkenleri;** Kadınların her ay düzenli KKMM yapması, izlem süresi olan üç ay içerisinde klinik meme muayenesi yaptırması, mamografi çektirmesi ve pap smear testi yaptırması, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği, Öz-Etkililik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanlarıdır.

**3.5.2. Bağımsız Değişkenleri:** Hemşirelik girişimleri (Eğitim, danışmanlık hizmeti, hatırlatıcı kullanımı ve izlemler) (Şekil 6).



Şekil 6. Çalışmanın Hipotezleri ve Değişkenleri

**Şekil 7. Champion Sağlık İnanç Modeli ve Pender Sağlık Geliştirme Modelinin Kavramlarına Yönelik Çalışma Değişkenleri, Ölçüm Araçları ve Müdahaleler**



### 3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın ikinci bölümünde altı adet form kullanılmıştır.

3.6.1. *Sosyo-Demografik Özellikler Bilgi Formu*: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan form, kadınların yaş, eğitim, medeni durum, aylık gelir, sosyal güvenlik durumu, ailede yaşayan birey sayısı ve geçmiş erken tanı davranışlarına yönelik beş sorudan oluşmaktadır (Ek 3).

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

Champion'un Meme Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği üç çalışma ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bu çalışmada Gözüm ve Aydın tarafından (2004) uyarlanan Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkçe formu kullanılmıştır. Ölçeğe ait alt boyutlar, madde sayısı ve Cronbach Alpha değerleri Tablo 9'da verilmiştir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin genel toplam puanı yoktur. Her bir boyutun kendi toplam puanı kullanılmaktadır. Ölçek 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçeğin puanlaması "kesinlikle katılmıyorum" 1 puandan, "kesinlikle katılıyorum" 5 puana doğru sıralanmaktadır. Alt boyutlardan elde edilen puanların yükselmesi o alt boyuta ait algının yüksek olduğunu ifade etmektedir (Ek 4).

**Tablo 9. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Geçerlik-Güvenirlilik Çalışması Madde Sayısı ve Cronbach Alpha Değerleri (Gözüm ve Aydın, 2003).**

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

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

*3.6.4. Öz-Etkililik Ölçeği:* Öz-Etkililik Ölçeği Lechner ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir. Ölçek kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına yönelik öz-etkililik algılarını ölçmektedir. Yedi maddeden oluşan ve yedili likert tipinde olan ölçekte katılımcılara ölçek maddelerinde belirtilen koşullarda taramaya katılmak isteyip istemeyecekleri ile ilgili farklı durumlar verilmiştir. Taramaya katılmayı düşünür müsünüz sorusuna yanıtlara -3 (= kesinlikle hayır) ve +3 (=kesinlikle evet) arasında puanlar verilmektedir. Yanıtlar -21'den +21'e doğru giden toplam bir skor aralığından oluşmaktadır. Yüksek puan, spesifik bir davranışın geliştiği yönünde daha yüksek bir öz etkililik algısının olduğunun göstergesidir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.90'dır (Lechner, De Vries, ve Offermans, 1997). Ölçeğin Türkiye'de güvenirlik geçerlilik çalışması Beşer, Bahar, Aydoğdu, Kıssal ve Ersin (2012) tarafından yapılmış olup Cronbach Alpha katsayısı 0.84 olarak saptanmıştır (Ek 6).

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

Ölçek, Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Toplam 52 maddeden oluşan ölçeğin manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere toplam 6 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur ve 4'lü likert tipindedir (Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4). Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208 olup, Cronbach Alpha katsayısı 0.94'tür. Ölçeğin alt faktörlerinin Alpha değeri 0.79-0.87 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Bahar, Beşer, Gördes, Kıssal ve Ersin (2008) tarafından uyarlanan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" Türkçe formunun "Sağlık Sorumluluğu" alt boyutu kullanılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .92 olup Sağlık Sorumluluğu alt boyutu Cronbach Alfa katsayısı 0.77'dir (Ek 7).

*3.6.6. Önceki Davranışlarla İlişkili Bilgi Formu:*

Araştırmacılar tarafından Nola Pender'dan danışmanlık alınarak oluşturulan form, kadınların meme ve serviks kanserine yönelik önceki erken tanı davranışlarıyla ilişkili dört sorudan oluşmaktadır (Ek 8).

### 3.7. Girişim

3.7.1. *Eğitim İçeriğinin Hazırlanması:* Araştırmanın ilk aşamasında yapılan odak grup görüşmelerinin sonuçlarına göre eğitim hedef ve davranışları oluşturulmuştur (Ek 9). Oluşturulan hedef ve davranışlara yönelik olarak Hemşirelik Eğitimi Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olan üç kişiden uzman görüşü alınarak eğitim içeriği hazırlanmıştır (Ek 10). Ayrıca odak grup görüşmelerinde en sık karşılaşılan engeller eğitim sırasında katılımcılar ile paylaşılmış ve görüşleri alınarak, yanlış bilinen inançlar üzerinde durulmuştur.

3.7.2. *Eğitimlerin Yürütülmesi:* Eğitimler araştırmacı tarafından altı hafta boyunca yapılmış, her eğitim yaklaşık 70-80 dakika sürmüştür. Eğitimler Eğitim Mahallesi Semt Evi'nde yürütülmüştür. Eğitim grupları 6-11 kadından oluşmuştur. Toplam yedi eğitim yapılmıştır. Eğitim sırasında power point sunusu kullanılmış olup, anlatım ve soru-cevap şeklinde yürütülmüştür (Tablo 10). Ayrıca eğitim sonunda içerisinde kitleler bulunan ve meme kanseri belirtilerinin gözlemlenebildiği bir meme maketi (Şekil 8) kullanılarak, kadınların her birine ilk önce meme maketinde gözle görülen değişiklikler sorulmuş, daha sonra kitleleri bulmaları istenmiştir.

**Tablo 10. Sağlık İnanç Modeli Kavramları ve Eğitim Yöntemleri**

<b>Kavramlar</b>	<b>Eğitim Yöntemi</b>
Duyarlılık algısı	Beyin fırtınası, anlatım,
Ciddiyet Algısı	Resim gösterimi, power-point sunumu
Yarar ve engel algısı	Beyin fırtınası, güncel hayattan örneklerin paylaşımı, soru-cevap
Öz-etkililik algısı	Meme maketi, psikomotor beceri öğretimi



**Şekil 8. Eğitimlerde Kullanılan Meme Maketi**

**3.7.3. Hatırlatıcı Kullanımı ve İzlemler:** Eğitim sonrası semt evi sorumluları ile işbirliği içinde çalışılarak, eğitime katılan kadınlara erken tanı davranışlarına yönelik olarak her ay telefon ile hatırlatma yapılmıştır. Eğitim sonrası 3. ayda araştırmacı tarafından kadınlar evlerinde ziyaret edilerek izlemleri yapılmıştır. İzlemlerde her ay düzenli KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma, mamografi çekirtme ve pap smear testi yaptırma durumları sorgulanmıştır. Post-test izlemler sırasında kadınlara uygulanmıştır.

**3.8. Verilerin Analizi:** Veriler SPSS 10.0 bilgisayar programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde;

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

**3.9. Araştırma Etiği:** Araştırmanın yürütülebilmesi için Balçova Kaymakamlığı'ndan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 11). Ayrıca deney ve kontrol grubuna alınacak seçilmiş olan kişilere araştırma ile ilgili bilgi verilerek onam alınmıştır. Çalışma sonrasında kontrol grubuna sağlık eğitimi yapılmıştır. Sağlık eğitimlerine katılmayan kadınlara eğitimdeki konuların yer aldığı broşür verilmiştir.

### **3.10. Araştırmanın Bütçesi**

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



## 4. BULGULAR

### 4.1. Yoksul Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları

Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUP	ÖNCE		SONRA		t	p
	DUYARLILIK					
	X±SD		X±SD			
DENEY	7.16±2.90		9.16±2.26		-4.774	.000
	7.92±1.98		7.82±2.43		.246	.807
KONTROL	t=1.52 p=.131		t=-2.85 p=.005			
	<b>CİDDİYET</b>					
DENEY	22.50±5.13		23.58±4.81		-3.163	.003
	20.78±4.63		22.84±4.28		-2.282	.027
KONTROL	t=-1.75 p=.082		t=-0.81 p=.419			
	<b>SAĞLIK MOTİVASYONU</b>					
DENEY	20.94±4.03		22.16±2.33		-3.311	.002
	19.62±3.27		19.78±3.42		-.235	.815
KONTROL	t=-1.17 p=.075		t=-4.06 p=.000			
	<b>KKMM YARARLARI</b>					
DENEY	15.20±4.06		17.10±2.28		-3.757	.000
	15.24±1.90		14.34±3.04		1.703	.095
KONTROL	t=.063 p=.950		t=-5.12 p=.000			
	<b>KKMM ENGELLERİ</b>					
DENEY	19.38±6.74		18.42±6.25		3.068	.004
	21.68±5.22		21.84±6.32		-.143	.887
KONTROL	t=1.90 p=.060		t=2.72 p=.008			
	<b>KKMM ÖZ-ETKİLİLİĞİ</b>					
DENEY	27.34±9.29		32.70±6.94		-3.304	.002
	30.12±6.62		27.98±8.74		1.353	.182
KONTROL	t=1.72 p=.088		t=-2.99 p=.004			
	<b>MAMOGRAFİ YARARLARI</b>					
DENEY	19.84±3.66		20.66±2.94		-2.949	.005
	19.82±2.82		18.82±3.71		2.027	.048
KONTROL	t=-.033 p=.974		t=-2.75 p=.007			
	<b>MAMOGRAFİ ENGELLERİ</b>					
DENEY	28.08±8.63		27.48±7.14		1.00	.322
	31.18±6.91		31.26±6.63		-.064	.949
KONTROL	t=1.98 p=.05		t=2.74 p=.007			

Deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri öncesi duyarlılık algısı, ciddiye algısı, sağlık motivasyonu, KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, KKMM öz-etkililiği, mamografi yarar algısı puan ortalaması karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Mamografi engel algıları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p=0.05$ ) (Tablo 11).

Deney ve kontrol gruplarının **hemşirelik girişimleri sonrası** duyarlılık algısı, sağlık motivasyonu, KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, KKMM öz-etkililiği, mamografi yarar algısı ve mamografi engel algısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Meme kanseri ciddiyet algıları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında **deney grubunda** meme kanseri duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu, KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, KKMM öz-etkililiği, mamografi yarar algısı puan ortalamaları girişim öncesine göre, sonrasında daha yüksek bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Deney grubunda girişim öncesi ve sonrasında mamografi engel algılarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 11).

**Kontrol grubunda** girişim öncesi meme kanseri duyarlılık algısı, sağlık motivasyonu, KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, KKMM öz-etkililiği ve mamografi engel algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0.05$ ). Girişim sonrası meme kanseri ciddiyet ve mamografi yarar algıları puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 11).

#### 4.2. Yoksul Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları

**Tablo 12. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumları**

KKMM Yapma Durumu	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
Düzenli Yapan	15	30	3	6	9.756	.002
Yapmayan	35	70	47	94		
Toplam	50	100	50	100		

Deney ve kontrol gruplarının girişim sonrası üçüncü ay izleminde **KKMM** yapma durumları Tablo 12’de yer almaktadır. Deney grubundaki kadınların %30’u düzenli KKMM yaparken bu oran kontrol grubunda %6’dır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

**Tablo 13. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumları**

KMM Yaptırma Durumu	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)	
	n	%	n	%
Yaptıran	2	4	0	0
Yaptırmayan	48	96	50	100
Toplam	50	100	50	100

Hemşirelik girişimleri sonrası **KMM** yaptıran kadın sayısı deney grubunda 2 (%4) iken kontrol grubunda KMM yaptıran kadın bulunmamaktadır (Tablo 13).

**Tablo 14. Deney ve Kontrol Gruplarında Hemşirelik Girişimleri Sonrası Mamografi Yaptırma Durumları**

Mamografi Yaptırma Durumu	Deney Grubu (n=27)		Kontrol Grubu (n=25)	
	n	%	n	%
Yaptıran	4	14.8	0	0
Yaptırmayan	23	85.2	25	100
<b>Toplam</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Deney grubunda girişim sonrası **mamografi** yaptıran kadın sayısı 4 (%14.8) iken kontrol grubunda mamografi çektiren kadın bulunmamaktadır (Tablo 14).

#### 4.3. Yoksul Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları

**Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

GRUP	ÖNCE		SONRA		t	p
	DUYARLILIK					
	X±SD		X±SD			
DENEY KONTROL	28.62±6.22		30.88±4.77		-3.85	.000
	29.90±4.25		29.16±4.73		.925	.359
	t=1.19	p=.234	t=-1.808	p=.074		
	CİDDİYET					
DENEY KONTROL	30.34±6.46		31.24±5.97		-3.841	.000
	28.90±5.08		29.54±4.78		-.798	.429
	t=-1.23	p=.219	t=-1.571	p=.119		
	ENGEL					
DENEY KONTROL	22.78±3.98		20.24±4.11		7.429	.000
	22.14±3.19		22.40±2.99		-.471	.640
	t=-.886	p=.378	t=2.999	p=.003		
	YARAR					
DENEY KONTROL	23.88±4.75		24.64±4.19		-2.577	.013
	23.16±3.22		23.06±3.61		.165	.870
	t=.886	p=.378	t=-2.018	p=.046		

Deney ve kontrol grubunun **girişim öncesi** serviks kanseri erken tanısına yönelik tutum ölçeği alt boyutları olan duyarlılık, ciddiyet, engel ve yarar algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ) (Tablo 15).

Deney ve kontrol grubunun **girişim sonrası** serviks kanseri erken tanısına yönelik tutum ölçeği duyarlılık ve ciddiyet algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ). Pap smear testi engel ve yarar algısı alt boyutları arasında deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 15).

Gruplar kendi içerisinde karşılaştırıldığında **deney grubunun** girişim öncesi serviks kanseri duyarlılık, ciddiyet algısı ile pap smear testi engel ve yarar algıları puan ortalamaları arasında girişim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 15). **Kontrol grubunda** girişim öncesi serviks kanseri duyarlılık, ciddiyet algısı ile pap smear testi engel ve yarar algıları puan ortalamaları arasında üçüncü ay izlemde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 15).

**Tablo 16. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Öz-Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

GRUP	ÖNCE X±SE	SONRA X±SE	t	p
DENEY	2.00±1.77	4.08±1.68	-4.083	.000
KONTROL	4.5±1.38	0.60±1.40	2.096	.041
	t=1.113      p=.269	t=-1.588      p=.116		

Deney ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Deney grubunda girişim öncesi öz-etkililik ölçeği puan ortalaması girişim sonrasına göre artmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda girişim öncesi öz-etkililik ölçeği puan ortalaması 4.5 iken üçüncü ay izlemde bu oran 0.60'tır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 16).

#### 4.4. Yoksul Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları

**Tablo 17. Deney ve Kontrol Gruplarında Girişim Sonrası Pap Smear Testi Yaptırma Durumları**

Pap Smear Testi Yaptırma Durumu	Deney Grubu (n=47)**		Kontrol Grubu (n=50)		X <sup>2</sup>	p
	n	%	n	%		
Yaptıran	7	14.9	2	4	-----	.085*
Yaptırmayan	40	85.1	48	96		
Toplam	47	100	50	100		

\*Fisher Kesin Ki Kare Testi

\*\* Kadın hastalıkları polikliniğinde muayene sırasında rutin olarak yapılan pap smear testi nedeniyle n sayısı 47 olarak alınmıştır.

Tablo 17’de deney ve kontrol gruplarının girişim sonrası pap smear testi yaptırma durumları karşılaştırılmıştır. Pap smear testi yaptırma durumu deney grubunda %14.9 iken, kontrol grubunda bu oran %4’tür ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

#### 4.5. Yoksul Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları

Deney ve kontrol grubunun girişim öncesi ve sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 18).

Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunda girişim sonrası sağlık sorumluluğu puan ortalamasında artış olup fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda girişim öncesi sağlık sorumluluğu puan ortalamalarında üçüncü ay izlemde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ) (Tablo 18).

**Tablo 18. Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

GRUP	ÖNCE		SONRA		t	p
	X±SE		X±SE			
DENEY	19.68±3.61		20.60±3.52		-4.655	.000
KONTROL	20.44±5.15		20.32±4.70		.121	.904
	t=.853	p=.396	t=-.337	p=.737		

**Tablo 19. Deney Grubunda Hemşirelik Girişimleri Sonrası Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Davranış	Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puan Ortalamaları		t	p
	X±SD			
KKMM Yapan	19.80±3.52		-1.05	.299
KKMM Yapmayan	20.94±3.52			
KMM Yapan	22.50±7.77		.774	.443
KMM Yapmayan	20.52±3.39			
Mamografi Çektiren	19.25±4.03		-.705	.526
Mamografi Çektirmeyen	20.71±3.50			
Pap Smear Yaptıran	20.40±3.65		-.198	.844
Pap Smear Yaptırmayan	20.65±3.54			

Tablo 19’te deney grubunun meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu puanları yer almaktadır. Erken tanı davranışlarında bulunan kadınlar ile bu davranışları göstermeyen kadınlar arasında sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ).

#### 4.6. Önceki Davranışların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına Yönelik Gerçekleştirilen Sonraki Davranışlara Etkisi

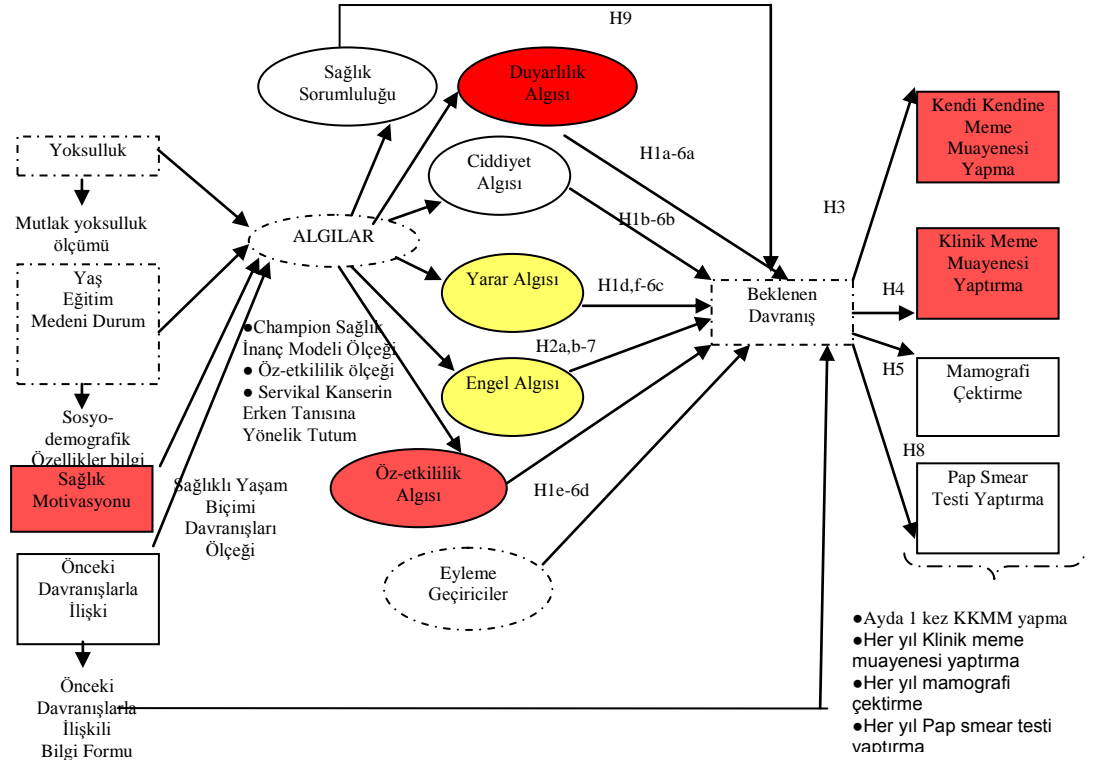
**Tablo 20. Deney Grubundaki Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Önceki Davranışlarının, Sonradan Gerçekleştirilen Davranışlara Etkisi**

Erken Tanı Davranışları	Önceki Davranış				Toplam	X <sup>2</sup>	p	
	Hiçbir zaman		Ara Sıra					
	n	%	n	%				n
KKMM Düzenli Yapan	7	46.7	8	53.3	15	100	.015	.902
KMM Yaptıran*	2	100.0	0	0	2	100	-----	.637*
Mamografi Yaptıran*	3	75.0	1	25.0	4	100	-----	.643*
Pap Smear Yaptıran*	4	66.7	3	33.3	7	100	-----	1.000*

\*Fisher Kesin Ki-Kare Testi

Deney grubunda kadınların önceki davranışlarının, meme ve serviks kanseri erken tanısına yönelik sonradan gerçekleştirdiği davranışlarına etkisi Tablo 20’de yer almaktadır. Girişim sonrası meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında hiçbir zaman bulunmayan kadınlar ile bu davranışları düzensiz olarak uygulayan kadınların sonraki erken tanı davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0.05$ ).





- Meme kanseri için  $p < 0.05$
- Meme ve serviks kanseri için  $p < 0.05$
- $p > 0.05$

**Şekil 9. Çalışmanın Değişkenlerinin Beklenen Davranış Üzerindeki Etkisi**

## **5.TARTIŞMA**

### **5.1. Yoksul Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları**

Bu çalışmada deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre meme kanseri **duyarlılık algılarının** eğitim sonrasında anlamlı şekilde yüksek çıkması (Tablo 11) “H1a: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların meme kanseri duyarlılık algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezini doğrulamaktadır.

Literatürde duyarlılık algısının artmasının davranışın oluşmasını olumlu yönde etkilediğini ve eğitimin duyarlılık algısını arttırmada etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Champion, 2000; Champion ve Menon, 1997; Jirojwong ve MacLennan, 2003; Lu, 2001; Tuong, 2007). Bizim çalışmamızda eğitim sonrası deney grubunda duyarlılık algısının yüksek çıkması kadınların meme kanseri için kendilerini risk grubunda algılamalarını ve erken tanı tarama davranışlarının düzenli yapılması ile kanserin erken dönemde tanılanmasına ve tedavisinin yapılabilmesine olan inancını göstermektedir. Çalışmamıza zıt olarak Garza ve arkadaşları (2005), yoksul kadınlara verilen eğitim sonrasında kadınların meme kanseri duyarlılık algılarında anlamlı fark olmadığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Daevenport ve arkadaşları (2011), yoksul kadınlara verilen eğitim sonrası deney ve kontrol grupları arasında meme kanseri duyarlılık algıları açısından fark olmadığını saptamıştır. Bu çalışmada uygulanan girişim kapsamında yer alan sağlık eğitiminde kadınların meme kanseri olmaya yatkın olabilecekleri, meme kanserinin erken tanı ve tedavisi yapılmadığı durumda mortalite oranının, erken tanıldığında ise tedavi şansının yüksek olduğu vurgulanmıştır ve duyarlılık algısının arttırılmasında eğitimin etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim sonrasında deney grubundaki kadınların meme kanseri **ciddiyet algıları** kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ve “H1b: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların meme kanseri ciddiyet algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir. Bununla birlikte deney grubunun girişim öncesi ve sonrası ciddiyet algısı puanlarında anlamlı bir artış saptanmıştır (Tablo 11). Tuong (2007), Vietnam’lı kadınlarla yaptıkları bir çalışmada kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası taramaya ilişkin ciddiyet algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu bulgulara zıt olarak Daevenport ve arkadaşları (2011), yoksul 210 İspanyol kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, girişim sonrası deney ve kontrol grupları arasında meme kanseri ciddiyet algıları açısından fark bulmamışlardır. Ciddiyet algısı bireyi ilgilendiren özel bir duruma yönelik

olarak bireysel tehditin algılanmasıdır. SİM’de beklenen sağlık davranışları ile ciddiye algısının önemi vurgulanmakla birlikte, birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi ve algılanması, bireyin meme kanserine yönelik davranışlarında ciddiye algısının etkisini sınırladığı belirtilmektedir. Bu nedenle meme kanserine yönelik SİM’in temel alınacağı çalışmalarda bireylerin ciddiye algısının yüksek olması beklenen bir durum olarak ifade edilmektedir.

Bu çalışmada eğitim sonrası deney grubundaki kadınların **sağlık motivasyonu** algısının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11) ve “H1c: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların sağlık motivasyonu kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezini doğrulamaktadır. Literatürde yoksul kadınlarda sağlık motivasyonunun meme kanseri erken tanı davranışları üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Yoksul olmayan kadınlarda yapılan çalışmalardan Ho’nun (2006) çalışmasında uygulanan girişimlerin sağlık motivasyonu algısını geliştirmede anlamlı etkisi bulunmamıştır. Seçginli (2007), yaptığı çalışmada meme sağlığı geliştirme programının kadınların sağlık motivasyonu algıları üzerinde etkisi olmadığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Aydın’ın (2004), çalışmasında programın sağlık motivasyonuna katkısının bulunmaması, kadınların program öncesi dönemde sağlık motivasyonu algısının yüksek olması ile açıklanmıştır. Bu çalışmada yoksul kadınların eğitim sonrası sağlık sorumluluğunda artış olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda eğitim sonrası kadınların **KKMM yarar algıları** kontrol grubuna göre yüksek, **engel algıları** daha düşük bulunmuştur (Tablo 11) ve “H1d: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların KKMM yarar algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir”, “H2a: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik KKMM engel algıları kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezlerini doğrulamaktadır. Yapılan çalışmalar yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında yarar algısının yüksek ve engel algılarının düşük olmasının önemli bir etken olduğu belirtilmektedir. (Champion ve Menon, 1997; Fernandez ve ark., 2009; Lu, 2001; Paskett ve ark., 1999). Yoksul kadınlarda yapılan bir çalışmada, eğitim sonrası kadınlarda KKMM yarar algısı yüksek ve engel algısının düşük olduğu saptanmıştır (Jirojwong ve MacLennan, 2003). Meme kanserinin erken tanısında bireyin tutum ve davranışlarını etkileyen algıları içerisinde, beklenen sağlık davranışlarının bireye sağlayacağı yarar ile davranışı uygulamadaki engel algısı yer almaktadır. Modele göre, meme kanserinde erken

taniya yönelik davranışların yararını kavrayan ve bu davranışları gerçekleştirmede daha az engelle karşılaşan bir bireyin beklenen sağlık davranışlarını sergileme oranının da yüksek olması beklenir. Çalışmamızda kadınların yarar algısının artması ve engel algılarının azalması verilen eğitimin etkinliğini göstermektedir.

Kişinin bir eylemi başarıyla yapabilmeye olan inancı olarak tanımlanan **öz-etkililik** algısı bireyin davranışı gerçekleştirmesinde önemli bir kavramdır. Bu çalışmada deney grubundaki yoksul kadınların eğitim sonrası KKMM öz-etkililik algılarında kontrol grubuna göre anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 11) ve “H1e: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların KKMM öz-etkililik algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezini desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda yoksul kadınların öz etkililik algılarının artması ile meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirme olasılığının da arttığı görülmektedir (Champion ve Menon, 1997; Daevenport ve ark., 2011; Lu, 2001). Bu çalışmada deney grubuna yapılan eğitim sonrası KKMM yapmanın öğretilmesi ve maket üzerinde kadınların kitleleri tespit etmelerinin sağlanması kadınların KKMM öz-etkililik algılarının gelişmesine katkı sağladığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda eğitim sonrası deney grubundaki kadınların **mamografi yarar algıları** kontrol grubuna göre yüksek, **engel algıları** ise düşük olup fark anlamlıdır (Tablo 11) ve “H1f: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların mamografi yarar algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir”, “H2b: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik mamografi engel algıları kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezlerini desteklemektedir. Literatür incelendiğinde bu bulguları destekleyen çalışmalar olduğu görülmektedir. Daevenport ve arkadaşları (2011), yoksul İspanyol kadınlarda deney grubunda mamografi yarar algısının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek saptamıştır. Aynı zamanda deney ve kontrol grupları arasında mamografi engel algıları arasında fark bulunmamıştır. Garza ve arkadaşları (2005), 40-65 yaş grubu 127 yoksul kadına verilen eğitim sonrasında kadınların mamografi engel algılarında anlamlı fark varken, mamografi yarar algılarında değişiklik saptanmamıştır. Bu çalışmada kadınların mamografi yarar algılarının artması ve engel algılarının azalması radyasyon alma ve acı gibi olumsuz düşüncelerinin değişmesi için eğitimin kadınların engel algılarına göre yapılandırılmasının yanı sıra kadınların sağlık hizmetlerini nereden daha kolay alabileceklerine ilişkin bilgilendirilmesinden kaynaklanmış olabilir.

## 5.2. Yoksul Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları

Bu çalışmada deney grubunda girişimden 3 ay sonra yapılan izlemde **KKMM** yapma oranı %30 iken kontrol grubunda bu oran %6'dır ve gruplar arasında fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 12). Bu bulgu "H3: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların **KKMM yapma sıklığı** daha yüksektir" hipotezini doğrulamaktadır. Çalışmamızda uygulanan girişimler içerisinde yer alan sağlık eğitimi sonrasında kadınların SİM'e göre meme kanseri erken tanı davranışlarını etkilediği düşünülen duyarlılık, sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve engel algısı, KKMM öz-etkililik algılarında deney grubunda anlamlı bir artış olması kadınların KKMM yapma oranlarını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda bu bulguyu desteklemektedir. 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 oranının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Jirojwong ve MacLennan, 2003). Champion ve Menon (1997), Afrika kökenli Amerika'lı yoksul kadınlarda KKMM yapmayı ve mamografi çekirtmeyi etkileyen değişkenleri tanımlamak için yaptıkları çalışmada algılanan duyarlılıkta artış olması ile KKMM yapma oranlarının arttığını saptamışlardır. Tayvan'lı yoksul kadınlarda yapılan bir diğer çalışmada duyarlılık algısının KKMM yapma niyeti üzerinde etkisi olduğunu ancak KKMM yapma oranlarında etkili olmadığını, KKMM yapma niyeti varyansının %26'sının duyarlılık algısı ile açıklandığını belirtilmiştir (Lu, 2001). Sağlık davranışının gerçekleşmesinde, bireyin hastalıkları önleme ve sağlığı sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Bu algı, bireyin birincil korunmaya olan isteğini yansıtır. Ayrıca duyarlılık algısı ile davranış arasındaki ilişkiye bakıldığında duyarlılık arttıkça davranışın gerçekleşme olasılığı da artmaktadır. Bu çalışmada duyarlılık algısının artırılmasında eğitimin önemli olduğu görülmektedir. Bir kadının erken tanı davranışlarının geliştirilmesi için öncelikle meme kanserine yatkın olduğunu hissetmesi ve meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılaması gereklidir. Yatkınlık algısındaki artış ile meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışların da daha fazla olacağını belirtilmektedir.

Çalışmamızda deney grubundaki kadınların sağlık motivasyonunun kontrol grubuna göre yüksek olması, KKMM yapma oranlarını arttırdığını düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık motivasyonu algısının KKMM yapma davranışlarında olumlu etkisi belirtilmiştir (Champion ve Scott 1997; Petro Nustas, 2001). Graham'ın (2002), çalışmasında

sağlık motivasyonunun artması ile KKMM sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Chuntharapat ve arkadaşlarının (2005), yaptıkları çalışmada eğitim sonrası sağlık motivasyonunda anlamlı bir fark ortaya çıkmış ve bunun KKMM uygulamalarını arttırdığı saptanmıştır. Meryem'in (2002), çalışmasında KKMM hakkında eğitim alan bireylerin sağlık motivasyonu algıları daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada deney grubunda yer alan kadınların KKMM yarar algılarının yüksek, engel algılarının düşük olarak saptanması kadınların 3 aylık izlem sonrasında KKMM yapma oranlarını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Çalışmamıza zıt olarak Jirojwong ve MacLennan (2003) yoksul kadınlarda KKMM yarar algısı ve engel algısının KKMM yapma oranlarını etkilemediğini belirtmiştir. Bu çalışmada kadınların yarar algılarında artma ve engel algılarında azalma olması ve KKMM yapma davranışlarının artması eğitim programı sonrasında beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda deney grubunda KKMM yapma oranlarında artışın bir diğer nedeni olarak kadınların öz-etkililik algılarının girişim sonrası yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde öz-etkililik algısı davranışın oluşması ve sürdürülmesinde en önemli etmen olarak tanımlanmaktadır. Jirojwong 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. Bu çalışmada deney grubuna yapılan eğitim sonrası KKMM yapmanın öğretilmesi ve maket üzerinde kadınların kitleleri tespit etmelerinin sağlanması kadınların KKMM öz-etkililik algılarının gelişmesine katkı sağladığını ve KKMM yapma oranlarını arttırdığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada deney grubunda girişimden 3 ay sonra yapılan izlemde **KMM** yaptıran kadın oranı %4 iken kontrol grubunda KMM yaptıran kadın bulunmamaktadır (Tablo 13). Bu bulgu “H4: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların klinik meme muayenesi yaptırma sıklığı daha yüksektir” hipotezini doğrulamaktadır. Girişim sonrası kadınların **mamografi** tarama davranışlarında da deney grubunda artış olduğu saptanmıştır (Tablo 14) “H5: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların mamografi çekme sıklığı daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir. Deney grubunda mamografi çektiren kadınların oranı %14.8 iken kontrol grubunda mamografi çektiren kadın bulunmamaktadır.

Literatürde yoksul kadınlarda klinik meme muayenesi yaptırma davranışlarının incelendiği çalışmaya ulaşılabilmiştir. Buna karşın kadınların mamografi çekme

davranışlarının SİM kullanılarak uygulanan girişimler sonrası algılardaki değişim ile incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan yoksul kadınlarda algılanan duyarlılık ile mamografi çekirtme arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada algılanan duyarlılığı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara oranla mamografi çekirtme oranlarının 0.74 kat fazla olduğu ve algılanan duyarlılık ile mamografi çekirtme arasındaki korelasyonun .29 olduğu saptanmıştır. Bu bulguya zıt olarak bazı çalışmalarda mamografi taramalarına katılım ile duyarlılık algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ve bulgularımıza benzerlik göstermektedir (Champion ve Menon, 1997; Champion ve Scott, 1997; Hyman, Baker, Ephraim, Moadel, Philip, 1994). Mickey ve arkadaşları (1995), düşük gelirli Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda yaptığı ve kadınların meme kanseri tarama davranışları ile ilişkili faktörleri incelediği çalışmalarında, duyarlılık algısının düzenli mamografi çektirilmesinde önemli bir belirleyici olmadığı bulunmuştur. Russell ve arkadaşları (2006), son 5 yıl içinde en az 1 kez mamografi çekiren 602 kadın üzerinde yaptığı çalışmada duyarlılık algısının rutin mamografi taramalarında önemli olmadığını saptamıştır. Cronan ve arkadaşları (2008), 146 yoksul kadında yaptığı çalışmada algılanan duyarlılık ile kadınların mamografi taramalarına katılımları arasında ilişki olmadığını saptamıştır. Çalışmada kadınların duyarlılık algılarında artış olmasına karşın erken tanı davranışlarından mamografi çekirtme oranlarının düşük olması, ülkemizde sağlık sistemi organizasyonunun hizmete ulaşmada yeterli düzeyde olmamasında kaynaklandığını düşündürmektedir. Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak algıladıkları engeller arasında sağlık hizmetleri sunumuna yönelik olarak maddi olanakların sınırlı olması, muayene için randevu alamama, uzun bekleme zamanı, tetkiklerin kısa sürede tamamlanmaması, sağlık personeli ile iletişim problemleri ve hizmetten memnuniyetsizlik gibi faktörler yer almaktadır.

Duyarlılık algısının yanı sıra sağlık motivasyonunun yüksek olması kadınların KMM ve mamografi tarama davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık motivasyonu algısının mamografi yaptırma durumuna yönelik olumlu etkisi belirtilmiştir (Champion ve Scott 1997; Petro Nustas, 2001). Algılanan sağlık motivasyonu eylemin davranışa geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma durumu olarak tanımlanmaktadır. SİM'ne göre, sağlık motivasyonu algısı yüksek olan kadınların düzenli mamografi ve klinik meme muayenesi yaptırma eğilimleri daha yüksek olacaktır. Bu çalışmada kadınların sağlık motivasyonlarında artış görülmesi kadınların KMM yaptırma ve mamografi çekirtme oranlarında artışa neden olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda deney grubundaki kadınların KMM yaptırma ve mamografi çekirme davranışlarında artış görülmesinin kadınların öz-etkililik algılarının girişim sonrası yüksek olmasından da kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür öz-etkililik algısının mamografi davranışını göstermede olumlu etkisini desteklemektedir. Champion ve arkadaşları (2005), yoksul kadınlarda öz-etkililik algısının artması ile mamografi çekirme oranının 1.09 kat arttığını saptamışlardır. Palmer, Fernandez, Tortolero-Luna, Gonzales, Mullen (2005), yoksul kadınlarda öz-etkililik algısının yükselmesi ile mamografi çekirme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ( $r=.73$ ), öz-etkililik algısının artması ile mamografi çekirme oranının 2.1 kat arttığını saptamışlardır. Cronan ve arkadaşları (2008), üç etnik grup üzerinde yaptığı çalışmada tüm gruplarda öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların mamografi tarama davranışlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Fernandez ve arkadaşları (2009), yoksul 50 yaş ve üzerindeki İspanyol kadınlarda meme ve serviks kanseri taraması geliştirme programının etkinliğini değerlendirmişlerdir. Sağlık eğitimcileri tarafından kadınların eğitimi yanı sıra onların motive olması ve sağlık hizmetlerine ulaşımının kolaylaştırılması da sağlanmıştır. Altı aylık izlem sonrasında deney grubunda mamografi öz-etkililik algılarında anlamlı fark bulunmuştur. Bu çalışmada SİM’de belirtildiği üzere öz etkililik arttıkça meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirme olasılığının artması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda kadınların yarar ve engel algılarındaki olumlu değişimin, meme kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesinde etkisi olduğunu düşündürmektedir ve bu bulgu literatür ile desteklenmektedir (Champion ve Menon, 1997; Fernandez ve ark., 2009; Lu, 2001; Paskett ve ark., 1999). Bu bulgulara zıt olarak Russell ve arkadaşları (2006), yarar algısının rutin mamografi taramalarında önemli olmadığını sadece engel algısının düşük olmasının mamografi çekimini arttırdığını saptamıştır. Benzer şekilde yoksul kadınlarda yapılan bir çalışmada algılanan yarar ile kadınların mamografi davranışları arasında ilişki olmadığı ancak engel algılarının düşük olmasının mamografi çekirmede etkili olduğu vurgulanmıştır (Cronan, 2008).

Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesinde yapılan bütün çalışmalar eğitimin etkinliğini desteklemektedir. Ancak önemli olan bir başka nokta ise bazı durumlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde eğitimin tek başına etkili olamayacağıdır (Vazquez ve ark. 2002). Erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesi için eğitim programlarının yanı sıra bu eğitimlerin *hatırlatıcılarla desteklenmesi* önem taşımaktadır (Bonfil ve ark., 2009; Vazquez ve ark., 2002). Sağlık İnanç Modeli’nde de bir



davranışın gerçekleştirilmesinde eyleme geçirici olarak hatırlatıcı kullanımının önemli olduğu bildirilmektedir. Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarına katılımı ve sürdürmeyi sağlayan çeşitli eyleme geçiriciler yer almaktadır (Bonfil, Marzo, Pladevall ve Marti 2009; Kwok, Cant ve Sullivan 2005; Taplin ve ark., 2000; Vazquez ve ark., 2002). *Eyleme geçiriciler*, konu ile ilgili eğitim ve hatırlatıcıların kullanılmasını (hatırlatıcı mektuplar, telefonla hatırlatma, mail ile hatırlatma, bilgi verici broşürler, ev ziyaretleri, kombine müdahaleler, medya) içermektedir. Çalışmamızda deney grubuna verilen eğitim sonrasında kadınlara telefon ile hatırlatma yapılmıştır. Sağlık İnanç Modeli kullanılarak yapılan çalışmalarda bireylerin konu ile bilgilendirilmeleri ve eyleme geçirici unsurların kullanılması ile olumlu sağlık davranışlarını geliştirdikleri saptanmıştır. Kalichman ve arkadaşları (2000) yoksul Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda yaptıkları çalışmada sağlık eğitiminin yanı sıra, film ve meme maketi kullanmıştır. Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların KKMM yapma oranları kontrol grubuna göre 3.5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Ho (2006) yaptığı çalışmada deney grubundaki kadınlara meme maketi kullanarak KKMM eğitimi yapmıştır. Girişim sonrası deney grubundaki kadınların KKMM yapma oranlarında kontrol grubuna göre anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Lantz ve arkadaşları (1995), yoksul kadınlarda hatırlatıcı kullanımının mamografi çektirmeye yönelik etkisini inceledikleri çalışmada; hatırlatıcı mektup ve daha sonrasında telefon ile hatırlatmaların yapıldığı deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre mamografi çektirme oranının 4.5 kat arttığı belirtilmektedir. Champion ve arkadaşları (2006) 344 düşük gelirli kadın üzerinde üç yöntemin mamografiye bağlılıktaki etkisini karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmasında, bilgisayar etkileşiminin %40, video formatındaki mesajların %24.6 ve broşürün %32.1 oranında mamografiye bağlılığı arttırdığını bulmuştur. Çalışmamızda girişim sonrası kadınların KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çektirme oranlarının kontrol grubuna göre yüksek çıkması verilen eğitimin ve hatırlatıcı kullanımının etkinliğini göstermektedir.

### **5.3. Yoksul Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları**

Bu araştırmada, deney grubundaki yoksul kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği alt boyutlarından duyarlılık algısı puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 15) ve “H6a: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların serviks kanseri **duyarlılık algısı** kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir. Deney grubunda duyarlılık algısı puan ortalamaları girişim

öncesi ve sonrasında anlamlı olarak artış göstermiştir (Tablo 15). Literatürde yoksul kadınlarda serviks kanseri ve pap smear testine yönelik inançlarını içeren çalışmalar sınırlı sayıdadır. Jirogwong ve arkadaşları (2001), yoksul kadınlarda yaptıkları çalışmada kadınların sağlık inançları ve pap smear yaptırma durumlarını incelemiştir. Çalışmada, serviks kanseri duyarlılık algısı yüksek olan kadınların pap smear yaptırma oranlarının daha fazla olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir. McFarland (1999), gelir seviyesi düşük ve yüksek olan kadınlarda algılanan duyarlılık ile pap smear testi yaptırma oranları arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir. MacFarland (2003), pap smear testi ve servikal kansere yönelik olarak kadınların bilgi ve algılarını inceledikleri çalışmalarında, 30 kadın ile yaptıkları görüşme sonrasında, katılımcıların çoğunluğunun serviks kanseri duyarlılık algılarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada deney ve kontrol grubu duyarlılık algılarında anlamlı fark olmamasına rağmen deney grubunda eğitim sonrası duyarlılık algılarında artış olması eğitimin etkinliğini göstermektedir. Kadınların serviks kanseri olma risklerini yüksek olarak algılamaları duyarlılık algılarında artışa neden olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda deney grubundaki kadınların ölçek alt boyutlarından serviks kanseri ciddiyet algılarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 15) ve “H6b: Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların **serviks kanseri ciddiyet algıları** kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir. Buna karşın deney grubunda eğitim öncesi ve sonrası serviks kanseri ciddiyet algısı puanlarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yoksul kadınlarda yapılan bir çalışmada kadınların serviks kanserine yönelik olarak ciddiyet algılarının yüksek olduğu belirtilmektedir (McFarland, 2003). Jirogwong ve arkadaşları (2001), ciddiyet algısı yüksek olan kadınların pap smear testi yaptırma oranlarının daha fazla olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada yoksul kadınların serviks kanseri ciddiyet algılarında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmamasının nedeni, genel olarak tüm bireylerin kanseri ciddi bir hastalık olarak algılanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda deney grubundaki kadınların pap smear testi yaptırmaya yönelik yarar algılarının yüksek, engel algılarının düşük olarak bulunması (Tablo 15) “H6c:Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların serviks kanseri **yarar algısı** kontrol grubuna göre daha yüksektir”, “H7:Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların **pap smear testi engel algısı** kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezlerini doğrulamaktadır. Yapılan çalışmalar bu çalışmadan elde edilen bulgular ile benzerdir. Jirogwong ve arkadaşları (2001), pap smear

testi yarar algısı yüksek olan kadınların pap smear yaptırma oranlarının daha fazla olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığını belirtmiştir. Ayrıca pap smear engel algıları düşük olan kadınlar testi 0.1 kez daha yüksek oranda yaptırırken gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. SİM'ne göre uyarlanmış olan ölçek toplam puanı yüksek olan kadınlarda ise pap smear testi yapma oranı, ölçek puanı düşük olan kadınlara oranla 6.3 kat daha fazladır ve istatistiksel olarak fark anlamlıdır.

Paskett ve arkadaşları (1999), yoksul Afrika kökenli Amerikan kadınlarda yaptıkları çalışmada toplum tabanlı girişimlerin kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına etkisini incelemiştir. Üç yıllık izlem sonrasında deney grubunda pap smear yaptırma oranı %73'ten %87'ye çıkmıştır. Kadınların engel algılarında deney grubunda anlamlı bir fark saptanmış iken, pap smear testine yönelik pozitif inançları ve bilgilerinde girişim sonrası fark saptanmamıştır. 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. Ayrıca kadınların pap smear testi yaptırarak hastalıktan korunduklarına inandıkları, testin serviks kanseri dışında cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve vajinal enfeksiyonların tespitinde etkili olduğunu düşündüklerini saptamışlardır.

Tung ve arkadaşları (2008), Viyetnam kökenli Amerikalı 80 kadın üzerinde yaptığı tanımlayıcı ve kesitsel çalışmalarında serviks kanseri erken tanı davranışları ile kadınların yarar ve engel algıları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yarar algısının yüksek olması ve engel algısının düşük olmasının kadınların pap smear testi yaptırmada etkili değişkenler olduğunu saptamışlardır. Lee, Fogg ve Menon (2008), Kore kökenli Amerikalı 189 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada yarar algısının yüksek olmasının ve engel algısının düşük olmasının kadınların pap smear testi yaptırmada etkili olduğunu saptamışlar, engel algısı düşük olan kadınların yüksek olan kadınlara oranla 7 kat daha fazla pap smear testi yaptırdıklarını belirtmişlerdir. MacFarland (2003), pap smear testine yönelik olarak kadınların yarar algılarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların pap smear testine yönelik engel algılarının ise bilgi eksikliği olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada kadınların eğitim sonrası yarar algılarının yüksek, engel algılarının düşük çıkması bu algıların geliştirilmesinde eğitimin etkin olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların serviks kanseri **öz-etkililik algısı** puanlarında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (Tablo 16) “H6d: Deney grubunda

verilen eğitim sonrası kadınların pap smear testi özetkililik algıları kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir. Bu bulgudan farklı olarak özetkililik algısının pap smear testi yaptırmada etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan Tayvan’lı kadınlarda yapılan bir çalışmada öz-etkililik algısı yüksek olan kadınlarda pap smear testi yaptırma oranı özetkililik algısı düşük olan kadınlara göre 2.5 kat daha fazladır ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Jirogwong ve ark. 2001). Tung ve arkadaşları (2008), Viyetnam’lı kadınlarda öz-etkililik algısının yüksek olmasının kadınların pap smear testi yaptırmada etkili olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada kadınların öz-etkililik ölçeği puanlarında girişim sonrası anlamlı fark olmamasına rağmen deney grubunda girişim öncesi kadınların öz-etkililik algısı puan ortalaması 2.00 iken girişim sonrası 4.08’e yükselmiştir ve aradaki fark anlamlıdır. Bu artış deney grubunda pap smear testi yaptırma oranlarını olumlu yönde etkilemiş olabilir.

#### **5.4. Yoksul Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları**

Bu çalışmada deney grubunda girişim sonrası pap smear testi yaptırma durumu kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktur (Tablo 17) ve “H8: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların **pap smear testi yaptırma sıklığı** daha yüksektir” hipotezini desteklememektedir. Her iki grup arasında pap smear testi yaptırma oranlarında anlamlı fark olmamasına karşın deney grubunda pap smear testi yaptırma oranı %14.9 iken kontrol grubunda bu oran %4’tür ve girişim sonrası artış saptanmıştır (Tablo 17). Literatürde yoksul kadınların planlanan girişimler sonrasında pap smear testi yaptırma oranlarında artış olduğunu gösteren çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmalardan Lantz ve arkadaşları (1995), yoksul kadınlarda hatırlatıcı kullanımının 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 belirtilmektedir.

Arevian, Noureddine ve Kabakian-Khasholian (2006), Lübnan’lı ekonomik olarak dezavantajlı durumda olan kadınlarda eğitim, broşür verme, ücretsiz pap smear yaptırma kartı gönderme, radyo programı ile bilgilendirme gibi farklı girişimlerin pap smear testi yaptırmada etkisi incelemiştir. Bir yıl sonrasında tüm girişimlerin kadınlarda pap smear yaptırma oranlarında etkili olduğunu ve son bir yıl içinde %45.5’inin test yaptırdığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda sağlık eğitiminin sonrasında kadınlara hatırlatıcı olarak telefon

kullanılması pap smear testi yaptırma oranlarını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Ayrıca sağlık eğitimi sonrasında kadınların pap smear testi yarar algılarının artarak, engel algılarında azalma olması pap smear testi yaptırma oranlarını etkilemiş olabilir.

Literatürde yoksul kadınlarda Sağlık İnanç Modeli'nin kullanılarak serviks kanserine ilişkin algılarının ve pap smear testi yaptırma durumlarının incelendiği çalışmalar sınırlıdır. Bunun nedeni ise serviks kanserine yönelik olarak SİM'i içeren ölçüm aracına olan ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmalarda kullanılan ölçüm araçları ise araştırmacıların ilgili literatürden yararlanarak oluşturduğu soruları içeren ölçüm araçlarıdır. Bu durum çalışmamızın sonuçlarını literatür temelinde tartışma sınırlılığını getirmektedir.

### **5.5. Yoksul Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları**

Bu çalışmada deney ve kontrol grubu arasında kadınların eğitim öncesi Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 18) ve H9: "Deney grubunda verilen eğitim sonrası kadınların **sağlık sorumluluğu** kontrol grubuna göre daha yüksektir" hipotezi red edilmiştir. Benzer şekilde deney grubunda girişim sonrası meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını gösteren ve göstermeyen kadınların sağlık sorumluluğu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 19).

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

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

### **5.6. Önceki Davranışların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına Yönelik Gerçekleştirilen Sonraki Davranışlara Etkisi**

Bu çalışmada girişim sonrası kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında önceki davranışların etkisinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 20) ve “H10: Deney grubunda önceden meme ve serviks kanseri erken tanı davranışı deneyimlemiş kadınların hemşirelik girişimleri sonrası meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı davranışı gösterme sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir.

Literatürde önceki davranışların meme ve serviks kanseri erken tanısına yönelik olarak sonradan gerçekleştirilen davranışlara olan etkisinin incelendiği çalışmalara ulaşılamamıştır. Sağlık Geliştirme Modeli’ne göre bireyin önceki sağlık davranışları şimdiki davranışların oluşumunda bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık haline getirmesinde etkili olduğunu bildirmektedir. Ancak bu çalışmada önceki davranışların yeni oluşturulacak olan davranışa etkisinin olmaması kadınların düşük ekonomik düzeylerinden kaynaklanmış olabilir. Çalışmanın birinci aşamasında kadınlar meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki engeller arasında sağlık hizmetlerine ulaşım için maddi kaynaklarının yetersizliğini belirtmişlerdir. Literatürde gelir seviyesinin meme kanseri erken tanı davranışlarını gösterme ve pap smear testi yaptırma sıklığı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Deveci, Açık ve Rahman, 2010; McFarland, 1999; Wellensiek ve ark., 2002).

## **6. SONUÇ VE ÖNERİLER**

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

Bu çalışmada yapılan girişimler sonucunda yoksul kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yarar ve özetkililik, ve mamografi yarar algılarında artma, KKMM ve mamografi engel algılarında azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çektirme oranları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında deney grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır.

Kadınlarda serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak yarar algılarında artma, engel algılarında azalma olmakla birlikte, serviks kanseri duyarlılık ve ciddiyet algısı ile öz-etkililik algılarında fark olmadığı saptanmıştır. Ayrıca kadınların pap smear testi yaptırma sıklığının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında deney grubunda daha fazla olduğu ancak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Kadınların sağlık sorumluluğu algıları ve önceki davranışlarının gerçekleştirilen davranış üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Elde edilen veriler doğrultusunda;

### **6.2. Öneriler**

- Yoksul kadınların meme ve serviks kanseri ile bu kanserlerin erken tanısına yönelik bilgi eksikliğinin olması ve kadınların meme ve serviks kanserine yönelik algılarında olumlu değişime neden olduğu göz önünde bulundurularak sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması,
- Özetkililik algısının kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının oluşumunda önemli bir etmen olması nedeniyle eğitimler sırasında kadınların özetkililik algılarını geliştirmeye yönelik aktif yöntemler (meme maketi ve bireysel eğitim) kullanılması,
- Kadınlarda utanma nedeni ile sağlık kuruluşuna başvurmadıkları göz önünde bulundurularak, kültüre özgü girişimlerin planlanması,
- Sağlık kuruluşlarını erken tanı için kullanmayan kadınların nedenleri arasında uzun bekleme zamanları, randevu alamama, sosyal güvencenin olmaması gibi faktörlerin olması nedeniyle, kadınların erken tanı için başvurabilecekleri kurumlar hakkında bilgilendirilmesi,
- Çalışmanın yapıldığı bölgede belediyenin halka hizmet sunmak için poliklinik hizmeti sunmasının kadınların erken tanı davranışlarını olumlu yönde etkilediği göz önünde

bulundurulacak, hemşirelerin çalıştıkları bölgede yerel yönetimler ile iş birliği yapması ve bu tür hizmetlerin her bölge için ücretsiz olacak şekilde yaygınlaştırılması,

- Halk eğitimlerinin önemli olmasına karşın davranış değişiminde yeterli olmaması nedeniyle kadınlarda davranış değişimini sağlamak ve kadınların erken tanı davranışları engelleri arasında ifade ettikleri unutkanlık faktörünün ortadan kaldırılmasına da katkı sağlaması açısından eyleme geçirici olarak telefon ve ev ziyaretleri ile hatırlatma yapılması,

- Yoksul kadınların sosyal çevrelerinden etkileşimlerinin yüksek olması nedeniyle Balçova Belediyesi Semt Evleri'nde erken dönemde tespit edilerek meme kanseri tanısı almış kadınların olumlu deneyimlerini paylaştığı toplantıların planlanması,

- Sağlık çalışanlarının özellikle toplum ile iç içe olan halk sağlığı hemşirelerinin taramalara katılmayan yoksul kadınların tespit edilmesinde, bu kadınların meme ve serviks kanserine yönelik bilgilendirilmesinde ve kadınların motive edilmesinde daha etkin rol almaları,

- Hemşirelik öğrencilerinin kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında etkili faktörler konusunda bilinçlendirilmesinin toplumun sağlığının korumak ve geliştirmek açısından önemi düşünüldüğünde, Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'ne hemşirelik lisans müfredatlarında yer verilmesi önerilmektedir.

### **Araştırmacılara Öneriler;**

- Bu çalışma sonuçlarına göre kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında bulunmama nedenleri arasında bilgi eksikliğinin önemli bir etken olması dikkate alınarak, bilgi eksikliğinin neden olduğu engeller ortadan kaldırıldıktan sonra, yoksul kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirme oranlarının incelendiği çalışmaların yapılması,

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

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



- Yoksul kadınlarda Sağlığı İnanç Modeli alt boyutlarının her biri için ayrı olmak üzere erken tanı davranışları üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmaların yapılması,
- Türkiye’de yoksul kadınlara yönelik yapılmış olan çalışmaların sınırlı olması nedeniyle yoksul kadınların sağlık sorunlarından daha fazla etkilendikleri düşünülerek bu gruplarda yapılacak çalışmaların artırılması önerilmektedir.

## **7.KAYNAKLAR**

- Abercrombie PD. Improving adherence to abnormal pap smear follow-up. JOGNN 2001; 30(1):80-88.
- Adaman F, Keyder Ç. Türkiye’de Büyük Kentlerin Gecekondu ve Çöküntü Mahallelerinde Yaşanan Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma Avrupa Komisyonu, Sosyal Dışlanma ile Mücadelede Mahalli Topluluk Eylem Programı 2002-2006 Raporu, Erişim Tarihi: 05.08.2011. [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/docs/2006/study\\_turkey\\_tr.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/study_turkey_tr.pdf)
- Agurto I, Bishop A, Sanchez G, Betancort Z, ve ark. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. Preventive Medicine 2004; 39:91-98.
- Ahmed NU, Fort JG, Elzey JD, Bailey S. Empowering factors in repeat mammography: insights from the stories of underserved women. Journal of Ambulatory Care Management 2004; 27(4):348-355.
- Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda papsmear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2010; 2(2):1-4.
- Akın A, Esin Ç, Çelik K. Kadının sağlık hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa’da kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik stratejik eylem planı. İçinde: Akın A. Editör. Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2003. sayfa:17-33.
- Aktan CC, Vural Yİ. Yoksulluk: Terminoloji, temel kavramlar ve ölçüm yöntemleri. Aktan C. Editör. Yoksullukla Mücadele Stratejileri. Ankara; Hak-İş Konfederasyonu Yayınları, 2002.
- Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, ve ark. Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48:25-29.
- Akyüz F. 1980 sonrası dönemde Türkiye’deki gelir dağılımı dengesizliği ve yoksulluğun boyutlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2002, Muğla.
- Alpteker H, Avcı A. Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. The Journal of Breast Health 2010; 6(2):74-79.

- Althuis MD, Brogan DR, Coates RJ. Hormonal content and potency of oral contraceptives and breast cancer risk among young women. *British Journal of Cancer* 2003; 88:50–58.
- American Cancer Society. Causes, risk factors, and prevention topics what are the risk factors for breast cancer? 2011, <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/breast-cancer-risk-factors>. Erişim Tarihi: 20.11.2011.
- American Cancer Society. American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection. 2011, <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/DetailedGuide/breast-cancer-detection>. Erişim Tarihi: 20.11.2011.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Breast cancer screening. 2003, <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=3990&search=breast+self+examination>. Erişim: 01.03.2008.
- Anderson BO, Shyyan R, Eniu A, Smith R, ve ark. Breast cancer in limited-resource countries:an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines. *The Breast Journal* 2006; 12(1): 3-15.
- Arevian M, Noureddine S, Kabakian T. A survey of knowledge, attitude and practice of cervical screening among Lebanese/Armenian women. *Nursing Outlook* 1997; 45:16-22.
- Arevian M, Noureddine S, Kabakian-Khasholian T. Raising awareness and providing free screening improves cervical cancer screening among economically disadvantaged Lebanese/Armenian women. *Journal of Transcultural Nursing* 2006; 17(4):357-364.
- Austin L, Ahmad F, McNally MJ, Steward D. Breast and cervical cancer screening in Hispanic Women: a literature review using the Health Belief Model. *Women's Health Issues* 2002; 12:122-128.
- Avcı İA, Atasoy A, Sabah E. Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2007; 15(60):119-128.
- Aydoğdu NG, Bahar Z. Sağlık hizmetlerinin kullanımına etki eden etmenlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2007.
- Aydın İ. Meme kanserinin erken tanısına yönelik iki farklı eğitimin, öğretmenlerin meme kanseri taramalarındaki inanç ve davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği AnaBilim Dalı Doktora Tezi, 2004, Erzurum.

- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12(1): 1-13.
- Bahar Z, Aydoğdu NG. Sağlıkta eşitsizlik ve hemşirelik. DEUHYO ED 2011; 4(3):131-136.
- Bailey EJ, Erwin DO, Belin P. Using cultural beliefs and patterns to improve mammography utilization among African-American women: the Witness Project. Journal of the National Medical Association 2000; 92(3):136-142.
- Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. Asian Journal of Psychology 1999; 2:21-41.
- Bastani R, Kaplan CP, Maxwell AE, Nisenbaum R, ve ark. Initial and repeat mammography screening in a low income multi-ethnic population in Los Angeles. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention 1995; 4(2): 161-167.
- Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadın ve yoksulluk. Ankara 2008; 5-12.
- Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, ve ark. Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. American College of Obstetricians and Gynecologists 2004; 104(6):1355–1361.
- Beji NK, Reis N. Risk factors for breast cancer in Turkish women: a hospital-based case-control study. European Journal of Cancer Care 2007; 16:178–184.
- Bernstein J, Mutschler P, Bernstein E. Keeping mammography referral appointments: motivation, health beliefs, and access barriers experienced by older minority women. Journal of Midwifery & Womens Health 2000; 45(4):308-313.
- Beşer A, Bahar Z, Aydoğdu GN, Ersin F, Kıssal A. Validity and reliability study for the self-efficacy scale. Health Med 2012; 6(1) (Kabul Edildi).
- Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu Türkiye. Devlet Planlama Teşkilâtı Birleşmiş Milletler Mukim Koordinatörlüğü, 2005.
- Boyer LE, Williams M, Callister LC, Marshall ES. Hispanic Women's Perceptions Regarding Cervical Cancer Screening. JOGNN 2001; 30(2):240-245.
- Bonfill CX, Marzo CM, Pladevall VM, Marti J. ve ark. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening. The Cochrane Library 2009; 1:1-24.

- Breitkopf RC, Pearson HC, Breitkopf DM. Poor knowledge regarding the pap test among low-income women undergoing routine screening. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2005; 37(2):78-84.
- Buğra A. Yoksulluk ve sosyal haklar, sivil toplum geliştirme merkezi derneği için hazırlanan danışman raporu. 2005, [www.spf.boun.edu.tr/docs/STGP\\_Bugra.pdf](http://www.spf.boun.edu.tr/docs/STGP_Bugra.pdf). Erişim Tarihi: 08.05.2010.
- Buki LP, Jamison J, Anderson CJ, Cuadra AM. Differences in predictors of cervical and breast cancer screening by screening need in uninsured Latina women. *Cancer* 2007;110: 1578-85.
- Campbell JB. Breast Cancer-Race, Ethnicity, and Survival: A literature Review. *Breast Cancer Research and Treatment* 2002; 74(2):187-192.
- Champion VL, Scott CR. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research* 1997; 46:331-337.
- Champion VL, Menon U. Predicting mammography and breast selfexamination in African American women. *Cancer Nursing* 1997; 20:315-322.
- Champion V, Skinner C, Foster J. The effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs knowledge and behavior related to mammography screening. *Oncology Nursing Forum* 2000; 27(10):1565–71.
- Champion V, Skinner CS, Menon U. Development of a self efficacy scale for mammography. *Research in Nursing & Health* 2005; 28:329-336.
- Champion V, Skinner C, Menon U, Seshadri R, ve ark. Comparisons of tailored mammography interventions at two months post intervention. *Ann Behaviour Medicine* 2002; 24(3):211–18.
- Chen S, Ravallion M. The developing world is poorer than we thought, but no less successful in the fight against poverty. 2008, [http://siteresources.worldbank.org/JAPANINJAPANESEEXT/Resources/5154971201490097949/080827\\_The\\_Developing\\_World\\_is\\_Poorer\\_than\\_we\\_Thought.pdf](http://siteresources.worldbank.org/JAPANINJAPANESEEXT/Resources/5154971201490097949/080827_The_Developing_World_is_Poorer_than_we_Thought.pdf). Erişim: 01.04.2009.
- Chuntharapat S, Sripotchanart W, Phongthanasarn J. Effects of Health Belief Model instruction on breast self-examination compliance in perimenopausal women. *Songklanakarind Journal of Nursing* 2005, 20(2):123-138.

- Cohen M. First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping and adherence to breast self-examination. *Behav Med* 2002; 28(1):15-22.
- Coronado GD, Thompson B, Koepsell TD, Schwartz SM, ve ark. Use of pap test among Hispanics and non-Hispanic whites in a rural setting. *Preventive Medicine* 2004; 38:713-722.
- Coşkun S, Tireli M. Avrupa Birliğinde yoksullukla mücadele stratejileri ve Türkiye. Ankara, Nobel Yayınevi, 2008; 1-30.
- Couture MC, Nguyen CT, Alvarado BE ve ark. Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. *Prev Med* 2008;47: 471-6.
- Crain W. Theories of development 'concepts and applications. Fifth Edition. New York, Upper Saddle River, 2005.
- Cronan TA, Villalta I, Gottfried E, Vaden Y, ve ark. Predictor of mammography screening among ethnically diverse low income women. *Journal of Women's Health* 2008; 17(4): 527-538.
- Cutler LR. The contribution of nursing to cancer prevention. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29(1):169-177.
- Çakır Ö. Türkiye'de kadının çalışma yaşamından dışlanması. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2008; 31:25-47.
- Çapık C, Bahar Z. Küreselleşme, yoksulluk ve hemşirelik. *Yeniden İmece* 2008; 20(Eylül):29-33.
- Deavenport A, Modeste N, Marshak HH, Neish C. Closing the gap in mammogram screening: an experimental intervention among low-income Hispanic women in community health clinics. *Health Educ Behav* 2011; 11:1-10.
- Demirhan H, Özen İ, Bostancı M, Zincir M. Pamukkale üniversitesi kredi ve yurtlar kurumu kız öğrencilerinde kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bir araştırma. *Sağlık ve Toplum* 2002; 2 (3).
- Deveci ES, Açık Y, Rahman S. Elazığ'ın kenar semtlerinde yaşayan kadınların yaşam koşulları ve sağlık riskleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9(1):45-50.
- Devlet Planlama Teşkilatı. Sekizinci beş yıllık kalkınma planı, gelir dağılımının iyileştirilmesi ve yoksullukla mücadele özel ihtisas komisyonu raporu. 2001, <http://ekutup.dpt.gov.tr/Iekonomi/gelirdag/oik610.pdf>. Erişim tarihi: 02.04.2010.

- Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Medical Journal* 2007; 20(1):29-36.
- Documet PI, Gren HH, Adams J, Weil LA, ve ark. Perspectives of African American, Amish, Appalachian And Latina women on breast and cervical cancer screening: implications for cultural competence. *Jornal of Health Care fort the Poor and Underserved* 2008; 19(1):56-74.
- Dozier KJ, Lawrence D. Socio-demographic predictors of adherence to annual cervical cancer screening in minority women. *Cancer Nursing* 2000; 23(5):350-356.
- Ecevit Y. Toplumsal cinsiyetle yoksulluk ilişkisi nasıl kurulabilir? Bu ilişki nasıl çalışılabilir?. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 25(4).
- Elik Z. Sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamaları üzerine etkisi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, 2006.
- Ensari S. TÜİK'in yoksulluk analizleri üzerine. *Güncel* 2010; 24(87): 9-15.
- Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin N, İbrikçi S. Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. *Hemşirelik Bülteni* 1994; 3(8):28-36.
- Erdoğan S. Sosyal politikada "Avrupalı" bir kavram: Sosyal dışlanma. *Çalışma Ortamı Dergisi* 2004; 75.
- Erefe İ, Bayık A, Bahar Z, Özsoy SA. Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları. İzmir, Ege üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, 2003.
- Erken Tanı Ve Tarama Alt Kurulu Raporu. Meme kanseri tarama programlarının organizasyonu. 2009, [http://ketem.org/pdf/alt\\_kurul\\_raporlari\\_2009/erken\\_tani\\_meme\\_kanseri.pdf](http://ketem.org/pdf/alt_kurul_raporlari_2009/erken_tani_meme_kanseri.pdf). Erişim Tarihi: 10.09.2011.
- Fernandez M, Palmer RC, Leong-Wu C. Repeat mammography screening among low-income and minority women: a qualitative study. *Cancer Control* 2005; November:77-83.
- Fernandez ME, Gonzales A, Tortolero-Luna G, Williams J. ve ark. Effectiveness of Cultivando La Salud: A Breast and Cervical Cancer Screening Promotion Program for low-income Hispanic Women. *American Journal of Public Health* 2009; 99(5): 936-943.
- Fleiss JL, Tytun A, Ury SHK. A simple approximation for calculating sample sizes for comparing independent proportions. *Biometrics* 1980; 36:343-346.

- Fontana M, Bischoffa A. Uptake of breast cancer screening measures among immigrant and Swiss women in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2008;138(49–50):752–758.
- Garza MA., Luan, J. Blinka M, Farabee-Lewis, RI. ve ark. A Culturally targeted intervention to promote breast cancer screening among low-income women in East Baltimore, Maryland. *Cancer Control* 2005; November:34-41.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (Ed). *Health behavior and health education theory, research, and practice*. San Francisco, CA : Jossey Bass, 2008.
- International Agency for Research on Cancer, IARC. GLOBOCAN 2008, Cancer Fact Sheet.2010, <http://globocan.iarc.fr/>. Erişim Tarihi: 25.09.2011.
- Green J, Berrington de Gonzalez A, Sweetland S, Beral V, ve ark., Risk factors for adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20-44 years: the UK national case-control study of cervical cancer. *Br J Cancer* 2003; 89:2078-2086.
- 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.
- Gözüm S, Aydın İ. Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion’s Health Belief Model Scales. *Cancer Nursing* 2004;27(6):491-498.
- Gözüm S, Karayurt Ö, Kav S, Platin N. Effectiveness of peer education for breast cancer screening and health beliefs in eastern Turkey. *Cancer Nursing* 2010; 33(3):213-220.
- Graham ME, Liggon Y, Hypolite M. Health beliefs and self breast examination in black women, *J Cult Divers* 2002; 9(2):49-54.
- Green BB., Taplin SH. Breast Cancer Screening Controversies. *The Journal of The American Board of Family Practice* 2003; 16(3): 233-241.
- Güvenç G. Serviks kanseri hakkında farkındalık arttırmaya yönelik geliştirilen yöntemin kadınların pap smear yaptırmalarına etkisi. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Doktora Tezi*, 2008, Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, 2009, Ankara, Türkiye. Yayın No: NEE-HÜ.09.01 ISBN 978-975-491-274-6



- Hacıhasanoğlu R, Gözüm, S. The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast self-examination on women attending a public education centre European Journal of Oncology Nursing 2008; 12: 58–64.
- Hatun Ş. Yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri, TBB Yayınları, 2002.
- Hiatt RA, Pasick RJ, Stewart S, Bloom J. Ve ark. Community-based cancer screening for underserved women: Design and baseline findings from the breast and cervical cancer intervention study. Preventive Medicine 2001; 33:190–203.
- Hilton LW, Jennings-Dozier K, Bradley PK, Lockwood-Rayermann S, ve ark. The role of nursing in cervical cancer prevention and treatment. Cancer 2003; 98(9):2020-2074.
- Holm CJ, Deborah IF, Curtin J. Health beliefs, health locus of control and women's mammography behavior. Cancer Nursing, 1999; 22:149-156.
- Husaini BA, Emerson JS, Hull PC, Sherkat DE. ve ark. Ruralurban differences in breast cancer screening among African American women. Journal of Health Care for the Poor and Underserved 2005; 16(4):1-10.
- Hyman RB, Baker S, Ephraim R, Moadel A, ve ark. Health belief model variables as predictors of screening mammography utilization. Journal of Behaviour Medicine 1994; 17:391-406.
- Ideström M, Milsom I, Ellström AA. Knowledge and attitudes about the pap smear screening program: a population based study of women aged 20-59 years. Acta Obstetr Gynecol Scand 2002; 81: 962-967.
- International Council of Nurses. Nurses: Working with the poor; against the poverty. Information and Action Tool Kit. 2004, <http://www.oegkv.at/uploads/media/tdk04engl.pdf>. Erişim Tarihi: 01.10.2011.
- International Council of Nurses. ICN Advancing Nursing and health World Wide. 2008, <http://www.icn.ch/indkit.htm>. Erişim Tarihi: 01.10.2011.
- Jirojwong S, MacLennan R. Health Beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai Migrants in Brisbane. Journal of Advanced Nursing 2003; 41(3):241-249.
- Jirojwong S, MacLennan R, Manderson L. Health beliefs and pap smears among Thai Women in Brisbane, Australia. Asia-Pacific Journal of Public Health 2001; 13(1):19-23.

- Johnson CR. The relationship between health promoting lifestyles and the practice of breast cancer screening behaviours in adult women. A Thesis Presented to The Faculty of the Department of Nursing Clarkson Collage, 1998, United State.
- Juneja A, Sehgal A, Mitra AB, Pandey A. A survey on risk factors associated with cervical cancer. *Indian J Cancer* 2003; 40:15-22.
- Juon H, Seung-Lee C, Klassen AC. Predictors of regular pap smear among Korean-American women. *Preventive Medicine* 2003; (37):585-592.
- Kaiser Permanente Care Management Institute. Cervical cancer screening guideline.2006, [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov). Erişim Tarihi:01.03.2008.
- Kalichman SC, Williams E, Nachimson D. Randomized community trial of a breastself-examination skills-building intervention for inner-city African-American women. *Journal of the American Medical Women Association* 2000; 55(1):47-50.
- Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuranların pap smear hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık ve Toplum* 2003; 13(2):60-66.
- Karayurt Ö, Dramalı A. Adaptation of Champion's health belief model scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast selfexamination. *Cancer Nursing* 2007; 30(1):69- 77.
- Kılıç MS. Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda olan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. Fırat Üniversitesi Hemşirelik Programı Doktora Tezi, 1994, Ankara.
- Ko CM, Sadler GR, Ryujin L, Dong A. Filipina American women's breast cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors. *BMC Public Health* 2003; 3(27):1-6.
- Koca B. Kendi kendine meme muayenesini bilmenin kadın sağlığı açısından önemi. *Yeni Tıp Dergisi* 2010; 27:10-14.
- Kwok C, Cant R, Sullivan G. Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Health Education Research* 2005; 20(6):739-747.
- Lambert S, Newton M, DeMeness M. Barriers to mammography in older, low income African-American women. *Journal of Multicultural Nursing & Health* 1998; 4(2):16-19.
- Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F, Faghihzadeh S, ve ark. Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2007; 13(5):1160-1169.

- Lantz PM, Stencil DS, Lippert MT, Beversdof S. Ve ark. Breast and cervical cancer screening in a low-income managed care sample: the efficacy of physician letters and phone calls. *American Journal of Public Health* 1995; 85(6):834-836.
- Lee EE, Fogg L, Menon U. Knowledge and beliefs related to cervical cancer and screening among Korean-American women. *West J Nurs Res* 2008; 30(8):960-74.
- Lechner L, De Vries H, Offermans N. Participation in a breast cancer screening program: Influence of past behavior and determinants on future screening participation. *Preventative Medicine* 1997; 26:473-482.
- Leyva M, Byrd T, Tarwater P. Attitudes towards cervical cancer screening: A study of beliefs among women in Mexico. *Californian Journal of Health Promotion* 2006; 4(2):13-24.
- Lu ZJ. Effectiveness of breast self-examination nursing interventions for Taiwanese community target groups. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34:163-170.
- Lyttle N, Stadelman K. Assessing awareness and knowledge of breast and cervical cancer among appalachian women. *Preventing Chronic Disease* 2006; 3(4):1-9.
- Maaita M, Barakat M. Jordanian women's attitudes towards cervical screening and cervical cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; 22(4):421-2.
- Machin D, Campbell MJ. *Statistical tables for design of clinical trials*. Blackwell Scientific Publications, 1987, Oxford.
- Makuc DM, Breen N, Freid V. Low income, race, and the use of mammography. *HSR: Health Services Research* 1999; 34(1):229-239.
- Mayrand MH, Duarte-Franco E, Coutlee F ve ark. Randomized controlled trial of human papillomavirus testing versus Pap cytology in the primary screening for cervical cancer precursors: Design, methods and preliminary accrual results of the Canadian cervical screening trial (CCCaST). *Int J Cancer* 2006;119: 615-23.
- Markovic M, Kesic V, Topic L, Matejic B. Barriers to cervical cancer screening: A qualitative study with women in Serbia. *Social Science&Medicine* 2005; (61):2528-2535.
- McDonald PAG, Thorne DD, Pearson JC. Adams-Campbell LL. Perceptions and knowledge of breast cancer among African American women residing in public housing. *Ethnicity and Disease* 1999; 9:81-93.
- McFarland DM. Cervical cancer and pap smear screening in botswana: knowledge and perceptions. *International Nursing Review* 2003; (50):167-175.

- Meeske K, Press M, Patel A, Franceschi S. Impact of reproductive factors and lactation on breast carcinoma in situ risk. *International Journal of Cancer* 2004; 110:102–109.
- Merey S. Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2002, İstanbul.
- Mickey RM, Durski J, Worden JK, Danigelis, NL. Breast cancer screening and associated factors for low income African-American women. *Preventive Medicine* 1995; 24:467-476.
- Moy B, Park ER, Feibelman S, Chiang S, ve ark. Barriers to repeat mammography: cultural perspectives of African-American, Asian, and Hispanic women. *Psychooncology* 2006; 15(7): 623-634.
- Nahçıvan NÖ, Seçginli, S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modeli ölçeğinin kullanımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7(1):33-38.
- O'Malley AS, Forrest CB. Adherence of low-income women to cancer screening recommendations. *Journal of General Internal Medicine* 2002; 17:144-154.
- Oestreicher N, White E, Lehman CD, Mandelson MT, ve ark. Predictors of sensitivity of clinical breast examination. *Breast Cancer Research and Treatment* 2002; 76:73-81.
- Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, ve ark. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *Journal of the National Medical Association* 2005; 97(2):162-170.
- Ontario Womens Health Network. Poverty & health e-bulletin. 2010, [http://www.owhn.on.ca/pdfs/poverty\\_e\\_bulletin.pdf](http://www.owhn.on.ca/pdfs/poverty_e_bulletin.pdf). Erişim Tarihi:15.09.2010.
- Oran B, Celik I, Erman M. Analysis of menstrual, reproductive, and life-style factors for breast cancer risk in Turkish women: a case–control study. *Medical Oncology* 2004; 21:31-40.
- Oran NT, Can HO, Senuzun F, ve ark. Health promotion lifestyle and cancer screening behaviors: A survey among academician women. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2008; 9:515-8.
- Ozan YD. Farklı meslek gruplarına mensup 15–65 yas arası kadınların, meme ve serviks kanserinden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, 2007, Diyarbakır.

- Özmen D, Özsoy SA. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 25(1):51-69.
- Özmen D. Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması. EÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Tezi, 2004, İzmir.
- Palmer RC, Fernandez ME, Tortolero-Luna G, Gonzales A, ve ark. Correlates of mammography screening among hispanic women living in lower rio grande valley farmworker communities. Health Education & Behaviour 2005; 32(4):488-503.
- Parikh S, Brennan P, Boffetta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. Int J Cancer 2003;105: 687-691.
- Park BW, Kim SI, Kim MH, Kim EK., ve ark. Clinical breast examination for screening of asymptomatic women: the importance of clinical breast examination for breast cancer detection. Yonsei Medical Journal 2000; 41(3):312-318.
- Park S, Chang S, Chung CW. Effects of a cognition-emotion focused program to increase public participation in Papanicolaou smear screening. Public Health Nursing 2005; 22(4):289-298.
- Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayolu N. Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8(2):9-15.
- Paskett E, Tatum CM, D'Agostino R, ve ark. Community-based Interventions to Improve Breast and Cervical Cancer Screening: Results of the Forsyth County Cancer Screening (FoCaS) Project, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 1999; 8:453-459.
- Paskett ED, Tatum C, Rushing J, ve ark. Racial differences in knowledge, attitudes, and cancer screening practices among a triracial rural population. Cancer 2004; 101(11):2650-2659.
- Pender NJ. Health promotion in nursing practice. Second Edition. Norwalk, CT:Appleton&Lange, 1987.
- Pender NJ, Murdaugh LC, Parsons AM. Health promotion in nursing practice. Fifth edition. USA:Prentice Hall, 2006; 51-57.

- Peragallo NP, Alba ML, Tow B. Cervical cancer screening practices among Latino women in Chicago. *Public Health Nursing* 1997; 14(4):251-255.
- Petro-Nustas W, Mikhail BI. Factors associated with breast selfexamination among Jordanian women. *Public Health Nursing* 2002; 19:263–270.
- Pettifor AE, Van der Straten A, Dunbar MS, Shiboski SC, ve ark. Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS* 2004; 18:1435-1442.
- Reis N, Beji NK, Kılıç D. Risk factors for cervical cancer: Results from a hospital based case control study. *UHOD* 2011; 21(3):153-159.
- Rodriguez MA, Ward LM, Perez-Stable EJ. Breast and cervical cancer screening: impact of health insurance status, ethnicity, and nativity of Latinas. *Ann Fam Med* 2005;3: 235-41.
- Rosenberg LU, Magnusson C, Lindstrom E, Wedren S, ve ark. Menopausal hormone therapy risk of different histological subtypes of breast cancer: a case–control study. *Breast Cancer Research* 2006; 8:11.
- Russell K, Perkins SM, Zollinger TW, Champion VL. Sociocultural context of mammography screening use. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33:105-112.
- Sadler GR, LaHousse SF, Riley J, ve ark. Predictors of breast and cervical cancer screening among Chamorro women in Southern California. *J Cancer Educ* 2010; 25:76-82.
- Sağlık Bakanlığı. Ulusal kanser programı 2009-2015. 2009, [http://www.ukdk.org/pdf/Ulusal%20Kanser%20Kontrol%20Prog\\_Kitabi.pdf](http://www.ukdk.org/pdf/Ulusal%20Kanser%20Kontrol%20Prog_Kitabi.pdf). Erişim Tarihi: 03.10.2011.
- Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yıllığı 2010. 2011, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf?ret=0>. Erişim Tarihi: 25.09.2011.
- Sağlık Bakanlığı. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Serviks kanseri taraması ulusal standartları. 2009, [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/kanser/pdf/serviks\\_kanser\\_gen.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/kanser/pdf/serviks_kanser_gen.pdf). Erişim Tarihi: 10.08.2010.
- Scarinci, I. C., Beech, B. M., Kovach, K. W., & Bailey, T. L. (2003). An examination of sociocultural factors associated with cervical cancer screening among low-income Latina immigrants of reproductive age. *Journal of Immigrant Health*, 5(3), 119–128.
- Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlığı geliştirme programının tarama davranışlarına etkisi İstanbul üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı hemşireliği Doktora Tezi, 2007.

- Seow A, Straughan PT, Lee HP. A randomized trial of the use of print material and personal contact to improve mammography uptake among screening non-attenders in Singapore. *Annals Academy of Medicine* 1998;27(6):137-142.
- Sierra-Torres CH, Tying SK. Risk contribution of sexual behavior and cigarette smoking to cervical neoplasia. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13:617-625.
- 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.
- Somunoğlu, S. (2007). Meme kanserinde risk faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:5, 1-12.
- Su, X., Ma, G. X., Seals, B., Tan, Y., Hausman, A. (2006). Breast cancer early detection among Chinese women in the Philadelphia area. *Journal of Womens Health*, 15 (5), 507-519.
- Spurlock WR, Cullins LS. Cancer fatalism and breast screening in African American women. *Journal of The Association of Black Nursing Faculty* 2006; 17(1):38-43.
- Şener, Ü. (2009). Kadın yoksulluğu, TEPAV Değerlendirme Notu. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı.
- Tabar L., Smith R.A. Duffy S.W. (2002) "Update on Effects of Screening Mammography", *The Lancet* July; 360(27): 337.
- Takakuwa KM, Ernst AA, Weiss SJ, Nick TG. Breast cancer knowledge and preventive behaviours: An urban emergency department-based survey. *Acad Emerg Med* 2000; /(12):1393-1398.
- Taplin SH, Barlow WE, Ludman E, Maclehos R ve ark. Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography: a randomized study. *Journal of National Cancer Institute* 2000; 92(3):233-242.
- Taylor GJ. Transforming decision making in African American Women: effects of a culturally sensitive breast self examination intervention. Doctoral Thesis, University of Alabama, 1998, Birmingham.
- Tejeda S, Thompson B, Coronado GD, Martin DP. Barriers and facilitators related to mammography use among lower educated Mexican women in the USA. *Social Science & Medicine* 2009; 68(5): 832-839.

- Topuz E, Aydiner A, Dinçer M. Meme kanseri. Nobel Tıp Kitabevi 2003.
- Tung WC, Nguyen DHT, Tran T. Applying the transtheoretical model to cervical cancer screening in Vietnamese-American women. *International Nursing Review* 2008; 55:73–80.
- Tuong-Vi H. Anderson Cancer Center, Houston, TX. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American Women. *Oncology Nursing Forum* 2007; 34(2):481.
- Turner LW, Hunt SB, Dibirezzo R, Jones C. Health Belief Model. 2004, <http://www.jbpub.com/samples/0763743836/Chapter%204.pdf>. Erişim Tarihi: 02.02.2009.
- Türkiye İstatistik Kurumu. 2009 Yoksulluk çalışması sonuçları. 2011, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim Tarihi:15.11.2011.
- Türkiye İstatistik Kurumu. 2008 Yoksulluk çalışması sonuçları. 2007, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr). Erişim Tarihi:15.11.2011.
- Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD). Türkiye’de Bireysel Gelir Dağılımı ve Yoksulluk-Avrupa Birliği ile Karşılaştırma. 2000, <http://www.tusiad.org/bilgi-merkezi/raporlar/turkiyede-bireysel-gelir-dagilimi-ve-yoksulluk---avrupa-birligi-ile-karsilastirma/> Erişim Tarihi:15.09.2011
- U.S. Department Of Health And Human Services. Theory at a glance. A guide for health promotion practice. Second Edition. NIH Publication No. 05-3896, USA, 2005.
- United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report. 1997, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1997/> Erişim Tarihi: 12.09.2011.
- Uzun AM. Yoksulluk olgusu ve dünya bankası. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2003; 4(2):155.
- Vazquez M, Sanchez-Ayendez M, Suarez-Perez E, velez-Almodovar H, ve ark. Breast cancer health promotion model for older Puerto-Rico women: Results of a pilot programme. *Health Promotion International* 2002; 17(1):3-11.
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987; 36(2):76-80.
- Weiss NS. Breast cancer mortality in relation to clinical breast examination and breast selfexamination. *The Breast Journal* 2003; 9(2):86-89.



- Wellensiek N, Moodley M, Moodley J, Nkwanyana N. Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. *Int J Gynecol Cancer* 2002;12:376-82.
- West DS, Greene PG, Kratt PP. 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* 2003; 12:779–787.
- Wilson CM, Tobin S, Young C. The exploding worldwide cancer burden: the impact of cancer on women. *Int J Gynecol Cancer* 2004; 14:1-4.
- Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, ve ark. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian Women who have never had a pap smear: a qualitative study. *Singapore Medical Journal* 2009, 50(1):49.
- Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM. ve ark. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a pap smear: A Qualitative Study, *Singapore Med. J* 2009; 50(1):49.
- World Bank. *Global Economic Prospects, Trade, Regionalism and Development*. World Bank: Washington, DC, 2005.
- Wu TY, Bancroft J. Filipino American women's perceptions and experiences with breast cancer screening. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33(4):71-78.
- Yarbrough SS, Braden CJ. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviours. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33:677-688.
- Yazıcı S. Serviks kanserinde risk faktörlerinin belirlenmesi ve korunmada ebe/ebeler hemşirelerin etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, 1994, Ankara.
- Yıldırım A, Şimşek H. *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Altıncı Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2006, 221-250.
- Yi JK, Cielito C, Gibby R. Factors associated with breast self examination among low income Vietnamese women. *International Quarterly of Community Health Education* 2001; 21(1).

Yücel U. Kadınlara serviks kanserine ilişkin risk faktörleri ve korunma konusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2006, İzmir.

Zackrisson S, Lindström M, Moghaddass M. ve ark. Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme: a multilevel analysis. Scand J Public Health 2007;35: 548-54.

## **8.EKLER**

## **EK 1**

### **MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA YÖNELİK ALGILANAN ENGELLER GÖRÜŞME FORMU**

**Araştırmanın Amacı:** Yoksul kadınların meme kanserini erken dönemde tanılamaya yönelik davranışlarında engelleyici faktörleri belirlemektir.

#### **Araştırma Sorusu:**

Yoksul kadınların KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma ve mamografi çekirmede engelleri nelerdir?

#### **Alt Sorular**

Yoksul kadınların meme kanseri erken tanısına yönelik bilgisi nasıldır?

Yoksul kadınların KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma ve mamografi çekirmeye yönelik olarak algılanan engelleri nelerdir?

#### **Görüşme Soruları**

Meme kanserini erken dönemde tespit etmek için bildiğiniz yöntemler nelerdir?

KKMM yapmama nedenleriniz nelerdir?

Meme muayenesini doktora yaptırıyormusunuz?

Yaptırmıyorsanız bunun nedenleri nelerdir?

Hangi gereksinimleriniz karşılanırsa doktora meme muayenesi için başvurmanız kolaylaşır?

Mamografi çektirdiniz mi?

Mamografi çekirmeme nedenleriniz nelerdir?

Hangi gereksiniminiz karşılanırsa mamografi çekirmeniz kolaylaşır?

## EK 2

### **PAP SMEAR TESTİ YAPTIRMAYA YÖNELİK ALGILANAN ENGELLER GÖRÜŞME FORMU**

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

#### **Araştırma Sorusu:**

Yoksul kadınların pap smear testi yaptırmalarındaki engelleri nelerdir?

#### **Alt Sorular**

Yoksul kadınların serviks kanserinin erken tanısına yönelik bilgisi nasıldır?

Yoksul kadınların Pap smear testi yaptırmaya yönelik olarak algılanan engelleri nelerdir?

#### **Görüşme Soruları**

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

2. Sürüntü testi yaptırmama nedenleriniz nelerdir?

-Sürüntü testi yaptırma konusunda ne düşünüyorsunuz?

-Sürüntü testi yaptırmak için sizi cesaretlendiren şeyler var mı?

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

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

### **EK 3**

#### **SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU**

Denek No:

İsim:

1. Yaş:

2. Eğitim Durumu:

a-Okuryazar

b-İlkokul

c-Ortaokul

d-Lise

e-Üniversite

3. Medeni Durum: a-Evli b-Bekar

4. Aylık Gelir Miktarı:

5. Evde Yaşayan Birey Sayısı:

6. Sosyal Güvence:

#### EK 4

### SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

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

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir					
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum					
4. Meme kanserini düşünmek beni korkutur					
5. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım					
6. Meme kanserini düşünmekten korkarım					
7. Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek					
8. Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişkiimi tehdit eder.					
9. Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek					
10. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim					
11. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					
12. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
13. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.					
14. Dengeli beslenirim.					
15. KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum.					
16. Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.					
17. Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.					
18. Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir.					
19. KKMM yapmaktan sıkılıyorum					
20. KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor					
21. Meme muayenesini yapmayı hatırlamak zordur					
22. Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok.					
23. Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız,					

KKMM yapmanız gerekmez.					
24. Rutin mamografi çektiriyorsanız KKMM yapmanız gerekmez					
25. Memelerim bana KKMM yapamayacağım kadar büyük geliyor.					
26. KKMM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var					
27. KKMM nin nasıl yapılacağını biliyorum					
28. KKMM ni doğru bir şekilde yapabilirim.					
29. KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim					
30. Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
31. Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
32. Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
33. KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum					
34. KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
35. Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
36. Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim.					
37. Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.					
38. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.					
39. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.					
40. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.					
41. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.					
42. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.					
43. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım					
44. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum					
45. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.					
46. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır					
47. Mamografi çektirmek çok acı vericidir.					
48. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.					
49. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak					
50. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam					
51. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var.					
52. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.					

Teşekkürler.



## EK 5

### SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ

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

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.					
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.					
3. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.					
4. Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.					
5. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.					
6. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.					
7. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.					
8. Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.					
9. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.					
10. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.					
11. Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.					
12. Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için Düzenli olarak muayene olurum.					
13. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım.					
14. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.					
15. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.					
16. Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.					
17. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı Kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni					

korkutuyor.					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.					
20. Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
21. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.					
22. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.					
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım.					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyile ilişkilerini bozar.					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum.					
29. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.					
30. Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınıyorum.					

**EK 6****ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ**

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

**EK 7****SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ**

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

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

## EK 8

### ÖNCEKİ DAVRANIŞLARLA İLİŞKİLİ BİLGİ FORMU

1. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?

a. Hiçbir zaman

b. Ara sıra

2. Klinik meme muayenesi yaptırıyor musunuz?

a. Hiçbir zaman

b. Ara sıra

3. Mamografi çektiriyor musunuz?

a. Hiçbir zaman

b. Ara sıra

4. Pap Smear testi yaptırıyor musunuz?

a. Hiçbir zaman

b. Ara sıra

## EK 9

### HEDEF VE DAVRANIŞLAR

#### MEME KANSERİ

##### **Bilişsel Alan Hedefleri**

H<sub>1</sub>: Memenin temel anatomik yapısı bilgisi

D: Memenin normal yapısını söyleme

D: Memedeki anormal değişikliklerin neler olacağını söyleme

H<sub>2</sub>: Meme kanseri riski bilgisi

D: Meme kanseri risk gruplarını söyleme

H<sub>3</sub>: Meme kanserinin önemi bilgisi

D: Kadınlarda meme kanseri görülme oranını söyleme

H<sub>4</sub>: Meme kanseri belirtileri bilgisi

D: Meme kanseri belirtilerini söyleme

H<sub>5</sub>: Meme kanseri erken tanısı bilgisi

D: Meme kanserinde erken tanının önemini kavrama

D: KKMM'nin ne zaman ve nasıl yapılacağını söyleme

D: Klinik meme muayenesinin ne zaman yaptırılacağını söyleme

D: Mamografinin ne zaman ve ne sıklıkla çektilmesi gerektiğini söyleme

##### **Duyuşsal Alan Hedefleri**

H<sub>1</sub>: Meme kanseri erken tanı yöntemlerinin önemine inanma

D: Meme kanseri erken tanı yöntemlerini öğrenme

H<sub>2</sub>: Kendi kendine meme muayenesi yapmaya istekli olma

D: KKMM'ni yapma

H<sub>3</sub>: KKMM'ni alışkanlık haline getirme

D: KKMM'ni her ay düzenli olarak yapma

H<sub>4</sub>: Mamografi çekilmeye istekli olma

D: Mamografi çekirmek için zaman ayırma

H<sub>5</sub>: Klinik meme muayenesi yaptırmada istekli olma

D: Klinik meme muayenesi yaptırmak için zaman ayırma

##### **Devinişsel Alan Hedefleri**

H<sub>1</sub>: KKMM'ni maket üzerinde eğiticinin yardımı ile yapabilme

D: KKMM'ni eğitimcinin maket üzerinde işlem basamakları doğrultusunda yapmasını izleme

D: KKMM'ni maket üzerinde eğitimcinin yardımı ile işlem basamakları doğrultusunda yapma

H<sub>2</sub>: KKMM'ni kendi üzerinde istenilen yeterlilikte yapabilme

D: KKMM'ni kendi üzerinde işlem basamakları doğrultusunda yapma.

## **SERVİKS KANSERİ**

### **Bilişsel Alan Hedefleri**

H<sub>1</sub>:Kadın üreme organlarının temel anatomik yapısı bilgisi

D: Kadın üreme organlarını söyleme

D: Serviksin nerede olduğunu söyleme

H<sub>2</sub>: Serviks kanseri riski bilgisi

D: Serviks kanseri için riskli grupları söyleme

H<sub>3</sub>: Serviks kanserinin önemi bilgisi

D: Kadınlarda serviks kanseri görülme oranını söyleme

H<sub>4</sub>: Serviks kanseri belirtileri bilgisi

D: Serviks kanseri belirtilerini söyleme

H<sub>5</sub>:Serviks kanseri erken tanısı bilgisi

D: Pap-smear testinin önemini kavrama

D:Pap-smear testinin hangi yaşta yapılmaya başlanması gerektiğini söyleme

D: Pap-smear testinin ne zaman yaptırılması gerektiğini söyleme

### **Duyuşsal Alan Hedefleri**

H<sub>1</sub>: Pap- smear testi yaptırmanın önemine inanma

D: Pap -smear testi yaptırmak için zaman ayırma

H<sub>2</sub>: Pap- smear testi yaptırmaya istekli olma

D: Pap- smear testini isteyerek yaptırma

### **Devinişsel Alan Hedefleri**

H<sub>1</sub>: Pap-smear testi öncesi gerekli hazırlıkları yapma

D:Cinsel ilişki hazırlıklarla ilgili önlemleri sıralayabilme

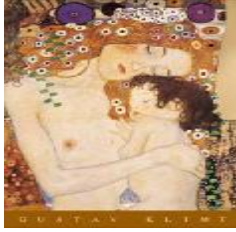
D: Vajinal duş yapılmaması gerektiğini söyleme

D: Vajinal ilaç kullanımının nasıl olacağını söyleme

D: Menstruasyon periyoduna göre pap smear yaptırma zamanını söyleme

**EK 10**  
**EĞİTİM İÇERİĞİ**





## Meme ve Rahim Ağzı Kanseri

Arş. Gör. Nihal Gördes AYDOĞDU

Dokuz Eylül Üniversitesi  
Hemşirelik Yüksekokulu

## İçerik

### Meme Kanseri

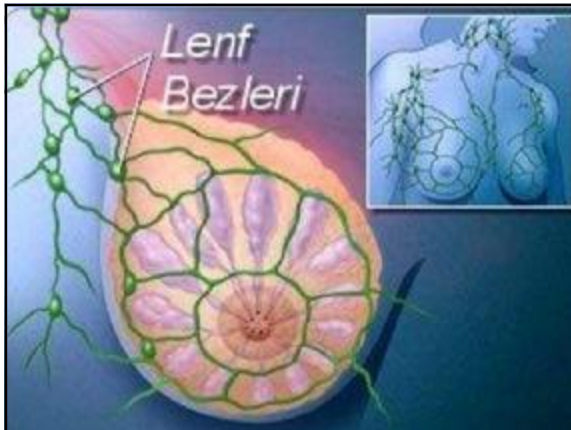
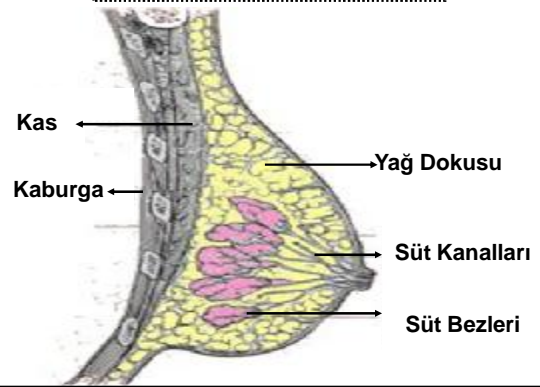
- Memenin Normal Yapısı
- Meme kanseri için riskli gruplar
- Meme kanseri görülme oranı
- Meme kanseri belirtileri
- Meme kanseri erken tanı yöntemleri
- Kendi kendine meme muayenesi

## İçerik

### Rahim Ağzı Kanseri

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

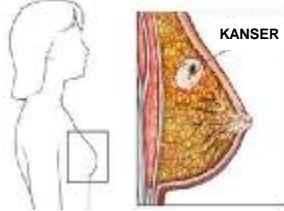
## Memenin Yapısı



## Meme Kanseri Nedir?

## Meme Kanseri

- Meme dokusunu meydana getiren hücrelerin anormal çoğalması sonucunda oluşur



## Meme Kanseri İçin Kimler Risk Grubundadır?

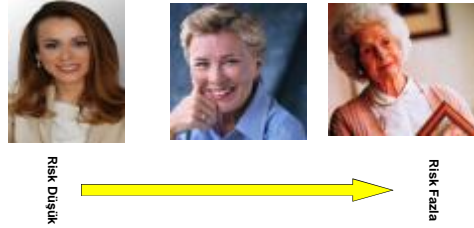
### Değiştirilemez Risk Faktörü

#### Cinsiyet

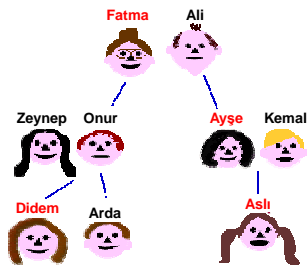


### Değiştirilemez Risk Faktörü

#### Yaş



### Genetik



### Meme Dokusu Değişiklikleri

#### Önceden meme kanseri hikayesi

Diğer memede kanser gelişme riskini 3-4 kat artırır




#### Bazı meme hastalıkları



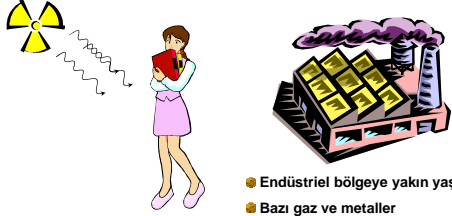
Değiştirilemez Risk Faktörü

**İrk**



Değiştirilemez Risk Faktörü

**Çevresel Faktörler**



- Endüstriyel bölgeye yakın yaşama
- Bazı gaz ve metaller

Değiştirilemez Risk Faktörü

**İlk Adet Görme-Menapoz Yaşı**

§ İlk adet kanaması: 12 yaş öncesi

§ Menopoz: 55 yaş sonrası

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

**İlk Doğum Yaşı**

- 30 yaşından sonra doğum yapanlar
- Hiç doğum yapmayanlar

Değiştirilebilir Risk Faktörü

**Emzirme**



Değiştirilebilir Risk Faktörü



Yağlı beslenme



Aşırı kilo



Fazla alkol kullanımı

Değiştirilebilir Risk Faktörü

### Sigara Kullanımı



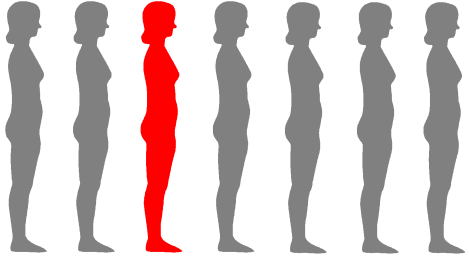
Değiştirilebilir Risk Faktörü

### Doğum Kontrol Hapı Kullanımı Östrojen Alınması



Meme Kanseri Görülme Oranı?

Meme Kanseri Görülme Oranı

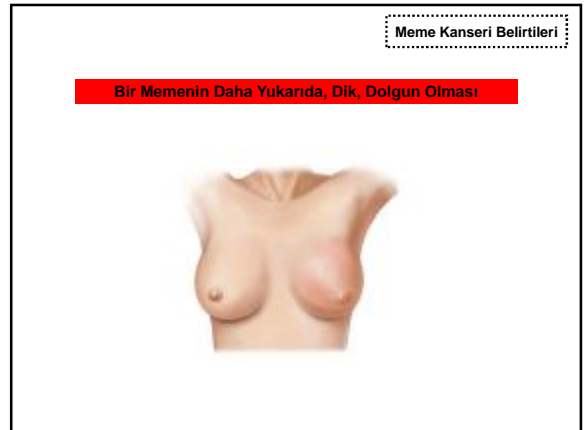
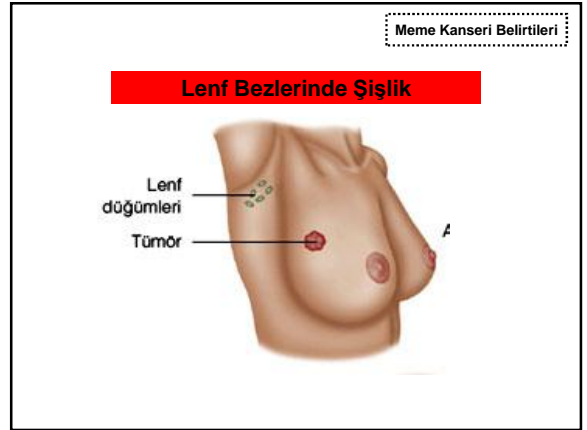


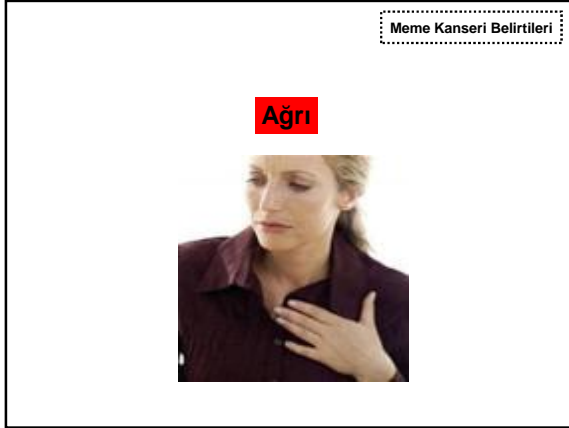
Meme Kanseri Belirtileri Nelerdir?

Meme Kanseri Belirtileri

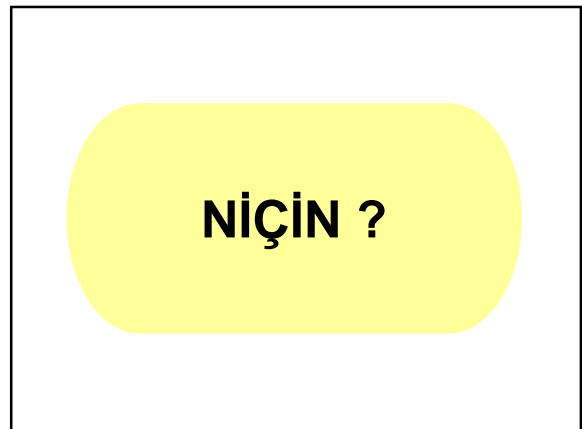
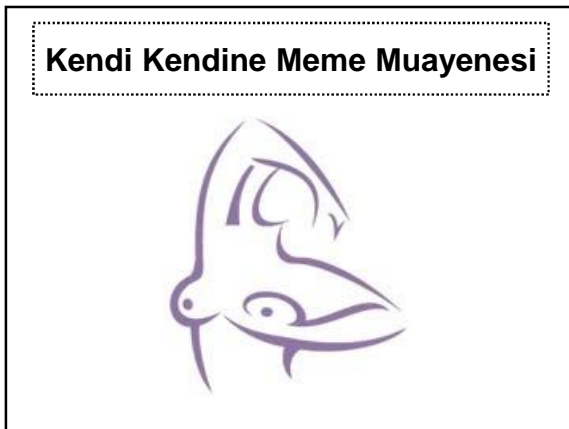
**Kitle**







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



## Ne Zaman Meme Muayenesi Yapalım?

## Ne Zaman Yapılmalı



## Mayıs 2011

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

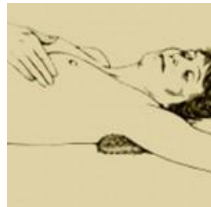
## Haziran 2011

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

## Gözle Muayene



## El İle Muayene

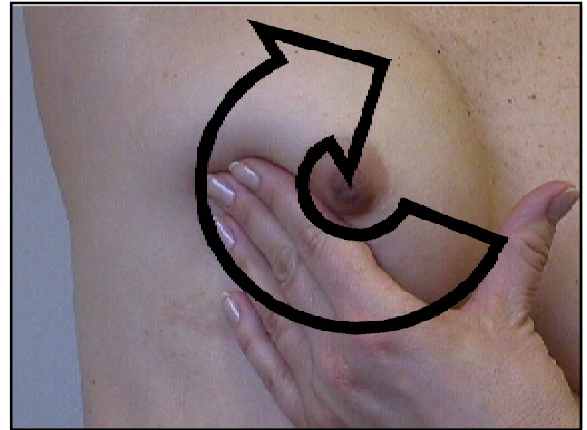
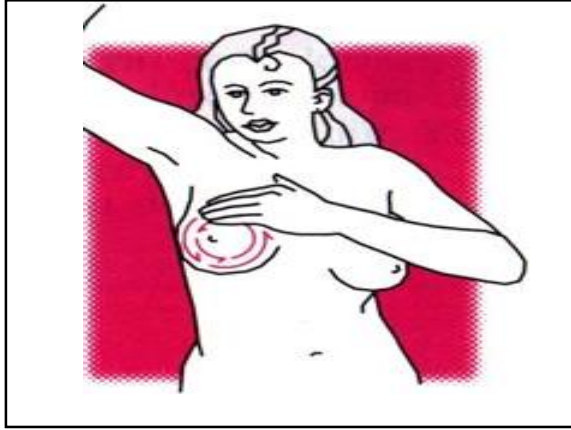



MEME KANSERİNİN  
ERKEN TANISINDA  
EN ETKİLİ ARAÇ ;

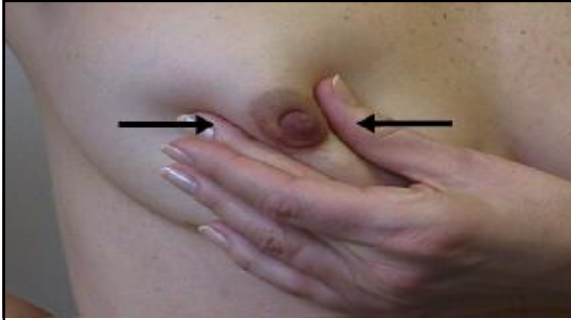


**KENDİ ELLERİNİZDİR.**

Muayene ederken hangi parmaklarınızı  
kullanmanız gerekiyor?







Meme ucu sıkılarak



Elinize kitle  
geldiyse...

**Hemen  
korkmayın!**

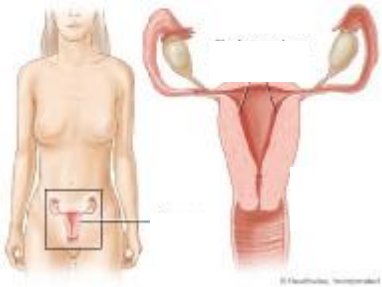
**SİZE EN YAKIN SAĞLIK  
PERSONELİNE BAŞVURUN**



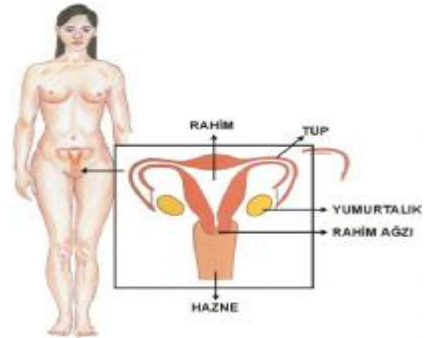
**Mamografi**



**Rahim Ağzı Kanseri**



**Kadın Üreme Organlarının Yapısı**





Rahim Ağzı Kanseri İçin Riskli Gruplar

Fazla sayıda doğum yapmak



Rahim Ağzı Kanseri İçin Riskli Gruplar

Sigara içmek



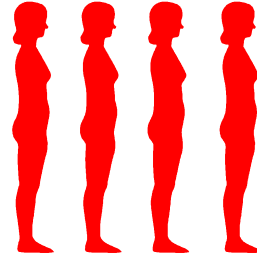
Rahim Ağzı Kanseri İçin Riskli Gruplar

C vitamini ve A vitamini eksikliği



Rahim Ağzı Kanseri Görülme Oranı

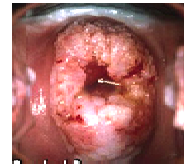
Her gün 4 kadın rahim ağzı kanserine yakalanıyor.



Rahim Ağzı Kanseri Belirtileri Nelerdir?

Rahim Ağzı Kanseri Belirtileri

- Kanama
- Ağrılı cinsel ilişki
- Cinsel ilişki sırasında kanama



## Rahim Ağızı Kanseri Erken Tanı Yöntemleri Nelerdir?

## Rahim Ağızı Kanseri Erken Tanı Yöntemleri

### Sürüntü testi



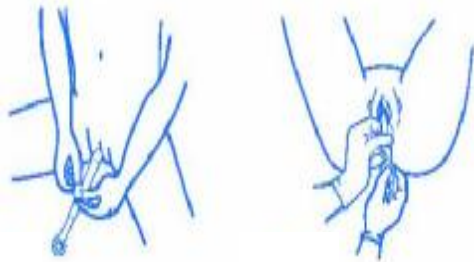
## Sürüntü Testi Ne Zaman Yapılmalı?

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

## Sürüntü Testi Öncesi Hazırlık

- En az 48 saat cinsel ilişkide bulunmama
- Hazneyi yıkamama

En az 48 saat hazneye ilaç uygulamama



Sürüntü Testi İçin En Uygun Zaman



### Nereye Başvurulabilir?

- KETEM



(KANSER ERKEN TEŞHİS TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ)

Adres : Ilıca Mah. Güvendik sok. No:6 Narlıdere / İZMİR  
Tel: (0232) 238 23 93

- Aile Sağlığı Merkezleri



- Hastaneler



**Tablo 21. Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Algılanan Engeller ve Açıklamalar**

<b>Engel</b>	<b>Açıklama</b>
Korku	Kadınların genellikle kanser olma korkusu nedeniyle taramalara katılmamaktadır. Ancak kanser tedavisinde yeni ilaçlar ve tedavi yöntemleri çok fazladır. Kanserin henüz vücuda yayılmadan, küçük bir alanda iken tespit edilmesi bu yöntemlerin başarısı arttırmaktadır. Taramalara katılmadan önce korku yaşamamız normaldir ancak erken tanı hayatta kalma şansınızı artırır.
Maliyet ve hastanede uzun bekleme zamanları	Taramaların ücretsiz yapıldığı ve kalabalık olmayan sağlık kuruluşları bulunmaktadır (KETEM, Balçova Belediyesi ve ASM'ler)
Radyasyon Alma Korkusu	Mamografi çektirirken alınan radyasyonun miktarı günlük yaşamda çevremizden alınan radyasyon kadar azdır.
Ağrı	Mamografi çekilirken bir miktar ağrı hissedilmektedir. Bu mamografi çekiminin en iyi sonucu vermesi için memelerin sıkıştırılması sonucunda oluşur. Ancak bu durumun kadınlar arasında farklılık gösterir. Bazı kadınlar hiç ağrı hissetmezken, bazı kadınlar hisseder.
Utanma	Sağlık personelinin kadın olduğu sağlık kuruluşları bulunmaktadır (KETEM ve Balçova Belediyesi)
KKMM yaparken ne arayacağımı bilmeme	Başlangıçta süt bezleriniz ile kitle arasında farkı anlamayabilirsiniz. KKMM'de ilk amaç kadının kendi meme dokusunu tanımasıdır. Bu nedenle her ay düzenli olarak muayene yaptığınızda memelerinizdeki değişiklikleri fark edebilir duruma geleceksiniz.

**EK 11**  
**ETİK KURUL VE İZİN BELGELERİ**



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

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/763

Tarih: 17/7/2007

**Etik Kurul Üyeleri**

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

**Etik Kurul Sekreteri**

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

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

Etik Kurulumuzun 17 Temmuz 2007 tarih ve 29/4/07 sayılı toplantısında, 740 kayıt numaralı evrak ile başvuran Prof.Dr.Zühal BAHAR'ın "Meme ve Servikal Kansere Yönelik Sağlığı Geliştirme Modeli ve Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği" konulu araştırması, sosyal güvencesi olmayan kadınların, ileri tetkik gereksinimi olması durumunda, bu gereksinimin nasıl karşılanacağı açık olarak belirtilmediğinden; Oy çokluğu ile kabul edilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN  
Etik Kurul Başkanı



T.C.  
BALÇOVA KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

DAĞITIMLI  
31.07.2008

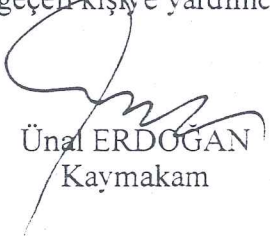
Sayı :B.05.4.VLK.4.35.25.00/529/ 1308

Konu : Tez Çalışması

D.E.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 29.07.2008 gün ve 1957 sayılı yazısı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Nihal Gördes AYDOĞDU'nun "Yoksul Kadınlarda Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Sağlığı Geliştirme Modelinin Hemşirelik Girişimlerine Etkinliği" konulu tez çalışması için Mahallenizde ikamet eden 20-60 yaş arasındaki bayan vatandaşlarımızın ad ,soyad ve adres bilgilerini 06.08.2008 tarihine kadar Kaymakamlığıımıza göndermenizi ve adı geçen kişiye yardımcı olmanızı rica ederim.

  
Ünal ERDOĞAN  
Kaymakam

DAĞITIM:

Gereği:

Balçova Çetin Emeç Mahalle Muhtarlığı  
Balçova Eğitim Mahallesi Muhtarlığı

Bilgi:

D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

---

Ayrıntılı bilgi için irtibat:Z.İLKAY TÜTÜNCÜ  
Telefon: (232)259 24 24 Faks: (232)277 94 15  
e-posta: Elektronik Ağ: www.icisleri.gov.tr

**EK 12**  
**TEZDEN YAPILAN YAYINLAR**

# 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 etkidir 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 ulaşılamamıştır. 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 %42.7sinin 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.

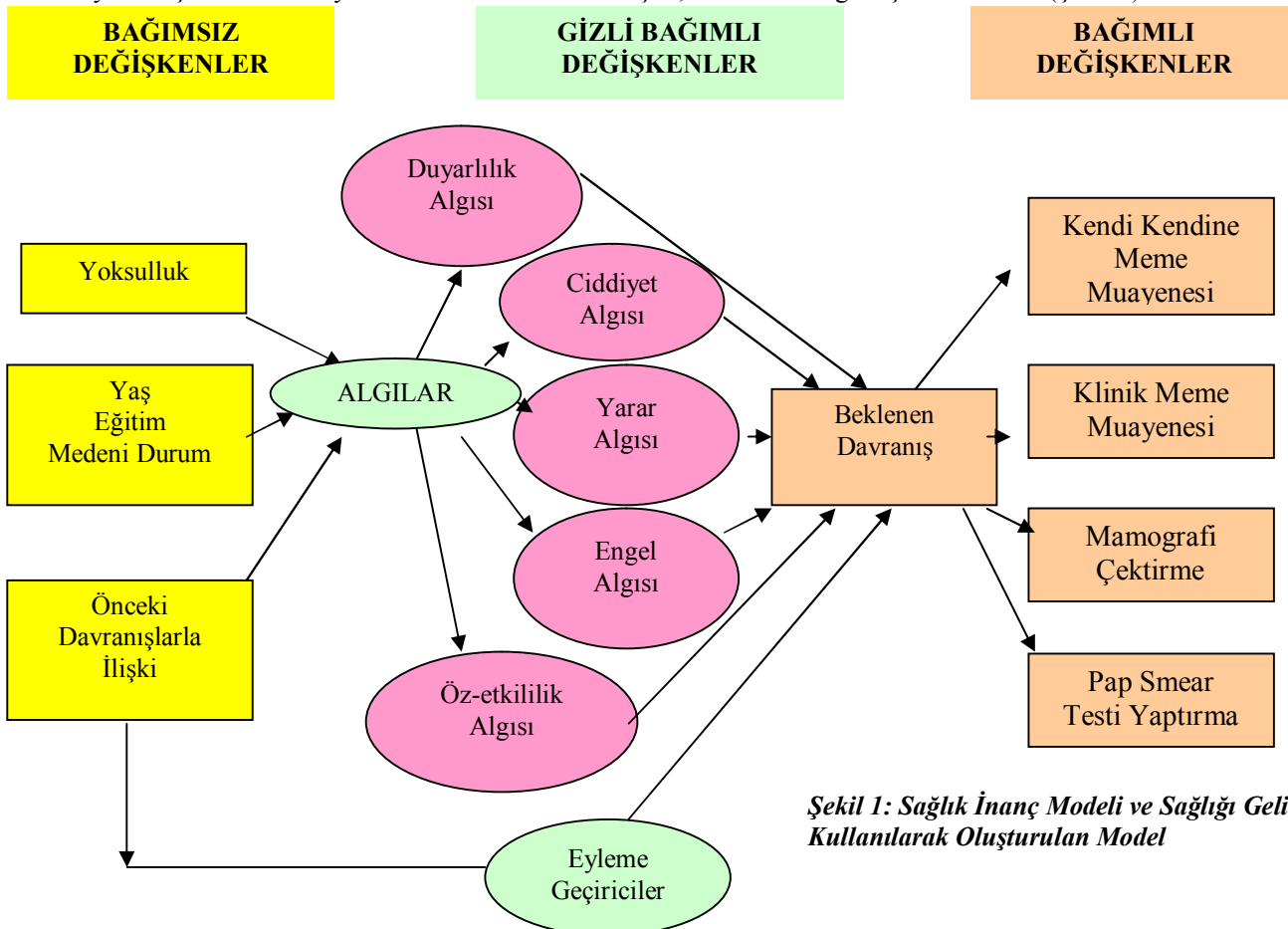
Sağlığı geliştirme modelinde “Bireysel Özellikler ve Deneyimler” olarak gösterilen değişkenler ‘önceki davranışlarla ilişki’ ve ‘kişisel faktörler’dir. Sağlığı geliştirme modelindeki davranışa özgü bilişsel faktörler; ‘algılanan yarar ve engel’, ‘öz-etkililik algısı’, ‘aktiviteyle ilişkili etki’, ‘kişilerarası 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., İbrikiç, 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.
- Idestrom, M., Milsom, I., Ellstrom, 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.

**EK 13**

**TEZ ÇALIŞMASI VE BÖLGEDEN FOTOĞRAFLAR**



## ÖZGEÇMİŞ

**Araştırma Görevlisi**  
**Nihal Gördes AYDOĞDU**

<b>T.C. Kimlik No/Pasaport No:</b>	28525999098
<b>Doğum Yılı</b>	20.10.1978
<b>Yazışma Adresi:</b>	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İnciraltı/İzmir
<b>Telefon:</b>	0.232.4124764
<b>Fax:</b>	0.232.4124798
<b>E-posta:</b>	nihalgordes@gmail.com

## EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Ege Üniversitesi	Ege Meslek Yüksekokulu	Biyomedikal Cihaz Teknolojisi	Önlisans	1999
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2004
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Yüksek Lisans	2007
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Doktora	2011

## AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

<b>Kurum/Kuruluş</b>	<b>Ülke</b>	<b>Şehir</b>	<b>Bölüm/Birim</b>	<b>Görev Türü</b>	<b>Görev Dönemi</b>
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Dahiliye 1-2	Hemşire	2004-2005
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Türkiye	İzmir	Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Araştırma Görevlisi	2005-

## UZMANLIK ALANLARI

<b>Uzmanlık Alanı</b>
Halk Sağlığı Hemşireliği
Sağlıkta eşitsizlikler, sağlık hizmetlerinin kullanımı, yoksulluk, meme ve serviks kanseri erken tanısı.

## YAYINLARI

### SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Beşer A, Bahar Z, Aydoğdu NG, Ersin F, Kıssal A. Validity And Reliability Study for The Self-Efficacy Scale, Health Med. (SCI-Expanded, Kabul edildi).
Aydoğdu GN, Bahar Z. Investigation of the Factors Influencing Utilization of Health Services by Women, Health Med. (SCI-Expanded, Kabul edildi).

### Diğer Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Bahar Z, Aydoğdu GN. Sağlıkta Eşitsizlik ve Hemşirelik. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4/3/131-136.
Aydoğdu GN, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4(1):34-40.
Bahar Z, Beşer A, Kıssal A, Aydoğdu GN, Ersin F. PDÖ'de Yönlendirici Performansının

Öğrenciler ve Yönlendiriciler Tarafından Değerlendirilmesi Karşılaştırmalı Çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009; 1(1): 30-45.
Bahar Z, Beşer A, Aydoğdu GN, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 12(1):1-13.
Bahar Z, Beşer A, Aydoğdu GN, Kıssal A, Ersin F. Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Alan Çalışması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2007.

**Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar**

Aydoğdu GN, Ersin F, Mete S. Dokuz Eylül University School Of Nursing PhD Students Situation Detection Study. Orpheus Conference, İzmir, 27-30 Nisan 2011.
Bahar Z, Gozum S, Beşer A, Çapık C, Kıssal A, Gördes Aydoğdu N, Ersin F. Barrier to and Factors Affecting Use of Research Findings by Nurses in Universty Hospitals in Two Different Regions of Turkey.,1 st. International Congress on Nursing Education, Research and Practice, Yunanistan, Ekim 2009.
Bahar Z, Beşer A, Ersin F, Kıssal A, Gördes Aydoğdu N. Investigation of Death Related Traditional and Religious Practices in Narlıdere,Izmir",1 st International Congress on Nursing Education, Research and Practice, Yunanistan, Ekim 2009.
Bahar Z, Beşer A, Kıssal A, Gördes Aydoğdu N, Ersin F. Comparison Of Perceived Tutor Performance Between Students And Tutors. 7th European Conference of Nurse Educators, Bulgaristan, Ekim 2008.
Bahar Z, Kızılcı S, Beşer A, Büyükkaya Besen D, Gördes Aydoğdu N, Ersin F, Kıssal A, Çapık C. Traditional Therapies Used by Hypertensive Patients in Turkey Background. 1 st European Transcultural Nurses'Association (ETNA) International Conference, Çeşme, Haziran 2008.
Özbıçakçı, F.Ş., Çapık, C., Aydoğdu, N., Ersin, F., Kıssal, A. Bir Okul Toplumunda Gürültü Düzeyi Tanılaması ve Duyarlılık Eğitimi. 1. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Denizli, Ekim 2007.
Bahar Z, Beşer A, Gördes Aydoğdu N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Denizli, Ekim 2007.
Gördes N, Bahar Z. Esentepe Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Kadınların Sağlık Hizmetlerini

Kullanımını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Denizli, 2007.
Bahar, Z, Beşer,A, Gördes,N, Kıssal, A, Fatma, E. Public Health Nursing Practices at Dokuz Eylül University School of Nursing. 2 nd International Nursing Conference in Kosovo, 2nd European Nursing Student Congress, Kosova, Mayıs 2007.
Gördes N, Bahar Z. Probleme Dayalı Öğretimin Hemşire Öğrencilerin Kendi Kendine Öğrenmeye Hazır Oluş ve Problem Çözme Becerilerine Etkisinin İncelenmesi. X. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Van, Eylül 2006.
Bahar Z, Kızılcı S, Beşer A, Büyükkaya Besen D, Gördes Aydoğdu N, Ersin F, Kıssal A, Çapık C. Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalıklarına Uyumları ve Kan Basınçlarını Düzenlemeye Yönelik Geleneksel Uygulamaları",V. Ulusal Geriatri Kongresi, 6-10 Eylül 2006, Antalya, Eylül 2006.

### **GÖREV ALDIĞI PROJELER**

Training Requirements and Nursing Skills for Mobility, Avrupa Birliği Hayat Boyu Öğrenme Programı Leonardo Da Vinci Projesi, Proje Koordinatörü: Doç. Dr. Samiye Mete. 2010 (Proje Çalışanı).
Meme ve Servikal Kansere Yönelik Sağlığı Geliştirme Modeli ve Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği, DEÜ Araştırma Fon Saymanlığı Münferit Proje, Proje Koordinatörü: Prof. Dr. Zühal Bahar. 2009 (Proje Çalışanı).