

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

* Fatma ERSİN **Zuhal BAHAR
ÖZET

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

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

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

Geliş tarihi:02.08.2010 Kabul tarihi: 01.01.2011

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

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

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

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

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

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

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

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

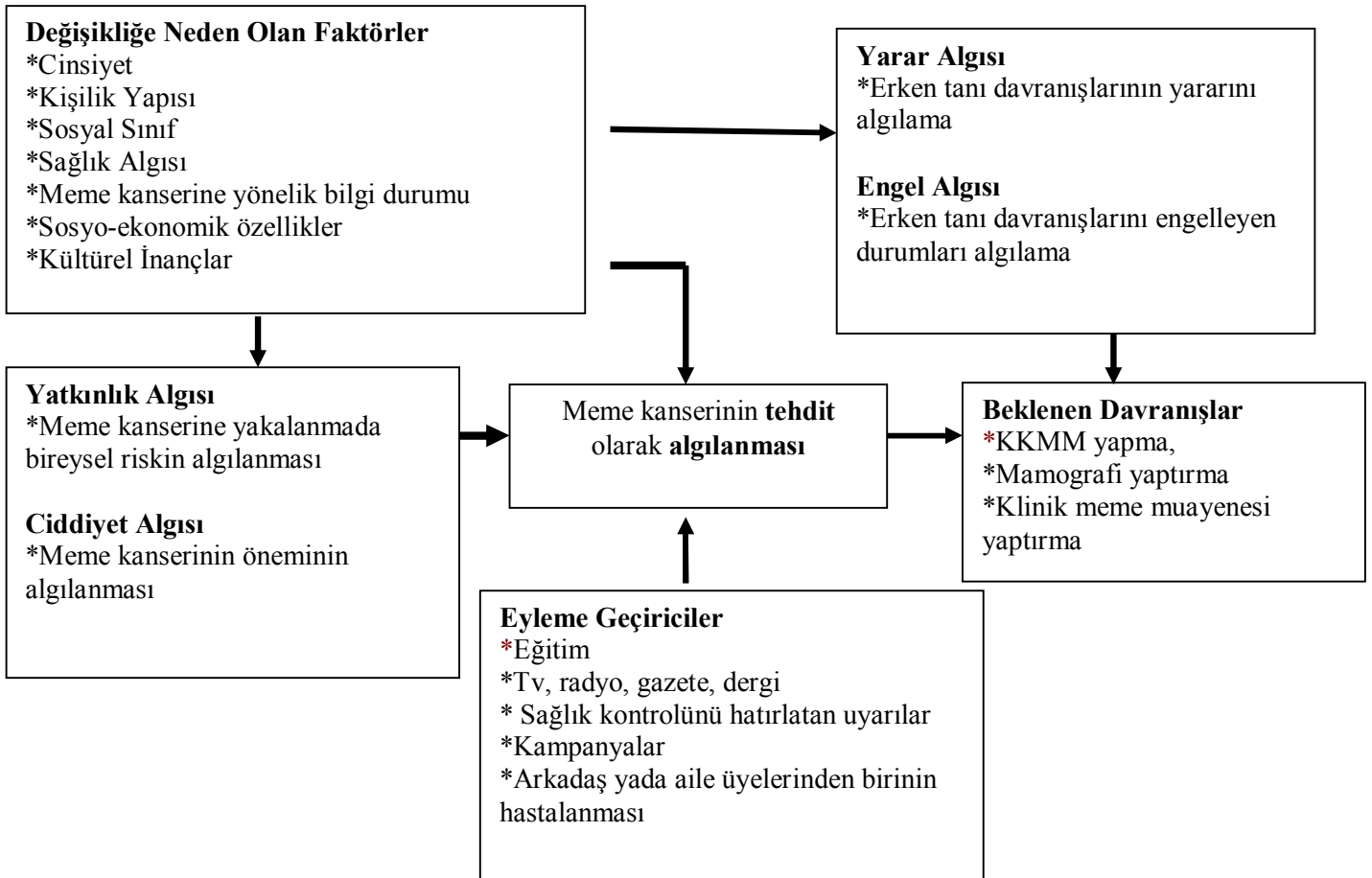
Ayendez, Perez, Almodovar ve Calderon 2002). Bu bilincin artırılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinde aktif görevi olan halk sağlığı hemşireleri önemli rol oynamaktadır.

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

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

Sağlık İnanç Modeli

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



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

Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri

A. Bireysel Özellikler

Sosyo-Demografik Faktörler

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

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

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

B. Algular

Algılanan Duyarlılık

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

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

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

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

Algılanan Ciddiyet ve Tehdit

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

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

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

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

Algılanan Yarar

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

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

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

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

Algılanan Engeller

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

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

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

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

Algılanan Öz Etkililik

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

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

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

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

Algılanan Sağlık Motivasyonu

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

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

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

C. Eylem

Eyleme Geçiriciler

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

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

a. Hatırlatıcıların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi

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

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

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

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

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

b. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışında Eğitimin Önemi

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

Tablo 1. Erken Tanıya Yönelik Olumlu Sağlık Davranışlarındaki Olumlu Değişimle

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

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

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

Sağlığı Geliştirme Modeli

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

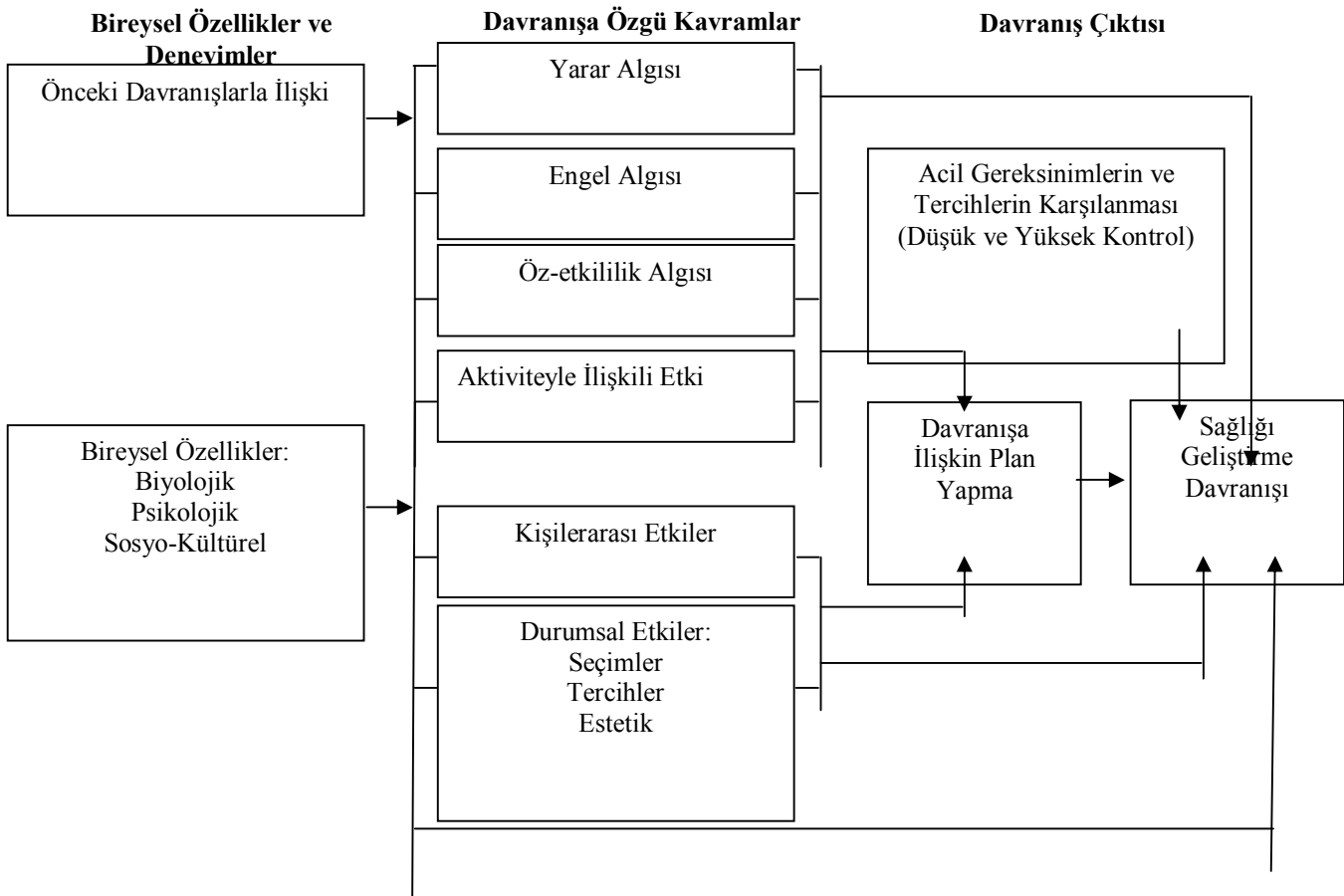
Modeli sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek niteliktedir ve model sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamıştır (Pender, 1987). Modelde sağlığı geliştirici unsurlar ve nedensel mekanizmalar açıklanmaktadır ve model üç önemli fonksiyona hizmet etmektedir:

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

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

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

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



Şekil 2: Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender, 1996)

Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Bileşenleri

A. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

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

B. Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler

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

Aktiviteyle İlişkili Etki

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

Kişilerarası Etkiler

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

Durumsal Etkiler

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

C. Davranış Çıktısı

Davranışa İlişkin Plan Yapma

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

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

Acil Gereksinimlerin ve Tercihlerin Karşlanması

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

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

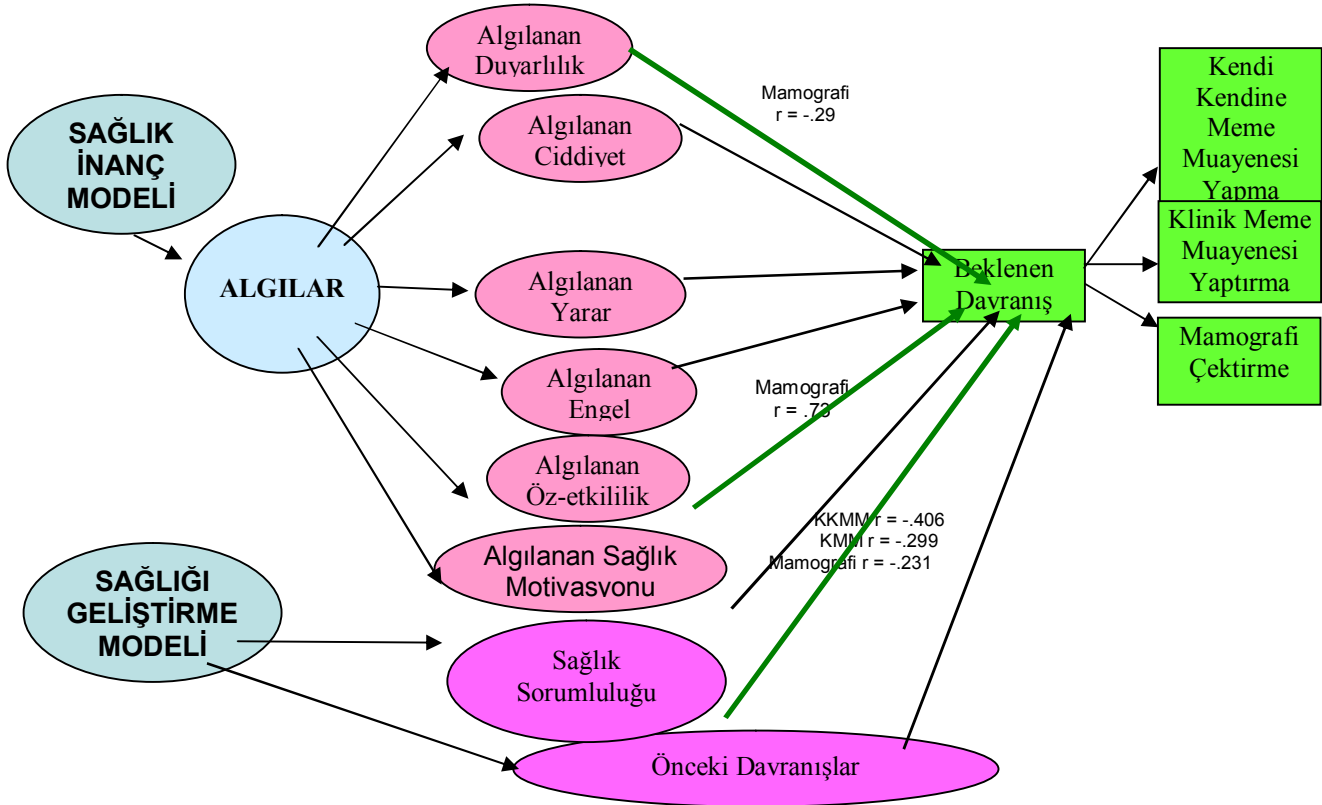
Taylor'ın (1998) çalışmasında meme kanseri erken tanısında KKMM'ne yönelik yapılan eğitim programının etkisi incelenmiştir. Çalışmada, eğitim programına katılan kadınların meme muayenesine yönelik olarak algılanan engellerinin eğitim almayan gruba oranla azaldığı, yarar ve öz-etkililik algılarının arttığı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

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

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

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

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



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

Sonuç ve Öneriler

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

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

çalışmalar yapılan müdahalelerin etkinliğini görmek açısından yararlı olabilir.

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

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

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

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

Kaynakça

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- <http://www.courseweb.uottawa.ca/epi6181/images/HealthBeliefModelreview.pdf>
- Gölbasi, Z., Kutlar, Z., & Akdeniz, H. (2007). Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri/kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (2), 53-57.
- Gürsoy, A.A. (2008). Kendi kendine meme muayenesi çelişkisi. *TAF Prev Med Bull*, 7(3), 257-260.
- Haris, S., & Kinsinger, L.S. (2002). Routinely breast selfexamination is dead, What does it mean?. *Journal of National Cancer Institutes*. 94(19), 1420-1421.
- Hyman, R.B., Baker, S., Ephraim, R., Moadel, A., & Philip, J. (1994). Health belief model variables as predictors of screening mammography utilization. *Journal of Behaviour Medicine*, 17, 391-406.
- International Agency for Research on Cancer, IARC. GLOBOCAN 2008, Cancer Fact Sheet.2010, <http://globocan.iarc.fr/>. Erişim Tarihi: 25.09.2011.
- Jirojwong, S., & MacLennan, R. (2003). Health Beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai Migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 241-249.
- Johnson, C.R. (1998). The relationship between health promoting lifestyles and the practice of breast cancer screening behaviours in adult women. A Thesis Presented to The Faculty of the Department of Nursing Clarkson Collage, United State.
- Juon, H.S., Seo, Y.J., & Kim, M.T. (2003). Breast and cervical cancer screening among Korean American elderly women. *European Journal of Oncology Nursing*, 6 (4), 228-235.
- Kalichman, S.C., Williams, E., & Nachimson, D. (2000). Randomized community trial of a breast self-examination skills-building intervention for Inner-City African-American women. *JAMWA*, 55 (1), 47-50.
- Kearney, A.J. (2006). Increasing our understanding of breast self-examination: women talk about cancer, the health care system, and being women. *Qualitative Health Research*. 16 (6), 802-820.
- Kwok, C., Cant, R., & Sullivan, G. (2005). Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Health Education Research*, 20 (6), 739 – 747.
- Lantz, P.M., Stencil, D.S., Lippert, M.T., Beversdorf, S., Jaros, L., & Remington, P. (1995). Breast and cervical cancer screening in a low-income managed care sample: the efficacy of physician letters and phone calls. *American Journal of Public Health*, 85(6), 834-836.
- Lee E.E., Tripp-Reimer T., Miller A., Sadler G., & Lee, S. (2007). Korean American women's beliefs about breast and cervical cancer and associated symbolic meanings. *Oncology Nursing Forum*. 34(3), 713-720.
- Lierman, L.M., Young, H.M., Cope, C.P., Georgiadou F., & Benoliel, J.Q. (1994). Effect of education and support on breast self examination in older women. *Nursing Research*. 43(3), 158-163.
- Makuc, D.M., Breen, N., & Freid, V. (1999). Low income, race, and the use of mammography, HSR: Health Services Research, 34,1 (April 1999, Part II).
- Maxwell, et al. (2003). Result of randomized trail to increase breast and cervical cancer screening among Filipino American women, *Preventive Medicine*, 37, 102-109.
- Nahcivan, N.Ö., & Seçginli, S. (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modeli'nin kullanımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2), 35-38.
- Nahcivan N., & Secginli S. (2007). Health beliefs related to breast self examination in a sample of Turkish women. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 425-432.
- Navarro, A.M., Senn, K.L., McNicholas, L.J., Kaplan, R.M., Roppe, B., & Campo, M.C. (1998). Por La Vida Model intervention enhances use of cancer screening tests among Latinas. *Am Journal Preventive Medicine*, 15(1), 32-41.
- Neguyen, T., Vo, P.H., McPhee, S.J., & Jenkins, C.N.H., (2001). Promoting Early Detection of Breast Cancer among Vietnamese-American Women, Results of a Controlled Trial. *Cancer Supplement*, 91 (1), 267-273.
- Ogedegbe, G., Cassells, A.N., Robinson, C.M., DuHamel, K., Tobin, J.N., Sox, C.H., et al. (2005). Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *Journal of the National Medical Association*, 97, 162-170.
- Palmer, R.C., Fernandez, M.E., Tortolero-Luna, G., Gonzales, A., & Mullen, P.D. (2005). Correlates of mammography screening among hispanic women living in lower rio grande valley farmworker communities. *Health Education&Behaviour*, 32 (4), 488-503.
- Park, S. M., Hur, H. K., Kim, G. Y., & Song, H. Y. (2007). Knowledge, barriers, and facilitators of Korean women and their spouses in the contemplation stage of breast self-examination. *Cancer Nursing*, 30 (1), 78-84.
- Parlar, S., Bozkurt, A.İ., & Ovayolu, N. (2004). Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 9-15.
- Paskett, E., Tatum, C., Rushing, J., Michielutte, R., Bell, R., Foley, K.L., et al. (2006). Randomized of an Intervention to Improve Mamography Utilization Among a Triracial Rural Population of Women. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(17), 1226-1231.
- Pender, N.J. (1987). Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Norwalk, CT:Appleton&Lange, 70-82.
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton and Lange, 102-110.
- Pender, N., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2006). Health promotion in nursing practice, Fifth Edition. *Pearson Education*, New Jersey, 50-66.
- Petro-Nustas, W.I. (2001). Young Jordanian women's health belief about mammography. *Journal of Community Health Nursing*, 18(3), 177-194.
- Remennick, L. (2006). The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *The Breast Journal*. 103-110.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15 (2), 175-183.
- Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yıllığı 2010. 2011, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf?ret=0>. Erişim Tarihi: 25.09.2011.
- Seow, A., Straughan, P.T., & Lee, H.P. (1998). A Randomized Trial of the Use of Print Material and Personal Contact to Improve Mammography Uptake Among Screening Non-attenders in Singapore. *Annals Acedemy of Medicine*, 27(6), 137-142.
- Taplin, S.H., Barlow, W.E., Ludman E., MacLehos R., Meyer D.M., Segeret D., et al. (2000). Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography: a randomized study. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(3), 233–242.
- Taylor, G.J. (1998). Transforming decision making in African American Women: effects of a culturally sensitive breast self examination intervention, Doctoral Thesis, University of Alabama, Birmingham.
- Tuong-Vi, H. (2007). Anderson Cancer Center, Houston, TX. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American Women. *Oncology Nursing Forum*, 34 (2), 481.
- Vazquez, M.O., Ayendez, M.S., Perez, E.S., Almodovar, H.V., & Calderon, Y.A. (2002). Almodovar H.V., Calderon Y.A. Breast cancer Health Promotion Model for older Puerto Rican women: Results of a pilot programme. *Health Promotion International*, 17(1), 3-11.

Yi, J.K., Cielito, C., & Gibby, R. (2001). Factors Associated With Breast Self Examination Among Low Income Vietnamese Women. *Int. Quarterly of Community Health Education*, 21(1).

Young, R.F., & Severson, R.K. (2005). Breast screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 89, 111-118.

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