

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA MEME
KANSERİ OLAN KADINLAR İÇİN
BİLGİ VE DESTEK GEREKSİNİMLERİ
ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI**

SEDEFNUR ZORUKOŞ

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2008

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA MEME
KANSERİ OLAN KADINLAR İÇİN
BİLGİ VE DESTEK GEREKSİNİMLERİ
ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI**

SEDEFNUR ZORUKOŞ

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
YARD. DOÇ. ÖZGÜL KARAYURT**

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin tüm aşamalarında desteğini, sabrını ve emeğini esirgemeyen, Sayın Hocam Yard. Doç. Dr. Özgül Karayurt'a, hemşirelik eğitimime büyük emeği ve katkısı olan Sayın Hocam Yard. Doç. Dr. Aklime Dicle'ye, tezimin istatistik aşamasında öneri ve katkılarından dolayı Sayın Hocam Yard. Doç. Dr. Saniye Çimen'e,

Uzman görüşlerinde önerileri ve değerlendirmeleri ile katkı veren değerli hemşirelik öğretim üyesi hocalarıma,

Tezimin her aşamasında destekleyici ve motive edici tutumlarından dolayı sevgili aileme ve arkadaşlarıma,

Tez çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan tüm kadınlara en içten saygı ve sevgilerimle teşekkürlerimi sunarım.

Sedefnur Zorukoş

İzmir-2008

İÇİNDEKİLER

TABLO DİZİNİ.....	v
ŞEKİL DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vi
ÖZET	
Türkçe.....	1
İngilizce	3

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	4
1.2. Araştırmanın Amacı.....	8

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Yapısı.....	9
2.2.Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	10
2.3. Meme Kanserinin Risk Faktörleri.....	12
2.3.1. Meme Kanserinde Majör Risk Faktörleri.....	12
2.3.2. Meme Kanserinde Minör Risk Faktörleri	13
2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları.....	15
2.5. Meme Kanserinden Korunma.....	15
2.5.1. Birincil Korunma.....	16
2.5.2. İkincil Korunma.....	18
2.5.2.1. Risk Değerlendirme Araçları.....	18
2.5.2.2. Meme Kanseri Taramaları.....	19
2.5.3. Üçüncül Korunma (Rehabilitasyon).....	22
2.6. Meme Kanseri Riski Yüksek Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimleri ve Bu Gereksinimlerin Karşılmasında Hemşirelik Girişimleri.....	22

2.7. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama.....	25
2.7.1. Ölçek Uyarlama Aşamaları.....	26
2.7.1.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması.....	26
2.7.1.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/Geçerlik-Güvenirlik.....	26
2.7.1.2.1. Geçerlik (validity)	26
2.7.1.2.2. Güvenirlik (reliability)	30
2.7.1.3. Kültürlerarası Özelliklerin Karşılaştırılması.....	35

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	36
3.2. Araştırmanın Yeri	36
3.3. Araştırmanın Planı	36
3.4. Araştırmanın Örnekleme.....	36
3.5. Veri Toplama Araçları.....	37
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	37
3.5.2. Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği.....	37
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	38
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
3.8. Araştırma Etiği.....	39

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Araştırma Örnekleme Alınan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri.....	40
4.2. BDGÖ'nün Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi.....	41
4.2.1. BDGÖ'nün Geçerlik Analizlerinin İncelenmesi.....	41
4.2.1.1. BDGÖ'nün Dil Geçerliğinin İncelenmesi	41
4.2.1.2. BDGÖ'nün İçerik Geçerliğinin İncelenmesi.....	41
4.2.2. BDGÖ'nün Tanımlayıcı İstatistiklerinin İncelenmesi.....	44
4.2.3. BDGÖ'nün Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi.....	46
4.2.3.1. BDGÖ'nün İç Tutarlılığının İncelenmesi.....	46

4.2.3.1.1. BDGÖ'nün Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi.....	46
4.2.3.1.2. BDGÖ'nün Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayılarının İncelenmesi.....	47
4.2.3.1.3. BDGÖ'nün Sperman Brown Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi	49
4.2.3.2. BDGÖ'nün Zamana Karşı Değişmezlik Analizlerinin İncelenmesi...49	

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. BDGÖ'nün Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi.....	51
5.1.1. BDGÖ'nün Geçerlik Analizlerinin İncelenmesi.....	51
5.1.1.1. BDGÖ'nün Dil Geçerliğinin İncelenmesi	51
5.1.1.2. BDGÖ'nün İçerik Geçerliğinin İncelenmesi.....	51
5.1.2. BDGÖ'nün Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi.....	52
5.1.2.1. BDGÖ'nün İç Tutarlılığının İncelenmesi.....	52
5.1.2.1.1. BDGÖ'nün Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi.....	52
5.1.2.1.2. BDGÖ'nün Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayılarının İncelenmesi	53
5.1.2.1.3. BDGÖ'nün Sperman Brown Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi....	53
5.1.2.2. BDGÖ'nün Zamana Karşı Değişmezlik Analizlerinin İncelenmesi...54	

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar.....	55
6.2. Öneriler.....	55
KAYNAKLAR.....	56

EKLER

Ek-1: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeğini Geliştiren Chalmers ve Arkadaşlarından Alınan İzin Belgesi

Ek-2: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kararı

Ek-3: Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan İzin Belgesi

Ek-4: Tanıtıcı Bilgi Formu

Ek-5: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği - Türkçe Formu

Ek-6: Information and Support Needs Questionnaire- İngilizce Formu

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Dünya’da Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kansere Türleri.....	11
Tablo 2. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kansere Türleri	11
Tablo 3. Amerikan Kansere Topluluğu’nun Önerdiği Meme Kansere Tarama Rehberi.....	19
Tablo 4. Meme Kansere Riski Yüksek Kadınlar İçin Tedavi Seçenekleri ve Hemşirelik Girişimleri.....	24
Tablo 5. BDGÖ’nün Güvenirlik Katsayıları.....	38
Tablo 6. BDGÖ’nün Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	39
Tablo 7. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 8. BDGÖ’nün İçerik Geçerliğinde Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	42
Tablo 9. BDGÖ’nün Tanımlayıcı İstatistikleri.....	44
Tablo 10. BDGÖ’nün Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları	46
Tablo 11. BDGÖ’nün Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları	47
Tablo 12. BDGÖ’nün Spearman- Brown Korelasyon Katsayıları.....	49
Tablo 13. BDGÖ’nün Test-Tekrar Test Korelasyon Katsayıları ve Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Memenin Yapısı.....	10
------------------------------	----

KISALTMALAR

BDGÖ: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği
BRCA1: Breast Cancer Susceptibility 1
BRCA2: Breast Cancer Susceptibility 2
DNA: Deoksiribonükleik Asit
HRT: Hormon Replasman Tedavisi
ISNQ: The Information and Support Needs Questionnaire
KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi
LCIS: Lobüler Karsinom In Situ
MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

**BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA MEME KANSERİ OLAN KADINLAR İÇİN
BİLGİ VE DESTEK GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ'NİN
TÜRKÇE'YE UYARLANMASI**

Sedefnur Zorukoş

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

szorukos@mynet.com

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlar için geliştirilen “Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği” (BDGÖ)’nün Türkiye’de geçerlik ve güvenirliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu araştırma metodolojik bir çalışmadır. Örneklemi bir devlet hastanesinin kemoterapi ünitesine ve meme polikliniğine başvuran meme kanserli kadınların birinci derece yakınlarından 97 kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu ve BDGÖ kullanılmıştır. BDGÖ, Chalmers ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilmiştir. BDGÖ; Gereksinimlerin Önemi Ölçeği ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği olmak üzere iki ölçekten oluşmaktadır. Her iki ölçek de 29 maddeden oluşmakta, likert tipi 1-4 arasında değerlendirilmektedir. Özgün ölçeklerin Cronbach alfa katsayısı, Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin .92, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin .92, Spearman-Brown korelasyon katsayısı Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin .80, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin .74, test-tekrar test güvenirlik katsayısı Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin .79, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin .73’dür. Ölçeğin tüm maddelerinin madde-toplam puan katsayıları .33’ün üzerindedir.

Bulgular: Türkçe ölçeğin, dil geçerliği çeviri ve geri çeviri, içerik geçerliği uzman görüşleri tekniği kullanılarak sağlanmıştır. Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin .81, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin .83, test-tekrar test güvenirlik katsayıları Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin .94, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin .96, Spearman-Brown korelasyon katsayıları Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin .79, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin .80 olduğu saptanmıştır. Madde-toplam puan korelasyonları, Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin .22 ile .72 arasında; Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin .23 ile .60 arasında değiştiği saptanmıştır ($p < .05$).

Sonuç ve Öneriler: Türkçeye uyarlanan BDGÖ'nün geçerliği ve güvenilirliği yeterli düzeyde bulunmuştur. Ölçeğin, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini saptamada kullanılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri riski, bilgi ve destek gereksinimi, birinci derece yakınlar, geçerlik, güvenilirlik

**ADAPTATION OF THE INFORMATION AND SUPPORT
NEEDS QUESTIONNAIRE FOR TURKISH WOMEN WITH FIRST DEGREE
RELATIVES WITH BREAST CANCER**

Aim: The aim of this study was to test the reliability and validity of The Information and Support Needs Questionnaire (ISNQ) for Turkish women, developed to describe the information and support needs of women who have primary relatives with breast cancer.

Methods: This is a methodological study and included 97 women who had primary relatives with breast cancer and who presented to the chemotherapy unit and breast outpatient clinics of a state hospital. ISNQ was developed by Chalmers et al. in 2001. It is composed of two scales: Importance of Needs Scale and Meeting Needs Scale. Each scale is a Likert type scale made up 29 items and each item is rated between 1 and 4. Cronbach Alpha coefficient of Importance of Needs Scale and Meeting Needs Scale is .92 and .92 respectively; Spearman-Brown correlation coefficient of Importance of Needs Scale and Meeting Needs Scale is .80 and .74 respectively; test-retest coefficient of Importance of Needs Scale and Meeting Needs Scale is .79 and .73 respectively. The item-to-total score co-efficient of all items is above .33.

Results: The language validity of the Turkish version of the scale was tested with translation-back translation method and content validity with expert opinions. The Cronbach Alpha reliability coefficient of Importance of Needs Scale and Meeting Needs Scale was .81 and .84 respectively; test-retest coefficient of Importance of Needs Scale and Meeting Needs Scale was .94 and .96 respectively; Spearman-Brown correlation coefficient of Importance of Needs Scale and Meeting Needs Scale was .79 and .80 respectively. The item-to-total score co-efficient of Importance of Needs Scale and Meeting Needs Scale ranged from .22 and .72 and from .23 and .60 respectively ($p < .05$).

Conclusion and Recommendations: We found that ISNQ was valid and reliable enough to determine the importance of, and the degree to which information and support needs of women who have primary relatives with breast cancer were met.

Key Words: Breast cancer risk, the information and support needs, primary relatives, validity and reliability.

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Meme kanseri, kadın sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur (Sheinfeld ve Albert, 2003). Meme kanseri, dünyada kadınlar arasında en sık (%26) görülen kanser türü olup kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında ikinci sırada (%15) yer almaktadır. Dünyada, her yedi kadından birinin yaşamının herhangi bir döneminde meme kanseri olabileceği öngörülmektedir (Lester, 2007; American Cancer Society, 2008). Türkiye’de ise meme kanseri insidansı artmakta ve kadınlar arasında görülen kanserler içinde %26.58 ile ilk sırada yer almaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı, 2003). Meme kanserinin yüksek oranda görülmesi meme kanseri risk kaygısını ve farkındalığı arttırmaktadır (Stacey ve ark., 2002).

Meme kanserinde cinsiyet ve yaş önemli bir majör risk faktörüdür. Meme kanserinin %99’u kadınlarda ve bu kadınların %78’inin 50 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Erkeklerde meme kanseri görülme oranı %1’dir. Meme kanserinde diğer majör risk faktörleri aile öyküsünde meme kanseri olması, uzun menstruasyon öyküsü, hiç doğum yapmamış olma veya ilk doğumunu 30 yaş üzerinde yapma, atipik hiperplazi ve lobular karsinoma in situ (LCIS) öyküsüdür (Gross, 2000; Vogel, 2000). Genetik meme kanseri tüm meme kanserlerinin %5-10’unu, 30 yaş altında görülen primer meme kanserlerinin %25’ini oluşturmaktadır (Sheinfeld ve Albert, 2003).

Aile öyküsünün değerlendirilmesi genetik meme kanseri riskini belirlemede çok önemli bir faktördür (Frank ve ark., 1999; Ziogas ve ark., 2000). Birinci derece yakınlarında 30 yaşın altında premenopozal meme kanseri, bilateral meme kanseri, hem meme hem de over kanseri, her yaşta erkekte meme kanseri bulunması ailesel meme kanseri riskini arttıran faktörlerdir (McCredie ve ark., 1997; McPherson ve ark., 2000).

Aile öyküsüne bağlı risk tahmini; aile üyesinin tanı sırasındaki yaşı, kadının yaşı, etkilenen akrabaların sayısı gibi birçok faktöre bağlı değişmekle beraber (Pharoah ve ark., 2000) bu faktörlerden birinin dahi bulunmasının meme kanseri riskini en az iki kat arttırdığı tahmin edilmektedir (McCredie ve ark., 1997; Sellers ve ark., 1999).

Meme kanseri insidansının yüksek olması nedeniyle ailesinde meme kanseri deneyimi yaşayan kadın sayısı da artmaktadır (National Comprehensive Cancer Network, 2007a). Risk kavramının, tıbbi ve epidemiolojik yönü kadar psikolojik ve sosyal boyutları da vardır. Kanser deneyimini akrabalarıyla beraber yoğun olarak yaşayan kadınlar, bu büyük olayın duygusal etkisini de yaşarlar. Yapılan çalışmalarda aile öyküsünde meme kanseri bulunan

kadınların korku, endişe, belirsizlik, çaresizlik gibi duygular yaşadıkları saptanmıştır (Chalmers ve Thomson, 1996; Chalmers ve ark., 1996; Rees ve Bath, 2000a; Kristjanson ve ark., 2004). Meme kanseri riski yüksek olan kadınların yaşadıkları duygular, kanser tanısı alan kadınların duygularına benzememektedir. Meme kanseri tanısı alan kadınlar, durumu bir kriz olarak algılayabilir ve tedavi süreci sonunda bu kriz çözülebilir. Yüksek riskli kadınların yaşadıkları anksiyete ise belirsizlik, araştırmalardaki çelişkili sonuçlar, sağlık profesyonellerinin önerilerinde kesinlik olmaması nedeniyle sürekli olabilir. Bu anksiyete, kadının önceki deneyimlerine, meme kanserli yakınıyla olan etkileşimine, risklerini algılamaya, meme kanseri olan aile üyelerinin durumlarına, baş etme mekanizmalarına ve destek sistemleri gibi birçok faktöre bağlıdır (Gross, 2000).

Kristjanson ve arkadaşları (2004) adölesanların annelerine meme kanseri tanısı konusunda korku, belirsizlik, izolasyon hissi yaşadıkları, annelerinin hayatta kalması ile ilgili endişelendikleri, ayrıca genetik yatkınlıktan dolayı korktuklarını saptamışlardır. Rees ve Bath (2000a) anneleri meme kanseri olan kız çocukların; tedavi ve iyileşme sürecinde annelerinin görevlerini üstlendiğini ve bu sorumluluğun kız çocuklarında anksiyeteye neden olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca kız çocukların kendilerinin de risk altında olduğunu kabul ettiklerinden korku yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Chalmers ve Thomson (1996) birinci derece yakınları meme kanseri olan kadınların meme kanseri olan akrabalarının sağlıklarıyla ilgilenirken erken tanı uygulamalarına uyum sağlamada güçlük çekebildiklerini belirtmişlerdir. Aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların erken tanı uygulamalarına (mammografi, klinik meme muayenesi, kendi kendine meme muayenesi) uyumlarının incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir (Drossaert ve ark., 1996; Benedict ve ark., 1997; De Bock ve ark., 1997; Brain ve ark., 1999). Bazı çalışmalarda aile öyküsünde meme kanseri olan kadınlar ile aile öyküsünde meme kanseri olmayan kadınların erken tanı uygulamalarına uyumları arasında fark olmadığı saptanmıştır (Drossaert ve ark., 1996). Diğer taraftan aile öyküsünde meme kanseri olan kadınlarda risk algısının anksiyeteye yol açtığı ve önerilenden daha sık kendi kendine meme muayenesi yaptıkları (Brain ve ark., 1999) ya da yapmaktan kaçındıkları (Benedict ve ark., 1997) saptanmıştır. De Bock ve arkadaşları (2001) birinci derece yakınlarında meme kanseri bulunan 63 yüksek riskli kadına meme kanseri ailesel riski hakkında bireysel danışmanlık hizmeti sonrasında kadınların önerilere uyumlarını incelemişlerdir. Kadınların sadece %25'inin aylık kendi kendine meme muayenesi yaptıkları, üçte birinin yıllık klinik meme muayenesi ve mammografi yaptırdıklarını belirtmişlerdir. Gençtürk (2004) birinci derece yakınlarında meme kanseri bulunan 32 kadınla yaptığı çalışmada %43.7'sinin korunma/erken tanı yöntemi

uygulamadığını, uygulayanların %41.7'sinin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve %33.3'ünün mammografi yöntemini kullandığını saptamıştır.

Rees ve Bath (2000a) bireysel riskin doğru algılanması ve erken tanı uygulamalarına uyumun korkuların azalmasında etkin olduğunu belirtmişlerdir. Birey ve ailenin meme kanserinin getirdiği stresörlerle başa çıkmasını kolaylaştırmak için bilgi ve desteğin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Chalmers ve ark., 2003). Meme kanserli kadınlarda özellikle stresin yüksek olduğu tanı konma aşamasında ve tanıdan sonraki altı aylık dönemde bilgi ve desteğin önemi gösterilmiştir (Harrison ve ark., 1999; Cowley ve ark., 2000; Leydon ve ark., 2000). Yapılan çalışmalarda birinci derece yakınlarında meme kanseri bulunan kadınların bilgi ve destek gereksiniminin önemi vurgulanmıştır (Chalmers ve ark., 1996; Chalmers ve Thomson, 1996; Chalmers ve ark., 2001; Stacey ve ark., 2002; Chalmers ve ark., 2003; Kristjanson ve ark., 2004). Chalmers ve arkadaşları (1996) birinci derece yakınlarında meme kanseri olan 55 kadınla yaptıkları kalitatif çalışmada, kadınların meme kanseri riski taşıyan bireylerin uyumlarını; *meme kanseri deneyimi ile yaşamak, bireysel risk algısının gelişmesi ve riske yönelik koruyucu davranışlar geliştirmek* olarak üç boyutta tanımlamışlardır. Chalmers ve Thomson (1996) başka bir çalışmada meme kanseri riskine uyumda bilgi, destek ve iletişimin uyumu kolaylaştırdığını saptamışlardır. Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgilendirme ve destek gereksinimlerinin sağlık bakım profesyonellerince önemsenmediğini belirtmişlerdir (Chalmers ve ark., 1996; Chalmers ve Thomson, 1996).

Chalmers ve arkadaşları (2001) birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimi ölçeğini (BDGÖ) geliştirmek için yaptıkları çalışmada 39 kadının bilgi ve destek gereksinimlerini incelemişlerdir. Bu kadınların en önemli gereksinimin meme kanseri bireysel riski hakkında bilgi olduğu, diğer önemli gereksinimlerin meme kanseri nedenleri, meme kanserinin olası risk faktörleri ve meme kanseri riskini azaltabilecek sağlık alışkanlıklarındaki değişimlerle ilgili bilgi olduğunu belirtmişlerdir. En az derecelendirilen gereksinimin destek gruba katılma olduğunu saptamışlardır. Chalmers ve arkadaşları (2003) daha büyük bir örneklem grubuyla (n=261) birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini; bilgi ve destek gereksinimleri ölçeğini kullanarak tanımlamışlardır. Çalışma sonuçları bir öncekiyle benzer olup kadınların en önemli gereksinimlerinin sırasıyla meme kanseri bireysel riski, meme kanseri risk faktörleri ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgi gereksinimleri olduğu ve kadınların bilgi gereksinimlerinin destek gereksinimlerinden daha önemli olduğunu bulmuşlardır.

Stacey ve arkadaşları (2002) meme kanserinde yüksek riskli (birinci derece yakınlarında meme kanseri olan, atipik hiperplazi ve LCIS olan) 97 kadının yaş gruplarına göre bilgi destek gereksinimlerinin öncelik sıralamasını belirlemişlerdir. Bu gereksinimler elli yaş altı ve üstü kadınlarda öncelik sırasıyla şu şekildedir:

Elli yaş altı kadınlar	Elli yaş ve üstü kadınlar
1. Meme kanseri taramaları	1. Meme kanseri riski
2. Meme kanseri riski	2. Riski azaltan yaşam biçimi seçimleri
3. Riski azaltan yaşam biçimi seçimleri	3. Meme kanseri taramaları
4. Hormon replasman tedavisi	4. İlaçla koruma

Kristjanson ve arkadaşları (2004) meme kanserli kadınların adölesan çocukları ile yaptıkları kalitatif çalışmada; çocukların annelerinin hayatta kalımı, hastalığın ciddiyeti, tedavinin yan etkileri, alternatif tedaviler, hastalıkla ilgili tıbbi bilgi, annelerinin mücadelesine nasıl yardımcı olacakları, annelerinin duyguları ve yaşadığı değişimler hakkında bilgilendirme istediklerini saptamışlardır.

Rees ve Bath (2000a) meme kanserli kadınların kızlarının (n=97) bilgi gereksinimini, kızlar ile anneleri ve sağlık profesyonelleri arasındaki bilgi akışını tanımlamışlar; kızlar ve anneleri arasında bilgi akışının iyi olduğunu bulmuşlardır. Kızların annelerinden bilgi almalarına karşın çoğunun farklı bilgilendirme kaynağı arayışında olmalarını, annelerinin onların bilgilendirme gereksinimini karşılamadığının göstergesi olduğunu belirtmişlerdir.

Wellisch ve arkadaşları (1999) yaptıkları araştırmada birinci derece yakınlarında meme kanseri bulunan yüksek riskli kadınlara (n=33) verilen destek grup danışmanlığının etkisini incelemişlerdir. Eğitimsel (genetik, beslenme, gevşeme teknikleri, taramalar vb) ve psikolojik (ailesel meme kanseri öyküsü hakkında konuşma, etkilenen aile üyesi ve üyeleriyle ilişki, başa çıkma, yüksek riskli olma ile ilgili kızgınlıkları vb) konulardan oluşan destek grup danışmanlığının kadınların anksiyete ve depresyon semptomlarında azalma sağladığını bulmuşlardır.

Kadınların meme kanseri nedeniyle yaşadığı korku ve anksiyetesini eşine ve çocuklarına yansıtarak onları da olumsuz yönde etkilediği, dolayısıyla meme kanserinin ailenin hastalığı olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Rees ve Bath, 2000b). Meme kanserli hastaların birinci derece yakınlarına bilgi verme ve sorunlarla baş etmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bu nedenle hemşireler meme kanserli hastaların birinci derece yakınlarının bilgi ve destek gereksinimlerini saptamalı ve uygun girişimleri planlamalıdır. Geçerli ve güvenilir bir ölçekle; bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması kadınların

gereksinimlerinin daha etkin şekilde karşılanmasına ve verilen hizmetin sonuçlarının sistematik olarak değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır (Chalmers ve ark., 2001).

1.2. Araştırmanın Amacı

Ülkemizde birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlarda bilgi ve destek gereksinimlerinin incelendiği çalışmalara ve konu ile ilişkili ölçme araçlarına rastlanmamıştır. Bu saptamadan yola çıkarak yapılan araştırmanın amacı, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin karşılanmasını saptayan “Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği”ni Türkçe’ye uyarlamak ve literatürümüze kazandırmaktır. Bu bağlamda geçerliği ve güvenirliği kanıtlanmış bir ölçek birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin ve bu gereksinimlerin ne derece karşılandığının belirlenmesine ve uygun hemşirelik girişimlerinin planlanmasına olanak sağlayacaktır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Yapısı

Meme göğüs ön duvarında, ikinci ile altıncı kostalar arasında yer alan bir bezdir. Memeler pektoralis majör ve minör kasları üzerine oturmuşlardır (Akkaş Gürsoy, 2005; Smeltzer ve Bare, 2005).

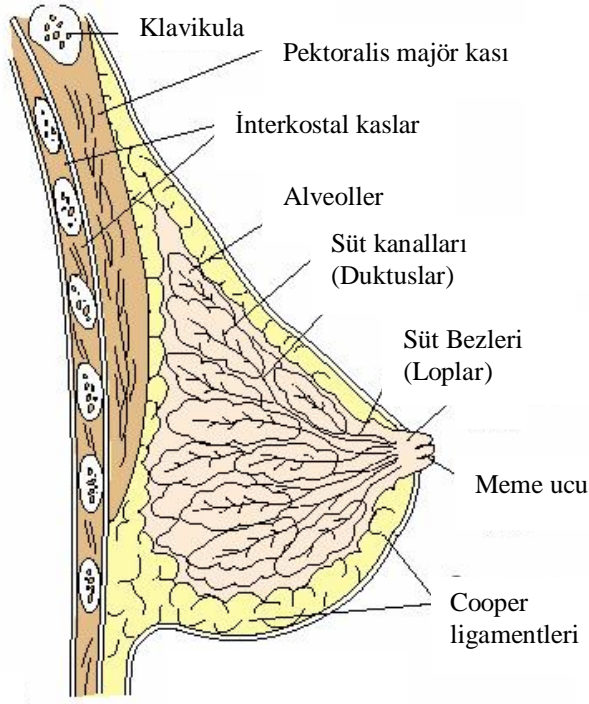
Erkek ve kadınlarda meme puberteye kadar aynıdır, puberteden sonra östrojen ve diğer hormonların etkisiyle kadınlarda meme gelişir. Bu gelişim dokuz ile 18 yaşları arasında değişkenlik gösterse de genelde 10 ile 16 yaşları arasında gerçekleşir (Smeltzer ve Bare, 2005).

Meme glandüler, fibröz ve yağ dokudan oluşur. Fibröz doku; glandüler dokuyu destekler, meme altındaki fasyayı ve cildi birleştiren destekleyici bağlardır. Yağ dokusu; meme dokusunu hem yüzeysel hem de periferal olarak donatan baskın dokudur. Bu üç dokunun dağılımı yaş, beslenme, hamilelik ve diğer etmenlere bağlı olarak değişiklik gösterir. Her bir meme bezinde 20-40 lobül bulunur. Her lobül 10 ile 100 arasına alveol (asinus) barındırmaktadır. Lobüllerin birleşiminden loblar oluşur ve memede 15- 20 lob vardır. Loblar üzüm salkımı görünümündedir ve kendilerine ait kanallarla meme başına açılırlar. Meme başı (papilla mammae) genellikle dördüncü kosta hizasında ve memenin merkezinde bulunmaktadır. Sinir uçlarından çok zengin olup yağ ve ter bezleri de barındırmaktadır. Derisi kahverengi pigmentli ve buruşuktur. Papillanın etrafındaki koyu renkli yuvarlak bölüm "areola mamma" olarak adlandırılır. Yüzeyinde yağ bezleri olarak görev yapan montgomery bezleri vardır. Montgomery bezlerinin salgıları emzirme sırasında derinin kuruyup çatlamasını önlerler. Areolanın rengi gül pembesi ile açık kahverengi arasındadır. Ancak hamilelik sırasında koyu kahverengiye döner (Akkaş Gürsoy, 2005).

Memenin Arterleri: Memeyi besleyen damarlar interkostal arter, internal torasik arter ve lateral torasik arterdir. İnternal torasik arter memenin %60'ına, lateral torasik arterin ise %30'una kan sağlar.

Memenin Venleri: İnternal torasik ven, aksiler ven ve interkostal vendir.

Memenin Lenf Yolları: Memenin lenfleri kanserin yayılımı açısından çok önemlidir. Lenf akımının %75'i aksillaya, %25'i internal mammaria lenf nodlarına olur. Memenin lenf nodları; internal mamaria, aksiller, interpektoral, infraklavikular, supraklavikular lenf nodlarıdır (Akkaş Gürsoy, 2005).



Şekil 1. Memenin Yapısı (Smeltzer SC, Bare BG. Assessment and management of patients with breast disorders; Medical Surgical Nursing, 10th Edition, Lippincott Williams ve Wilkins 2005; 1447'den alınmıştır).

2.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Mammografi taramalarının kullanımı, koruma programlarının yaygınlaşması ve postmenapozal kadınlarda Hormon Replasman Tedavisi (HRT) kullanımının artması meme kanseri insidansında artışa neden olmuştur (Lester, 2007).

Dünya’da kadınlarda en sık görülen on kanser türü Tablo 1’de gösterilmiştir (American Cancer Society, Cancer Facts & Figures 2008).

Tablo 1. Dünya’da Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kanser Türleri

Kanser türü	Yüzde
Meme	26.0
Akciğer ve bronşlar	14.0
Kolon ve rektum	10.0
Serviks	6.0
Lenf düğümü	4.0
Troid	4.0
Deri	4.0
Ovaryum	3.0
Böbrek ve renal pelvis	3.0
Lösemi	3.0
Diğer	23.0

Türkiye’de ise kadınlarda en sık görülen on kanser türü Tablo 2’de gösterilmiştir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2003).

Tablo 2. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Karşılaşılan Kanser Türleri

Kanser türü	Yüzde
Meme	26.58
Deri	8.01
Mide	5.53
Ovaryum	5.36
Kalın bağırsak	4.75
Akciğer ve bronşlar	4.37
Endometrium	3.84
Troid	3.76
Serviks	3.60
Kemik iliği	3.51
Diğer	30.70

2.3. Meme Kanserinin Risk Faktörleri

Meme kanserinde majör risk faktörleri sırasıyla; yaş, kadın olmak, aile öyküsünde meme kanseri, atipik hiperplazi, BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinde mutasyon olarak bildirilmektedir. Minör risk faktörleri ise, menarş ve menopoz arasındaki intervalde uzama, hiç doğum yapmama, ilk çocuğunu 30 yaş sonrasında doğurma, günde bir bardaktan fazla alkol alma ve yağlı diyet olarak belirtilmektedir (Gross, 2000; Vogel, 2000; Lester, 2007).

Bireysel meme kanseri riski; tüm majör ve minör meme kanseri risk faktörlerinin olması (Gross, 2000; Vogel, 2000; Lester, 2007); ailesel meme kanseri riski, aile öyküsünde meme kanseri varlığıdır (Frank ve ark., 1999; Ziogas ve ark., 2000).

2.3.1. Meme Kanserinde Majör Risk Faktörleri

Yaş

Meme kanseri için yaş önemli bir risk faktörüdür. Menapoz öncesi dönemde daha az, menapoz sonrası dönemde ise daha fazla görülen meme kanseri sıklığının yaşla birlikte arttığı belirtilmektedir. Meme kanserinin %78'i 50 yaş üzeri kadınlarda, sadece %22'si 50 yaş altındaki kadınlarda görülmektedir (Gross, 2000; Vogel, 2000; Lester, 2007).

Cinsiyet

Meme kanseri çoğunlukla kadınlara özgü bir hastalıktır. Meme kanserlerinin %99'u kadınlarda %1'i erkeklerde görülür (American Cancer Society, 2008).

Aile Öyküsü

Ailesinde meme kanseri olanlarda meme kanseri olma riskinin yüksek olacağı belirtilmektedir. Özellikle anne, kızkardeş, kız çocuğu gibi birinci derece akrabalarda minimum riskin genel kadın popülasyonunkinden iki kat fazla olduğu tahmin edilmektedir (Sellers ve ark., 1999).

Aile öyküsünün değerlendirilmesi genetik meme kanseri riskini belirlemede çok önemli bir faktördür (Frank ve ark., 1999; Ziogas ve ark., 2000).

Ailesel meme kanseri riskini arttıran faktörler

- Bilateral meme kanseri veya hem meme hem de over kanseri olan kadınla birinci derece akrabalık,
- Kırk yaşın altında meme kanseri tanısı konmuş kadınla veya herhangi bir yaşta meme kanseri tanısı konmuş erkekle birinci derece akrabalık,
- Altmış yaşın altında meme kanseri tanısı konmuş veya herhangi bir yaşta over kanseri tanısı konmuş kadınla birinci veya ikinci derece iki akrabalık,
- Meme veya over kanseri tanısı konmuş kadınla birinci dereceden bir akraba ve ikinci dereceden iki akraba olmak üzere üç akrabayla ilişkidir.

Birinci derece akrabalıktan anne, kız ve kızkardeş; ikinci derece akrabalıktan anneanne, babaanne, hala ve teyze kastedilmektedir (McPherson ve ark., 2000; Lester, 2007).

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. Normalde BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinin Deoksiribonükleik Asit (DNA) tamirinde ve kopyalanmasında önemli rolleri vardır (Dozier ve Mahon, 2002; Smeltzer ve Bare, 2005).

Daha Önce Malign ya da Benign Meme Hastalığı Öyküsünün Olması

Atipik hiperplazili kadınlar; atipik hiperplazisi olmayan kadınlara göre 10 yıllık zaman periodu içerisinde %10-%20 daha fazla yüksek riske sahiptirler; bu oran özellikle premenapoz dönemindeki kadınlarda daha yüksektir (Hulka ve Moorman, 2001). LCIS olan kadınlar ise normal kadınlara göre 25 yıllık zaman periyodu içerisinde %25-%40 daha fazla riske sahiptirler (Frykberg, 1999). Bir memede kanser varlığı ortalama popülasyona göre kanser riskini 5-7 kez artırır (Dozier ve Mahon, 2002).

2.3.2. Meme Kanserinde Minör Risk Faktörleri

Menarş ve Menopoz Yaşı Arasındaki İntervalde Uzama

İlk adet yaşının erken ve menopoz yaşının geç olması meme kanseri riskini artırır. İlk menarş yaşı 16 olan kızlar ilk adet yaşı iki-dört yaş daha erken olan kızlara göre yaşam boyu meme kanseri olma riski %10-%30 daha azdır. Ellibeş yaşından sonra menopoza giren kadınlarda 45 yaşından önce menopoza giren kadınlara göre iki kat daha fazla riske sahiptirler (McPherson ve ark., 2000; Vogel, 2000).

İlk Doğum Yaşı

Hiç doğum yapmamış olmak veya geç doğum yapmak yaşam boyu meme kanseri olma riskini artırır. İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan kadınlar, ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan kadınlara göre iki kat riske sahiptirler. İlk doğumunu 35 yaşından sonra yapan kadınlar hiç doğum yapmamış kadınlara göre daha risklidirler. Erken yaşta ikinci doğumunu yapmak meme kanseri riskini daha da azaltır (McPherson ve ark., 2000).

Radyasyon

İkinci dünya savaşında radyasyona maruz kalan 13-19 yaş arası genç kızlar üzerinde yapılan araştırmada meme kanseri riskinin iki kat daha arttığı saptanmıştır. İyonize radyasyona özellikle meme oluşumunun hızlı olduğu puberte öncesi dönemde maruz kalındığında yaşam boyu meme kanseri riskini artırır (McPherson ve ark., 2000).

Yaşam Stili

Tüm kadınlara önerilen yaşam stili değişiklikleri aşağıda verilmiştir.

- Kilo kontrolü
- Sigara içmeme
- Alkol tüketiminin azaltılması
- Egzersiz
- İyonize radyasyondan korunma (Vogel, 2000).

Diyet

Meme kanseri ve yağlı diyet alma arasında hafif korelasyon olmasına rağmen bu ilişki güçlü değildir. Özellikle aşırı yağlı diyetin meme kanserini artırdığı düşünülmektedir. Yüksek yağlı diyet obeziteye yol açmakta ve salınan insülin düzeyini artırmaktadır. Bunun tümörün büyümesini stimüle ettiği varsayılmaktadır (Trentham-Dietz ve ark., 1997; McTiernan, 2003).

Kilo

Obezitenin meme kanseri riskini artırdığı bildirilmektedir. Östrojen adipoz dokuda birikmekte, bu da endojen östrojen üretimini artırmakta ve meme dokusunun daha fazla östrojene maruz kalmasına neden olmaktadır (Trentham-Dietz ve ark., 1997; McTiernan, 2003; Smeltzer ve Bare, 2005). Obezite özellikle postmenapozal kadınlarda obesite meme kanseri görülme oranını %30-%50 oranında artırmaktadır (McTiernan, 2003).

Alkol Alımı

Günlük alkol alım miktarı artışı ile meme kanseri riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Özellikle 30 yaş altında alkol alımına başlanması ve günde bir bardaktan fazla alkol tüketimi çok daha önemli bir risk faktörüdür (McTiernan, 2003; Smeltzer ve Bare, 2005; Lester, 2007).

Sigara

Meme kanseri insidansı ile ilişkili olmadığı belirtilse de (McPherson ve ark., 2000) pasif sigara dumanına maruz kalanlarda meme kanseri riski artmaktadır (Smeltzer ve Bare, 2005).

Oral Kontraseptif

Oral kontraseptif kullanımı meme kanseri gelişme riskini çok hafif oranda yükseltmektedir. Erken veya uzun süreli oral kontraseptif kullanımı ve uzun süreli (10–15 yıl üzeri) östrojen tedavisinin riski artırdığı saptanmıştır. Ayrıca 20 yaşından önce kullanmaya başlayanlar 20 yaşından sonra kullanmaya başlayanlara göre daha risklidirler. Östrojen ve progesteron kombine kullanılan preparatların meme kanseri riskine etkisi hala tartışmalıdır (McPherson ve ark., 2000; Gross, 2000; Dozier ve Mahon, 2002).

Hormon Replasman Tedavisi

HRT'nin beş yıldan fazla kullanımının meme kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir (McPherson ve ark., 2000).

Yüksek Sosyoekonomik Durum

Sosyoekonomik durumu yüksek olanlarda meme kanserine daha fazla rastlanmıştır. Bunun nedeninin, iyi beslenmeleri, erken adet görmeleri, geç evlenmeleri, 30 yaştan sonra doğum yapmaları ve çocuklarını emzirmemeleri olarak yorumlanmaktadır (Dozier ve Mahon, 2002; American Cancer Society, 2008).

2.4. Meme Kanseri Belirti ve Bulguları

Meme kanserinde görülen belirtiler: ağrısız kitle, ileri evrede ağrı, meme başından kanlı akıntı, portakal kabuğu görünüm, deride ülserasyon ve ödem, komşu lenf nodlarında büyüme, meme derisinde çukurlaşma ve meme başında çekilmedir (American Cancer Society, 2008).

2.5. Meme Kanserinden Korunma

Meme kanserinin insidansının artmasıyla birlikte meme kanserinden korunma önem kazanmıştır. Bir kadının yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riskinin %11 oranında olduğu dikkate alındığında, meme kanserinden korunma önemli olmaktadır. Ancak meme kanserinin oluşumunda tanımlanmış risk faktörlerinin sadece %25 oranında etkili olduğu ve bu risk faktörlerinin önemli bir kısmının da kontrol edilebilir faktörler olmadığı ileri sürülmüştür (Black ve Jacops, 1997; Lester, 2007).

Meme kanserinden korunma birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç düzeyde ele alınmaktadır.

Meme Kanserinde Korunma Düzeyleri

Birincil (Primer) Korunma

- Yağdan fakir liften zengin diyet
- Önerilen vücut ağırlığını koruma

İkincil (Sekonder) Korunma

- Her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesinin yapılması
- Klinik muayene
- Mammografi

Üçüncül Korunma (Rehabilitasyon)

- Meme rekonstrüksiyonu
- Ameliyat sonrası kol egzersizleri
- Lenf ödemi önlemek için uygun egzersiz ve pozisyon (Black ve Jacops, 1997).

2.5.1. Birincil Korunma

Toplumun kanser konusunda eğitilmesi ve bilgilendirilmesinde hemşire önemli bir role sahiptir. Kanseri riskini azaltma yollarından biri bilinen kanserojenlerden kaçınmaktır. Diğer bir yolsa epidemiyolojik ve laboratuvar çalışmalarıyla kanser riskini etkilediği kanıtlanmış diyet ve yaşam stili değişikliklerini kapsar (Smeltzer ve Bare, 2005; American Cancer Society, 2008).

“Kanserden Korunmada Amerikan Kanseri Topluluğu’nun Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberi” aşağıda verilmiştir;

Yiyecek seçimi

- Günde beş veya daha fazla porsiyon meyve tüketimi
- Artırılmış tahıl ve şeker kullanma
- Özellikle yüksek yağ oranına sahip kırmızı et tüketimini sınırlamak
- Sağlıklı kiloyu koruyacak yiyecekler seçmek

Yaşam stili olarak fiziksel aktiviteyi seçmek

- Haftanın en az beş günü 30 dakika fiziksel egzersiz yapmak

Kiloyu koruma

- Fiziksel aktiviteyle kalori alımını dengelemek
- Eğer obez veya aşırı kilolu ise kilo vermek

Alkol alımı varsa sınırlamak

(American Cancer Society, Cancer Facts & Figures 2008).

İlk doğum yaşının erken olması meme kanseri riskini azaltmada önemli faktörlerden biridir. Meme kanserini önlemede önemli faktörlerden biri olan emzirmenin etkisi tam olarak bilinmemekle beraber, laktasyonun premenapozal meme kanseri riskine karşı koruduğuna ait belirtiler vardır (American Cancer Society, 2008).

Yüksek Riskli Kadınlarda Birincil Korunma

Meme kanseri riski beş yıl için %1.66 veya daha fazla olan, yaşam boyu meme kanseri olma riski %20–25 ve daha fazla olan, atipik hiperplazi, LCIS ve gen taraması pozitif olan kadınlar yüksek riskli kadın grubuna girmektedir (Stacey, 2002). Yüksek riskli kadınlarda birincil korunma proflaktik bilateral mastektomi, proflaktik bilateral ooferektomi, tamoksifen, raloksifen kullanımını içermektedir (Gross, 2000; Smeltzer ve Bare, 2005).

Proflaktik Bilateral Mastektomi

Proflaktik bilateral mastektomi kanser riskini %90 oranında azaltır, bu sebeple bazen risk azaltıcı mastektomi terimi de kullanılır. Proflaktik bilateral mastektomide sadece meme dokusu alınır. Herediter meme kanseri hikayesi olan, atipik hiperplazi ve LCIS olanlar

BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonu olanlar ve diğer memesi kanser olanlarda tercih edilen bir uygulamadır (Gross, 2000; Smeltzer ve Bare, 2005).

Proflaktik meme cerrahisi sonrası hastalarda; cilt nekrozu (%10-60), ciltte duyu kaybı, ağrı, yüzüstü yatamama, beden imajında bozulma, psikolojik sorunlar görülmektedir (Smeltzer ve Bare, 2005). Proflaktik bilateral mastektomi, geri dönülmez bir meme kanseri önleme yöntemi olduğu için risk altındaki kadınlara yarar ve zararları anlatılarak kişi ile birlikte karar verilmelidir. Ayrıca, rekonstruktif cerrahi konusunda bilgi verilmeli, psikolojik değerlendirme yapılmalı, genetik danışmanlık sağlanmalıdır (Stacey ve ark., 2002; Smeltzer ve Bare, 2005).

Proflaktik Bilateral Ooforektomi

Proflaktik bilateral ooforektomi, meme kanseri riski yüksek olan çocuk sahibi olan premenopozal kadınlara önerilebilir. Premenopozal kadınlarda meme kanserini %22-50 oranında azalttığı belirtilmektedir. Ooforektomi uygulanan meme kanserli hastaların karşı memede kanser gelişiminde azalma gözlenmemiştir. BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu olan kadınlara uygulanan bilateral ooforektomi sonrası meme kanserinde %50 oranında azalma belirtilmiştir (Smeltzer ve Bare, 2005).

Tamoksifen

Tamoksifen meme kanseri gelişimini önlemeye yönelik meme ve uterus üzerine östrojeni bloke eden (östrojen antagonisti); kemik, yağ metabolizması ve pıhtılaşma üzerine ise östrojene benzer (östrojen agonist) etki gösteren bir ajandır. Tamoksifen, ailesinde meme kanseri öyküsü olan, BRCA1-BRCA2 mutasyonu olan ve atipik hiperplazisi olan yüksek riskli kadınlara önerilmektedir. Tamoksifenin potansiyel yararları ve zararları vardır. Yararları meme kanserini önlemesi yanında osteoporozu, myokard enfaktüsünü önlemesi; zararları ise uterus kanser riskini, derin ven trombozu, felç, pulmoner emboli riskini arttırmasıdır. Meme kanseri olma riski yüksek olan kadınlarda yapılan çalışmalarda tamoksifenin bu riski azalttığı gösterilmiştir (Stacey, 2002).

Raloksifen

Raloksifen, tamoksifen gibi meme üzerine östrojeni bloke eden; kemik, yağ metabolizması ve pıhtılaşma üzerine ise östrojene benzer etki gösteren bir ajandır. Osteoporozdan ve kalp hastalıklarından korur. Ek olarak raloksifen uterusu östrojenik bir aktivite göstermediği için endometrial kanseri arttırmaksızın meme kanseri insidansını azaltır (Stacey ve ark., 2002).

2.5.2. İkincil Korunma

Tarama ile erken teşhisi sağlama ve kanserin daha fazla ilerlemesinden korumadır. İkincil korunmada riskin değerlendirilmesi ve taramalarla kanseri erken tanılama yöntemleri kullanılır (Gross, 2000; Vogel, 2000).

2.5.2.1. Risk Değerlendirme Araçları

Meme kanseri riskini belirlemede yaygın olarak Gail ve Claus Modeli kullanılmaktadır

Gail Modeli

Gail Modeli, Gail ve arkadaşları tarafından kadınlarda meme kanseri gelişim riskini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Gail Modeli kadının bireysel risk faktörleri kullanılarak beş yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplamaktadır. Model, Amerika'da 28 merkezden 280.000 kadın örnekleme gerçekleştirilen, Meme Kanseri Saptama ve Gösterme Projesi'nin (Breast Cancer Detection and Demonstration Project) verileri kullanılarak geliştirilmiştir (Gail ve ark., 1989).

Model'de riski saptamada aile öyküsünden çok risk faktörlerini kullanılmaktadır.

Gail Modeli'nde kullanılan risk faktörleri aşağıda verilmiştir.

- Kadının şu anki yaşı
- Menarş yaşı
- Canlı ilk doğum yaşı veya hiç doğum yapmama
- Meme kanserli birinci derece yakınının sayısı
- Önceki benign meme biyopsi sayısı
- Önceki meme biyopsisinde atipik hiperplazi
- Irk (Gail ve ark., 1989; National Comprehensive Cancer Network, 2007a).

Claus Modeli

Claus Modeli, Claus ve arkadaşları tarafından daha çok genetik meme kanseri riskini belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir. On yıllık ve yaşam boyu meme kanseri riskini hesaplamaktadır. Çok merkezli, toplum temelli, vaka kontrol çalışması olan Kanseri ve Steroid Hormon Çalışması'nın (Cancer and Steroid Hormone Study) verileri kullanılarak geliştirilmiştir. Genel olarak, meme kanseri gelişimi bakımından riske sahip olan ailelerde riski tahmin etmek amacıyla kullanılır (Claus ve ark., 1994).

Claus Modeli meme kanseri riskini,

- Kadının şu anki yaşı
- Meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akraba sayısı
- Meme kanseri olan birinci ve ikinci derece akrabanın meme kanseri olma yaşını kullanarak hesaplamaktadır (Claus ve ark., 1994; National Comprehensive Cancer Network, 2007a).

Her iki modelin de eksiklikleri vardır. Gail Modeli'nde, kişisel meme kanseri öyküsü ve genetik mutasyonlar gibi noktaları dikkate almadan risk değerlendirmesi yapıldığı için bu tip hastalarda çok uygun değildir. Bu nedenle, aile öyküsünde meme kanseri olan kadınların riskini düşük hesaplayabilir. Gail Modeli'nin diğer sınırlılığı ise atipik hiperplazi olmayan biyopsilerin alınması nedeniyle risk tahminini artırabilmesidir. Claus Modeli'nde ise risk hesaplamasında aile öyküsü dışında risk faktörleri (önceki biyopsi sayısı, menarş yaşı, ilk doğum yaşı gibi) kullanılmamaktadır (Euhus, 2001; McTiernan ve ark., 2001; Vogel, 2003).

Beş yıllık meme kanseri olma riski Gail Modeli'ne göre %1.7 ve daha fazla ise yüksek risk grubuna girmektedir (National Comprehensive Cancer Network, 2007a).

2.5.2.2. Meme Kanseri Taramaları

Meme kanserinde erken tanı kanserin tedavisini kolaylaştırmakta ve hastanın yaşam süresini uzatmaktadır (Dozier ve Mahon, 2002). Meme kanserinin erken tanısında; mammografi, klinik meme muayenesi ve meme farkındalığı için KKMM önerilmektedir (American Cancer Society, 2008).

Tablo 3.Amerikan Kanser Topluluğu'nun Önerdiği Meme Kanseri Erken Tanı Rehberi

-
- Ø Yıllık mamografiye 40 yaşında başlanması önerilir. 40 yaşından itibaren yıllık mammogram
 - Ø 20 ile 40 yaş arasında 3 yılda bir, 40 yaş ve üzerinde yıllık klinik meme muayenesi
 - Ø Sağlık profesyonelleri tarafından kadınlara KKMM nasıl yapacaklarına dair eğitim verilir. Kendi kendine meme muayenesine 20 yaşında başlanmalıdır (isteğe bağlı)
 - Ø Yaşam boyu meme kanseri olma riski %20–25 ve daha üzerinde olan, güçlü meme ve over kanseri aile hikayesi olan ve Hodgkin hastalığı tedavisi gören kadınlarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) önerilir.

(American Cancer Society, Cancer Facts & Figures 2008).

Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKMM, meme kanserinde farkındalığı attırdığı için klinik meme muayenesi ve mammografi ile birlikte kullanılmaktadır (Epstein, 2003; Anderson ve ark., 2003). Ayrıca kişilerin kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk almalarına yardımcı olur. KKMM'si fiziksel muayenenin bir bölümü olarak değerlendirilir. Menstrual siklus, hamilelik ve menopozda meme dokusunda değişiklikler oluşur. Bu sebeple normal değişiklikler hastalık belirtilerinden ayırt edilebilmelidir. Menstrual perioddan önce gerginlik arttığı için KKMM'sinin mensturasyonun başlangıcından itibaren 5-7. günlerde yapılması önerilmektedir. Menopozdaki kadınlar için ise her ayın belirli günü (her ayın ilk günü v.b.) yapılması önerilir. 20 yaşındaki her kadın KKMM'sine başlamalıdır. Kadınların %81'inin KKMM sayesinde memedeki değişiklikleri ilk olarak kendilerinin fark ettikleri belirtilmektedir (Dozier ve Mahon, 2002; Smeltzer ve Bare, 2005).

Sağlık ekibi içinde yer alan hemşireler, hastalarla sürekli iletişim içerisindeyler. Eğitici, destekleyici rolleri nedeniyle hasta bireyin sağlık sorumluluklarının yanı sıra sağlam bireylerin sorumluluğunu da taşımaktadırlar. Bu nedenle hemşireler KKMM'sinin nasıl ve ne zaman yapılacağı konusunda eğitim vermelidirler (Smeltzer ve Bare, 2005).

Kadınların memelerinde bir kitle bulma endişesi ve kanser olma korkusu nedeniyle sadece %25-30'unun düzenli olarak KKMM yaptığı saptanmıştır (Brinton ve ark., 2001; Smeltzer ve Bare, 2005). Ülkemizde ise yapılan çalışmalarda aylık düzenli olarak KKMM yapma oranının %10.2 ile %13 arasında değiştiği saptanmıştır (Dündar ve ark., 2006; Karayurt ve Dramalı, 2007).

Kotka Pilot Projesi'nde meme kanserinin erken tanısında, rutin uygulanan KKMM'nin önemli olduğu ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir (Hakama ve ark., 1995). Buna karşılık Rusya (Semiglavov ve ark., 1999) ve Çin'de (Thomas ve ark., 2002) yapılan çalışmalarda KKMM'nin meme kanseri evresini düşürmede ve mortaliteyi azaltmada etkili olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte KKMM, kadınların normal meme dokusunu tanımalarını sağlamakta, bu konuda kadınların farkındalığını artırdığı için Amerikan Kanser Birliği'nin erken tanı rehberinde isteğe bağlı olarak yapılması önerilmektedir (American Cancer Society, 2008). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nda KKMM'ni meme kanserinde farkındalığını artırdığı için önermektedir (TC. Sağlık Bakanlığı, 2008).

Klinik Meme muayenesi

Klinik meme muayenesi sağlık profesyonelleri tarafından memenin fiziksel olarak muayene edilmesidir. Amerikan Kanser Topluluğu 20 ile 40 yaş arasında 3 yılda bir, 40 yaş ve sonrasında yılda bir klinik meme muayenesini önermektedir (American Cancer Society, 2008).

Klinik meme muayenesinin, mammografi ile birlikte uygulandığında, kanserin belirlenme oranını %5-20 arttırdığı; yoğun memelerde mammografi ile görüntülenemeyen

veya periferde yerleşmiş, mammografi sınırlarına girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Smeltzer ve Bare, 2005).

Klinik meme muayenesinde;

İnspeksiyon: memelerin büyüklüğü, simetrisi, deride renk değişikliği, portakal kabuğu görünüm, ülserasyon, retraksiyon, ödem ve meme başı akıntısı gibi meme kanseri belirtileri değerlendirilir.

Palpasyon: Kitle hissedilirse; kitlenin çapı, şekli, sınırları, yoğunluğu, mobilitesi ve lokalizasyonu saptanır. Aksiller, infraklavikular, supraklavikular ve internal mamaria lenf nodları muayene edilir (Smeltzer ve Bare, 2005).

Mammografi

Herhangi bir kontrast madde kullanılmadan, memenin X ışınları kullanılarak filminin çekilmesidir. İşlem yaklaşık olarak 20 dk sürer. Mammografi ile meme kanserinin palpabl olmadan 2 yıl önce belirlenmesi ve küçük meme kanserlerinin invazyon yapmadan önce saptanması mümkün olmaktadır. Hekim muayenesinde fark edilebilir kitlenin minimum boyu 1 cm'dir. Kitlenin bu boyuta gelebilmesi için 10 yıllık bir sürenin geçmesi gerekmektedir. Buna karşın mammografi ile 0.5 cm'lik kitleler saptanabilmektedir. Mammografide kanserin verdiği görüntünün yoğunluğu homojen değildir. Düzgün olmayan kenarlarında iğne biçiminde çıkıntılar vardır. Vakaların %30'unda kanser için tipik olan küçük ve çok sayıda kalsifikasyon odakları bulunur. Benign kitlelerin ve kistlerin verdiği görüntü ise homojendir, kenarları düzgündür. İçinde kalsifikasyon odağı genelde yoktur, varsa da az sayıda ve küçüktür. Çok yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda mammografi ile lezyonu belirlemek çok zordur (Smeltzer ve Bare, 2005).

Mammografi;

- Varlığından klinik olarak şüphe edilen, fakat küçüklüğü nedeni ile palpe edilemeyen kitleleri ortaya koyar,
- Biyopsi alanını belirler,
- Aksiller bölgeye metastaz yapmış ancak memedeki yeri ortaya konulamayan primer lezyonu bulmaya yarar,
- Kanser tarama amacıyla yapıldığında asemptomatik devrede birçok kanserli hastayı saptar (Smeltzer ve Bare, 2005).

Hastalar mammografi için radyasyona maruz kaldıklarına yönelik endişelenebilirler. Oysaki mammografi ile maruz kalınan radyasyon yaklaşık 1 saat güneş ışığına maruz kalmayla eşittir (Gross, 2000; Smeltzer ve Bare, 2005; American Cancer Society, 2008).

Herediter Meme Kanserinde Erken Tanı Rehberi

- 18 yaşından itibaren meme kanserinde farkındalığı artırmak için her ay KKMM
- 25 yaşından önce yıllık klinik meme muayenesi
- 25 yaşında ve sonrasında her 6 ayda klinik meme muayenesi
- 25 yaşından itibaren veya ailede en erken meme kanseri tanısı alma yaşından itibaren yıllık mammografi ve MRG taramalarına başlama (National Comprehensive Cancer Network, 2007b).

Meme kanseri aile hikayesi olan kadınların yakınlarının tanı aldığı yaştan 10 yaş erken mamografiye başlamaları da önerilmektedir (Hartmann ve ark., 1999).

Kalıtısal olarak geçen BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonları tüm meme kanserlerinin yaklaşık %5–10'unu oluşturur. Bu genlerin mutasyonu tüm popülasyon içinde sadece %1 kadardır. Sadece meme veya over kanserinde güçlü aile hikayesi olan kadınlara test önerilebilir (American Cancer Society, 2008).

2.5.3. Üçüncül Korunma (Rehabilitasyon)

Kanserli bireylerde komplikasyonla ilgili tedavi ve kanser tanısı konulmuş kişilerde ikinci primer kanserin önlenmesini ve erken tanısını kapsar. Bunun için özel testlerin uygulanması ve yeni kanser gelişimini önlemek için kimyasal ajanların kullanımı üçüncül korunmada yer alır. Bunun yanı sıra kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonu; ikincil meme kanserinin erken tanılanmasını, ikincil malignansiler için risk faktörlerini ve diğer uzun süreli komplikasyonların mümkün olduğunca azaltılması stratejilerini de içerir (Mahon, 2005).

2.6. Meme Kanseri Riski Yüksek Kadınların Bilgi ve Destek Gereksinimleri ve Bu Gereksinimlerin Karşılmasında Hemşirelik Girişimleri

Meme kanseri için yüksek riskli kadınların, duygu ve davranışları farklılıklar gösterebilir. Örneğin, bazı kadınlar düşüncelerini baskılayabilirken, bazıları meme kanseri hakkında sürekli düşünüp konuşurlar. Bazıları meme kanseri riski hakkında bilgi almak isterken, diğerleri riske ilişkin genetik test, kimyasal korunma gibi konular hakkında hiçbir şey duymak istemezler. Tedavi seçeneği arayışı da bu davranışsal faktörlere bağlıdır. Kadınların büyük bölümü, profilaktik cerrahi (bilateral mastektomi, bilateral oofektomi) veya kimyasal korunmaya karşı olup, gözetim altında tutulmayı tercih etmektedir (Gross, 2000).

Araştırmalar, meme kanserli hastaların birinci derece akrabalarının, meme kanserli hastanın deneyimlerini paylaştıklarını, kendilerini de risk altında kabul ettiklerini göstermiştir (Rees ve Bath, 2000b; Gençtürk ve Akyolcu, 2005). Kadınların meme kanseri nedeniyle yaşadığı

korku ve anksiyetesini eşine ve çocuklarına yansıtarak onları da olumsuz yönde etkilediği, dolayısıyla meme kanserinin ailenin hastalığı olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Rees ve Bath, 2000b).

Rees ve Bath (2000b), bireysel riskin doğru algılanması ve erken tanı uygulamalarına uyumun korkuların azalmasında etkin olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışmalarda, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların gereksinimleri, “Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği” kullanılarak tanımlanmıştır. Kadınların en önemli gereksinimlerinin meme kanseri bireysel riski, meme kanseri risk faktörleri, erken tanı yöntemleri ve meme kanseri riskini azaltabilecek sağlık alışkanlıkları ilgili bilgi olduğu ve kadınların bilgi gereksinimlerinin destek gereksinimlerinden daha önemli olduğu belirtilmiştir. En az derecelendirilen gereksinimin destek grubuna katılma olduğu saptanmıştır (Chalmers ve ark., 2001; Chalmers ve ark., 2003). Literatürde, meme kanseri açısından yüksek riskli kadınların genetik danışmanlık, meme kanserinin önlenmesi ve saptanması hakkında bilgi, emosyonel destek (duygularını ifade etmesini sağlamak, stres yönetimi için özel stratejiler, benzer durumdaki kadınlarla konuşma), meme kanserli aile üyelerinin kaybı ile baş etme ve genetik test için karar vermede destek istedikleri belirtilmiştir (Stacey ve ark., 2002).

Birey ve ailenin meme kanserinin getirdiği stresörlerle başa çıkmasını kolaylaştırmak için bilgi ve desteğin oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Chalmers ve ark., 1996; Chalmers ve Thomson, 1996; Chalmers ve ark., 2001; Chalmers ve ark., 2003). Bu nedenle meme kanserli hastaların birinci derece yakınlarına bilgi verme ve sorunlarla baş etmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Gross, 2000).

Wellisch ve arkadaşları (1999) yaptıkları araştırmada birinci derece yakınlarında meme kanseri bulunan yüksek riskli kadınlara (n=33) verilen destek grup danışmanlığının kadınların anksiyete ve depresyon semptomlarında azalma sağladığını bulmuşlardır. Rees ve Bath (2000a) bireysel riskin doğru algılanması ve erken tanı uygulamalarına uyumun, korkuların azalmasında etkin olduğunu belirtmişlerdir (Rees ve Bath, 2000a). Başka bir çalışmada riske uyumda bilgi ve desteğin, uyumu kolaylaştırdığı saptanmıştır (Chalmers ve Thomson, 1996).

Hemşireler bu kadınlar için bilgi ve destek kaynağı olarak hareket edebilirler. Riski yüksek olan kadınlar için hemşirelik girişimleri şunları içermektedir:

- a. Eğitim ve psikososyal destek,
- b. Taramaların sağlanması,
- c. Anksiyetenin yönetilmesi,
- d. Koruyucu tedavi seçeneklerine ilişkin karar verme sürecinde yardımcı olunmasıdır.

Koruyucu tedavi seçenekleri için hemşirelik girişimleri Tablo 4'de verilmiştir (Gross, 2000; Stacey ve ark., 2002).

Tablo 4. Meme Kanseri Riski Yüksek Kadınlar için Koruyucu Tedavi Seçenekleri ve Hemşirelik Girişimleri

Tedavi Seçenekleri	İlgili Hemşirelik Girişimleri
• Uzun Süreli İzlem	<ul style="list-style-type: none">• Her kadının risk tanılama araçları kullanarak riskini tanılama,• Genetik yatkınlığı belirleme,• Genetik test öncesi eğitim verme,• Kendi gereksinimlerini belirlemede kadınları güçlendirme,• Kadınlara kanıta dayalı bilgi sağlama,• Kadınların bilgilendirme seçeneklerini seçmelerine olanak sağlama,• Karar vermelerine rehberlik etme,• Kanıta dayalı klinik uygulamalar önerme,• Toplumun kültürüne uygun eğitim kaynakları geliştirme,• Kendine yeterliliği sağlama,• Doğru değerlendirme ve eğitimle risk algılamasını azaltma,• Tarama aktiviteleri düzenleyerek meme kanseri riskleri hakkında farkındalığı artırma,• Taramalar hakkında eğitim (mammografi, klinik meme muayenesi, KKMM) verme,• Davranış değişikliği sağlayacak risk azaltma eğitimi (sebze ve meyve tüketimi, az yağlı beslenme, egzersiz, alkol alımının azaltılması) verme,• Menopoz belirtilerinin, hormonal olmayan yöntemlerle yönetimi konusunda eğitim verme,• Genetik danışmanlığa, beslenme, ruh sağlığı ve jinekoloji uzmanlarına, diğer tarama programlarına (kolon, over) yönlendirme,• Kadınların duygularını ifade etmesinin sağlanması ve aktif dinleme gibi metotlarla anksiyeteyi yönetme,• Kimyasal korunma, genetik test veya profilaktik cerrahi için karar vermede rehberlik etme,

Tablo 4'ün Devamı

<ul style="list-style-type: none">• Proflaktik Cerrahi (Bilateral Mastektomi, Bilateral Ooforektomi)	<ul style="list-style-type: none">• Hasta için cerrahinin uygunluğunun saptanmasında yardımcı olma, işlem için motivatörleri ve gerekçesini saptama,• Genetik danışmana, plastik cerraha, ruh sağlığı uzmanına yönlendirme,• Mastektomi, ooforektomi, rekonstriksiyon gibi cerrahi işlemlere ilişkin preoperatif eğitim verme,
<ul style="list-style-type: none">• Kimyasal Korunma (tamoksifen, raloksifen)	<ul style="list-style-type: none">• Kimyasal korunmanın olumlu ve olumsuz yönlerini açıklama yapma,• Kimyasal korunmaya ilişkin oluşabilecek yan etkileri sağlık profesyonellerine hemen bildirilmesi hakkında eğitim (vaginal kanama, bacak ağrısı veya rahatsızlık, görme bozuklukları) verme,• Sıcak basması, vaginal kuruluk gibi yan etkilerin yönetimi hakkında eğitim verme,• Beş yıllık tedavi sırasında uyumuna yardımcı olma.

Hemşireler; meme kanseri riski yüksek kadınların gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasıyla kadınların riski daha doğru anlamalarına yardımcı olabilir, güven vererek rahatlatılabilir, bakımları ile ilgili memnuniyet sağlayabilir. Ayrıca bu kadınlara danışmanlık, onların tarama rehberlerine uyumunu sağlar ve meme kanseri riski nedeniyle yaşadıkları anksiyeteyi azaltır (Hurt ve ark., 2001).

2.7. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama

Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmaları üç aşamada gerçekleştirilir: İlk aşamada ölçek maddeleri Türkçeye çevrilir ve dil eşdeğerliği değerlendirilerek kullanılması amaçlanan toplum tarafından anlaşılabilir bir dil yapısının kazandırılması sağlanır. İkinci aşamada ise çeviri ölçeğin psikometrik özellikleri incelenir. Burada uygun teknikler kullanılarak çeviri ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği sınanır. Son aşamada uyarlanmış ölçeğin kültüre bağlı nitelikleri incelenir. Çeviri ölçeğin dil normları ile özgün ölçeğin dil normları karşılaştırılır. İki ölçek arasındaki farkların en önemli nedenleri kültür ve dil farklılıklarıdır (Savaşır, 1994).

Ölçek uyarlama, ölçeği ilk kez geliştiren araştırmacının yaptığı araştırma ve analizlerin birçok adımını tekrar yapmayı gerektirmektedir (Şahin, 1994).

2.7.1. Psikolinguistik Özelliklerin İncelenmesi/Dil Uyarlaması

Ölçek uyarlamasında ilk adım ölçeğin çevirisidir. Bir ölçeği çevirirken hedef dildeki en uygun cümle yapısının, deyimlerin kullanılması, ayrıca kültüre tamamen yabancı maddelerin değiştirilmesi gerekmektedir (Savaşır, 1994).

Dil uyarlamasındaki en önemli nokta; çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir. Çevirmenlerin bilgi ve deneyimi çevirinin başarısını büyük ölçüde etkilemektedir. Çevirmenin seçiminde; yalnızca iki dili çok iyi bilen kişilerin bulunması yetmemektedir. Çevirmen ayrıca ölçeğin ilgili olduğu konuyu bilmesi ve her iki dilde ve kültürde deneyim sahibi olması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Savaşır, 1994).

Çeviri tekniğinde; özgün dildeki bir ölçeği hedeflenen dile tek yönlü çeviri, grup çevirisi ve geri çeviri olmak üzere üç yöntem kullanılmaktadır (Carlson, 2000; Gözüm ve Aksayan, 2002). Özgün dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken kullanılan geri çeviri yöntemi zaman alıcı olmasına rağmen, ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için en sık kullanılan yöntemdir (Gözüm ve Aksayan, 2002).

Ölçeğin çevirisinde özellikle iki eşdeğerlik üzerinde durulmuştur; bunlar dilde eşdeğerlik ve kavramsal eşdeğerliktir. Dilde eşdeğerlik, formda hiçbir değişiklik yapılmadan olduğu gibi aynen çeviri yapmayı ifade etmektedir. Kavramsal eşdeğerlik ise, aynı anlamın kültüre uygun farklı sözcük ve tümcelerle anlatılmasıdır (Gözüm ve Aksayan, 2002).

2.7.2. Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi/Geçerlik-Güvenirlilik

Geçerlik ve güvenirlilik, bir ölçme aracında bulunması gereken en önemli özelliklerdir (Baykul, 2000; Ergin, 1995). Geçerlik, ölçme aracının ölçülecek özelliği tam ve doğru olarak ölçebilmesidir. Güvenirlilik ise, ölçme aracının ölçtüğü özelliği tutarlı olarak ölçebilmesidir (Ergin, 1995).

Geçerlik ve güvenirlilik birbirinden tamamen ayrı iki kavram olup elde edilen istatistik değeri arasında da hiçbir ilişki yoktur. Bir ölçme aracının mutlaka hem geçerli hem de güvenilir olması gerekir. Ölçeğin güvenilir olması onun geçerliğini kanıtlamaz. Fakat bir ölçeğin geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu onun güvenilir olmasıdır (Ergin, 1995).

2.7.2.1. GEÇERLİK(validity)

Geçerlik/geçerlilik (validity), bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir (Ergin, 1995). Ölçme aracının, ölçülmek istenilen özelliği ne derece ölçtüğünün göstergesi geçerlik katsayısı ile belirlenir (Öner, 1997; Ebrinç, 2000).

Geçerlik bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan ancak, ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen bir durumdur. Bu sebeple ölçeğin her kullanımda yeniden sınanması gerekmektedir (Özgüven, 2000; Polit ve Hungler, 2001). Bir ölçeğin geçerliği, bir derece problemdir, yani ölçeğin geçerliği vardır veya yoktur şeklinde düşünülemez. Bu nedenle ölçeğin geçerliğini özel bir amaç dışında yüksek, orta ve düşük olarak da nitelenecek gerekir (Ercan ve Kan, 2004).

Geçerlik; kapsam/içerik geçerliği ve yapı geçerliği olarak değerlendirilmektedir (Öner, 1997; Erefe, 2002; Karasar, 2000).

I. Kapsam / İçerik Geçerliği (Content Validity)

Kapsam/içerik geçerliği, ölçeğin içeriğinin amaca uygun olup olmadığı ve hedef konunun uygun kısımlarının değerlendirilip değerlendirilmediği ile ilgilidir. Yani ölçeğin içerdiği maddelerin ölçülmek istenen değişkeni ölçüp ölçmediğini gösterir (Ebrinç, 2000; Aydemir, 2000). Daha açık bir anlatımla, kapsam/içerik geçerliği ölçeğin, bütünü ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılır (Aydemir, 2000). Bir ölçeğin kapsam/içerik geçerliğine sahip olabilmesi için, ölçeğin ölçmek istenen konuyu tam olarak kapsamaması ve ölçmek istediği davranışı gerçekten ölçmesi gerekir (Lobiondo-Wood ve Haber, 2002; Erefe, 2002; Ergin, 1995; Baykul, 2000).

Kapsam/içerik geçerliği; yüzeysel geçerlik/görünüm geçerliği (uzman görüşü alma) ve uygulama geçerliği çalışmaları ile değerlendirilir.

a. Yüzeysel/Görünüm Geçerliği (Face Validity)=Uzman Görüşü Alma

Ölçme aracının hangi değişkeni ölçtüğü hakkındaki uzman görüşüdür (Ergin, 1995; Öner, 1997). Geçerlik seviyesi sayısal değerle belirtilemez, sadece kanaatlere göre bir değer vardır. (Ergin, 1995). Ölçek geliştirme çalışmalarında ve herhangi bir dilde geliştirilen bir ölçme aracı Türkçe'ye uyarlamak istendiğinde içerik geçerliği sınanmalıdır. Dilde eşdeğerliği sağlanan ölçek maddelerin ölçülmek istenen özelliği temsil edici bir örneklem grubu oluşturup oluşturmadıklarını belirlemek için, hakem olarak kabul edilen, konuyla ilgili uzmanların görüşüne sunulacak değerlendirilmeleri istenir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Karasar, 2000; Öner, 1997). Uzman sayısının en az üç olması gerekir, 20 gibi yüksek de olabilir (Peirce, 1995). Her madde için uzmanların katılım yüzdeleri karşılaştırılır (Karasar, 2000; Özgüven, 2000; Peirce, 1995; Polit ve Hungler, 2001). Uzmanların öneri ve eleştirileri doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılır (Gözüm ve Aksayan, 2002).

Ölçeğin istatistiksel olarak uzmanlar arasında görüş birliğinin sağlanıp sağlanmadığı Kendall iyi uyum katsayısı ile değerlendirilir. Kendall iyi uyum katsayısı; gözlemciler arasındaki tutarlılığı belirlemek için, gözlemciler arasındaki güvenilirliğin saptanmasında parametrik olmayan istatistiksel bir tekniktir (Tavşanal, 2002).

b. Uygulama Geçerliği / Ölçüt Bağımlı Geçerlik (Empirical Validity)

Ölçülmeye çalışılan değişkenin gerçek hayattaki gözlemlenebilir belirtileri ile ölçme sonuçları arasındaki uyum, uygulama geçerliğidir (Ergin, 1995). Kullanılan ölçeğin başka bir ölçekle hasta olduğu saptanmış kişiyi ayırt edebilme derecesidir (Ebrinç, 2000).

İki çeşit ölçüt geçerliliği vardır:

1-Yordama Geçerliği/Tahminsel Geçerlik/Kestirimsel Geçerlik/Önkestirim Geçerliği (Predictive Validity)

Bir ölçeğin yordama geçerliği, önceden elde edilen ölçek puanlarıyla sonradan elde edilen ölçüt ölçüleri arasındaki korelasyon katsayısının hesaplanması; geçerlik katsayısını verir (Erefe, 2002; Öner, 1997). Tedaviye yanıt, hastalığın gidişi gibi ölçütler tahminsel geçerliğinde kullanılan tipik ölçütlerdir (Ebrinç, 2000).

2-Halihazır Geçerlik/Eş Zaman Geçerliği (Concurrent Validity)

İlgilenilen alanda daha önceden geliştirilmiş olan ve ilgilenilen alanın geçerli ölçüsü olarak kabul edilen standart bir ölçek ve yeni geliştirilen ölçek aynı anda bireylere uygulanır (Erefe, 2002; Öner, 1997; Gözüm ve Aksayan, 2002). Daha sonra bireylerin her iki ölçekten aldıkları puanlara göre ilişki katsayısı hesaplanır. Hesaplanan ilişki katsayısı geçerlik katsayısı olarak nitelendirilir (Ebrinç, 2000; Ercan ve Kan, 2004; Gözüm ve Aksayan, 2002).

II. Yapı Geçerliliği (Construct Validity)

Yapı/kavram geçerliği, ölçme aracının ölçmek istediği kavramı ne ölçüde doğru ölçtüğünü göstermektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Öner, 1997). Yapı geçerliğini belirlemede faktör analizi, birleşen ve ayırt eden geçerlik, bilinen grup karşılaştırması ve hipotezin test edilmesi gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Özdamar, 2004; Erbinç, 2000; Gözüm ve Aksayan, 2002).

Faktör Analizi

Ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp-toplanamayacağını değerlendirmek üzere yapılan bir işlemdir (Karasar, 2000; Özgüven, 2000). Faktör analizi; geliştirilen ölçme aracında, maddeler arasındaki korelasyonlar, aracın tek bir yapıyı ölçtüğüne ilişkin kanıt olarak kabul edilebilir. Faktör analizi açıklayıcı (explanatory) ve doğrulayıcı/hipotez destekleyici (confirmatory) olabilir. Ölçme aracının faktörlerinin sayısı hakkında bir bilgi

olmadığı, belli bir hipotezi sınamak yerine ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası hakkında bilgi edinilmeye çalışıldığı inceleme türü açıklayıcı faktör analizi; kuram doğrultusunda geliştirilen hipotezi test etmeye yönelik inceleme türü ise doğrulayıcı faktör analizidir (Tavşanal, 2002). Ölçek uyarlamalarında ölçekteki maddelerin faktör yapısını incelendiğinden daha çok doğrulayıcı faktör analizi kullanılmaktadır. Ölçeğin başka bir dile uyarlanırken faktör yapısının değişmemiş olması beklenir (Gözüm ve Aksayan, 2002).

Ölçeğin uyarlamasından elde edilen veriler, “faktör analizi” istatistik tekniği ile işlenir. Çok çeşitli faktör analizi teknikleri olmakla birlikte en yaygın kullanılanı varimax rotated faktör analizidir. Her maddenin her faktör içindeki ağırlığını ifade eden katsayılardan oluşan bir tablo elde edilir. Ölçekteki maddeler en yüksek ağırlığı hangi faktörde bulmuşsa o faktörün kapsamında olmasına karar verilir (Ergin, 1995).

Maddelerin faktörlerle olan ilişkisi faktör yük değeri ile açıklanır (Çimen, 2002). Faktör örüntüsünün oluşturulmasında .30 ile .40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir. Birden fazla faktöre girme ile ilgili olarak alınabilecek ölçüt, faktör yükleri arasında en az .10 fark olmasıdır (Tavşanal, 2002).

Faktör analizinde örneklemin yeterliğine Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine bakılarak karar verilir. KMO değeri; .90-1.00 olduğunda mükemmel, .80-.89 arasında olduğunda çok iyi, .70-.79 arasında olduğunda iyi, .60-.69 arasında olduğunda orta, .50-.59 arasında zayıf, .50'nin altında olduğunda kabul edilemez olarak değerlendirilir (Tavşanal, 2002; Akgül, 2003). İyi bir faktör analizi için KMO değerinin .60 üzerinde olması istenir (Çimen, 2003).

Birleşen ve Ayırteden (Convergent and Discriminant Validity) Geçerlik

Ölçülen kavramla ilişkili olduğunu düşündüğümüz değişkenleri (örneğin kaygı düzeyi ile doyumsuzluk puanı) ölçerek aralarında yüksek bir ilişki aranmasına birleşen geçerlik (Çimen, 2003); ilişkisi olmadığı bilinen yapılarla (iyilik hali ile kaygı düzeyi) düşük ilişki göstermesine ayırt edici geçerlik adı verilir (Ebrinç, 2000).

Bilinen Gruplar Karşılaştırması (Known-Groups Approach)

Bilinen gruplar karşılaştırmasında, ölçülecek yapının dayandığı teoriye bağlı olarak bir test uygulandığında anlamlı olarak farklı puan alabilecek grupları belirlenip bu gruplara test uygulanır ve gruplararası farka bakılır (Lobiondo-Wood ve Haber, 2002; Gözüm ve Aksayan, 2002). Örneğin; doğum deneyimi korkusunu ölçen bir ölçme sonucunda primipar ve multiparların puanlarının farklı olması gerekir (Gözüm ve Aksayan, 2002).

2.7.2.2. GÜVENİRLİK (reliability)

Güvenirlilik, bir ölçme aracının farklı zamana ve koşullara karşı benzer sonuçlar ortaya koyabilmesidir (Lobiondo-Wood ve Haber, 2002; Ergin, 1995). Diğer bir ifadeyle güvenirlilik, bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliğe ilişkin elde ettiği ölçüm puanlarının ne derece tutarlı olduğuyla ilgilidir (Özgüven, 2000; Ergin, 1995).

Güvenirlilik tahmininde kullanılan iki yöntem vardır. Bunlar; ölçme hatalarının büyüklüğüyle ilgilenen ölçmenin standart hatası ve ölçümler arası ilişkiyle ilgilenen güvenirlilik katsayılarıdır (Özgüven, 2000; Baykul, 2000; Ebrinç, 2000; Tavşanal, 2002; Ercan ve Kan, 2004).

Ölçmenin Standart Hatası

Ölçmenin standart hatası; bireysel ölçmelerde görülen hataların büyüklüğü ile ilgilidir. Ölçmenin standart hatası küçüldükçe ölçmenin güvenirliliği artar, standart hata büyüdükçe ölçmenin güvenirliliği azalır (Tavşanal, 2002).

Güvenirlilik Katsayısı

Güvenirlilik katsayısı, çoğu zaman “korelasyon katsayısı” olarak ifade edilmektedir. Korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişkinin “derecesi” ve “yönü” hakkında bilgi vermekte, -1 ile +1 arasında değerler almaktadır. Güvenirlilik katsayısının ise pozitif sınırlar içinde ve oldukça yüksek olması gerekmektedir (Özgüven, 2000; Baykul, 2000; Ebrinç, 2000).

Güvenirlilik katsayısının hesaplanmasında çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bunlar test-tekrar test ile değişmezlik katsayısı, paralel form güvenirliliği, ölçümcü güvenirliliği, dil eşdeğerliği ile eşdeğerlik katsayısı ve iki yarım test/testi yarılama güvenirliliği, madde analizi, Cronbach alfa katsayısı, Kuder-Richarson 20 ve 21 ile iç tutarlılık katsayısı hesaplamasıdır (Özdamar, 2004; Karasar, 2000; Gözümlü ve Aksayan, 2002; Lobiondo-Wood ve Haber, 2002; Erefe, 2002).

I. Süreklilik/Devamlılık/Zamana Göre Değişmezlik Katsayısı (Stability)

Test-Tekrar Test Güvenirliliği/Formun Tekrarı Yöntemi (Test-Retest Method)

Test-tekrar test güvenirliliği, ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuç verebilme özelliği olup zamana karşı değişmezlik gösterebilme gücüdür (Karasar, 2000; Öner, 1997; Özgüven, 2000; Tezbaşaran, 1997). Bu yöntemde ölçek güvenliğini belirlemek için bir ölçek aynı gruba belli bir zaman aralığı ile iki kez uygulanır. İki uygulama arasında geçen sürenin, birinci uygulamada verilen cevapları hatırlamaya yetecek kadar kısa, cevaplayıcıların

değişimine neden olacak kadar uzun olmamalıdır (Ergin, 1995; Baykul, 2000; Erefe, 2002; Gözüüm ve Aksayan, 2002). Bu sürenin 2-6 hafta olarak belirlenmesi önerilir (Gözüüm ve Aksayan, 2002; Ergin, 1995; Erefe, 2002). İki uygulamadan elde edilen puanların korelasyonu hesaplanır (Ercan ve Kan, 2004; Karasar, 2000; Özgüven, 2000; Gözüüm ve Aksayan, 2002). Test puanları sürekli değişken ve eşit aralıklı (interval) ölçek niteliği taşıdığı için güvenirliliğin bulunmasında Pearson momentler çarpımı korelasyonu kullanılmaktadır (Karasar, 2000; Özgüven, 2000; Öner, 1997; Peirce,1995). Korelasyon katsayısı yeterli olsa bile her iki ölçümün ortalama ve standart sapma değerlerin birbirine yakın olması gerekmektedir (Gözüüm ve Aksayan, 2002).

Test-tekrar test güvenirliliği; testin ölçtüğü nitelik bilgi, tutum, ruh hali ve fiziksel durum gibi değişkenlik gösteren durumlarda uygulanmaz. Genel bilişsel yetenekler ve kişilik gibi zaman içinde hızlı değişime uğramayan nitelikleri ölçen testlerin güvenirliliğini saptamada uygun bir yöntemdir (Özgüven, 2000; Gözüüm ve Aksayan, 2002).

II. Eşdeğerlik Katsayısı (Coefficient of Equivalence)

a. Paralel Form Güvenirliliği / Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi (Parellel-Forms Method, Equivalent-Forms Method, Alternative-Form Method)

Bu yöntemle güvenirlilik tahmini için bir testin en az iki eşdeğer formunun geliştirilmesi gerekmektedir. Aynı güçlük seviyesinde aynı içerikte fakat test içindeki maddeleri farklı olan paralel iki testin olması lazımdır. Ölçeğin her iki formu, aynı anda aynı gruba bir veya iki oturumda uygulanır ve her iki paralel formdan alınan puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu korelasyon değeri, eşdeğerlik katsayısı olarak yorumlanır (Ercan ve Kan, 2004; Ergin, 1995; Özgüven, 2000). Eşdeğer ölçüm araçları geliştirmek güç olduğu için fazla kullanılmayan bir güvenirlilik ölçütüdür (Öner, 1997; Özgüven, 2000; Karasar, 2000). Eşdeğer formların uygulanışında, aradaki zaman aralığının artması kararlılığı olumsuz yönde etkileyecekse, formlar deneklerin sıkılmalarını ve yorulmalarını engelleyecek kadar ara verilerek ard arda uygulanmalıdır (Ercan ve Kan, 2004).

Bu yöntem; daha önce aynı amaçla geliştirilmiş bir ölçeğin varlığında da kullanılabilir. Örneğin; Norton Bası Yarası Değerlendirme Ölçeği'nin güvenirliliği, daha önceden dilimize uyarlanan Braden ölçeğiyle karşılaştırılarak iki ölçek arasındaki ilişkinin düzeyine bakılabilir (Gözüüm ve Aksayan, 2002).

b. Ölçümcü Güvenirliği/Bağımsız Gözlemciler Arası ve İçindeki Uyum (Inter-Rater and Intra-Rater Reliability)

Verilerin gözleme dayalı olarak toplandığı, iki veya daha fazla gözlemcinin, önceden eğitildiği ve birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçtükleri durumlarda uygulanır (Gözüm ve Aksayan, 2002).

Bağımsız gözlemler arası uyum, farklı uygulayıcıların, aynı durumu, aynı zamanda aynı ölçme aracını kullanmaları ile elde edilen puanların uyumlu olmasını ifade eder (Ergin, 1995; Özgüven, 2000). Bağımsız gözlemciler arası uyumu hesaplamak için t-testi, korelasyon ya da ikiden fazla gözlemcinin olduğu durumlarda özel varyans çözümlenmeleri ve Cronbach alfa gibi yöntemler kullanılır (Peirce, 1995; Gözüüm ve Aksayan, 2002).

Gözlemciler içi uyum, aynı gözlemci tarafından, iki ya da daha fazla gözlemin yapılarak puanlanmasıdır. Ölçümler arası tutarlılığın yüzdesi, güvenilirlik sınaması için en çok kullanılan istatistiksel yöntemdir. Ayrıca iki ya da daha fazla ölçümcünün kendi içlerindeki uyumunu göstermek için cronbach alfa ve şansa bağlı tutarlılığın etkisini azaltmak ise Kappa istatistiği kullanılabilir (Gözüm ve Aksayan, 2002).

c. Dil Eşdeğerliği

Dil eşdeğerliği, iki dili iyi bilenlerden oluşan gruba ölçek kısa bir arayla hem orijinal dilde hem de hedef dilde uyarlanıp, elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanarak değerlendirilir. Bu yöntemin avantajlı yönü, verilerin aynı gruptan toplanması iki grubun karşılaştırılmasında olası yetenek farklılıklarının ortadan kalkması; kısıtlı yönü ise, iki dili çok iyi bilen insanları bulmanın çok kolay olmamasıdır (Savaşır, 1994).

İç Tutarlık Katsayısı (Internal Consistency)

İç tutarlılık; ölçme aracının birbirinden bağımsız bölümlerden oluştuğu ve bunların bir bütüne hizmet ettiği varsayımından yola çıkılarak hesaplanır (Karasar, 2000).

İç Tutarlık Katsayısı Hesaplama Yöntemleri;

I. İki Yarım Test / Yarıya Bölme / Testi Yarılama Güvenirliği (Split-Half)

İç tutarlılık değerlendirmede en eski yöntem testi yarılama yöntemidir. Bu yöntemde; formu iki eş parçaya bölerek, iki yarının deneklere aynı anda uygulanması sonrası, deneklerin yarılarından aldıkları puanlar arasındaki korelasyon ile güvenilirlik katsayısı hesaplanır (Ercan ve Kan, 2004). Ölçeği yarıya ayırmada en çok tercih edilen yarılama yöntemi; tek numaralı soruları bir grup, çift numaralı soruları bir grup yapıp ayırmaktadır. Diğer bir yöntem puanlaması kolay olduğu için testin birinci yarısı ve ikinci yarısı şeklinde de tercih edilebilmektedir (Karasar, 2000; Özgüven, 2000). Burada önemli olan iki yarımdan oluşan her bir

ölçeğin içeriğinin eşit olması yani ölçme aracının bir yarısında yer alan maddelerin diğer yarısındakilerle aynı özelliği ölçmesidir (Öner, 1997). Bireylerin iki eşdeğer yarıdan aldıkları puanlar arasındaki ilişki Spearman-Brown, Stanley, Rulon, Flanagan, Mossier, Horst gibi yöntemler kullanılarak iki yarım test güvenilirlik katsayısı bulunur (Ergin, 1995). Spearman-Brown yönteminde önce; iki yarım test arasındaki Pearson korelasyon katsayısı hesaplanır. Daha sonra Pearson korelasyon katsayısından hareketle Spearman-Brown formülünden yararlanılarak testin bütününe güvenirliliği kestirilir (Ergin, 1995; Karasar, 2000; Öner, 1997). Testin iki yarısına ilişkin varyansın (standart sapmanın karesi) eşit ya da çok yakın olmaması durumunda bu eşitlik kullanılmamalıdır (Gözüm ve Aksayan, 2002).

Spearman-Brown Korelasyon Formülü (Ergin, 1995; Öner, 1997).

$$R = \frac{2r}{1+r}$$

R = Testin bütününe ilişkin güvenilirlik katsayısı

r = Testin iki yarısından elde edilen korelasyon katsayısı

II. Madde Analizi / Madde İstatistikleri / Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı

Madde analizi, ölçekteki maddelerin, ölçeğin ölçmeyi amaçladığı bir özelliği başka özelliklerle karıştırmadan ölçüp ölçmediğini belirleyerek, bu belirleme sonucunda bu tür maddeleri seçerek kendi içinde tutarlı bir ölçek oluşturmak için yapılmaktadır (Tavşanal, 2002). Madde analizi ile her bir maddenin ölçme aracının toplam puanına korelasyonuna bakılarak maddelerin ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili oldukları belirlenir (Burns ve Grove, 1993; Özdamar, 2004).

Likert tipi ölçeklerde madde puanları ile ölçek puanları arasındaki korelasyon Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı cinsinden ya da Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı düzeltilmiş formülü ile hesaplanmaktadır (Tavşanal, 2002). Yanıtlar “evet” “hayır” gibi kategorik iki değişkenli ise hesaplamada çift-seri (bi-serial), seçenekler derecelendirilmeli ise nokta çift seri (point bi-serial) teknikleri uygulanır (Öner, 1997; Ergin, 1995).

Bir maddenin toplam puanla korelasyonu düşük ise, bu o maddenin diğer maddelerden farklı bir özelliği ölçtüğü şeklinde yorumlanır. Madde-toplam korelasyonunun düşük ise ölçekten çıkarılması gerekir. Madde-toplam korelasyonunun negatif olmaması ve .25 değerinin üzerinde olması beklenir (Özdamar, 2004). Fakat uygulamada maddelerin korelasyon katsayısının .20 değerinin üzerinde olması kabul edilmektedir (Tavşanal, 2002). Bir maddenin ölçekten çıkarılması için; madde silinirse alfa katsayısındaki ve ortalamadaki değişime

bakmak gerekir (Tavşanal, 2002; Özdamar, 2004). Bazı maddeler ölçekten çıkarıldığında eğer alfa katsayısı yükseliyorsa o madde homojeniteyi bozan ve güvenilirliği azaltan bir maddedir ve ölçekten çıkarılması gerekir. Diğer taraftan bir madde ölçekten çıkarılırsa alfa değeri genel alfa değerinin altına düşüyorsa, güvenilirlik azalıyor, o madde ölçek için vazgeçilmezdir ve ölçeğin ana çatısını oluşturan bir maddedir. Güvenirliği değiştirmeyen maddeler ise ölçeği destekleyen sorulardır ve ölçekten çıkarılmaması önerilir (Özdamar, 2004; Tavşanal, 2002).

III. Cronbach Alfa ve Kuder-Richardson 20 ve 21 Güvenirlik Katsayısı

Ölçek maddelerinin kendi içlerinde ne kadar birbirleriyle ilişkili oldukları, ne kadar homojen bir soru grubu oluşturduklarını gösteren Cronbach alfa katsayısı, maddelerin birbirleriyle iç korelasyonu hesap edilerek bulunur (Burns ve Grove, 1993; Ergin, 1995; Erefe, 2002). Cronbach tarafından 1951 yılında geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, maddelerin 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığı durumlarda kullanılması uygun olan ve en sık kullanılan iç tutarlılık hesaplama yöntemidir (Gözüm ve Aksayan, 2002; Ercan ve Kan, 2004).

Cronbach alfa katsayısı 0 ile 1 arasında değişim gösterir. Bir ölçme aracında yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır. Ölçek birbiriyle yüksek ilişkili maddelerden oluştuğunda Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı yüksek çıkar ve maddeler arasındaki iç tutarlılığı gösterir (Gözüm ve Aksayan, 2002). Ancak Cronbach alfa katsayısı güvenilirlik katsayısını vermez, güvenilirliğin bu değerden daha yüksek olduğuna işaret eder (Özgüven, 2000).

Cronbach alfa katsayısı;

$.00 \leq \text{Cronbach } \alpha \leq .39$ ise ölçek güvenilir değil,

$.40 \leq \text{Cronbach } \alpha \leq .59$ ise ölçek düşük güvenilirlikte,

$.60 \leq \text{Cronbach } \alpha \leq .79$ ise ölçek oldukça güvenilir,

$.80 \leq \text{Cronbach } \alpha \leq 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Tavşanal, 2002, Özdamar, 2004).

Yeni geliştirilen ölçme araçlarında Cronbach alfa katsayısının .70 üzerinde olması önerilir (Özdamar, 2004; Tavşanal, 2002; Gözüm ve Aksayan, 2002; Ercan ve Kan, 2004). Cronbach alfa katsayısı, ölçme aracının tüm alt bölümlerinin birbirine göre tutarlılığını sınamada kullanıldığı gibi, her bir alt boyutun maddelerinin kendi içinde birbirine göre tutarlı olup olmadığını sınamada da kullanılır (Ergin, 1995). Ölçme aracında madde sayısı ne kadar fazla ise Cronbach alfa katsayısı o kadar yüksek, madde sayısı ne kadar az ise o kadar düşük çıkar (Peirce, 1995). Cronbach alfa katsayısının hesaplanabilmesi için ilgili niteliği ölçen en az iki maddenin bulunması gerekmektedir (Çimen, 2003).

Ölçekte madde puanları süresiz ise (evet-hayır, doğru-yanlış, 0-1 şeklinde) iç tutarlılık hesaplaması için Cronbach alfa yerine Kuder Richardson 20 tekniği kullanılır. Kuder Richardson 21 tekniği ise ölçekteki her sorunun güçlük derecesinin aynı olduğu varsayımında kullanılır. Uygulamada bu varsayım nadiren gerçekleştiğinden Kuder Richardson 21 çok fazla kullanılmaz (Ercan ve Kan, 2004; Gözüm ve Aksayan, 2002).

2.7.3. Kültürlerarası Karşılaştırma

Ölçek uyarlama çalışmasının bu aşamasında uyarlanan ölçeğin normları saptanarak diğer dillerdeki ölçek normları ile karşılaştırılır. Bu aşamada; uyarlanan ölçeğin puan ortalamaları, standart sapmaları ve kesme noktaları gibi özelliklerinin orijinal ölçeğin değerlerine benzeyip benzemediğinin değerlendirilmesi gerekir. Uyarlanan ölçeğin ölçme hatasının orijinal ölçeğinkine yakın olması ayrıca her iki ölçek faktör yapıları, faktör-madde yükü değerlerinin benzerliği karşılaştırılır (Erefe, 2002; Gözüm ve Aksayan, 2002). Ölçeğin psikometrik özellikleri değerlendirilirken yukarıda sözü edilen karşılaştırmalar yapılır. Bu karşılaştırmalarda uygun sonuçlar elde edilmiyorsa örneğin, ölçeklerin faktör yapısı örtüşmüyorsa bunun olası nedenleri araştırılmalı ve açıklanmalıdır (Gözüm ve Aksayan, 2002).

Bir ölçeği farklı dillere uyarlarken kültürlerarası karşılaştırma (cross-cultural) yapmanın özel koşulları vardır. Bu tür araştırmalarda ölçeği geliştiren ve uyarlayan araştırmacılar genellikle birlikte çalışırlar. Her iki kültürde benzer özellikleri olan bireylere uygulanan iki ölçeğin tüm psikometrik özellikleri, ölçekteki maddelere verilen yanıtların yüzdeleri ve benzeri birçok özellik karşılaştırılır. Böylelikle, kültürel özelliklerden kaynaklanan ayrılıklar tartışılmakta ve ölçeğin evrenselleşmesi sağlanmaktadır (Gözüm ve Aksayan, 2002).

Ölçek uyarlama; ölçek geliştirmede yapılan araştırma ve analizlerin hepsi ve daha fazlası yapıldığı için en az ölçek geliştirme kadar zordur. Ölçek uyalamada en büyük sorunlardan biri; eğer ölçeğin orijinalinde bir eksiklik varsa ve bu eksiklikte Türkçeye uyarlama yapılırken giderilmediyse, bu ölçeği alıp değişik gruplara uygulayanlarda aynı hatayı sürdürecektir demektir. Ölçeğin geliştirildiği ülkede ciddi psikometrik kontrollerden geçmemiş olması diğer bir sorundur (Şahin, 1994).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlar için “Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği”nin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla metodolojik olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, Denizli Devlet Hastanesi kemoterapi ünitesinde ve meme polikliniğinde yürütülmüştür. Kemoterapi ünitesi iki yatak ve yedi yatak olabilen koltuktan oluşmaktadır. Ünite, biri sorumlu hemşire olmak üzere toplam beş hemşire 08.00–16.00 saatleri arasında çalışmaktadır. Meme polikliniği randevu usulü ile 08.00–16.00 saatlerinde hizmet vermekte ve poliklinikde bir hemşire görev yapmaktadır. Polikliniğe günlük ortalama 3-5 meme kanseri olan hasta başvurmakta, bu rakam yıllık yaklaşık olarak 1100’e kadar ulaşmaktadır. Ancak polikliniğe aynı hastalar farklı zamanlarda başvurdukları ve düzenli kayıt sistemi olmadığı için polikliniğin kayıtlı hasta sayısına ulaşamamıştır.

3.3. Araştırmanın Planı

Araştırma 2006 yılı içinde planlanmış ve 2007 yılı Ocak ayında tez önerisine sunulmuştur. Haziran-Aralık 2007 tarihleri arasında belirlenen hasta sayısına ulaşılan kadar veriler toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Denizli Devlet Hastanesi kemoterapi ünitesinde ve meme polikliniğinde 2007 yılı Haziran-Aralık ayları arasında ulaşılabilen, araştırmaya katılmayı kabul eden, birinci derece yakınlarından anne ve kızkardeşlerinde meme kanseri olan kadınlar oluşturmuştur.

Araştırma örneklemine alınacak kadınların özellikleri

- Kendisinde meme kanseri olmama
- 18 yaş ve üzerinde olma
- Okuma-yazma bilme

Örneklem büyüklüğü, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında önerilen ölçek madde sayısının üç katı dikkate alınarak (Tezbaşaran, 1997) belirlenmiş olup 97 kadın araştırmannın örneklemini oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, kadınlara ait bilgileri içeren “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği” kullanılarak yüzyüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Tanıtıcı Bilgi Formu; araştırmaya alınan kadınların yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, aylık geliri, meme kanserli birinci derece yakınının sayısını belirlemek amacıyla hazırlanan toplam yedi maddelik bir formdur.

3.5.2. Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği (BDGÖ) (Ek-2) (The Information and Support Needs Questionnaire) (Ek-3)

Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini saptamak amacıyla Chalmers ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek; **Gereksinimlerin Önemi ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçekleri’nden** oluşmaktadır.

1. Gereksinimlerin Önemi Ölçeği: 29 maddeden oluşmakta olup; 18 maddesi bilgi gereksinimine, 11 maddesi destek gereksinimine yöneliktir. Bu ölçekte gereksinimlerin önem sırası belirlenmektedir.

2. Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği: Bu ölçekte, Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nde yer alan maddeler kullanılır. Ancak bu bölümde gereksinimlerin ne derece karşılandığı belirlenmektedir.

Ölçekler likert tipi olup **Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nde** “1= önemli değil”, “2= az önemli”, “3= biraz önemli”, “4= çok önemli”; **Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nde** “1= hiç karşılanmadı”, “2= az karşılandı”, “3= biraz karşılandı”, “4= tamamen karşılandı” şeklinde değerlendirilmektedir. Ayrıca her madde tüm katılımcılar açısından uygulanabilir olmadığından, “0=uygulanabilir değil” seçeneği de bulunmaktadır. Kadınlar öncelikle bilgi ve destek gereksinimlerinin önemini; daha sonrada ne derecede karşılandığını seçerler. Ölçeklerden toplam puan elde edilmemekte, her bir madde için puan ortalaması belirlenerek **“gereksinimlerin önemi”** ve **“gereksinimlerin karşılanması”** öncelik sıralaması yapılmaktadır (Chalmers ve ark. 2001).

BDGÖ'nün Geçerliliği ve Güvenirliği

Ölçeğin geçerlik ve güvenirliği Chalmers ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin içerik geçerliliği mevcuttur. Ölçek birinci derece yakınları meme kanseri olan kalitatif çalışmalarda kadınlarla derinlemesine görüşmeler sonucunda geliştirilmiştir (Chalmers ve Thomson 1996; Chalmers ve ark. 1996). Ölçek sonunda açık uçlu bir soru kullanılmıştır. Kadınlardan ölçekte yer almayan gereksinimleri varsa eklemeleri istenmiştir. Ancak ek gereksinim gelmemiştir. Bu sonuç Chalmers ve arkadaşları tarafından içerik geçerliğini destekleyen bir bulgu olarak yorumlanmıştır (Chalmers ve ark. 2001).

Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nin ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nin iç tutarlılık cronbach alfa, Spearman- Brown testi yarılama, test-tekrar test güvenirlilik katsayıları Tablo 5'de verilmiştir (Chalmers ve ark. 2001).

Tablo 5. BDGÖ'nün Güvenirlilik Katsayıları

Ölçekler	İç Tutarlılık		Zamana karşı değişmezlik
	Cronbach Alfa Katsayısı	Testi yarılama güvenirliliği Spearman-Brown korelasyon katsayısı	Test-tekrar test güvenirliliği Pearson korelasyon Katsayısı
Gereksinimlerin Önemi Ölçeği	.95	.80 (p<.001)	.79 (p<.001)
Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği	.92	.74 (p<.001)	.73 (p<.001)

Ayrıca, ölçeğin iç tutarlılığı madde-toplam puan korelasyonu ile sınanmış olup tüm maddelerinin madde-toplam puan katsayıları .33'ün üzerinde bulunmuştur (Chalmers ve ark. tarafından gönderilen e-mail; Ek-4).

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri meme kanserli hastaların kızları ve kız kardeşleriyle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama araçları yaklaşık 30 dakikada doldurulmuştur.

Ölçeğin dil geçerliliği sağlandıktan sonra birinci ön uygulaması, uzman görüşleri doğrultusunda düzenledikten sonra ikinci ön uygulaması yapılmıştır. Birinci ve ikinci ön uygulama beşer kadın ile yapılmış olup ön uygulama verileri araştırma örnekleme alınmamıştır.

Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini incelemek için araştırma örnekleme alınan 35 kadına iki hafta sonra (Gözüm ve Aksayan, 2002) ikinci bir uygulama gerçekleştirilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda SPSS 11.00 istatistik programında değerlendirilmiştir. Geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin kullanılan istatistiksel yöntemler aşağıda sunulmuştur (Tablo 6) (Özguven, 2000; Gözüm ve Aksayan, 2002).

Tablo 6. BDGÖ'nün Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi	İstatistiksel Yöntemler
GEÇERLİK	
<ul style="list-style-type: none">• Dil geçerliği• İçerik/Kapsam Geçerliği	<ul style="list-style-type: none">• İngilizce'den Türkçe'ye çeviri• Türkçe'den İngilizce'ye geri çeviri• Uzman puanlarının tutarlılığı için Kendall İyi Uyuşum Katsayısı
GÜVENİRLİK	
Ölçeklerin İç Tutarlılığı	
<ul style="list-style-type: none">• Ölçeklerin Cronbach Alfa Katsayısı• Ölçeklerin Madde Analizi• Testi Yarılama Güvenirliği	<ul style="list-style-type: none">• Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı• Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu• Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı
Ölçeklerin Zamana Karşı Değişmezliği	
<ul style="list-style-type: none">• Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi• Test-Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none">• Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu• Bağımlı Gruplarda t Testi

3.8. Araştırma Etiği

Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğinin yapılabilmesi için özgün ölçeği geliştiren Karen Chalmers'dan 8 Kasım 2006'da e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek-4).

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulundan (Ek-5) onay ve Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-6) yazılı izin alınmıştır.

Araştırma örnekleme alınacak kadınlara çalışmanın amacı açıklanarak araştırmaya katılmaları konusunda sözel onamları alınmıştır. Katılmak istemeyenler örnekleme alınmamıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde; araştırma örneğine alınan kadınların sosyodemografik özellikleri ve BDGÖ'nün Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin inceleme sonuçları yer almaktadır.

4.1. Araştırma Örneğine Alınan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 97)

Sosyodemografik Özellikler		
Yaş (Ortalama ± ss)	37.8 ± 14.24	
	n	%
Eğitim durumu		
İlkokul	61	62.9
Ortaokul	8	8.2
Lise	19	19.6
Üniversite ve üzeri	9	9.3
Mesleği		
Ev hanımı	80	82.5
Memur	11	11.3
İşçi	4	4.1
Emekli	2	2.1
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	18	18.5
Gelir gidere denk	77	79.4
Gelir giderden fazla	2	2.1
Medeni Durumu		
Evli	81	83.5
Bekar	16	16.5
Meme Kanseri Olan Birinci Derece Yakınınız		
Anne	52	53.6
Kızkardeş	45	46.4
Toplam	97	100.0

Örneklem grubundaki kadınların yaşları 18 ile 74 arasında değişmekte olup ortalaması 37.8±14.24'dir. Kadınların %62.9'u ilkokul mezunu, %82.5'i ev hanımı ve %83.5'i evlidir. Annesi meme kanseri olanlar %53.6'dır. Ayrıca kadınların gelir durumuna bakıldığında %79.4'ünün gelir gidere denktir.

4.2. BDGÖ'nün Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi

Bu bölümde BDGÖ'nün Türkiye'de geçerlik ve güvenirlğini sınamak amacıyla yapılan analiz sonuçları yer almaktadır.

4.2.1. BDGÖ'nün Geçerlik Analizlerinin İncelenmesi

BDGÖ'nün geçerliğı; dil ve içerik geçerliğı ile sınanmıştır.

4.2.1.1. BDGÖ'nün Dil Geçerliğinin İncelenmesi

BDGÖ'nün Türkiye'deki geçerlik ve güvenirlık sınamasında ilk aşamada dil geçerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürütülmüştür. Öncelikle özgün ölçek araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin sonraki çevirileri her iki dili iyi bilen birinin anadili İngilizce olan üç kişi tarafından yapılmıştır. Bu çeviriler sonunda en uygun ifadeler seçildikten sonra ölçeğin Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi, daha önce ölçeğin İngilizce halini görmeyen her iki dili bilen anadili Türkçe olan iki kişiye yaptırılmış, geri çeviri özgün ölçek ifadeleriyle karşılaştırılmıştır. Dil geçerliğı sağlanan ölçek; Denizli Devlet Hastanesi kemoterapi ünitesine ve meme polikliniğine gelen meme kanserli hastaların kızları ve kız kardeşlerinden beş kadına uygulanmış ve kadınların önerileri doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır.

4.2.1.2. BDGÖ'nün İçerik Geçerliğinin İncelenmesi

Dil geçerliğı sağlanan ölçek, içerik geçerliğini sınamak amacıyla tez konusu ile ilgili toplam 10 kişilik uzman (Ek-7) görüşüne sunulmuştur. Uzmanlar tarafından her soru, 1 (en kötü) ile 10 (en iyi) arasında puanlandırılmıştır. Uzmanların önerileri sonucunda ölçek maddelerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Uzmanlar arasındaki görüş birliğı istatistiksel olarak Kendall iyi Uyuşum Katsayısı (Kendall Coefficient Of Concordance: W) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Uzmanların Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeğı maddelerine verdikleri puanlar ve Kendall İyi Uyuşum Katsayısı değerlendirme sonucu Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. BDGÖ'nün İçerik Geçerliğinde Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi (n=10)

Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği	Verilen En Düşük-En Yüksek Puan	Madde Puan Ortalaması	Kendall İyi Uyuşum Katsayısı
1. Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	8-10	9.3±0.9	W= .147 p*= .118
2. Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi.	10-10	10±0.0	
3. Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.)	8-10	9.4±0.7	
4. Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs) hakkında bilgi.	8-10	9.2±0.7	
5. Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs) ve hastalığın fiziksel belirtileri hakkında bilgi.	8-10	8.8±0.8	
6. Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda ailemle (eş, çocuklar, kardeşler vs.) nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	9-10	9.6±0.5	
7. Kendimin meme kanseri olma riskim hakkında bilgi.	8-10	9.4±0.7	
8. Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	8-10	9.4±0.7	
9. Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	9-10	9.7±0.5	
10.Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	8-10	9.2±0.8	
11. Meme kanseri olma riskimi azaltabilmek için sağlık alışkanlıklarımda yapabileceğim değişiklikler hakkında bilgi.	8-10	9.6±0.7	
12. Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi.	8-10	9.3±0.9	
13. Meme kanseri olan yakınıma nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi.	9-10	9.9±0.3	
14. Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn: yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs.)	8-10	9.4±0.9	
15. Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi.	8-10	9.7±0.7	

Tablo 8'in devamı

16. Mammografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım)	9-10	9.7±0.5
17. Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı nasıl değiştirmem gerektiği hakkında bilgi.	8-10	9.4±0.9
18. Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi.	9-10	9.4±0.5
19. Mammografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	9-10	9.7±0.5
20. Kendi kendine meme muayenesini yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	9-10	9.6±0.5
21. Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşire vs.)	9-10	9.7±0.5
22. Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması.	8-10	9.3±0.9
23. Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması.	9-10	9.7±0.5
24. Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi	8-10	9.0±0.9
25. Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması.	9-10	9.7±0.5
26. Bana destek olabilecek bir gruba katılmam	8-10	9.1±1.1
27. Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularımla baş etmemde bana destek olunması.	8-10	9.3±0.9
28. İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması.	8-10	9.0±1.0
29. Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması.	8-10	9.3±0.9

***p > .05**

BDGÖ maddelerine 10 uzman tarafından verilen puanların istatistiksel olarak incelenmesinde uzmanlar arası görüş birliği olduğu saptanmıştır (W= .147, p= .118).

Uzmanlar arası görüş birliği sağlandıktan sonra ikinci ön uygulama Denizli Devlet Hastanesi kemoterapi ünitesine ve meme polikliniğine gelen meme kanserli hastaların kızları ve kız kardeşlerinden beş kadına uygulanmıştır. Uygulama sonucunda ölçek maddeleri kadınlar tarafından anlaşılır bulunmuş ve herhangi bir öneri gelmemiştir.

Özgün ölçekte olduğu gibi ölçeğin Türkçe versiyonunda da açık uçlu bir soru ile kadınlardan ölçekte yer almayan gereksinimleri varsa eklemeleri istenmiştir. Kadınlardan ek bir öneri gelmemiştir.

4.2.2. BDGÖ'nün Tanımlayıcı İstatistiklerinin İncelenmesi

BDGÖ'nün tanımlayıcı istatistikler Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. BDGÖ'nün Tanımlayıcı İstatistikleri (n=97)

Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği (BDGÖ)	Bilgi ve Destek Gereksinimlerini n Önemi Ölçeği		Bilgi ve Destek Gereksinimlerini n Karşılanması Ölçeği	
	Ort ± ss	Min - Max	Ort ± ss	Min - Max
1. Meme kanseri olan yakınımla yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	3.66 ± 0.73	1 - 4	1.10 ± 0.47	1 - 4
2. Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi.	3.74 ± 0.71	1 - 4	1.58 ± 0.86	1 - 4
3. Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.)	3.78 ± 0.41	3 - 4	2.30 ± 1.16	1 - 4
4. Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs) hakkında bilgi.	3.60 ± 0.80	1 - 4	1.44 ± 0.85	1 - 4
5. Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs) ve hastalığın fiziksel belirtileri hakkında bilgi.	3.75 ± 0.61	1 - 4	1.65 ± 1.02	1 - 4
6. Meme kanseri olan yakınımla yaşadıkları konusunda ailemle (eş, çocuklar, kardeşler vs.) nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	2.65 ± 1.32	1 - 4	1.13 ± 0.49	1 - 4
7. Kendimin meme kanseri olma riskim hakkında bilgi.	3.84 ± 0.51	1 - 4	1.51 ± 0.88	1 - 4
8. Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	2.48 ± 1.27	1 - 4	1.05 ± 0.30	1 - 3
9. Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	1.03 ± 1.27	0 - 4	0.61 ± 0.57	0 - 3
10. Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	1.22 ± 1.14	0 - 4	0.79 ± 0.54	0 - 3
11. Meme kanseri olma riskimi azaltabilmek için sağlık alışkanlıklarımda yapabileceğim değişiklikler hakkında bilgi.	3.80 ± 0.64	1 - 4	1.48 ± 0.78	1 - 3
12. Meme kanseri olan yakınımla yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi.	3.87 ± 0.49	1 - 4	1.15 ± 0.44	1 - 3

Tablo 9'un devamı

13. Meme kanseri olan yakınımın nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi.	3.75 ± 0.61	1 – 4	1.36 ± 0.75	1 – 4
14. Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn: yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs.)	3.75 ± 0.68	1 – 4	1.47 ± 0.87	1 – 4
15. Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi.	3.84 ± 0.37	3 – 4	2.04 ± 1.11	1 – 4
16. Mammografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım)	3.75 ± 0.79	1 – 4	2.09 ± 1.14	1 – 4
17. Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı nasıl değiştirmem gerektiği hakkında bilgi.	3.75 ± 0.72	1 – 4	1.90 ± 0.85	1 – 3
18. Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi.	2.53 ± 1.45	1 – 4	1.07 ± 0.33	1 – 3
19. Mammografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	2.92 ± 1.43	1 – 4	1.14 ± 0.56	1 – 4
20. Kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	1.73 ± 1.28	1 – 4	1.03 ± 0.17	1 – 2
21. Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşire vs.)	3.80 ± 0.73	1 – 4	1.23 ± 0.72	1 – 4
22. Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması.	2.31 ± 1.41	1 – 4	1.23 ± 0.55	1 – 3
23. Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması.	3.40 ± 1.03	1 – 4	1.05 ± 0.27	1 – 3
24. Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi	3.61 ± 0.91	1 – 4	1.13 ± 0.57	1 – 4
25. Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması.	3.81 ± 0.58	1 – 4	1.93 ± 1.07	1 – 4
26. Bana destek olabilecek bir gruba katılmam	2.70 ± 1.41	1 – 4	1.03 ± 0.31	1 – 4
27. Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularıyla baş etmemde bana destek olunması.	3.19 ± 1.26	1 – 4	1.19 ± 0.58	1 – 4
28. İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması.	3.24 ± 1.25	1 – 4	1.04 ± 0.20	1 – 2
29. Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması.	3.32 ± 1.13	1 – 4	1.11 ± 0.32	1 – 2

BDGÖ'nün madde puan ortalamaları; Gereksinimlerin Önemi Ölçeğinde 1.03 ± 1.27 ile 3.87 ± 0.49 arasında, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nde 0.61 ± 0.57 ile 2.30 ± 1.16 arasında değişmektedir.

4.2.3. BDGÖ'nün Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi

Gereksinimlerin Önemi Ölçeği ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği için; iç tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı, madde-toplam puan korelasyonu, Sperman-Brown ve değişmezliğin değerlendirilmesinde test-tekrar test korelasyonu ve test-tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması kullanılmıştır.

4.2.3.1. BDGÖ'nün İç Tutarlılığının İncelenmesi

4.2.3.1.1. BDGÖ'nün Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi

BDGÖ'nün iç tutarlık Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. BDGÖ'nün Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n=97)

Ölçekler	Cronbach Alfa Değeri
Gereksinimlerin Önemi Ölçeği	.81
Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği	.83

BDGÖ'nün iç tutarlık güvenirlik katsayısı incelendiğinde; Gereksinimlerin Önemi Ölçeği Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .81, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .83 olarak saptanmıştır.

4.2.3.1.2. BDGÖ'nün Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayılarının İncelenmesi

BDGÖ'nün madde toplam puan korelasyon katsayıları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. BDGÖ'nün Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayıları (n=97)

Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği	Gereksinimlerin Önemi Ölçeği		Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği	
	r	p*	r	p*
1. Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	.53	.000	.31	.002
2. Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi.	.48	.000	.46	.000
3. Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.)	.25	.013	.58	.000
4. Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs) hakkında bilgi.	.45	.000	.57	.000
5. Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs) ve hastalığın fiziksel belirtileri hakkında bilgi.	.42	.000	.51	.000
6. Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda ailemle (eş, çocuklar, kardeşler vs.) nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	.40	.000	.42	.000
7. Kendimin meme kanseri olma riskim hakkında bilgi.	.45	.000	.52	.000
8. Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	.46	.000	.40	.000
9. Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	.27	.009	.46	.000
10. Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	.23	.026	.47	.000
11. Meme kanseri olma riskimi azaltabilmek için sağlık alışkanlıklarımın yapabileceğim değişiklikler hakkında bilgi.	.25	.013	.25	.013
12. Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi.	.43	.000	.48	.000
13. Meme kanseri olan yakınımın nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi.	.55	.000	.34	.001

Tablo 11'in devamı

14. Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn: yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs.)	.31	.002	.48	.000
15. Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi.	.32	.002	.60	.000
16. Mammografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım)	.23	.026	.48	.000
17. Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı nasıl değiştirmem gerektiği hakkında bilgi.	.39	.000	.44	.000
18. Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi.	.25	.015	.46	.000
19. Mammografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	.40	.000	.42	.000
20. Kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	.44	.000	.30	.003
21. Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşire vs.)	.22	.030	.25	.015
22. Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması.	.22	.033	.24	.021
23. Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması.	.49	.000	.42	.000
24. Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi	.23	.023	.27	.008
25. Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması.	.24	.020	.44	.000
26. Bana destek olabilecek bir gruba katılmam	.48	.000	.25	.014
27. Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularıyla baş etmemde bana destek olunması.	.65	.000	.27	.007
28. İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması.	.60	.000	.23	.024
29. Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması.	.72	.000	.25	.013

***p < .05**

Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyonlarının .22 ile .72 arasında değiştiği ve korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .05$). Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyonlarının .23 ile .60 arasında değiştiği ve korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .05$).

4.2.3.1.3. BDGÖ'nün Spearman-Brown Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi

BDGÖ'nün Spearman-Brown korelasyon katsayıları Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. BDGÖ'nün Spearman-Brown Korelasyon Katsayıları

Ölçekler	Spearman-Brown Korelasyon Katsayısı	
	r	p*
Gereksinimlerin Önemi Ölçeği	.79	.000
Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği	.80	.000

* $p < .001$

BDGÖ'nün Spearman-Brown korelasyon katsayıları incelendiğinde; Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nin .79, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nin .80 olduğu bulunmuştur. Güvenirlik katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = .000$).

4.2.3.2. BDGÖ'nün Zamana Karşı Değişmezlik Analizlerinin İncelenmesi

BDGÖ'nün zamana karşı değişmezliğini test etmek için; test-tekrar test korelasyonu ve test-tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması kullanılmıştır.

BDGÖ'nün test-tekrar test korelasyon katsayıları ve puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13. BDGÖ'nün Test-Tekrar Test Korelasyon Katsayıları ve Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	I. Uygulama X±SS	II. Uygulama X±SS	r/p*	t/p**
Gereksinimlerin Önemi Ölçeği	92.83 ±10.70	92.86 ± 9.78	.94/ .000	1.789 / .082
Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği	38.53±6.81	38.54 ± 5.91	.96/ .000	1.799 / .081

* $p = .000$

** $p > 0.05$

BDGÖ'nün birinci ve ikinci uygulama toplam puanlarının korelasyonları incelendiğinde; Gereksinimlerin Önemi Ölçeği test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .94, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .96 istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = .000$).

Gereksinimlerin Önemi Ölçeği ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nin birinci ve ikinci uygulama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. BDGÖ'nün Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi

Bu bölümde BDGÖ'nün Türkiye'de geçerlik ve güvenirliğine ilişkin inceleme sonuçları tartışılmıştır.

5.1.1. BDGÖ'nün Geçerlik Analizlerinin İncelenmesi

5.1.1.1. BDGÖ'nün Dil Geçerliğinin İncelenmesi

Dil uyarlamasındaki en önemli nokta; çevirmenlerin seçimi ve çeviri tekniğidir. Çevirmenin seçiminde; yalnızca iki dili çok iyi bilen kişilerin bulunması yetmemektedir. Çevirmen ayrıca ölçeğin ilgili olduğu konuyu bilmesi ve her iki dilde ve kültürde deneyim sahibi olması önerilmektedir (Carlson, 2000; Gözüüm ve Aksayan, 2002; Savaşır, 1994). Bu amaçla araştırmada ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi ana dili Türkçe olan, İngilizceyi çok iyi bilen iki İngilizce okutmanı ve anadili İngilizce olan, çok iyi Türkçe bilen, konu ile ilgili radyoloji uzmanı olmak üzere toplam üç kişiye yaptırılmıştır. Türkçe'den İngilizceye geri çevirisi konu ile ilgili olan hemşirelikte öğretim görevlisi ve İngilizce okutmanı iki kişiye yaptırılmıştır. Geri çeviri, özgün ölçekle uyumlu olduğundan Türkçeleştirilen ölçekte değişiklik yapılmamıştır.

Ölçeğin dil geçerlik ölçütü sağlandıktan sonra; ölçek beş kadına uygulanmış, daha açık ve anlaşılır olması için kadınların önerileri doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır.

5.1.1.2. BDGÖ'nün İçerik Geçerliğinin İncelenmesi

Ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen alanı yansıttığını gösteren içerik geçerliği (Erefe, 2002; Öner, 1997; Gözüüm ve Aksayan, 2002) için; "Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği" taslağı uzman görüşü için konu ile ilgili 10 uzmana gönderilerek, maddelerinin uygun olup olmadığının değerlendirilmesi istenmiştir. Uzmanlar arasındaki görüş birliği Kendall İyi Uyuşum Katsayısı (Kendall Coefficient Of Concordance: W) ile incelenmiş; uzman görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuç uzmanların ölçek maddelerindeki ifadelerle ilgili görüş birliği içinde olduğunu göstermektedir.

Uzmanların yargılarına da güvenilmesi gerektiğinden (Gözüüm ve Aksayan, 2002), uzmanların maddelerin ifade şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiştir. Uzmanların önerilerine göre ölçekteki "Meme kanseri riskim ile ilgili ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi" şeklinde çevrilen "8. madde" Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi" şeklinde değiştirilmiştir. Uzman

önerilerinde ölçeğin 18. maddesindeki “Kendim ve çocuklarım için genetik danışmanlık hakkında bilgi” anlaşılabilirliğini sağlamak için “Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi” olarak daha açık yazılmıştır. Ölçek 24. maddesinde yer alan “KKMM yaparken beni izleyecek ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol edecek konu hakkında bilgili bir sağlık çalışanının olması”, uzman önerileri doğrultusunda “KKMM’ni yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi” şeklinde değiştirilmiştir.

Uzman görüşlerine göre düzenlenen ölçeğin ikinci ön uygulaması beş kadınla yapılmıştır. Ölçek ifadelerinin kadınlar tarafından anlaşılır olduğu görülmüş, bir öneri gelmemiştir.

Ayrıca ölçek sonunda açık uçlu bir soru kullanılarak kadınlardan ölçekte yer almayan gereksinimleri eklemeleri istenmiştir. Ancak ek öneri gelmemiştir. Bu sonuç ölçeğin içerik geçerliğini destekleyen bir bulgu olarak yorumlanmıştır. Özgün ölçek sonunda yer alan aynı soruya ek öneri gelmemesi Chalmers ve arkadaşları (2001) tarafından benzer şekilde yorumlanmıştır.

5.1.2. BDGÖ’nün Güvenirlik Analizlerinin İncelenmesi

Bu bölümde, BDGÖ’nün iç tutarlılığını sınamak için yapılan Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı, madde toplam puan korelasyon katsayısı ve Spearman-Brown korelasyon katsayısı, zamana karşı değişmezliğini sınamak içinse test-tekrar test korelasyon katsayısı ve test-tekrar test puan ortalamalarının karşılaştırılması tartışılmıştır.

5.1.2.1. BDGÖ’nün İç Tutarlılığının İncelenmesi

5.1.2.1.1. BDGÖ’nün Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi

Cronbach alfa katsayısı güvenirlik yapısını diğer katsayılara göre en iyi yansıtan katsayı olup ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin ölçütüdür. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa o ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır (Özgüven, 2000; Gözümlü ve Aksayan, 2002; Özdamar, 2004; Ercan ve Kan, 2004). BDGÖ’nün Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin .81, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği’nin .83 “oldukça güvenilir” bulunmuş olması (Tablo 10); ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin göstergesidir. .

Chalmers ve arkadaşları tarafından (2001) geliştirilen, özgün BDGÖ’nün Cronbach alfa güvenirlik katsayıları Gereksinimlerin Önemi Ölçeği’nin .92, Gereksinimlerin Karşılanması

Ölçeği'nin .92 “yüksek derecede güvenilir” bulunmuştur. Bu çalışmadaki ölçeklerin Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarının “oldukça güvenilir” bulunması özgün ölçek sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

5.1.2.1.2. BDGÖ'nün Madde Toplam Puan Korelasyon Katsayılarının İncelenmesi

Madde analizinde, maddelerin ölçme aracının toplam puanına korelasyonuna bakılarak ölçme aracının bütünüyle ne derecede ilişkili oldukları belirlenir (Burns ve Grove, 1993). Madde toplam korelasyonunun negatif olmaması, .25 değerinin üzerinde olması beklenir (Özdamar, 2004). Fakat uygulamada, maddelerin korelasyon katsayısının .20 değerinin üzerinde olması kriter olarak kullanılmaktadır (Tavşanal, 2002). Düşük korelasyon gösteren maddelerin ölçme aracından çıkarılması önerilmekteyse de bu kesin kural değildir. Bir maddenin ölçekten çıkarılması için; madde silinirse alfa katsayısındaki ve ortalamadaki değişime bakmak gerekir (Tavşanal, 2002; Özdamar, 2004). Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyon katsayılarının .25 altında olan 10., 21., 22., 24. ve 25. maddelerin .22 ile .24 arasında değiştiği; Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyon katsayılarının .25 altında olan 22. ve 28. maddelerde .24 ve .23 olduğu görülmektedir. Gereksinimlerin Önemi Ölçeği ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği madde toplam puan korelasyon katsayılarının .25'in altında olan maddeler çıkarıldığında tüm maddelerde alfa katsayısında değişme saptanmamıştır. Güvenirliği değiştirmeyen maddelerin ölçeği destekleyen maddeler olduğu ve ölçekten çıkarılmaması gerektiği önerildiğinden (Özdamar, 2004; Tavşanal, 2002) bu maddeler ölçekten çıkarılmamıştır. Bu maddelerin madde toplam puan korelasyon katsayılarının .25'den düşük olmasının nedeni, kültürümüzde kadınların bu bilgiyi almanın hakları olduğunu ve karşılanması gerektiğini düşünmemelerine bağlanabilir.

Özgün ölçeğin tüm maddelerinin madde toplam puan katsayıları .33'ün üzerinde bulunmuştur (Chalmers ve ark. 2001). Bu çalışmada BDGÖ'nün maddelerinin madde toplam puan katsayıları özgün ölçekten düşük olmakla birlikte, .20'nin üzerinde olması kabul edilebilir kriterdir (Tavşanal, 2002).

5.1.2.1.3. BDGÖ'nün Spearman-Brown Güvenirlik Katsayılarının İncelenmesi

İç tutarlılık değerlendirmede, eski yöntemlerden olan testi yarılama Spearman-Brown yönteminde ölçeğin bütününe güvenirliliği kestirilir (Ergin, 1995; Karasar, 2000; Öner, 1997). Bu çalışmada, Spearman-Brown korelasyon katsayıları Gereksinimlerin Önemi Ölçeği için .79, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği için .80 ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı

olması (Tablo 12); ölçeğin birbiriyle yakından ilişkili maddelerden oluştuğunu göstermektedir.

Özgün ölçeğin Spearman-Brown korelasyon katsayısı; Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nin .80, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nin .74'dür. Bu çalışmada BDGÖ'nün Spearman-Brown korelasyon katsayıları özgün ölçek sonuçlarıyla benzer şekilde bulunmuştur.

5.1.2.2. BDGÖ'nün Zamana Karşı Değişmezlik Analizlerinin İncelenmesi

Test-tekrar test güvenirligi, ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuç verebilme özelliği olup zamana karşı değişmezlik gösterebilme gücüdür (Karasar, 2000; Öner, 1997; Özgüven, 2000). Bu çalışmada, 15 gün arayla yapılan ölçümlerden elde edilen güvenirlilik katsayılarının Gereksinimlerin Önemi Ölçeği için .94 ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği için .96 olması (Tablo 13); ölçek maddelerinin zamana karşı değişmezliğinin ve tutarlı olduğunun göstergesidir.

Chalmers ve arkadaşları tarafından (2001) geliştirilen özgün ölçeğin test-tekrar test güvenirlilik katsayıları; Gereksinimlerin Önemi Ölçeği'nin .79, Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nin .73'dür. BDGÖ'nün test-tekrar test güvenirlilik katsayıları özgün ölçek sonuçlarıyla benzerdir.

Test-tekrar test korelasyon katsayısı yeterli düzeyde olsa bile, aynı zamanda iki ölçüm sonuçlarının puan ortalamaları ve standart sapmalarının incelenmesi ve her iki ölçüm sonucunun benzer olması önerilmektedir (Gözüm ve Aksayan, 2002). Gereksinimlerin Önemi Ölçeği ve Gereksinimlerin Karşılanması Ölçeği'nin birinci ve ikinci uygulamadaki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmaması (Tablo 13) ölçeğin zamana karşı değişmezliğini ve tutarlılığını desteklemektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- * Türkçe ölçek maddelerindeki ifadelerin anlaşılır ve uygulanabilir olması konusunda uzmanların görüş birliği içinde olması ölçeğin içerik geçerliğinin sağlandığını,
- * BDGÖ'nün Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, madde toplam puan korelasyon katsayısı, Spearman-Brown korelasyon katsayısı sonuçları maddelerin iç tutarlılığını ve homojenliğini,
- * BDGÖ'nün test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ve birinci ve ikinci uygulamadaki puan ortalamaları arasında fark olmaması, zamana karşı değişmezliğini ve tutarlılığını göstermektedir.

6.2. Öneriler

BDGÖ'nün Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliğini sınamak amacıyla yapılan bu çalışma sonuçlarına göre öneriler aşağıda verilmiştir;

- * Bu çalışmada BDGÖ'nün madde analizi sonuçlarının özgün ölçeğin sonuçlarından düşük olması nedeniyle, sonraki çalışmalarda ölçeğin madde analizlerinin tekrar değerlendirilmesi,
- * Ölçeğin, Türkiye'de birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimleri öneminin ve ne derece karşılandığının saptanmasında kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akgül A. Tıbbi araştırmalarda istatistiksel analiz teknikleri “SPSS Uygulamaları”. İkinci Baskı. Emek Ofset Ltd. Şti. Ankara 2003.
- Akkaş Gürsoy A. Meme Kanserinde Eğitimcinin Eğitimi Programı II Kitapçığı, Trabzon 2005.
- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2008. Atlanta (GA): American Cancer Society; 2008. (02.03.2008),
<http://www.cancer.org/downloads/STT/2008CAFFfinalsecured.pdf>
- Anderson BO, Braun S, Lim S, et al. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. Breast Journal 2003; 9/2: 51–59.
- Aydemir Ö. Psikiyatride değerlendirme araçları: özellikleri, türleri, kullanımı. İçinden: Aydemir Ö, Köroğlu E. (Ed). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Hekimler Yayın Birliği 2000; 21-29.
- Baykul Y. Eğitimde ve psikolojide ölçme; Klasik test teorisi ve uygulaması, ÖSYM Yayınları, Cem Web Ofset, Ankara 2000.
- Benedict S, Goon G, Hoomani J, Holder P. Breast cancer detection by daughters of women with breast cancer. Cancer Practice 1997;5: 213–219.
- Black JM, Jacops EM. Clinical manegement for continue of care, Medical Surgical Nursing Five Edition, W.B. Saunder Company, Philadelphia 1997; 2173–2198.
- Brain K, Norman P, Gray J, Mansel R. Anxiety and adherence to breast self-examination in women with a family history of breast cancer. Psychosomatic Medicine 1999; 61: 181–187.
- Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, and Utilization, Second Edition, W.B. Saunders Company. Tokyo 1993; 339-349.
- Carlson ED. A case study in translation methodology using the health-promotion lifestyle profile II. Public Health Nursing 2000; 17/1: 61–70.
- Chalmers K, Thomson K. Coming to terms with the risk of breast cancer: perceptions of women with primary relatives with breast cancer. Qualitative Health Research 1996; 6: 256–282.
- Chalmers K, Thomson K, Degner L. Information, support, and communication needs of women with a family history of breast cancer. Cancer Nursing 1996; 19: 204–213.
- Chalmers K, Luker KA, Leinster S, et al. Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer: development of the Information and Support Needs Questionnaire. Journal of Advanced Nursing 2001; 34: 497–507.

- Chalmers K, Marles S, Tataryn D, et al. Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care* 2003; 12: 81–90.
- Claus EB, Risch N, Thompson WD. Autosomal dominant inheritance of early-onset breast cancer: Implications for risk prediction. *Cancer* 1994; 73: 643–651.
- Cowley L, Heyman B, Stanton M, Milner S. How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31: 314–321.
- Çimen S. 15-18 Yaş Grubu gençlerde riskli sağlık davranışları ölçeği'nin geliştirilmesi; İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul 2003.
- De Bock GH, van Asperen CJ, de Vries JM, et al. How women with a family history of breast cancer and their general practitioners act on genetic advice in general practice: prospective longitudinal study. *British Medical Journal* 2001; 322: 26–27.
- Dozier KJ, Mahon SM. Cancer prevention, detection, and control: a nursing perspective. *Oncology Nursing Society* 2002; Pitsburg PA: 389–443.
- Drossaert CC, Boer H, Seydel ER. Perceived risk, anxiety, mammogram uptake, and breast cancer selfexamination of women with a family history of breast cancer: the role of knowing to be at increased risk. *Cancer Detection and Prevention* 1996; 20: 76–85.
- Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, ve ark. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer* 2006; 24: 43–48.
- Ebrinç S. Psikiyatrik derecelendirme ölçekleri ve klinik çalışmalarda kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000; 10/2: 109–116.
- Epstein RJ. Breast self examination - breast self examination provides entry strategy. *British Medical Journal* 2003; 326: 710–11.
- Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30/3: 211–216.
- Erefe İ. Veri toplama araçlarının niteliği. İçinden: Erefe İ. (Ed). *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. Odak ofset. İstanbul 2002; 169–188.
- Ergin DY. Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. *M.Ü. Atatürk Eğitim Bilimleri Dergisi* 1995; 7: 125-148.
- Euhus DM. Understanding mathematical models for breast cancer risk assessment and counseling. *Breast Journal* 2001; 7: 224–232.

- Frank TS, Deffenbaugh AM, Hulick M, Gumper K. Hereditary susceptibility to breast cancer: significance of age of onset in family history and contribution of BRCA1 and BRCA2. *Disease Markers* 1999; 16: 89–92.
- Frykberg ER. Lobular carcinoma in situ of the breast. *Breast Journal* 1999; 5/5: 296–303.
- Gail MH, Berinton LA, Byar DP, et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *Journal of the National Cancer Institute* 1989; 81: 1879–1886.
- Gençtürk N, Akyolcu N. Meme kanserli kadınların, birinci derece akrabalarının bilgi alma davranışlarının değerlendirilmesi ve bilgi gereksinimlerinin giderilmesinde eğitimin etkinliği. *İstanbul Üniversitesi Florans Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 13/55: 1–19.
- Gençtürk N. Meme kanserli kadınların, birinci derece akrabalarının bilgi arama davranışlarının değerlendirilmesi ve bilgi gereksinimlerinin giderilmesinde eğitimin etkinliği. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul 2004.
- Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2002; 4/2: 9–20.
- Gross RE. Breast cancer: Risk factors, screening, and prevention. *Seminars in Oncology Nursing* 2000; 16: 176–184.
- Hakama M, Pukkala E, Kallio M, et al. Effectiveness of screening for breast cancer in women under 50 years at entry: The Kokta Pilot Project in Finland. *International Journal of Cancer* 1995; 63: 55–57.
- Harrison D, Galloway S, Graydon J, et al. Information needs and preferences for information of women with breast cancer over a first course of radiation therapy. *Patient Education and Counseling* 1999; 38: 217–225.
- Hartmann LC, Sellers TA, Schaid DJ, et al. Clinical options for women at high risk for breast cancer. *Surgical Clinics of North America* 1999; 79/5: 1189–1206.
- Hulka BS, Moorman PG. Breast cancer: hormones and other risk factors. *Maturitas* 2001; 38/1: 103–113.
- Hurt GJ, McQuellon RP, Michielutte R, et al. Risk assessment of first-degree relatives of women with breast cancer: A Feasibility Study. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28/7: 1097–1104.
- Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi. 10. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım LTD. Şti. Ankara 2000; 136–153.

- Karayurt Ö, Dramalı A. Adaptation of champion's health belief model scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing* 2007; 30/1: 69–77.
- Kristjanson LJ, Chalmers KI, Woodgate R. Information and support needs of adolescent children of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 2004; 31/1: 111–119.
- Lester J. Breast cancer in 2007: Incidence, risk assessment, and risk reduction strategies. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2007;11/5: 619–622.
- Leydon G, Boulton M, Moynihan C, et al. Cancer patients' information seeking behaviour: in depth interview study. *British Medical Journal* 2000; 320: 909–913.
- Lobiondo-Wood G, Haber J. Reliability and validity. In: Lobiondo-Wood G, Haber J. *Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Mosby. St. Louis. 2002; 311–330.
- Mahon SM. Tertiary Prevention: Implication for improving the quality of life of long-term survivors of cancer. *Seminars in Oncology Nursing* 2005; 21/4: 260–270.
- McCredie M, Skegg DC, Williams S. Family history and risk of breast cancer in New Zealand. *International Journal of Cancer* 1997; 73: 503–507.
- McPherson K, Steel C, Dixon JM. Breast cancer -Epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal* 2000; 321: 624–628.
- McTiernan A, Kuniyuki A, Yasui Y, et al. Comparisons of two breast cancer risk estimates in women with a family history of breast cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention* 2001; 10: 333–338.
- McTiernan A. Behavioral risk factors in breast cancer: can risk be modified? *The Oncologist* 2003; 8/4: 326–334.
- National Comprehensive Cancer Network. (2007a). NCCN clinical practice guidelines in oncology: Breast cancer risk reduction. Retrieved June 24, 2007, from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast_risk.pdf
- National Comprehensive Cancer Network. (2007b). NCCN clinical practice guidelines in oncology: Breast cancer screening and diagnosis guidelines. Retrieved June 24, 2007, from http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast-screening.pdf
- Öner N. Türkiye'de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı, 3. Basım. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası. İstanbul 1997; 3–39.
- Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi. Genişletilmiş 5. Baskı, Kaan Kitapevi. Eskişehir 2004; 661–673.
- Özgüven İE. Psikolojik testler: güvenilirlik ve geçerlik. Sistem Ofset. Ankara 2000; 83–107.

- Peirce AG. Measurement. İn Talbot LA. Principles and Practice of Nursing Research. Mosby. St Louis. 1995; 265-290.
- Pharoah P, Lipscombe J, Redman K, et al. Family predisposition to breast cancer in a British population. Implication for Prevention European Journal of Cancer 2000; 36: 773–779.
- Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. Fourth Edition, J.B. Lippincott Company. Philadelphia 2001; 597–607.
- Rees CE, Bath PA. Meeting the information needs of daughters of women with early breast cancer: patients and health care professionals as providers. Cancer Nursing 2000a; 23: 71–79.
- Rees CE, Bath PA. The information needs and source preference of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. Journal of Advanced Nursing 2000b; 31: 833–841.
- Savaşır I. Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 9/33: 27-32.
- Sellers TA, King RA, Cerhan JR, et al. Fifty-year follow-up of cancer incidence in a historical cohort of Minnesota breast cancer families. Cancer Epidemiological Biomarkers Prevention 1999; 8: 1051–1057.
- Semiglazov VF, Moiseenko VM, Manikhas AG, et al. Role of breast self examination in early detection of breast cancer: Russia/WHO Prospective Randomize Trial In St.Petersburg. Cancer Strategy 1999;145–51.
- Sheinfeld GS, Albert SM. The meaning of risk to first degree relatives of women with breast cancer. Women Health 2003; 37/3: 97-117.
- Smeltzer SC, Bare BG. Assessment and management of patients with breast disorders; Medical Surgical Nursing, 10th Edition, Lippincott Williams ve Wilkins 2005; 1445–1484
- Stacey D, DeGrasse C, Johnston L. Addressing the support needs of women at high risk for breast cancer: evidence-based care by advanced practice nurses. Oncology Nursing Forum 2002; 29/6: 77–84.
- Stevenson JC, Whitehead MI. Hormone replacement therapy; Findings of women's health initiative trial need not alarm user. British Medical Journal 2002; 325/20: 36–42.
- Şahin N, Psikoloji araştırmalarında ölçek kullanımı. Türk Psikoloji Dergisi 1994;33(Ek):19-26.

- Tavşanal E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi: ölçme ile ilgili temel kavramlar. Atlas Yayınevi. Ankara 2002; 16–61.
- TC. Sağlık Bakanlığı: kadınlarda görülen kanser vakalarının organa göre dağılımı, 2003 (30.11.2007),<http://www.saglik.gov.tr/KSDB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFA C8287D72AD903BE00EA04F0B1B62666>
- TC. Sağlık Bakanlığı: meme kanseri kontrol programı: Kendi Kendine Meme Muayenesi eğitimi 2008 (10.01.2008),
http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/ksdb/meme_kontrol_strateji.doc.
- Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. 2. Baskı. Türk psikologlar derneği yayınları. Ankara 1997.
- Thomas DB, Gao DL, Ray RM, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. Journal of the National Cancer Institute 2002; 94: 1445–1457.
- Trentham-Dietz A, Newcomb PA, Storer BE, et al. Body size and risk of breast cancer. American Journal of Epidemiology 1997;145: 1011–1019.
- Vogel VG. Breast cancer prevention: A review of current evidence. CA. A Cancer Journal for Clinicians 2000; 50: 156–170.
- Vogel WH. The advanced practice nursing role in a high-risk breast cancer clinic. Oncology Nursing Forum 2003; 30/1: 115–122.
- Wellisch DK, Hoffman A, Goldman S, et al. Depression and anxiety symptoms in women at high risk for breast cancer: pilot study of a group intervention. American Journal of Psychiatry 1999; 156: 1644–1645.
- Ziogas A, Gildea M, Cohen P, et al. Cancer risk estimates for family members of a population-based family registry for breast and ovarian cancer. Cancer Epidemiological Biomarkers Prevention 2000; 9: 103–111.

EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

Adınız Soyadınız:.....

Adresiniz:.....

Telefon numaranız:

1. Yaşınız:.....

2. Eğitim Durumunuz:

- a. İlkokul mezunu b. Ortaokul mezunu c. Lise mezunu d. Üniversite ve Üzeri

3. Mesleğiniz:.....

- a. Ev hanımı b. Memur c. İşçi d. Emekli e. Serbest Meslek

4. Gelir Durumunuz:

- a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla

5. Medeni Durumunuz:

- a. Evli b. Bekar

6. Meme kanseri olan kaç tane birinci derece yakınınız (anne, kızkardeş) vardır?

- a. 1 b. 2 c. 3

7. Meme kanseri olan birinci derece yakınınızı işaretleyiniz.

- a. Anne
b. Kız kardeş/kızkardeşler
c. Hem anne hem de kızkardeş/kızkardeşler

Ek-2: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği - Türkçe Formu

Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği (BDGÖ)

Açıklama: Aşağıda yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerini içeren ifadeler verilmiştir. Kadınlar, bazı gereksinimlerini diğer gereksinimlerine göre daha önemli ve bazı gereksinimleri daha önemsiz bulurlar. Sizin bu konuda görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu nedenle lütfen her ifadeyi okuyup gereksiniminizin önemini en iyi şekilde tanımlayan sayıyı işaretleyiniz. Sonra her ifade için gereksiniminizin ne derece karşılandığını belirten uygun sayıyı işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen boş bırakmayınız.

Katılımınız için teşekkür ederim.

F dđđj rññl ññ	F dđđj rññl ññ
« ml h	j`qZñ ml`c~ydxh
3<[ñj Òññl kh	3<S`1`1 dm
2<Ahj`y Òññl kh	2<Ahj`y
1<@y Òññl kh	1<@y
0<Gñj` Òññl khcdçk	0<Gñj`
/<Txf t k`m`alkñcdçk	/<Txf t k`m`alkñcdçk

1. Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
2. Meme kanserinin nedenleri hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
3. Meme kanserinin tedavisi hakkında bilgi (örn; cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavisi, yan etkileri vs.)	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
4. Meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs) hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
5. Meme kanseri için tedavi gören kadınların neler hissedebilecekleri (örn; korku, öfke, depresyon vs) ve hastalığın fiziksel belirtileri hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
6. Meme kanseri olan yakınımın yaşadıkları konusunda ailemle (eş, çocuklar, kardeşler vs.) nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0

7. Kendimin meme kanseri olma riskim hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
8. Kendimin meme kanseri olma riskimi ailemle nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
9. Kızımın meme kanseri olma riski hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
10.Çocuklarımla onların meme kanseri olma riskleri ile ilgili nasıl konuşacağım hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
11. Meme kanseri olma riskimi azaltabilmek için sağlık alışkanlıklarımda yapabileceğim değişiklikler hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
12. Meme kanseri olan yakınımın yaşadığı acıyı (üzüntüyü) azaltmak için neler yapabileceğim hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
13. Meme kanseri olan yakınıma nasıl destek olabileceğim hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
14. Meme kanserine yakalanma riskini yaratan durumlar hakkında bilgi (örn: yüksek yağ içeren diyet, hormon destek tedavisi vs.)	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
15. Kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi verilmesi ve nasıl yapıldığının gösterilmesi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
16. Mammografi taraması (meme filmi) hakkında bilgi (örn; ne sıklıkta yapmalıyım)	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
17. Daha sağlıklı olabilmek için davranışlarımı nasıl değiştirmem gerektiği hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
18. Kendim ve çocuklarım için genetik (ailesel geçişli hastalıklarla ilgili) danışmanlık hakkında bilgi.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
19. Mammografi (meme filmi) randevularımın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
20. Kendi kendine meme muayenemi yapmamın bana hatırlatılması (posta ya da telefon ile).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
21. Konu hakkında bilgisi olan bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak memelerimin muayene edilmesi (örn; doktor, hemşire vs.)	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0

22. Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak yapmam için bana destek olunması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
23. Yakınımın hastalığı ile ilgili endişelerimle baş etmem için bana destek olunması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
24. Kendi kendine meme muayenesini yapmayı öğrenirken konu hakkında bilgili bir sağlık personelinin beni izlemesi ve doğru yapıp yapmadığımı kontrol etmesi	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
25. Meme kanseri olan yakınım ile ilgili endişelerimi konuşabileceğim birinin olması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
26. Bana destek olabilecek bir gruba katılmam	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
27. Meme kanseri olma riskim ile ilgili duygularıyla baş etmemde bana destek olunması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
28. İleride bir gün meme kanseri olursam uygulayabileceğim bir plan yapmamda bana yardımcı olunması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
29. Meme kanseri ile ilgili endişelerimi azaltmak için bana destek olunması.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0

1. Yukarıdaki ifadelerde yer almayan başka bilgi ya da destek gereksinimleri var mı? Varsa lütfen aşağıdaki boş alana yazınız.

Ek-3: Information and Support Needs Questionnaire- İngilizce Formu

Information and Support Needs Questionnaire (ISNQ)

The following are needs for information and support which women who have a family history of breast cancer may have. Women find that some needs are more important to them than other needs, and some needs may not be very important to them at all. We want to know your views. Please indicate how important each need is for you **at the present time** by circling the number that best describes what you feel. Next, for each statement below indicate the degree to which you consider that the need has been met **at the present time** by circling the number.

H onçs` nbd	Mtdc L ds
3<Udçx hl onçs` ns	3<Et kçx
2<Rnl dv g` s hl onçs` ns	2<Rnl dv g` s
1<Rkçf gskçx hl onçs` ns	1<@ kçskçd
0<Mns hl onçs` ns	0<Mns l ds
/ <Mns ` ookçb` akl	/ <Mns ` ookçb` akl

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Information on how to talk with my relative about her experience with breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Information about what causes breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Information about the treatments for breast cancer (e.g. radiation, chemotherapy, side effects etc.). | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Information about the emotional reactions of women who are newly diagnosed with breast cancer.. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Information about the emotional reactions and physical symptoms of women who are undergoing treatment for breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6. Information about how to talk with my family (spouse/partner, children, siblings, etc.) about my relative's experience with breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. Information about my own personal risk for breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 8. Information about how to talk with my family about my risk for breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 9. Information about my daughter's risk for breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

H onq` nbd	Mdc L ds
3<Udq H onq` ns	3<Et kx
2<Rnl dv g`s H onq` ns	2<Rnl dv g`s
1<Rkf gsk H onq` ns	1<@ kskd
0<Mns H onq` ns	0<Mns l ds
/ <Mns `ookb` akd	/ <Mns `ookb` akd

10. Information about how to talk with my children about their possible risks for breast cancer.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
11. Information about changes in my health habits which might lower my risk for breast cancer.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
12. Information about ways I can help to decrease my relative's suffering from breast cancer.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
13. Information about how to support my relative during her experience with breast cancer.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
14. Information about possible risk factors for breast cancer (e.g. high fat diet, hormone replacement therapy, etc.)	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
15. Information and demonstration of breast self examination.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
16. Information about mammography screening (i.e. how often I should be screened).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
17. Information about how to change my behaviour to promote my health.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
18. Information about genetic counseling for myself and my children.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
19. Reminders for mammography appointments (i.e. sent out in the mail or by telephone).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
20. Reminders for breast self examinations (i.e. sent out in the mail or by telephone).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
21. Regular examinations of my breasts by a knowledgeable health professional (i.e. doctor, nurse, etc.).	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0
22. Support to help me carry out breast self examination on a regular basis.	4	3	2	1	0	4	3	2	1	0

H onq` nbd	Mdc L ds
3<Udq` h onq` ns	3<Et kx
2<Rnl dv g` s h onq` ns	2<Rnl dv g` s
1<Rkf gskx h onq` ns	1<@ ksskd
0<Mns h onq` ns	0<Mns l ds
/ <Mns `ookb` akd	/ <Mns `ookb` akd

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23. Support to help me deal with my worries about my relative's illness. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 24. Have a knowledgeable health professional watch me do breast self examination and check that I am doing it properly. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 25. Have someone to talk to about my worries about my relative with breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 26. Have a group to attend for support. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 27. Support to help me "come to terms" with my feelings of risk for breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 28. Support to help develop a "plan" if I should get breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 29. Support to help me decrease my worries about getting breast cancer. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

1. Are there any other needs for **information** or **support** that have not been included in the above statements? If so, please describe them below.

EK-4: Bilgi ve Destek Gereksinimleri Ölçeği'nin (ISNQ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması için ölçeği geliştiren Chalmers ve arkadaşlarından e-posta yolu ile alınan izin belgesi

From: Karen Chalmers

To: Özgül Karayurt

Sent: Wednesday, November 08, 2006 8:04 PM

Subject: Re: I have a request

Dear Dr. Karayurt:

You have my permission to use the Information and Support Needs questionnaire (attached) and adapt it for your own research as needed. I have also included the reliability coefficients which were not published in the article in the Journal of Advanced Nursing.

I wish you every success with your research,

Best wishes,

Dr. Karen Chalmers

ISNQ: Internal Consistency Reliability

Cronbach's coefficient alpha was used to assess the scales for internal consistency reliability. The alphas on the scales at Times 1 and 2 ranged from .87 to .93 well above the minimum of .70 recommended by Nunnally (1978) for new scales.

The item-to-total correlations were also examined to assess for redundancy and low item-to-total correlations. Acceptable item-to-total correlation had been pre-set between .40 and .70 (Nunnally, 1978). On the Importance Scale, 22 items (76%) met the criterion between .40 and less than .70 suggesting that they contributed to the construct under study. All of the other 7 items approached the minimum standard correlation above .33. There were no items scoring .70 or above suggestive of redundancy. The findings suggest that all items contributed appropriately to the Importance scale.

ISNQ: Stability Over Time

Of the 261 subjects who completed the *Information and Needs Met Scales Questionnaire* at Time 1, 241 (92%) completed the measures at the second time period. The length of time between completing the two measures was a minimum of two weeks. The exact time frame is likely inaccurate as not all women included the dates they completed the mailed questionnaire). Test-retest reliability using Pearson's correlation coefficient for the Importance Scale was .79 ($p < .001$) and the Needs Met Scale .73 ($p < .001$) (N=239). Using Spearman's correlation coefficient, the test-retest reliability for the Importance Scale was .80 ($p < .001$), for the Needs Met Scale .74 ($p < .001$) ($p < .001$) (N=239). These values are all above the preset criterion of .70 for acceptability for new scales (Nunnally, 1978) indicating that the scale was able to elicit similar responses to items at Times 1 and 2.

Reliability Coefficients for Scales

Scales	Cronbach's Coefficient Alphas	
	Time 1	Time 2
<i>Importance of Information and Support Needs Scale</i> (29 items)	.92 (N=261)	.93 (N=241)
<i>Needs Met Scale</i> (29 items)	.92 (N=261)	.93 (N= 239)

Content validity

The questionnaire items were developed from in-depth, qualitative interviews of women with primary relatives with breast cancer (Chalmers & Thomson, 1996; Chalmers, Thomson & Degner, 1996). This provides some confidence as to the content validity of the new measure. As well, no additional needs were suggested by women in response to open ended prompting during data collection (Chalmers et al, 2003).

References

Chalmers, K. I., Marles, S., Tataryn, D., Scott-Findlay, S. & Seras, K. (2003). Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. European Journal of Cancer Care, 12, 81-9

Chalmers, K., Thomson, K. & Degner, L. (1996). Information, support and communication needs in women with a family history of breast cancer. Cancer Nursing, 19(3), 204-213.

Chalmers, K. I. & Thomson, K. (1996). Coming to terms with the risk of breast cancer: Perceptions of women with primary relatives with breast cancer. Qualitative Health Research, 6(2), 256-281.

EK- 7. GÖRÜŞLERİNE BAŞVURULAN UZMANLAR**

Kapsam Geçerliği İçin;

Prof.. Dr. Dinçer Fırat	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Anabilim Dalı, Tıbbi Onkolog
Prof. Dr. Sebahat Gözüm	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Nurgül Platin	Emekli ğretim yesi
Prof. Dr. Gülşen Terakye	Emekli ğretim yesi
Prof. Dr. Besti stn	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Binnaz Demirkan	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Anabilim Dalı, Tıbbi Onkolog
Yard. Doç. Dr. Aklime Dicle*	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard. Doç. Dr. Ayla Akkas Gürsoy	Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard. Doç. Dr. Ayla Yavuz Karamanoğlu	Pamukkale Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard. Doç. Dr. Sultan Kav	Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı

* Tez izleme Jürisi

** İsimler alfabetik sıraya göre yazılmıştır.



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

Sayı: B.30.2.3721.0.82.00.00/183

Tarih: 21.02.2007

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan)
Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan Yard.)
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(Üye)
Doç.Dr.Besül ÜSTÜN(Üye)

Etik Kurul Sekreteri

Yardı.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE**

Etik Kurulumuzun 21 Şubat 2007 tarih ve 21/04/07 sayılı toplantısında, 81 kayıt numarası evrak ile başvuru: Yard.Doç.Dr.Özgül KARAYURT'un danışmanlığım yürüttüğü Yüksek Lisans Öğrencisi Sedat ZORLUKOŞ'un "Birinci Derece Yakıtında Meme Kanseri Olan Kadınlar İçin Bilgi ve Destek Gereksinimi Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması" konulu tez çalışmasının uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.

Oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Etik Kurul Başkanı



T.C.
DENİZLİ VALİLİĞİ
İç Sağlık Müdürlüğü

SAVİ : B1041SM4200009-(605-01)-6516
KONU : Anket/Araştırma Çalışması

2.0.163/2007

İlgil: Dokuz Eylül Ü. Sağ. Bil. Enst. Müd.nüs, 07.03.2007 tarih ve 690 sayılı yazısı,

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Arabolun Dış Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Sedefnar ZORUKOŞ tarafından, "Birinci Derece Yaktalarında Meme Kanseri Olan kadınlara İyileşim Bilgi ve destek gereksinimleri Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması" konulu tez çalışmasına temel teşkil edecek üzere 20.03.2007 - 30.05.2007 tarihleri arasında, Denizli Devlet Hastanesinde bir anket/araştırma çalışması yapılacaktır.

Anket/Araştırma çalışması yapacak olan kişi, Müdürlüğünüz tarafından kondisyon verilmiş olan Araştırma İzin Belgesi ile belirtilen tarihlerde Denizli Devlet Hastanesi'ne gelmesi takdirinde (kurum personeline ek iş yüklemeksizin) yardımcı olacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gerçeğini rica ederim.


Mehmet ÇAPRAZ
Vali e.
Vali Yardımcısı

DAĞITIM :

GEREKİ :

-Denizli Devlet Hastanesi Başkütüphanesine

BİLGİ :

-Dokuz Eylül Ü. Sağ. Bil. Enst. Müd.nüs

2.0.163/2007 Tıb. Tek. : R. SEVİK
2.0.163/2007 Eğil. Şb. Md. : M. GÜNDOĞDU
2.0.163/2007 Sağ. Mcd. Yrd. : Dr. R. BAĞCI
2.0.163/2007 Sağ. Mhd. : Dr. R. TAŞ