

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

AYGÜL KISSAL

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR – 2012

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

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

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

AYGÜL KISSAL

Danışman Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Ayşe BEŞER

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 2008267
sayı ile desteklenmiştir

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc/ PhD-2007970174

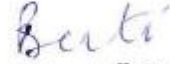
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora programı öğrencisi Aygül KISSAL “Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yaşlı Kadınlarda Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi” konulu Doktora tezini 18.12.2012 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Doç. Dr. Ayşe BEŞER



Prof. Dr. Zuhar BAHAR



Prof. Dr. Besti ÜSTÜN



Prof. Dr. Ayla BAYIK



Yrd. Doç. Dr. Sevgi KIZILCI

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca; her konuda bilgi ve deneyimleri ile desteğini ve yardımı esirgemeyen, beni sabırla ve anlayıőla yönlendiren ve özveride bulunan, bizlere titiz çalışma tarzını aőılayan ve tecrübesi ile ışık tutan, profesyonel kiőiliđini örnek aldığım değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Zuhal BAHAR'a ve danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ayşe BEŞER'e, halk sağlığı hemşireliği anabilimdalı öğretim elemanlarına, verilerimi toplamam için gerekli desteği sağlayan Balçova Belediyesi Başkanlığı ve semt evi sorumlularına teőekkürlerimi sunuyorum. Her an varlığı ile bana büyük destek ve güç veren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim aileme ve arkadaőlarıma teşekkür ederim.

Bu çalışmada bana evlerini aan ve benimle özel paylaőımlarda bulunan tüm katılımcılara bir kez daha teşekkür ediyorum. Bu çalışmanın sonuçlarının gelecekte yaőamımıza yarar getirmesini umut ediyorum.

AYGÜL KISSAL

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

İÇİNDEKİLER	i
TABLO DİZİNİ	vii
ŞEKİL DİZİNİ	ix
KISALTMA DİZİNİ	x
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı	11
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	11
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	13
2.1.1. Yaşlı Kadınlarda Meme Kanseri Epidemiyolojisi	13
2.2. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi.....	14
2.2.1. Yaşlı Kadınlarda Serviks Kanseri Epidemiyolojisi	14
2.3. Meme ve Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	15
2.3.1. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	15
2.3.2. Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	19
2.4. Meme ve Serviks Kanseri Belirtileri	21
2.5. Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı/Tarama Yöntemleri.....	23
2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	24
2.5.2. Klinik Meme Muayenesi	27
2.5.3. Mammografi	28
2.5.4. Pap Smear Test	29
2.6. Sağlık Davranış Modelleri ve Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı/Tarama Davranışları.....	30
2.6.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM).....	32
2.6.1.1. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri	33
2.6.1.2. Meme ve Serviks Kanseri Tarama Davranışları ve Sağlık İnanç Modeli.....	35
2.6.2. Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)	45
2.6.2.1. Sağlığı Geliştirme Modelinin Bileşenleri.....	45

2.6.2.2. Meme ve Serviks Kanseri Tarama Davranışları ve Sağlığı Geliştirme Modeli...47	
2.7. Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Kadınlarda Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı/Tarama Davranışlarını Artırmadaki Rolü49	

Araştırmanın Birinci Bölümü (Kalitatif Bölüm)

3. Yaşlı Kadınların “Meme Kanseri Erken Tanı Davranışına” İlişkin Bilgi, Engel ve Kolaylaştırıcıları Nedir?53	
3.1. Gereç ve Yöntem.....53	
3.1.1. Araştırmanın Tipi.....53	
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....53	
3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme54	
3.1.4. Verilerin Toplanması54	
3.2. Araştırmanın Etiği55	
3.3. Verilerin Analizi ve Geçerlilik.....56	
3.4. Odak Grup Katılımcılarının Özellikleri.....56	
3.5. Bulgular57	
3.5.1. A. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Katılım Engelleri.....58	
1. Bireysel Faktörler58	
2. Kültürel Faktörler62	
3. Sağlık Hizmeti Sunumu62	
3.5.2. B. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Katılım Kolaylaştırıcıları63	
1. Bireysel Faktörler63	
2. Kültürel Faktörler64	
3. Sağlık Hizmeti Sunumu65	
3.6. Tartışma65	
1. Bireysel Faktörler65	
2. Kültürel Faktörler67	
3. Sağlık Hizmeti Sunumu68	

3.7. Katılımcıların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Katılım Kolaylaştırıcıları İlgili Önerileri	69
3.8. Sonuç ve Öneriler	70
4. Yaşlı Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışında Engel ve Kolaylaştırıcı Algıları: Kalitatif Bir Çalışma	71
4.1. Gereç ve Yöntem.....	71
4.1.1. Araştırmanın Tipi.....	71
4.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	71
4.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	72
4.1.4. Verilerin Toplanması	72
4.2. Araştırmanın Etiği	73
4.3. Verilerin Analizi ve Geçerlilik.....	73
4.4. Bulgular	74
4.4.1. Serviks Kanserinde Algılanan Duyarlılık	75
4.4.2. Serviks Kanserinde Algılanan Ciddiyet	76
4.4.3. Serviks Kanserinde Algılanan Engeller	76
4.4.4. Sağlık Motivasyonu	79
4.4.5. Serviks Kanserinde Algılanan Kolaylaştırıcılar	79
4.5. Tartışma	80
4.6. Sonuç ve Öneriler	83
5. Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışında Engel ve Kolaylaştırıcı Algıları: Kalitatif Çalışma Bulgularının Karşılaştırılması.....	85

Araştırmanın İkinci Bölümü (Kantitatif Bölüm)

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	88
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	88
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	88

3.4. Örneklemden Çıkarma Kriterleri	89
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	89
3.5.1. Bağımlı Değişkenleri	89
3.5.2. Bağımsız Değişkenleri	90
3.6. Veri Toplama Araçları	92
3.6.1. Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu	92
3.6.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT).....	92
3.6.2.1. Eğitimsizler için Mini Mental Test (SMMT-E)	92
3.6.3. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (ADL)	93
3.6.4. Önceki Davranışlarla İlişkili Bilgi Formu	93
3.6.5. Tarama Davranışları İzlem Formu	93
3.6.6. Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi	93
3.6.7. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	94
3.6.8. Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği (SKETTÖ).....	96
3.6.9. Öz-Etkililik Ölçeği.....	96
3.6.10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu.....	97
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	98
3.8. Araştırmacının Deneyimleri ve Araştırmanın Aşamaları.....	99
3.8.1. I. AŞAMA: Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı/Tarama Davranışları Engellerini Belirleme	99
3.8.2. II. AŞAMA: Eğitim Hedef ve Davranışları ile Eğitim İçeriği ve Broşürlerin Hazırlanması	100
3.8.3. III. AŞAMA: Örneklem Ulaşma ve Uygulama Ortamına İlişkin Ön Hazırlık.....	102
3.8.4. IV. AŞAMA: Eğitimlerin Yürütülmesi	103
3.8.5. V. AŞAMA: Hatırlatmanın Yapılması, Son Testlerin Uygulanması, İzlem.....	108
3.8.6. Araştırmacının Deneyimleri.....	109
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	111
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	112
3.11. Etik Konular	112
3.12. Araştırma Bütçesi	112

4. BULGULAR

4.1. Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları	113
4.2. Yaşlı Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları.....	117
4.3. Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları	119
4.4. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Öz-etkililik Algıları.....	120
4.5. Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları.....	121

5. TARTIŞMA

5.1. Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları	122
5.1.1. Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yaşlı Kadınlarda KKMM Erken Tanı Davranışına Etkisi	122
5.1.2. Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yaşlı Kadınlarda KMM Erken Tanı Davranışına Etkisi.....	125
5.1.3. Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yaşlı Kadınlarda Mamografi Erken Tanı Davranışına Etkisi	126
5.1.4. Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yaşlı Kadınlarda Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışına Etkisi	128
5.2. Yaşlı Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına İlişkin Algıları	130
5.3. Yaşlı Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına İlişkin Algıları	136
5.4. Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Öz-etkililik Algıları.....	138
5.5. Yaşlı Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları.....	139

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar	141
6.2. Öneriler	141
6.3. Araştırmacılara Öneriler	142

7. KAYNAKLAR.....144

8. EKLER165

EK 1. Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu

EK 2. Eğitilmişler İçin Standardize Mini Mental Test

EK 3. Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test

- EK 4.** Eğitlimliler İçin Standardize Mini Mental Test Uygulama Klavuzu
- EK 5.** Eğitimsizler İçin Standardize Mini Mental Test Uygulama Klavuzu
- EK 6.** Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (ADL)
- EK 7.** nceki Davranışlarla İlişkili Bilgi Formu
- EK 8.** Tarama Davranışları İzlem Formu
- EK 9.** Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi
- EK 10.** Sağlık İnanç Modeli leği
- EK 11.** Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum leği
- EK 12.** z-Etkililik leği
- EK 13.** SağlıklıYaşam Biçimi Davranışları leği II/Sağlık Sorumluluğu
- EK 14.** Meme Kanseri Tarama Davranışı Görüşme Formu
- EK 15.** Serviks Kanseri Tarama Davranışı Görüşme Formu
- EK 16.** Bilgilendirilmiş Olur Formu
- EK 17.** SİM ve SGM Kullanılarak Yapılan Meme ve Serviks Kanseri Eğitimi/Sunum
- EK 18.** Meme kanseri Broşür
- EK 19.** Serviks Kanseri Broşür
- EK 20.** Etik Kurul ve İzin Belgeleri
- EK 21.** Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi'nin çalışmada Kullanım İzni
- EK 22.** Tezin SCI Kapsamında Yayına Kabul Edilen Makalesi
- EK 23.** Tezden Yapılan Diğer Yayınlar
- EK 24.** zgemiş

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Kadınlarda Meme Kanseri Riskini Arttıran Faktörler	15
Tablo 2: Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları.....	22
Tablo 3: Yaşlı Kadınların Meme Kanseri Tarama Davranışları ilgili SİM Kullanan Girişimsel Çalışmaların Özeti	41
Tablo 4: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	57
Tablo 5: Yaşlı Bireylerin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışına Katılımı ile ilgili Engelleri ve Kolaylaştırıcıları	58
Tablo 6: Yaşlı Birey Özellikleri	74
Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı... 89	
Tablo 8: Champion Sağlık İnanç Modeli ve Pender Sağlığı Geliştirme Modelinin Kavramlarına Yönelik Çalışma Değişkenleri, Ölçüm Araçları ve Müdahaleler	91
Tablo 9: SİMÖ' nin Her Bir Boyutunda Yer Alan Madde Sayısı, Alınabilecek Min-Max Puanlar ve Cronbach Alfa Katsayıları	96
Tablo 10: Eğitim Hedefleri ve Davranışları.....	100
Tablo 11: Sağlığı Geliştirme Modellerinin Bileşenlerine Yönelik Meme ve Serviks Kanseri Eğitim Programındaki Mesajlar	104
Tablo 12: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi Meme ve Serviks Kanseri Tarama Davranışları Özellikleri Göre Karşılaştırılması.....	113
Tablo 13: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Meme ve Serviks Kanseri Tarama Davranışları Dağılımı	114
Tablo 14: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede KKMM Kontrol Listesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	115
Tablo 15: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede KMM Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması.....	115
Tablo 16: Deney ve Kontrol Grubunda Hemşirelik Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Kadınların Önceki Mamografi Yaptırma Davranış Dağılımı Karşılaştırması	116

Tablo 17: Deney Grubunda Hemşirelik Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Kadınların Önceki Pap Smear Yaptırma Davranış Dağılımı Karşılaştırması	116
Tablo 18: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	117
Tablo 19: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Serviks Kanseri Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	119
Tablo 20: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Öz-etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	120
Tablo 21: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	121

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kansere Türünün İnsidansı.....	14
Şekil 2: Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri.....	35
Şekil 3: Pender (1996) Revize Edilmiş Sağlık Geliştirme Modeli.....	47
Şekil 4: SİM ve SGM'nin Meme ve Serviks Kansere Uyarlaması.....	49
Şekil 5: SİM ve SGM'ne Göre Yaşlı Kadınların Serviks Kansere Erken Tanı Davranışında Engel ve Kolaylaştırıcı Algıları.....	75
Şekil 6: Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlere Göre Araştırmanın Uygulama Şeması.....	90
Şekil 7: Araştırma Planı ve Takvimi.....	98

KISALTMALAR DİZİNİ

WHO/DSÖ	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
IARCH	International Agency for Research on Cancer
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışma
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
SİM	Sağlık İnanç Modeli
SGM	Sağlığı Geliştirme Modeli
ACS:	American Cancer Society - Amerikan Kanser Birliği
HPV	Human Papilloma Virüs
HIV:	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
AIDS:	Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
NCI:	National Cancer Institute - Ulusal Kanser Enstitüsü
USPSTF	The U.S. Preventive Services Task Force-Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Ekibi
SB	Sağlık Bakanlığı
SKETTÖ	Serviks Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği

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

Aygül KISSAL

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İnciraltı/İzmir

ÖZET

Amaç: Bu çalışma 60-75 yaş arasındaki kadınların meme ve serviks kanserini erken dönemde tanılamaya yönelik davranışa geçmelerinde engelleyici faktörleri belirlemek, meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına katılımı artırmak (Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Klinik Meme Muayenesi (KMM), Mamografi ve Pap Smear Test), Sağlığı koruma ve geliştirme davranışları üzerinde hemşirelik girişimlerinin etkinliğini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşama, yaşlı kadınların erken tanı davranışlarında engelleri belirlemek için kalitatif olarak yürütülmüştür. Meme kanseri erken tanı davranışları için 46 kadın, serviks kanseri için 21 kadın ile görüşülmüştür. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmış ve içerik analizi ile analizi yapılmıştır. İkinci aşamayı kantitatif bölüm oluşturmuştur. Deneysel tipteki çalışmada 50 deney ve 50 kontrol grubu kadın örnekleme yer almıştır. Verilerin toplanmasında; Sosyo-demografik özellikler bilgi formu, Standardize Mini Mental Test, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, önceki davranışlarla ilgili bilgi formu, tarama davranışları izlem formu, Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ), Öz-Etkililik Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu alt boyutu kullanılmıştır.

Bulgular: Elde edilen bulgular sonucunda yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri ve erken tanı davranışlarını engelleyen faktörlerden *meme kanseri için*, “bilgi yetersizliği, korku, ihmal/erteleme, utanma/dini inanç ve randevu alamama, doktor önerisinin olmaması ve sağlık personelinin yaklaşımı” *serviks kanseri için* “bilgisizlik, utanma/mahremiyet, önceki sağlık hizmeti deneyimi, korku, yaşlı olma, sağlık personelinin önerisinin olmaması” bulunmuştur. Bu çalışmada yaşlı kadınların KKMM yapma beceri puanlarının arttığı, sağlık algılarının geliştiği, KMMM yapma, mamografi, Pap smear test yaptıрма oranlarını arttığı ancak KMM yaptırmada girişimlerin etkili olmadığı saptanmıştır.

Sonuç: Bu araştırmanın sonuçları SİM ve SGM'ne dayalı grup sağlık eğitimi, broşür, film gösterisi, meme maketi ve telefonla hatırlatma kullanılarak uygulanan hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında olumlu değişimler yaptığını göstermektedir. Meme ve serviks kanseri taramalarına katılımı artırmada ulusal ve bölgesel düzeyde birinci, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hemşireler tarafından Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı meme ve serviks kanseri eğitimi yapılması, farklı yaş ve kültür özelliklerine sahip yaşlı bireyler üzerinde etkilerini değerlendirmek için benzer çalışmaların yapılması yararlı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli, Yaşlılık, Meme ve Serviks Kanseri, Hemşirelik.

**EFFECTS OF NURSING INTERVENTIONS PLANNED WITH THE HEALTH
PROMOTION MODELS ON THE BREAST AND CERVICAL CANCER EARLY
DETECTION BEHAVIORS IN THE OLDER WOMEN**

Aygül KISSAL

Dokuz Eylul University Faculty of Nursing

Dokuz Eylul University Faculty of Nursing, Balçova-İnciraltı- İzmir

ABSTRACT

Objective: This study was conducted in an attempt to determine the preventing factors for women aged 60-75 regarding the behaviour aimed at early diagnosis of breast and cervix cancer, increase the participation in behaviours of early diagnosis of breast and cervix cancer (Breast Self Examination (BSE), Clinical Breast Examination (CBE), mammography and Pap smear test) and determine the efficiency of nursing interventions over the behaviours of protecting and developing the health.

Method: The study was implemented in two phases. The first phase was conducted qualitatively in order to determine the obstacles in early diagnosis behaviours of elderly women. Regarding the early diagnosis behaviours, 46 women were interviewed for the breast cancer and 21 women were interviewed for the cervix cancer. The data were collected with the semi-structured interview form and analysed with the content analysis. The second phase was consisted of the quantitative section. In this experimental study, 50 women from the experimental group and 50 women from the control group were involved in the sample. Information form of socio-demographic features, Standardized Mini Mental State Test, Katz Index Activities of Daily Living, information form regarding the previous behaviours, screening behaviours monitoring form, Self Breast Examination Control List, Scale of Health Belief Model (HBMS), Self-Efficacy Scale, the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II-Health Responsibility Subscale were used for the collection of the data.

Findings: As a result of the obtained findings, regarding breast and cervix cancer and the factors preventing early diagnosis behaviour of elderly women, it was found that “lack of information, anxiety, neglect/delay, shame/religious belief and being unable to get an appointment, lack of doctor’s advice and approach of healthcare personnel” were effective upon the *breast cancer* and “ignorance, shame/privacy, experience of the previous healthcare service, anxiety, old age and lack of healthcare personnel’s advice” were effective upon the *cervix cancer*. In this study, it was determined that aged women increasingly perform

sufficient and effective Breast Self Examination, mammography, Pap smear test, their health perceptions develop; however, their intervention of performing Clinical Breast Examination is not effective.

Conclusion: The results of this study show that the nursing interventions, which are performed by using the group health education based on Health Belief Model and the Health Promotion Model, as well as the brochure, film display, breast model and telephone reminder, cause positive changes on early diagnosis behaviours of breast and cervix cancer in of elderly women. It would be profitable for nurses who work in the first, second and third grades to perform the training of breast and cervix cancer nationally and regionally based on Health Belief Model and Health Development Model, and perform similar studies to assess their effects on old individuals with different age and cultural features in order to increase the participation in breast and cervix cancer screening.

Key Words: Health Belief Model, Health Promotion Model, Elderly, Breast and Cervical Cancer, Nursing.

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya’da ve ülkemizde yaşlı kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir ve onu serviks kanseri takip etmektedir. Kadınlarda meme kanseri ve serviks kanseri diğer kanserlere göre yeni vaka sayısı olarak en yaygın ve en ölümcül kanser türleridir (Boyle ve Levin, 2008; GLOBOCAN, 2008). Yaşla birlikte görülme sıklığı artan meme kanseri ile (Coughlin ve ark., 2007; Koren ve Hertz, 2007; Zhu ve ark., 2002) 65 yaş ve üzeri kadınların yaklaşık yarısı karşılaşmakta ve ölümlerin neredeyse 2/3’ü 65 yaş ve üzerindeki %13’lük kadın nüfusunda görülmektedir (Mandelblatt ve Yabroff, 2000). Türkiye’de meme kanseri insidansı 2006 yılında 100.000’de 37.6 iken 2008 yılında bu oran 41.6’ya yükselmiş ve 60-74 yaş grubu kadınlarda sıklığı yüksek olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Meme kanserinin doğu bölgelerimizde yüz binde 20, batı bölgelerimizde ise yüz binde 40-50 oranında olduğu tahmin edilmektedir (Özmen, 2008).

Dünya’da kadınlarda görülen kanserlerin %12’sini ise serviks kanseri oluşturmaktadır. 2000 yılında yeni serviks kanseri vakalarının 471.000 olduğu ve serviks kanseri nedeniyle kadınlarda ölüm oranının 288.000 olduğu belirtilmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık %80’i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (World Health Organization, [WHO], 2002). Ho ve Yoong (1996) çalışmalarında 60 yaş ve üzeri kadınlarda anormal Pap (Papanicolaou) test sonucu %1.65 olarak saptanmış ve anormal Pap test sonucu daha önce hiç taranmayan kadınlarda daha önce bir kez taranana göre iki kat fazla çıkmıştır. Türkiye’de yaşla birlikte görülme sıklığı artan serviks kanseri dokuzuncu sırada olup, 2008 yılı verilerine göre yüz binde 4.4 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Kadın kanserleri içinde meme ve serviks kanseri dünyada birlikte tartışılan bir konu olup Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yapılandırılmış olan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde mamografi, Pap smear testi, kolonoskopi olmak üzere tarama çalışmaları yapılmaktadır (KETEM, 2011).

Çalışmalar, özellikle 60 yaş üzeri olan bireylerin bu yaşın altındaki bireylere göre meme ve serviks kanseri morbidite ve mortalitesi açısından daha riskli olduklarını vurgulamaktadır (Walter, Lindquist ve Covinsky, 2004; Vazquez ve ark., 2002; Wong ve ark., 2005). Meme ve serviks kanserinde morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yöntemi erken tanıdır. Erken tanıda önemli yeri olan taramalarla yaşlı bireylerde meme ve serviks kanserinin azaltılabileceği ile ilgili görüş birliği olmasına karşın meme kanseri (Coughlin ve ark., 2007;

Koren ve Hertz, 2007; Mandelblatt ve Yabroff, 2000; Walter, Lewis ve Barton, 2005) ve serviks kanseri (Curbow ve ark., 2004; Hilton ve ark., 2003; Mandelblatt ve Yabroff, 2000) yönünden hayatta kalma ve taramalar açısından yaşlı bireyler çok az çalışılmıştır. Altmış yaş ve üzeri kadınların %40-45'inde meme kanseri görülebilmeye rağmen, yaşın artmasıyla birlikte kadınların hem meme kanseri tarama hızları düşmekte (ICC, 2004; Koren ve Hertz, 2007; Zhu ve ark., 2002) hem de meme kanseri farkındalıkları azalmaktadır (Edwards ve Jones, 2000; Coughlin ve ark., 2007; Zhu ve ark., 2002). Bununla birlikte "Sağlıklı İnsanlar 2010" 40 yaş ve üzeri tüm kadınların %70'inin son iki yıl içinde mamografi yaptırmış olması hedeflemiştir (US Dept of Health and Human Services, 2000). Taramalarla ilgili yapılan sekiz Randomize Kontrollü Çalışmanın (RKÇ) yalnızca ikisinde 70 yaş ve üzeri kişiler yer almıştır. Elli-Altmış dokuz yaş grubu kadının yer aldığı bütün RKÇ'larda mamografinin koruyucu etkisi gösterilmiştir (Kerlikowske ve ark., 1995; Walter ve ark., 2005). Kanser taramasının en önemli yararı erken dönemde kanseri belirlemek ve yaşam süresini artırmaktır (Wu ve ark., 2001). Yapılan bir review çalışması meme kanseri taramalarının ömrü uzattığı, mortalitede %20'ye varan azalma sağlandığını, üç yılda bir 50-70 yaş grubu kadının taramalar katılması ile yılda yaklaşık 1300 kadının meme kanseri ölümünün engellenebileceği bildirmektedir (IBRS, 2012). Cochrane review çalışması (2011) 50-75 yaş arasındaki kadınlarda mamografi taraması ile meme kanserinden ölümlerin %15 azaltılabileceği bildirilmektedir (Gøtzsche ve Nielsen, 2011). Mamografi ile tarama maliyet etkinliği Hindistan'da yıllık 902-1946 dolar, 2450- 14794 dolar, Amerika'da 28.600-47.900 dolar olarak raporlanmıştır. KMM ise meme kanserini mamografiden %34 daha az belirlemektedir. Hindistan'da KMM'sinin yıllık 522 dolar maliyet etkinliği sağladığı rapor edilmektedir (Sarvazyan ve ark., 2008). Meme kanserli hastalarda tüm evrelere göre beş yıllık sağkalım oranları, gelişmiş ülkelerde %73 iken, gelişmekte olan ülkelere %53 olarak bildirilmektedir. Aradaki bu önemli fark, gelişmiş olan ülkelere tarama mamografisi sayesinde erken tanı ve daha iyi tedavi olanakları ile açıklanmaktadır (Özmen, 2006). Meme kanseri taramalarının içinde KKMM ve Klinik Meme Muayenesi (KMM) de yer almaktadır. Ancak mamografi yaptırmadan bu testler ile meme kanseri mortalitesinin azaltılabileceğine yönelik Randomize Kontrollü Çalışmalara (RKÇ) rastlanmamıştır (Walter ve ark., 2005; Seçginli, 2011).

Meme kanserinde olduğu gibi serviks kanserinin de etkili bir tarama ile premalign aşamada yakalanması insidans ve mortalitesinin düşürülmesi açısından oldukça önemlidir. Pap smear testi, servikste kanser başlangıcı olabilecek herhangi bir hücresel değişikliği

belirleyebilen ve maliyet açısından etkin nadir tarama yöntemlerinden birisidir (Ackerson ve Gretebeck, 2007). Serviks kanseri için en büyük risk, hiç Pap smear test yaptırmamaktır (Ackerson ve Gretebeck, 2007; Kuo ve Goldberg, 2003). Pap smear test yaptırmama oranlarının, gelişmiş ülkelerde yoksul, azınlık gruplar ve yaşlılarda daha düşük olduğu bildirilmektedir (Mandelblatt ve Yabroff, 2000; Mandelblatt ve ark., 1999; Van Til ve ark., 2003). ABD'de 18-44 yaş arası kadınların %89'u, 65 yaş ve üzerinde ise %74'ü Pap testi yaptırdığı saptanmıştır (Smith, Cokkinides ve Eyre, 2003). "Sağlıklı insanlar 2010" raporu tüm kadınların Pap test ile taranma oranını %97'ye çıkarılması hedeflemiştir (US Dept of Health and Human Services, 2000). Gelişmiş ülkelerde de Pap smear testi taramasının başlamasıyla yaşlı kadınlarda serviks kanseri oranları düşük olarak bildirilmektedir (GLOBACON, 2008).

Literatürde yaşlı kadınların meme ve serviks kanser taramalarına katılımının az olmasındaki nedenler yapısal, sosyo-kültürel, psikolojik ve kurumsal engeller başlıkları altında incelenmiştir. Meme kanseri erken tanı uygulamalarına katılım engelleri arasında erken tanı uygulamaları hakkında bilgi eksikliği, sağlık güvencesinin olmaması, ulaşım olanaklarının yetersizliği, aile/arkadaş ve eş desteğinin olmaması (Garbers ve ark., 2003; Nahcivan ve Secginli, 2007; Vazquez ve ark., 2002), kadınların korkuları (memesini kaybetme, ölüm, beden imajında değişiklik vb) ihmal, utanma, eğitimsizlik ve parasal sorunlar yer almaktadır (Taplin ve ark., 2000; Young ve Severson, 2005). Yaşlı bireylerin genellikle meme kanserinde riskli olduklarının farkında olmadıkları, semptomların olmadığı durumlarda mamografi yaptırmadıkları belirtilmekte, gençlere göre meme kanseriyle ilişkili yanlış bilgi ve inançlara sahip oldukları, bu nedenle de daha riskli oldukları vurgulanmaktadır (Wood ve ark., 2002; Young ve Severson, 2005). Linsell, Burgess ve Ramirez (2008) 67-73 yaş grubu kadınların meme kanseri farkındalığı, semptom bilgisi, memedeki değişimi bulma ile ilgili kendine güveni belirlemek için yaptığı kesitsel tanımlayıcı çalışmasında katılımcıların %85'i meme kanserinde kitle belirtisini bildiği, kitle olmadan semptom ve risk bilgilerinin sınırlı olduğu, yaşın bir risk faktörü olduğundan haberdar olmadığı (%75) belirlenmiştir. Kadınların %31'inin memedeki değişimi belirleme ile ilgili kendine güveni düşük ve %19'unun memelerini nadiren ya da hiç muayene etmediği saptanmıştır. Eğitim seviyesi düşük olan kadınlar eğitim düzeyi yüksek olanlara göre meme kanseri belirtileri hakkında bilgileri ve risk farkındalığı daha az olmasına rağmen memelerini daha fazla muayene etmişlerdir (Linsell ve ark., 2008). Ayrıca dini inanç ve kaderci tutumların meme

kanseri erken tanı davranışına katılımda önemli olduğunu bildirmektedir (Borrayo, Buki ve Feigal, 2005; Swinney ve Dobal, 2011; Zollinger ve ark., 2010).

Türkiye’de yaşlı kadınlar üzerine meme kanseri engellerini belirlemeye yönelik Kissal ve Beser (2011) 60- 75 yaş arasındaki kadınlarda yaptıkları çalışmalarında, bilgi yetersizliği, korku, ihmal/erteleme, utanma/dini inanç ve randevu alamama, doktor önerisinin olmaması ve sağlık personelinin yaklaşımı meme kanseri taramalarına katılım engelleri olarak belirlenmiştir. Ersin ve Bahar (2011) 40 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmasında ise kadınların meme kanseri erken tanı davranışları hakkında bilgisinin olmaması, sağlık güvencesinin ve ulaşım olanaklarının yetersizliği, maddi sıkıntılar, randevu alamama, utanma, duyarlılığın olmaması-ihmal, unutmama, sağlık bakım sisteminin zor anlaşılması, korku meme kanseri taramalarına katılım engelleri olarak bildirilmiştir. Çelik, Malak, Öztürk ve Yılmaz (2009)’un menopoz sonrası dönemdeki kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında, kadınların %48,9’unun KKMM bilmediği, bilenlerin %20’sinin uyguladığı, %24,4’ünün bu bilgiyi arkadaşlarından, %37,7’sinin ebe/ hemşireden öğrendiğini, %71,1’inin mamografiyi hiç çekmediği, %20’sinin ise sağlık personeli önerisi ile hayatlarında bir kez çektiği, mamografi çektiğini %26,7’sinin bilmediği saptanmıştır.

Literatürde meme kanseri taramalarına katılım engelleri kadar serviks kanseri taramalarına katılımını engelleri de çalışılmıştır. Serviks kanseri taramalarına katılım engelleri arasında yaşlı kadınların sağlık personeli ile yaşadığı olumsuz deneyimler, sağlık inançları ve korku, ilgisizlik, utangaçlık, eğitimsizlik, sağlık kuruluşuna ulaşım güçlüğü, randevu alma ve sırada bekleme ile ilgili rahatsızlıklar ve parasal sorunların yanı sıra (Agurto, Bishop, Sanchez, Betancourt ve Robles, 2004; Fang ve ark., 2007; Van Til ve ark., 2003) ileri yaşta olma, düşük eğitim ve gelir düzeyi, etnik yapı, taramalara karşı olan tutumların belirleyici olduğu bildirilmiştir (Hilton ve ark., 2003). Tseng (2001) meta analiz çalışmalarında 60 yaş üzeri kadınların diğerlerine göre serviks kanseri bilgilerinin daha düşük belirlenmiş ve semptomun olmaması ve taramalara katılımı gereksiz görme en sık bildirilen engeller arasında sıralanmıştır. Aynı çalışmada ayrıca 60 yaş üzerindeki kadınlar taramalara katılım için çok yaşlı olduklarını ve %90’ının Pap smear test yaptırmaya niyetinin olmadığını bildirmiştir (Tseng, 2001). Walter ve arkadaşları (2004) Pap smear test yaptırmamanın yaşla birlikte azaldığını, kötü sağlık durumu ile Pap smear test yaptırmaya arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir. Taylor ve arkadaşları (2002) sağlık güvencesi olmayan kadınların daha az Pap smear test yaptırdığını, yaşı daha genç olanlar, evli, eğitim düzeyi yüksek ve

günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede problemi olmayanların ve sağlık durumunu daha iyi algılayanların daha fazla Pap smear test yaptırdığını belirlemiştir. Van Til ve arkadaşları (2003) çalışmasında serviks kanseri taramalarına katılımda doktorla yaşanan deneyimler, doktor önerisi, semptom varlığı, doktor cinsiyeti, utanma, bilgi gereksinimi, jinekoloğa ulaşım ve bekleme süresi gibi engellerin olduğunu saptanmıştır. Serviks kanseri taramalarına katılımda doktor önerisinin olmaması pek çok çalışmada belirleyici bir engel olarak bulunmuştur (Abdullahi ve ark., 2009; Mandelblatt ve Yabroff, 2000; Ogedegbe ve ark., 2005). Fang ve arkadaşları (2007) yarı deneysel çalışmalarında, eğitim sonrası Pap smear test yaptırmaya hızı anlamlı derecede yüksek çıkmış (%12'den %83'e), algılanan engellerde azalma, testi yaptıracığına olan inançta artma belirlenmiştir. Pap smear testi yaptıracak yeri bilmeme, testi yaptırmaya ile ilgili negatif ilişkili olarak saptanmış ve sağlık inançlarının sonraki davranışları gerçekleştirilmede etkili olduğu bildirilmiştir. Evli olanların ve daha önceden pap test yaptırmış olanların daha fazla taramaya katıldığını yaş ve eğitimin, ciddiyet ve duyarlılık algılarının pap test yaptırmayı etkilemediğini saptamıştır.

Ülkemizde yaşlı bireyler üzerinde Pap smear test taraması ile ilgili yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Ayrıca Türkiyede kadınların meme ve serviks kanser erken tanı davranışlarında bulunmaları düşük olup bunun nedeni hakkında bilgiler de sınırlıdır (Akyüz ve ark., 2006; Avcı, Atasoy ve Sabah 2007; Nahcivan ve Secginli, 2007). Çelik ve arkadaşları (2009) menopoza sonrası dönemdeki kadınların %57.8'inin Pap smear test hakkında bilgisinin olmadığını, %55.6'sının bilgisini televizyondan öğrendiğini, %28.9 kadının hayatında hiç Pap smear test yaptırmadığını, %46.6'sı utanma ve sağlık personelinin erkek olması, %42.2 korkma nedeni ile Pap smear test yaptırmadığını bildirmiştir. Şenol, Balcı, Çetinkaya ve Elmalı (2012) 18 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları araştırmalarında kadınların sadece %16.1'inin serviks kanseri hakkında yeterli bilgisinin olduğu ve %23'ünün son üç yıl içinde Pap smear testi yaptırdığı bulunmuştur. Doktorların ve sağlık çalışanlarının meme ve serviks kanseri taraması için kişileri daha az bilgilendirmesinin ve cesaretlendirmesinin tarama hızlarının düşmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (Abdullahi ve ark., 2009; Ackerson ve Gretebeck, 2007; Dişçigil ve ark., 2007; Mandelblatt ve Yabroff, 2000). Meme ve serviks kanserinin erken tanılanabilmesinde sağlık çalışanlarının bu konunun farkında olması önemlidir. Bireyler bilinçlendirilerek meme ve serviks kanseri farkındalıkları ve erken tanı davranışlarına katılım oranları artırılabilir. Vazquez ve arkadaşları (2002), riskli bireylerin bilgilendirilmelerinin ardından olumlu sağlık davranışları geliştirdikleri ve erken tanı

çalışmalarına başvurduklarını belirtmiştir. Toplum eğitiminde vazgeçilmez rolü olan sağlık çalışanlarından özellikle halk sağlığı hemşirelerinin meme ve serviks kanseri açısından yüksek risk grubundaki kişileri tanınması ve tarama engellerini belirlemesi ile meme ve serviks kanseri mortalitesi düşürülebilir, yaşam kalitesi yükseltilebilir, yaşam süresi uzatılabilir ve sağlık bakım giderleri düşürülebilir. Yapılan çalışmalarda engeller belirlenerek uygun eğitimlerle kadınların meme ve serviks kanser tarama hızlarının artırılacağı bildirilmektedir (Coughlin ve ark., 2007; Lee ve ark., 2007; Seow ve ark., 1998; Wood ve ark., 2002). Halk sağlığı programlarının erken tanı çalışmalarında yararlı olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Curbow, 2004; Navora ve ark., 1998). Adams ve arkadaşları (2003) çalışmalarında, halk sağlığı programı ile kadınların meme ve serviks kanserinden korunmada hem mamografi hem de Pap smear test yaptırma hızlarında yaklaşık %20 lik bir artış sağlandığı bildirilmektedir. Seow ve arkadaşları (1998) ev ziyareti ile birlikte yapılan sağlık eğitiminin özellikle sağlık sistemini kullanmayan kadınlarda mamografi tarama hızını artırdığını saptamıştır. Taylor ve arkadaşları (2002) ev ziyareti ile birlikte yapılan sağlık eğitiminin kadınlarda Pap smear test hızını artırdığını saptamıştır. Young ve Severson (2005) finansal ve sağlık güvencesi ile ilgili engellerin 50 yaş ve üzeri kişilerde mamografi taramasını azalttığı için sağlık çalışanlarının taramalarda bilgi ile ilgili engelleri ortadan kaldırmada eğitimin önemini vurgulamışlardır.

Bireylerin sağlığı için yapılabilecek en önemli girişim olumlu yönde davranış değişikliği sağlamaktır. Bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları ve bireylerin davranışlarındaki değişimler geliştirilen teori ve modellerle açıklanmaktadır. Çalışmaların modellerle desteklenmesi, eğitim programlarının bu modellere göre yapılandırılması ve uygulanması meme ve serviks kanser erken tanı davranışlarına yönelik bilincin artırılması ve erken tanıda davranışlarının düzenli olarak yapılmasını sağlayabilmektedir. Meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının artırılmasında kullanılan modeller arasında Sağlık İnanç Modeli (SİM) ve Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) yer almaktadır (Champion ve ark., 2003; Champion ve ark., 2006; Champion ve ark., 2007; Costanza ve ark., 2000; DeFrank ve ark., 2009; Jibaja-Weiss ve ark., 2003; Saywell ve ark., 2004; Tanner-Smith ve Brown, 2010; Wang ve ark., 2008). Ülkemizde SİM kullanılarak yapılan çalışmalar olmasına karşın (Avcı ve Gozum, 2009; Ersin ve Bahar, 2011; Gözüm ve ark., 2010; Kissal ve Beser, 2011; Secginli ve Nahcivan, 2011) yaşlı kadınların erken tanı davranışları ve etkileyen etmenler üzerine yapılmış çalışmalara rastlanmamıştır. Meme ve serviks kanseri erken tanı ve taramalarına

katılım engelleri, çözüm önerileri ülkelere göre farklılık gösterebilir. Yaşlı kadınların taramalara katılması ile kaliteli yaşam şansı, beklenen yaşam süresinde uzama sağlanabilir. Çalışmalar meme ve serviks kanseri erken tanındığı zaman bireyin yaşam süresinin uzadığını ve hayatta kalma şansının arttığını bildirmektedir. Bu kanserler için kullanılan yöntemler oldukça basit, uygulanması kolay ve ekonomik yöntemlerdir. Bu nedenle kadınların erken tanı davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlere yönelik modeller ile desteklenmiş hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulamaya geçirilmesi kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. SİM ve SGM meme ve serviks kanseri sağlık eğitimlerinin planlanmasında ve eğitimin etkinliğinin artırılmasında etkili olabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

1.2.1. Araştırmanın Birinci Amacı

- Yaşlı kadınlarda meme kanserini erken dönemde tanılamaya yönelik davranışa geçmelerinde engelleyici faktörleri belirlemek,
- Yaşlı kadınlarda serviks kanserini erken dönemde tanılamaya yönelik davranışa geçmelerinde engelleyici faktörleri belirlemek,

1.2.2. Araştırmanın İkinci Amacı

Bu araştırma yaşlı kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik belirlenen engelleri ortadan kaldırmak için SİM ve SGM temel alınarak planlanan hemşirelik girişimleri ile;

- Yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına katılımını artırmak (KKMM, KMM, mamografi ve Pap smear test),
- Sağlığı koruma ve geliştirme davranışları üzerinde hemşirelik girişimlerinin etkinliğini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1-H1: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre yaşlı kadınların KKMM yapma sıklığı daha yüksektir.

Hipotez 2-H1: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası yaşlı kadınların KKMM yapma beceri puanları daha yüksektir.

Hipotez 3-H1: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre yaşlı kadınların KMM yaptırma sıklığı daha yüksektir.

Hipotez 4-H1: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre yaşlı kadınların Mamografi çektirme sıklığı daha yüksektir.

Hipotez 5-H1: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre yaşlı kadınların Pap smear test yaptırma sıklığı daha yüksektir.

Hipotez 6-H1: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası yaşlı kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik algı puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H1a: Duyarlılık algısı

H1b: Ciddiyet algısı

H1c: Sağlık motivasyonu

H1d: KKMM yarar algısı

H1e: KKMM öz-etkililik algısı

H1f: Mamografi yarar algısı

Hipotez 7-H1:Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası yaşlı kadınların serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik algı puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H1a: Duyarlılık algısı

H1b: Ciddiyet algısı

H1c: Yarar algısı

Hipotez 8-H1: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası yaşlı kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik engel algı puanı ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H1a: KKMM engel algısı

H1b: Mamografi engel algısı

Hipotez 9-H1: Deney grubunun hemşirelik girişimleri sonrası yaşlı kadınların Pap smear testi engel algı puanı ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

Hipotez 10-H1: Deney grubunun hemşirelik girişimleri sonrası yaşlı kadınların mamografi ve Pap smear test yaptırmada öz-etkililik algı puanı ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 11-H1: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası yaşlı kadınların sağlık sorumluluğu puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Hipotez 12-H1: Yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışında engel algıları benzerdir.

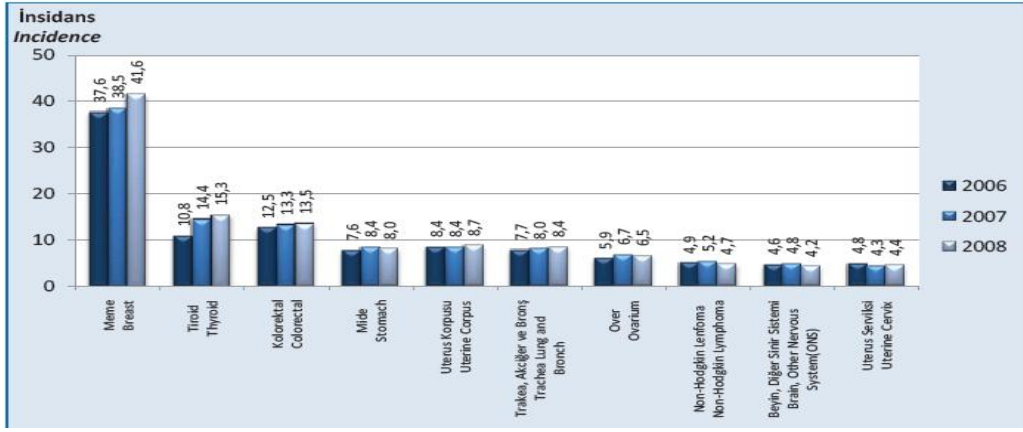
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünyada meme kanseri kadınlarda en sık görülen (tüm kanserler içinde % 10.9 ile ikinci sırada) ve en fazla ölüme neden olan kanser türüdür. Dünyada tahmini yaşa standardize insidans hızı yüz binde 38.9, yaşa standardize mortalite hızı ise yüz binde 12.4'dür. Meme kanseri görülme sıklığı ülkeler arası farklılıklar göstermekte, gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla görülmektedir. Avrupa ülkelerinde meme kanserinin görülme sıklığı kuzey ülkelerinden güneye ve batı ülkelerinden doğuya doğru gittikçe azalmaktadır. Meme kanseri sıklığı Rusya, Polonya, Brezilya, İspanya, Güney Afrika gibi ülkelerde yüz binde 40-60 arasındadır. İnsidans hızı Doğu Afrika'da 19.3/100.000, Batı Avrupa'da 89.7/100.000 ve dünyanın gelişmiş olan bölgelerinde (Japonya hariç) 80/100.000'den daha yüksek ve gelişmekte olan bölgelerin çoğunda 40/100.000'dan daha düşüktür (GLOBOCAN, 2008). Sonuç olarak, meme kanseri tüm kanserlerde (458 000 ölümden) ölüm nedeni olarak beşinci sırada yer almaktadır, ancak hem gelişmekte olan bölgelerde (269 000 ölüm, toplam% 12.7) hem de gelişmiş bölgelerde kadınlarda kanser ölümlerinin en sık nedenidir. Ülkemizde yaşa standardize insidans hızı yüzbinde 28.3, yaşa standardize mortalite hızı ise yüzbinde 12.4'dür (GLOBOCAN, 2008).

2.1.1. Yaşlı Kadınlarda Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri 40 yaş altı kadınlarda daha seyrek, ancak yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Amerika'da yaşa standardize insidans hızı 55-59 yaş arasında yüzbinde 227.7, 60-64 yaşta 258.4, 65-69 yaş arasında 312.0 ve 70-74 yaş arasında 370.7 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de yaşa standardize insidans hızı 55-59 yaş arasında yüzbinde 77.7, 60-64 yaşta 80.4, 65-69 yaş arasında 78.8 ve 70-74 yaş arasında 91.4 olarak bildirilmiştir (GLOBOCAN, 2008). Türkiye'nin batısında yer alan İzmir'de erken evre meme kanseri oranı %50'den fazla olup (Özmen, 2006), meme kanseri hem kadın kanserleri içinde (yaklaşık kadınların ¼'ünde - %26.7) hem de 65-74 yaş grubu kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (Fidaner, Eser ve Parkin, 2001). Türkiye'de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseri olup 2006 yılında insidansı yüz binde 37.6 iken 2008 yılında bu oran 41.6'ya yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011) (Şekil 1).



Şekil 1: Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün İnsidansı, (100.000’de, Dünya Standart Nüfusu), Türkiye, 2006-2008, (Sağlık Bakanlığı, 2011).

2.2. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Tüm dünyada kadınlarda görülen kanser olgularından %13’ünü ise serviks kanseri oluşturmaktadır ve kadınlarda görülen kanserler arasında üçüncü, tüm kanserler içinde yedinci sırada gelmektedir. Dünyada 2008 yılında yaşa standardize insidans hızı yüz binde 15.2, tahmini yeni serviks kanseri sayısı 530.000’dir. Serviks kanseri görülme sıklığı ülkeler arası farklılıklar göstermekte, bu farklılık ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, kadınların ırk ve etnik kökenlerine göre değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde yaşa standardize insidans hızı yüz binde 9.1, az gelişmiş ülkelerde yüz binde 17.7’dir. Doğu ve batı Afrika da yaşa standardize insidans hızı 30/100.00’den fazla, Güney Afrika’da 26.8/100.00, Güney ve Orta Asya 24.6/100.00’dir. Batı Asya, Kuzey Amerika ve Avustralya, Yeni Zellanda’da 6/100.00’den daha düşük ve en düşük hızlar olarak bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerde son 30-40 yılda tarama programları uygulanmaya başlanmasıyla serviks kanseri insidansı düşmüştür. Bu düşmede doğurganlığın azalması ve yaşam koşullarının iyileşmesi de etken olmuştur. Dünyada 2008 yılı yaşa standardize mortalite hızı yüzbinde 7.8 ve serviks kanserinden ölüm sayısı ise 275.000 olarak hesaplanmıştır (GLOBOCAN, 2008).

2.2.1. Yaşlı Kadınlarda Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Amerika’da yaşa standardize insidans hızı 55-59 yaş arasında yüz binde 10.2, 60-64 yaş arasında 9.4, 65-69 yaş arasında 10.2, 70-74 yaş arasında 10.6 olarak hesaplanmıştır (GLOBOCAN, 2008). Türkiye’de serviks kanseri en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan sekizinci kanser türüdür. Ülkemizde tahmini yaşa standardize insidans hızı yüz binde 4.2, yaşa standardize mortalite hızı ise yüz binde 2.4’tür. Türkiye’de yaşa standardize insidans hızı 55-59 yaş arasında yüz binde 11.8, 60-64 yaş arasında 18.9, 65-69 yaş arasında 14.2, 70-74 yaş arasında 15.2’dir (GLOBOCAN, 2008). Ek olarak, 65 yaş üzeri kadınlarda invaziv serviks kanseri hızı 65 yaş altındakilere göre daha yüksektir (Reyes-Ortiz ve ark., 2008).

2.3. Meme ve Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

2.3.1. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin oluşum nedeni henüz bilinmemekle birlikte, genetik (BRCA1, BRCA2, p53 ve erkeklerde görülen androjen reseptör genleri), çevresel, hormonal, sosyobiyolojik ve psikolojik etkenlerin oluşumunda rol aldığı kabul edilmekte ve pek çok faktörün meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir (ACS, 2012; Koçak ve ark., 2011; Tahan, Ziauddin, Soran, 2009). Meme kanseri için en önemli risk faktörleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1: Kadınlarda Meme Kanseri Riskini Arttıran Faktörler (ACS, 2012; Koçak ve ark., 2011; Tahan ve ark., 2009)

Tahmini Görel Risk	Faktör	Açıklama
> 4.0	Yaş (65 yaş altındakilere göre 65 yaş üzerindekilerde)	Meme kanseri insidans ve ölüm oranları yaşla birlikte artmaktadır. Meme kanseri gelişme olasılığı 30-39 yaş arasında %0.44 (1/227), 40-49 yaş arasında %1.49 (1/67), 50-59 yaş arasında %2.79 (1/36), 60-70 yaşta %3.38 (1/26) olarak bildirilmektedir. Meme kanserli kadınların %75’i 50 yaş üzerindedir. Genetik yatkınlığı olan kişilerde meme kanseri tanısı daha erken yaşlarda da konulabilmektedir
	Cinsiyet	Kadın cinsiyeti en büyük risk faktörüdür ve 100 kat artmış riski ifade etmektedir. Kadın cinsiyeti kadar yaşın ilerlemesi de en önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. Günümüzde bir kadının hayat boyu riski non invazif meme kanseri açısından altıda bir ve invazif meme kanseri bakımından sekizde birdir.
	Biyopside “Atipik Hiperplazi” Tanısı	Atipik hiperplazide risk artışı 4.5 kat fazladır. Aile öyküsünün eklenmesi riski 11 katına çıkarmaktadır. Duktal karsinoma insitu ve lobüler karsinoma insitu invaziv meme kanseri gelişmesinde benzer bir risk göstermektedir. Meme biyopsisi sayısının birden fazla olması ile Gail modeli risk hesabı daha yüksek çıkmaktadır.

	<p>Genetik Mutasyon (BRCA1 ve/veya BRCA2)</p> <p>Kişisel Öykü</p> <p>Yoğun Meme Dokusunun Olması</p>	<p>BRCA1 ve/veya BRCA2 gen mutasyonları meme kanserinin yaklaşık %80'inden sorumludur.</p> <p>Meme kanseri öyküsü olan kadınların meme kanserine yakalanma olasılığı beş kat daha yüksektir. 50 yaşından önce akrabasında meme kanseri öyküsü, iki veya daha fazla akrabada meme kanseri öyküsü, over kanseri öyküsü olması, hem meme hem over kanserli akrabanın olması riski artırabilmektedir.</p> <p>Bağımsız bir faktör olarak meme dokusu yoğunluğu meme kanseri riski artışı ile ilişkilidir. Mamografik olarak dens meme yapısına sahip olan kadınlarda riskin dört-beş kat arttığı düşünülmektedir. Mamografinin yoğun (dense) memelerde duyarlılığının az olduğu bilinmektedir.</p>
2.1-4.0	<p>Yüksek Endojen Estrojen ve Testesteron Düzeyi</p> <p>Yüksek Kemik Yoğunluğu (Menopozdaki Kadın)</p> <p>Toraks Bölgesine Yüksek Doz Radyasyon Uygulaması</p>	<p>---</p> <p>Osteoporoz riski olan kadınlarda kemik yoğunluğu rutin izlenmektedir. Yüksek kemik yoğunluğu osteoporozun olduğunu göstermektedir. Kemik yoğunluğu meme kanseri açısından kadının risk düzeyini belirlemede kullanılabilir. Kemik yoğunluğu ve meme kanseri ilişkisine hormonların aracılık ettiği düşünülmektedir.</p> <p>Yaş ve dozla ilişkili olarak, radyasyona maruz kalma 1.2-2.4 kat meme kanseri riskini artırmaktadır. Özellikle 10-14 yaş arasında, memenin aktif olarak geliştiği dönemde, radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini artırmaktadır. Hayatın ilk üç dekatında toraks bölgesine yapılan terapötik radyoterapi işlemi de aynı şekilde meme kanseri riskini artırmaktadır. Kırkbeş yaşından sonra radyasyona maruz kalma veya radyoterapi meme kanseri riskini</p>

	Birinci Derece Akrabasından İki Kişide Meme Kanseri Olması	etkilememektedir. İki tane birinci derece akraba varlığında risk 2.9 kat artar. Meme kanserine yakalanmış olan akraba 30 yaşından önce tanı almış ise risk 2.9 kat, 60 yaşından sonra tanı konmuş ise risk 1.5 kat artar.
	İrk ve Etnik Yapı	Meme kanseri ile ilgili önemli paradokslardan bir tanesi de beyaz kadınlarda görülme sıklığının zencilere oranla %20 daha fazla olmasına rağmen, mortalite oranlarının zenci ırkında daha fazla olmasıdır. Asyalı kadınlarda meme kanseri riski daha azdır. Kafkasyalılarda Afrikalı kadınlardan biraz daha yüksek risk vardır. Ancak Afrikalı kadınlar daha agresif tümörler sahip olma eğilimindedir. Etnik farklılıkların büyük oranda yaşam tarzı ve sosyoekonomik durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir.
1.1-2.0	Alkol Kullanımı Erken Menarş (12 Yaşından Önce), Geç Menopoz (55 Yaşından Sonra) Uzun Boylu Olma Yüksek Sosyoekonomik Düzey	Çalışmalar alkol tüketim miktar ve süresinin de meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Alkol tüketiminin estradiol serum düzeylerini yükselttiği bilinmektedir. Günlük iki-beş bardak alkol almak invaziv meme kanseri riskini %41 artırmaktadır. 12 yaşından önce menarş olma, 55 yaşından sonra menopoza girme meme kanseri riskini sırasıyla %30-%50 artırmaktadır. ---- Yüksek sosyoekonomik düzey meme kanseri gelişimi açısından iki kat artmış riski ifade eder. Ancak bu durum bağımsız bir risk faktörü olarak değerlendirilmez; reproduktif alışkanlıklardaki değişiklik nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

	<p>30 Yaşından Sonra Doğurma Hiç Doğum Yapmama Hiç Çocuk Emzirmeme</p> <p>Şişmanlık (Menopozda veya Ergenlikte)</p> <p>Kişisel Endometriyum, Over veya Kolon Kanseri Öyküsü</p> <p>Estrojen veya Progesteron İçeren Uzun Süreli Menopoz Hormon Tedavisi, Oral Kontraseptif Kullanımı</p>	<p>Hiç doğum yapmayanlar, ilk çocuğunu 30 yaştan sonra doğuranlarda meme kanseri riski iki kat artmıştır. Nulliparite meme kanseri relatif riskinde 1.2-1.7 artışa neden olur. Multiparitenin meme kanserinden koruyucu etkisi ise tartışmalıdır. İki yıl ve üzerinde emzirme meme kanseri riskini en az %50 azaltmaktadır.</p> <p>Aşırı kilolu veya obes kadınlarda postmenopozal meme kanseri daha sık görülmektedir. Menopozdan sonra yağ dokusu estrojen üretmektedir. Hormon replasman tedavisi alan BKİ > 25 olan fazla kilolu kadınlarda meme kanseri gelişmesi için daha fazla risk eklenmektedir. Çoklu doymamış yağlardan fazla miktarda alınması fazla kiloya neden olabileceği için meme kanseri riskini artırmaktadır.</p> <p>----</p> <p>Hormon replasman tedavisinin kullanılması meme kanseri riskini %35 artırmaktadır. Son zamanlarda yapılan çalışmalar kombine estrojene ek progesteron kullanımındaki azalmanın belli yaş gruplarında meme kanseri insidansında %28-43 arasında azalma sağladığını göstermektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda oral kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilememiştir.</p>
--	--	--

Diğer Risk Etmenleri

Egzersiz: Fizik aktivitede artış özellikle premenopozal kadınlarda meme kanseri riskinde azalma ile ilişkilidir. Bu konu tartışmalı olmakla birlikte düzenli egzersiz yapılmasının anovulatuvar siklusların sayısını artırarak meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir (Koçak ve ark., 2011).

Beslenme Alışkanlığı: Yağ içeriği yüksek yiyeceklerin uzun süreli tüketiminin serum östrojen düzeylerini yükselterek meme kanseri riskinde artışa katkıda bulunduğunu düşündüren bazı kanıtlar vardır. Ancak konuyla ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Haftada beş kez kırmızı et yenilmesi ile meme kanseri riskinin arttığı gösterilmiştir. Soya yağı tüketiminin artırılması ile meme kanseri riskinde azalma arasındaki ilişki belirsizdir. Bu nedenle batılı toplumlarda yaşayan kadınlara meme kanserini önlemek amacıyla soyadan zengin diyet önerilmesi konusunda güçlü kanıtlar yoktur. Ancak bir zararı olduğu da düşünülmemektedir. Son yıllardaki epidemiyolojik çalışmalar, vitamin D'nin meme kanserine karşı koruyucu bir rolü olabileceğini ortaya koymuştur. Vitamin E, C veya beta-karoten gibi antioksidanların alınmasının meme kanseri riskine etki ettiği yönünde güçlü bir kanıt yoktur. Vitamin A ile ilgili veriler ise tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda düşük selenyum düzeyinin riski artırdığı gösterilmekle birlikte, yüksek düzeylerinin koruyucu etkisi gösterilememiştir. Yapılan çalışmalarda kafein ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilememiştir (Koçak ve ark., 2011).

Sigara: Sigara içme ile meme kanseri ilişkisi açısından kanıtlar yetersizdir ancak eşlik eden bazı faktörlerle birlikte riskin artabileceği düşünülmektedir (Koçak ve ark., 2011; Tahan ve ark., 2009).

2.3.2. Serviks Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Günümüzde serviks kanserinde etiyolojik nedenler kesin olarak bilinmemekle birlikte, önemli olabilecek risk faktörlerinden söz edilmektedir. Bu faktörlerden en önemlileri aşağıda yer almaktadır.

Human Papilloma Virüsü (HPV): Serviks kanseri için en önemli risk faktörü cinsel yolla bulaşan bir virüs olan HPV'nin 100'den fazla tipi olmasına karşın, sadece yüksek riskli tipleri kansere neden olmaktadır. Bunlardan HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, HPV 45 tiplerinin serviks kanseri ile ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Tüm serviks kanserlerinin üçte ikisine HPV 16, HPV 18'in neden olmaktadır. Diğer HPV türlerinden bazıları ve erkek genital bölgesinde bulunmakla birlikte düşük risk etmenleri olarak kabul edilmektedir (ACS, 2012; Bayo ve ark., 2002; WHO, 2006).

Aile Öyküsü: Anne veya kız kardeşinde serviks kanseri öyküsünün olması, ailesinde hiç olmayan bir kişiye göre iki-üç kat serviks kanseri gelişme riskini artırmaktadır (ACS, 2012)

Yaş: İnvaziv ve pre-invaziv kanser görülme yaşı değişiklik göstermektedir. Ancak ortak görüş invaziv serviks kanserinin daha genç yaşlara kadar inmeye başlamış olmasıdır. Bazı

kaynaklar invaziv serviks kanserinin en fazla 20-50 yaşlar arasında olduğunu ileri sürerken 30-50 yaşları arasında olduğunu bildiren kaynaklar da vardır. ABD kaynaklı yayınlara göre displaziler 20-34 yaş grubunda, insitu kanser 25-40 yaş grubunda, mikroinvazif kanser 45-54 yaşları arasında, klinik kanserler ise bu yaşlardan sonra daha sık görülmektedir. Ortalama görülme yaşı 52 olup, 35-39 ve 60-64 yaşlarında iki ayrı dönemde pik yapmaktadır (ACS, 2012; WHO, 2006).

İmmunsupresyon: AIDS'e neden olan HIV (Human immunodeficiency virus) immün sistemi bozarak HPV enfeksiyonları için daha büyük bir risk oluşturmaktadırlar. Bu durum AIDS'li kadınlarda serviks kanseri riskinin daha fazla olmasını açıklamaktadır. Ayrıca immunesupresif ilaç alan kadınlarda serviks kanseri gelişme riski daha yüksektir (ACS, 2012; WHO, 2006).

Erken Yaşta Gebelik: İlk gebeliğini 17 yaş öncesi olan kadınlarda 25 yaş ve üzerindeki kadınlara göre serviks kanseri iki kat yüksek olduğu bildirilmiştir (ACS, 2012).

Parite: Serviks kanserinin görülme sıklığı gebelik sayısı ile paralel olarak artış göstermektedir. Doğum sayısı üç ve üzeri kadınlarda serviks kanseri gelişme riski artmaktadır. Bunun nedeni bilinmemekle birlikte nedeni ile ilgili gebelikte korunmasız cinsel ilişki ile HPV'ye daha fazla maruziyet, gebelikteki hormonal değişimlerin HPV enfeksiyonu ve kanser için risk oluşturması, gebe kadının immün sisteminin daha zayıf olması düşünülmektedir (ACS, 2012; Bayo ve ark., 2002; WHO, 2006).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Uzun süreli oral kontraseptif kullanımının serviks kanseri riskini arttırdığı ile ilgili kanıtlar bulunmaktadır. Oral kontraseptif kullanımı bırakıldıktan sonra risk azalmaya başlamaktadır. Beş yıldan fazla oral kontraseptif kullanan kadınlarda serviks kanseri gelişme riski iki kat artmaktadır. Ancak oral kontraseptif kullanımı bırakıldıktan on yıl sonra risk normale dönmektedir (ACS, 2012; WHO, 2006).

Eş Durumu: Serviks kanserinde yüksek risk oluşturan bazı durumlar erkeklerle ilgilidir. Eşlerde prostat veya penis kanseri olması, venereal hastalık öyküsünün bulunması, sünnetsiz olması ve birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunması serviks kanserinin görülme sıklığını artırdığı düşünülmektedir. Servikal karsinoma, herpes simpleks ve HPV arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. HPV (HPV 16-18-31) cinsel ilişki yolu ile erkeklerden kadınlara geçmektedir. Bu virüsler primer enfeksiyondan yıllar sonra gelişen serviks ve penis kanserlerine neden olmaktadır. Ayrıca eşin mesleği ile serviks kanseri arasında ilişki olduğunu ve eşleri vasıfsız

isçi olarak çalışanlarda kötü hijyen ve düşük sosyo-ekonomik düzey nedeniyle bu hastalığın daha fazla görüldüğünü öne süren çalışmalar vardır (Denny ve ark., 2006; WHO, 2006).

Çok Eşlilik: Cinsel partner sayısının artması serviks kanseri riskini artırmaktadır (Bayo ve ark., 2002; WHO, 2006).

Klamidya Enfeksiyonu: Klamidya üreme sistemini etkileyen en yaygın bakterilerden birisidir. Bazı çalışmalar geçmişte veya şuan kadında klamidya enfeksiyonunun olması serviks kanseri riskini artırmaktadır (ACS, 2012; WHO, 2006).

Kötü Genital Hijyen: Kötü hijyenin serviks kanseri ilişkili olduğu belirlenmiştir (Bayo ve ark., 2002).

Diyet: Sebze ve meyveyi yeterli yemeyen kadınlarda serviks kanseri riskinin arttığı bildirilmektedir. Fazla kilolu kadınlarda serviks adenosarkomunun gelişmesi daha fazla görülmektedir (ACS, 2012).

Yoksulluk: Yoksulluk da serviks kanseri risk faktörlerindedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınların çoğu sağlık sistemine yeterince ulaşamamaktadır. Bunun sonucu olarak serviks kanseri tarama testi olan Pap smear testini yaptırma olasılığı düşmektedir (ACS, 2012).

Dietilstilbestrol (DES): 1940-1971 yılları arasında düşüğü önlemek için kullanılmıştır. Anneleri dietilstilbestrol kullanan kadınların serviks kanserine yakalanma olasılığı daha yüksektir (ACS, 2012).

Sigara: Sigara kullanma invaziv serviks kanseri oluşumunda ve HPV için predispozan bir faktör olarak gösterilmektedir. Sigara içen kadınlar içmeyen kadınlara göre iki kat daha fazla servis kanseri ile karşılaşmaktadır. Tütün ve türevlerinin içinde bulunan ve birçok kansere neden olan kimyasal maddeler sigara içen kadınların servikal müküsünde saptanmıştır. Bu kimyasal maddeler serviks hücrelerinde DNA hasarı meydana getirerek kanser gelişimine zemin oluşturmaktadır (ACS, 2012; WHO, 2006).

2.4. Meme ve Serviks Kanseri Belirtileri

Meme kanserinin belirtileri konusunda unutulmaması gereken nokta, memede meydana gelen değişikliklerin birçok nedeninin olduğudur. Bu değişikliklerin pek çoğu zararsızdır ancak meme kanserinin ilk işaretleri olabileceği için bilinmelidir. Bu nedenle kadınların kendileri için neyin normal olduğunu bilmeleri, memelerinin doğal yapısını incelemeleri, değişiklikleri tespit etmeleri ve gecikmeden bildirmeleri önerilmekte ve yaşları ile orantılı olarak meme taramalarına katılmalarının önemli olduğuna dikkat çekilmektedir

(National Health Services Breast Screening Programmes, 2008; Somunoğlu, 2009). Meme kanserinin belirti ve bulguları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları (American Cancer Society, 2011; Canbulat, 2006; Platin,1998; Somunoğlu, 2009)

Belirti ve Bulgular	Açıklama
Kitle	<ul style="list-style-type: none">• Ağrısız /Hareketsiz•1-2 cm büyüklüğünde• Tek taraflı ve sürekli• Sınırları kısmen belirlenebilir• Şekilsiz ve zor palpe edilir
Ağrı	•Başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı geç dönemde oluşur.
Meme Başı Akıntısı	<ul style="list-style-type: none">• Pek sık rastlanmaz• Tek taraflı• Genellikle kanlı
Forgue Belirtisi	• Tümör taşıyan göğsün yukarıda, dik ve dolgun olmasıdır. Memenin üst kadranslardaki kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesiyle olur.
Meme Üzerindeki Deride Ödem	•Tümör hücreleri, cooper ligamentlerindeki lenf damarlarında ilerleyerek derinin yüzeysel lenf damarlarına ulaşır. Lenfler tıkanır, lenf dolaşımı bozulur ve deride sınırlı ödem oluşur.
Meme Başında Retraksiyon veya Çökme	•Tümör’ün büyüüp meme başını tutması sonucunda oluşur.
Deride Ülserasyon ve Eritem	• Kanserin ileri dönemlerinde tümör hücrelerinin önce derin fasyaya sonrada M. Pectoralis’e ve göğüs duvarına ilerlemeleri sonucunda oluşur.
Lenf Nodüllerinde Büyüme	• Tümör’ün lenf nodüllerine metastazı sonucunda oluşur.
Üst Kolda Anormal Şişlik	• Lenflerin tıkanması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve kolda lenf ödem oluşur.

Serviks kanserinin belirtileri ise erken dönemlerinde genellikle görülmemektedir. Sıklıkla çevre dokuya doğru büyüdüğünde ve invaziv olduğunda belirtiler ortaya çıkmaktadır. En sık görülen serviks kanseri belirtileri aşağıda yer almaktadır (ACS, 2012).

- Anormal vajinal kanama,
- Cinsel ilişki sonrası kanama,
- Menapoz sonrası kanama,
- Menstrual periyodlar arasında lekelenme ve kanama,
- Adet kanamalarının uzun sürmesi ve normalden daha ağır geçmesi,
- Pelvik muayene sonrası kanama,
- Vajinal yoldan alışılmadık akıntı
- Cinsel ilişki sırasında ağrı

2.5. Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı/Tarama Yöntemleri

Meme ve serviks kanserinde erken tanı yöntemleri, hastanın taşıdığı risk etmenlerine göre değişmektedir. Risk etmenleri arasında en başta yaş gelmektedir. Hastalık daha genç yaşlarda ortaya çıkabilmesine karşın, ilerleyen yaş gruplarında daha sık görülmektedir. Bu nedenle; ilerleyen yaş gruplarında erken tanı için alınması gereken önlemler önemlidir.

Meme kanseri erken tanısı için temelde önerilen birbirini tamamlayıcı üç yöntem KKMM, KMM, mamografi (Akyolcu ve Uğraş, 2011; Barroso ve ark., 2000; Çelik ve ark., 2009; Sadler ve ark., 2001; Sadler ve ark., 2007; Seçginli, 2011), serviks kanserinde ise pap smear testidir (Ackerson ve Gretebeck, 2007; Çelik ve ark., 2009). Kadınların meme kanserinin farkında olması için eğitim yapılması, KKMM, KMM yaptırması ve tarama mamografisini uygulaması birbirinden ayrılmaması gereken, erken tanıyı kolaylaştıran sağlığı geliştirme aktiviteleri olarak görülmektedir (Özmen, 2008; McCready, Littlewood ve Jenkinson, 2005). KKMM, KMM ve mammografi meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca erken tanı yöntemleri olarak tanımlanırken, bireylerin bu uygulamaları yapmaları erken tanı ya da tarama davranışları olarak ifade edilmektedir (Barroso ve ark., 2000; Nahcivan ve Seçginli, 2003; Sadler ve ark., 2001; Sadler ve ark., 2007). Meme ve serviks kanserine erken aşamada tanı konması, tedavi seçeneklerinin sayısını, tedavinin başarıya ulaşma ve hayatta kalma şansını önemli oranda arttırmaktadır. Meme kanserinin erken tanısı ile ilgili olarak tarama uygulanıp uygulanmayacağına her ülke kendi koşullarını göz önüne alarak karar vermek durumundadır. Bunda meme kanserinin o ülkede görülme sıklığı, var olan tedavi olanakları, teknolojik alt yapı, sağlık insan gücü ve maliyet gibi faktörler etkili olmaktadır (Bilir ve Harmancı, 2002). Pek çok çalışma meme ve serviks kanserinin erken tanısında tarama yöntemlerinin önemine işaret etmekte ve hangi yöntemlerle, hangi yaş grubunda, ne kadar aralık ve süreler ile yapılması gerektiği bildirilmektedir (Akyüz ve ark.,

2006; Anderson ve ark., 2003; Vahabi, 2003). Türkiye’de herkesin sosyal güvencesinin olmaması ve birçok merkezde mamografi ünitesinin bulunmaması erken tanıda KKMM ve KMM’sini ön plana çıkarmaktadır.

2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKMM kadınların meme yapılarını tanımaları ve memelerinde oluşan değişiklikleri erken dönemde fark etmeleri amacıyla memelerini muayene etmeleridir. Her kadın tarafından öğrenilebilen, uygulanabilen, fazla zaman ve işgücü gerektirmeyen, masrafı olmayan bir uygulamadır (Anderson ve ark., 2003; Seçginli, 2011; Smith ve ark., 2006). Yirmi yaşından sonra her kadın KKMM’sini düzenli olarak yapma alışkanlığı edindiğinde memedeki değişiklikler kolayca fark edilebilmektedir. KKMM adet gören kadınlarda adetinin başlangıcından bir hafta sonra (beşinci ve yedinci günler), adet görmeyen kadınlarda ise ayın ilk günü ya da unutmayacakları bir günde, ayda bir kere düzenli olarak yapılması önerilmektedir (Akpınar ve ark., 2011; Seçginli, 2007).

Ancak KKMM etkinliği hakkında farklı görüşler ve araştırmalar bulunmaktadır. Meme Sağlığı Küresel Girişim 2005 yılı rehberi sınırlı kaynakları olan gelişmekte olan ülkelere meme sağlığı bilincinin oluşturulması ve hissedilebilen meme tümörlerinin tespiti için temel düzeyde KKMM ve eğitimini meme kanseri erken tanısı için önermektedir (Anderson ve ark., 2006; Anderson ve Jakesz, 2008). KKMM özellikle kadınların memelerine dokunmakta çekimser davrandıkları kültürlerde önem taşımaktadır (Anderson ve ark., 2003; Smith ve ark., 2006).

Yapılan çalışmalar KKMM’nin meme kanseri mortalite oranını azaltmadığı, iyi huylu kitle biyopsi sayısını arttırdığı ve gereksiz sağlık harcamasına neden olduğu, bireyde stres, memede yara izi ve şekil bozukluğu oluşturduğu bildirilmiştir (Akyolcu ve Uğraş, 2011; McCready ve ark., 2005; Seçginli, 2011; Smith ve ark., 2006). Kösters ve Gotzsche (2008) tarafından yapılan sistematik derleme çalışmasında da KKMM’nin yararlı etkisinin olmadığı ve biyopsi sayısını arttırdığı bildirilmekte ve kadınların KKMM yapması önerilmemektedir. Thomas ve arkadaşlarının (2002), 30 yaş ve üzeri 267.040 kadını, 10 yıl izlendikleri çalışmalarında KKMM eğitimi alan kadınlar ile eğitim almayan kadınlardaki sonuçların benzer olduğu, KKMM’nin meme kanseri mortalitesini azaltmada etkili olmadığı, düzenli KKMM yapan deney grubunda, selim kitle biyopsisinin daha fazla yapıldığı saptanmıştır. Semiglazov ve arkadaşlarının (1999) 40-64 yaş grubu 122.471 kadını 10 yıl süreli izlem sonuçlarına göre KKMM’nin mortalite üzerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

McCready ve arkadaşlarının (2005) yaptığı sistematik derleme sonucuna göre, kanıtlar KKMM'nin meme kanseri mortalitesinin azaltılmasında yararlı olmadığını göstermektedir.

Ancak Pillay (2002) KKMM'nin düzenli olarak uygulandığında meme kanseri mortalite oranının azalacağını bildirmiştir. Kanada Ulusal Meme Kanseri Tarama Grubu'nun 2000 yılında 50-59 yaş arası 40.000 kadının 9-13 yıl izleyerek gerçekleştirdiği randomize kontrollü çalışma sonucunda ayda bir KKMM'nin güvenilirliği konusunda kesin kanıtlara ulaşılmıştır (Epstein, Bertell ve Seaman, 2001).

Bu sonuçlar doğrultusunda meme sağlığı uzmanlarının geliştirdiği yeni öneriler içinde, KKMM'nin tarama yöntemi olarak kadınların farkındalıklarının artırılmasında önemli olduğu, tek başına meme kanseri mortalitesini azaltmada sınırlı bir etkiye sahip olduğu ve bu nedenle KKMM'nin KMM ve mamografi ile birlikte yapılmasının önemli olduğu bildirilmiştir (Akyolcu ve Uğraş, 2011; Seçginli, 2011).

Meme sağlığı uzmanları meme kanserinin erken tanısında kullanılan bu üç tarama yönteminin önemine ve bu tarama yöntemlerine kadınların katılımının artırılmasında sağlık çalışanlarının rolüne dikkat çekmektedir (McCready ve ark., 2005; Öztürk ve ark., 2000, Seçginli, 2007; Smith ve ark., 2011). Amerikan Kanser Birliği, semptomsuz kadınlara yönelik olarak 20 yaşından itibaren her kadına KKMM'nin yararlarının ve sınırlılıklarının anlatılmasını; normal olmayan bir değişim gözlemlendiğinde sağlık personeline başvurulmasını önermektedir. KKMM'ni yapmanın meme kanseri farkındalığını artırması nedeniyle, sağlık profesyonellerinin KKMM'ni yapmayı isteyen kadınların muayene tekniklerini gözden geçirmesi ve doğru yapıp yapmadıklarını kontrol etmesi önerilmektedir. Özellikle Türkiye'nin de içinde yer aldığı gelişmekte olan düşük-orta gelirli ülkelerde, sosyo-ekonomik durum dikkate alındığında KKMM tartışmasız önemli bir gereklilik ve kaçınılmaz bir uygulamadır (Akyolcu ve Uğraş, 2011). Ancak meme kanserinin erken dönemde belirlenebilmesi için KKMM'nin doğru ve etkin yapılması gerektiği göz ardı edilmemeli, kadınlarda doğru KKMM yapma oranını arttırmada sosyo-kültürel yapı ve özellikler dikkate alınarak, meme sağlığı eğitim programlarının hazırlanması, yaşama geçirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir (Akyolcu ve Uğraş, 2011; Seçginli, 2011; Seçginli ve Nahcivan, 2011). Pek çok araştırmada broşür, video ve meme maketi kullanılarak yapılan girişimler ile KKMM yapma sıklığı ve KKMM etkin yapma becerisini artırdığı bulunmuştur (Champion, 1995; Chan ve ark., 2007; Lee ve ark., 2003; Parlar, Bozkurt ve Ovayolu, 2004; Seçginli ve Nahcivan, 2011; Wood, 1996; Wood ve ark., 2002; Wood ve Dufy, 2004). Ahmad, Cameron

ve Stewart (2005) çalışmasında, sadece yazılı eğitim materyalleri ile yapılan programın KKMM yapma oranlarını artırmada etkili olmadığı belirlenmiştir.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda kadınların meme kanseri bilgileri ve KKMM hakkında bilgi ve becerilerinin yeterli olmadığı saptanmıştır (Nahcivan ve Secginli, 2007; Parlar ve ark., 2004; Taşçı ve Usta, 2010). Hemşireler kadınlara meme kanseri etiyoloji, risk faktörleri, korunma ve tanılanması hakkında bilgi vermeli, KKMM artırmak için sağlık inançlarının anlaşılmasına yönelik geliştirilen özel sağlık eğitimleri ve sağlığı geliştirme programlarını yapılandırılmalıdır (Nahcivan ve Secginli, 2007; Secginli ve Nahcivan, 2011; Taşçı ve Usta, 2010). Nahcivan ve Secginli (2007) çalışmasında kadınlar meme kanseri bilgilerini tv, radyo (%23), gazete gibi yazılı materyalden (%11), doktorlardan (%10) alırken hemşireler %3 olarak bildirilmiştir.

Mevcut araştırma sonuçları sağlık çalışanlarının KKMM’deki rollerinin yeniden gözden geçirmelerini gerekli kılmaktadır. KKMM’nin öğretimi ve geliştirilmesi meme sağlığı uygulamalarının önemli bir aracıdır ve bu aracın etkin kullanılabilmesi için **yeni öneriler ışığında meme sağlığı uygulamaları yeniden gözden geçirilmelidir. Bu doğrultuda;**

- Kadınların sadece meme kanseri ve muayene yöntemine ilişkin bilgileri değil, meme kanserine yönelik farkındalıkları artırılmalıdır (Akyolcu ve Uğraş, 2011; McCready ve ark., 2005; Seçginli, 2011; Secginli ve Nahcivan, 2011; Smith ve ark., 2003).
- Farkındalığı artırmak için, tüm kadınlara memelerindeki normal olmayan herhangi bir değişimin meme kanserinin erken dönem belirtilerinden biri olabileceği anlatılmalıdır (Akyolcu ve Uğraş, 2011; McCready ve ark., 2005; Seçginli, 2011; Secginli ve Nahcivan, 2011; Smith ve ark., 2003).
- Kadınlar düzenli KKMM yapmaları konusunda cesaretlendirilmelidir (Akyolcu ve Uğraş, 2011; McCready ve ark., 2005; Seçginli, 2011; Secginli ve Nahcivan, 2011; Smith ve ark., 2003).
- Memede özellikle kitle ya da şişlik, memelerden birinde normal olmayan büyüme, bir memenin diğerinden normal olmayan şekilde sarkık olması, meme cildinde buruşukluk ve/veya çukurlaşma olması, meme ucu renginde değişiklik ve meme ucundan kanlı akıntı gelmesi, koltuk altındaki lenf bezlerinde büyüme ve üst kolda normal olmayan şişlik gibi değişiklikler konusunda kadınların dikkatli olmalarının önemi belirtilmelidir (McCready ve ark., 2005; Smith ve ark., 2003).
- KKMM’nin meme kanserinden ölümü azaltmada etkisinin sınırlı olabileceği ve

KKMM ile birlikte KMM ve mamografinin önemi vurgulanmalıdır (Akyolcu ve Uğraş, 2011; Champion, 2003; McCready ve ark., 2005; Smith ve ark., 2003; Seçginli, 2011; Secginli ve Nahcivan, 2011).

- KKMM'ye ilişkin eğitimlerde muayene işleminin etkin ve doğru yapılmasının önemi belirtilmelidir. Kadınlara KKMM'nin ancak etkin ve doğru şekilde yapıldığında meme kanserinin erken dönemde belirlenmesine yararı olacağı anlatılmalıdır. Bunun için kadınların KKMM yapma konusundaki yeterlilikleri değerlendirilmelidir (Champion, 2003; Lechner ve ark., 2004; Seçginli, 2011; Secginli ve Nahcivan, 2011).

- Kadınlarda KKMM yapma oranını artırmak için KKMM'yi etkileyen faktörler (sağlık inançları, tutum ve algıları vb.) incelenmeli ve kültürel özelliklere uygun meme sağlığı eğitim programları planlanmalıdır (Gözüm ve Aydın 2004; Secginli ve Nahcivan, 2007; Akyolcu ve Uğraş, 2011; Seçginli, 2011; Secginli, Nahcivan, 2011).

Yaşlıda meme kanseri taramaları için en önemli görev hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarına düşmektedir. KKMM yapma zamanı belirleme yaşlı kadınlarda hafıza problemlerinden dolayı önemlidir. Bu nedenle takvim, en sevdiği kişinin doğum günü vb. gibi hatırlatıcılar kullanılabilir. KKMM adımları oldukça fazla ve yaşlı bireyler için karışık olabilmektedir. Yaşlı kadınlarda KKMM artırılmasında grup tartışmaları, görsel materyaller, model üzerinde uygulama çalışmalarının yapılması önerilmektedir (McCool, 1994).

2.5.2. Klinik Meme Muayenesi

Klinik meme muayenesi mamografi gibi bir tanı ya da tarama yöntemidir. KMM, mamografi olanağının bulunduğu durumlarda tek başına önerilmemektedir. Ancak mamografi olanaklarının sınırlı olduğu ülkelerde KMM tek başına meme kanseri taraması için kullanılabilir (Anderson ve ark., 2003; Gürsoy, 2008; Seçginli, 2011). KMM mamografi ile birlikte uygulandığında, meme kanserinin belirlenme oranı %5-20 artmaktadır. KMM meme dokusu yoğun olan kadınlarda mamografi ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş mamografi sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır ve mamografi ile belirlenen meme kanserlerinin %60'ı KMM ile tespit edilebilmektedir. Asemptomatik kadınlarda ideal tarama programında, KMM ve KKMM mamografi ile birlikte olmalıdır (Seçginli, 2011; McDonald ve ark., 2004; Weiss, 2003;).

Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi için Amerikan Kanser Birliği 20- 39 yaşlarındaki semptomsuz kadınların her üç yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl memenin doktor tarafından klinik muayenesinin yaptırılmasını önermektedir (Smith ve ark., 2011).

Türkiye herhangi bir nedenle sağlık kurumlarına başvuran her kadına, yılda bir kez KMM yaptırması önerilmektedir (Baskan ve ark., 2012).

2.5.3. Mamografi

Mamografi ucuz, kolay uygulanabilen ve kolay erişilebilen, memenin yumuşak dokusu ve değişikliklerini ortaya çıkarabilen erken tanıda en başarılı görüntüleme yöntemidir. Tüm dünyada meme kanserinin erken tanısında altın standart mamografidir. Mamografi, tarama yöntemleri arasında mortaliteye etkisi yönünden en etkili yöntem olmakla birlikte, çalışma kanıtları bu etkinliğin özellikle 50-69 yaş arasında olduğunu göstermektedir (Seçginli, 2011). Mamografinin hangi yaşlarda ne kadar sıklıkla uygulanacağı konusunda farklı görüşler vardır. Erken tanıda önemli yeri olan taramalarla yaşlı bireylerde meme kanserin azaltılabileceği ile ilgili görüş birliği olmasına karşın meme kanseri yönünden hayatta kalma ve taramalar açısından yaşlı kişiler çok az çalışılmıştır (Coughlin ve ark., 2007; Koren ve Hertz, 2007; Mandelblatt ve Yabroff, 2000; Walter ve ark., 2005; Wu ve ark., 2001). Taramalarla ilgili yapılan sekiz RKC yalnızca ikisinde 70 yaş ve üzeri kişiler yer almıştır. Elli-Altmışdokuz yaş grubu kadının yer aldığı bütün RKC’larda mamografinin koruyucu etkisi gösterilmiştir (Kerlikowske ve ark., 1995; Walter ve ark., 2005). Birleşik Krallık, Hollanda, İsrail ve Türkiye’de, 50 yaşından sonra mamografi çekilmesi tarama standardı olarak belirlenmesine karşın; ABD, Avustralya ve İsveç’te mamografi çekilme başlangıcı olarak 40 yaş belirlenmiştir. Kaynakları zengin bir ülke olan ABD’de Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society, 2012) Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute, NCI, 2009), Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Ekibi (The U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF, 2009) gibi pek çok kuruluş mamografinin 40 yaşında başlamasını, NCI ve USPSTF mamografi taramasının bir-iki yılda, diğer kuruluşlar yılda bir olmasını önermektedir. USPSTF (2009), 50-74 yaş arasındaki kadınların iki yılda bir mamografi ile taranmasını önermektedir. Ek olarak, NCI (2009) yüksek meme kanseri riskine sahip olan 40 yaş altı kadınların doktorun önerisine göre mamografi çektirmesi gerektiğini bildirmektedir. Amerikan Geriatri Derneği (American Geriatrics Society) rehberi ise yaşam beklentisi dört yıl ve üzeri olan yaşlı kadınların taranmaya devam edilmesi gerektiğini önermektedir (Walter ve ark., 2005). Amerikan Hekimler Birliği (The American College of Physicians) meme kanseri taramasını 74 yaş ile sınırlandırmıştır (Van Hoeyweghen, 2001). Costanza (1992) çalışmasında sağlıklı ve yaşam beklentisi yüksek olan 75 yaş ve üzeri kişilerin taranabileceğini bildirmekte ve yaşlı kadınlarda KKMM, KMM ve mamografiyi erken tanı

olarak önermektedir. Bununla birlikte, çeşitli araştırma bulguları, mamografinin özellikle 50-69 yaş arası kadınlar için güçlü bir tarama yöntemi olduğunu gösterirken, 50 yaşın altındaki kadınların meme dokularının daha yoğun olması nedeniyle mamografi ile yanlış pozitiflik oranının da fazla olduğunu göstermektedir (Lechner ve ark., 2004; Vahabi, 2003). Topluma yönelik mamografi incelemesi ile yürütülen meme kanseri taramalarının, meme kanserinin mortalite hızını %30 kadar düşürdüğü gösterilmiştir (Champion ve ark., 2006).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından topluma yönelik meme kanseri taraması çalışmaları sırasında uyulması gereken kural ve standartları belirlemek amacıyla Temmuz 2004'te 'Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartlar' yayınlanmıştır.

Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartlar

- Hedef nüfus, coğrafi olarak sınırları belirlenmiş bir toplumda yaşayan 50-69 yaş grubu kadınlar olmalıdır.
 - Tarama aralığı iki yıl olmalıdır.
 - Taramaya katılanlara her iki meme için, birisi medyolateral oblik, diğeri ise kranyokaudal olmak üzere ikişer poz mamografi filmi çekilmelidir.
- Mamografi filmleri iki radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmeli, her iki uzmanın önerileri de dikkate alınmalıdır.
- Asıl tarama yöntemi memenin mamografi ile incelenmesi olmakla birlikte, taramaya katılan her kadın doktor tarafından da muayene edilmelidir (Tuncer, 2004).

2.5.4. Pap Smear Test

Serviks kanserinin erken tanısında en etkin yöntem olan Pap smear testi ucuz ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir. Gelişmiş ülkelerde son yıllarda rutin Pap smear testinin kullanılmasıyla invaziv serviks kanseri oranları düşmüştür (Akyüz ve ark., 2006). Ancak taramaların nasıl yapılacağına ilişkin ortak görüş yoktur. ACS serviks kanseri taramasının ilk cinsel ilişkiden itibaren ilk üç yıl içinde veya en geç 21 yaşında başlanmasını, 30 yaşından sonra arka arkaya yapılan son üç tarama normal bulunmuşsa tarama aralıklarının iki-üç yılda bir indirilmesini önermektedir. Yetmiş yaş ve üstü kadınlarda son Pap testinden üç veya daha fazlasında veya son 10 yıl içinde anormal test sonucu olmayan, total histerektomi ameliyatı yaptıran kadınların taramalarına son verilebileceğini belirtmektedir. Ancak kadın 70 yaşına kadar taranmamış ise taranmasını önermektedir (Smith ve ark., 2011). Amerikan Geriatri Derneği (American Geriatrics Society) rehberinde 70 yaş ve üzeri kadınlarda son iki veya

daha fazla Pap test sonucu normal olarak değerlendirilenlerin, tedaviyi tolere edemeyen veya yaşam süresi kısa olan 60 yaş ve üzeri kadınların serviks kanseri taramalarının durdurulabileceği bildirilmektedir (Walter ve ark., 2005). Wong ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında yeni invaziv servikal vakalarının $\frac{1}{4}$ ü 65 yaş üzerinde görülmekte ve yaşlı kadınların %25'i daha önce hiç taramalara katılmamaktadır. Anormal test sonuçlarının çoğu 65-70 yaş grubunda olup, 65 yaş ve üzerinde anormal Pap smear test hızı 31.5/1000 olarak saptanmıştır. Pap smear test ile taramalara 65 yaş ve üzerindeki kişilerin devam etmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Ülkemizde 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Türkiye'de yürütülecek toplum tabanlı serviks kanseri taraması çalışmaları sırasında uyulması gereken kural ve standartlar belirlenmiştir.

Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları

Pap smear testi,

- Taramada mutlak hedef 30-40 yaş aralığındaki tüm kadınların en az bir kez Pap smear testi yaptırmasıdır.
- Toplum tabanlı taramalar 30 yaşında başlamalı, beş yıllık aralıklarla tekrarlanmalı, son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir.
- Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olgularda vajinal sitoloji ile takip gerekli değildir. CIN II ve III histerektomili olgularda üç kez negatif sonuç ve son 10 yılda anormal/pozitif sitoloji yoksa tarama kesilmelidir.
- HIV enfeksiyonu tanısı alan ve/veya immünsüpressif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kez, sonuçlar negatif ise test yılda bir kez yapılmalıdır (SB, 2007).

2.6. Sağlık Davranış Modelleri ve Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı/Tarama Davranışları

Bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları ve bireylerin davranışlarındaki değişimler geliştirilen teori ve modellerle açıklanmaktadır. Teori ve modeller, araştırmaların planlanmasını, uygulanmasını ve değerlendirilmesine rehberlik etmektedir. Ayrıca teori ve modeller neden, ne, nasıl sorularına yanıt aramakta; davranışı açıklayarak davranış değişikliğinin gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008). Literatürde sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili tıbbi, davranışsal ve sosyo-çevresel yaklaşımlar olmak üzere üç temel yaklaşımdan bahsedilmektedir. Bu modeller, Sağlık İnanç

Modeli, Planlı Davranış Teorisi, Transteorik Model, Precede-Proceed Model, Sosyal Öğrenme Teorisi ve Sağlığı Geliştirme Modeli'dir (Glanz ve ark., 2008). Bu modellerden Sağlık İnanç Modeli, meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını arttırmada sık kullanılan modeldir. Bunun yanı sıra erken tanı davranışlarında sınırlı çalışılmış olan Sağlığı Geliştirme Modeli de sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında kullanılmaktadır. Bu yaklaşımların her biri sağlığı geliştirmek için sağlık davranışının temellerinin anlaşılmasında ve daha sonra sağlık davranışı hedefine ulaşmayı anlamada bilinmesi önemlidir. Bu yaklaşımlar birbirlerinin tamamlayıcısı niteliğindedir ve etkili sağlığı geliştirme müdahalelerinin gelişimine katkıda bulunmaktadırlar (Giummarra ve ark., 2004).

Meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarında sıklıkla davranışsal yaklaşımlar çalışılmıştır. Davranışsal yaklaşım davranışsal sağlık risk faktörlerini değiştirmek veya ortadan kaldırmak için sağlığı geliştirme müdahalelerinin uygulanması üzerinde durmaktadır. Sağlık çalışanlarının mesleki sorumlulukları ve rolleri gereği sağlığı geliştirme müdahalelerinde büyük sorumlulukları vardır. Meme ve serviks kanserinde sekonder korumada hastalığın erken belirlenmesi ve taramalar yer alırken, primer korumada risk faktörlerine yönelik kadınların eğitimi ve davranış değişiminin önemini fark ettirme yer almaktadır. Davranış değişikliği sağlamanın yolu bireyin bilinçlenmesi ve eğitimden geçmektedir. Dolayısıyla hemşirenin en önemli rollerinden birisi olan sağlık eğitimi kadınların olumlu sağlık davranışı geliştirmelerinde etkili bir yöntemdir (Koren ve Hertz, 2007; McCready ve ark., 2005; Özkahraman, Vural ve Bayık, 2006; Paskett ve ark., 1999; Secginli ve Nahcivan, 2011; Wood ve ark., 2002).

Pek çok araştırma bulgusu yaşlı kadınlarda meme ve kanseri erken tanı davranışlarının yetersizliğine işaret etmekte, özellikle yoksul ve yaşlı bireylerin erken tanı çalışmalarında ele alınması gereken öncelikli gruplar olduğu belirtilmektedir (Curbow, 2004; Koren ve Hertz, 2007; Vazquez ve ark., 2002). Meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik bilincin artırılması ve erken tanı davranışların düzenli olarak yapılması için çalışmaların bu modellerle desteklendiği, bu modellere göre eğitim programlarının hazırlandığı ve uygulandığı görülmektedir (Champion ve ark., 2003; DeFrank ve ark., 2009; Kim ve Menon, 2009; Menon ve ark., 2007; Park ve ark., 2011; Paskett ve ark., 1999; Rakowski ve ark., 1998; Secginli ve Nahcivan, 2011; Sohl ve Moyer, 2007; Tanner-Smith ve Brown, 2010; Yabroff ve ark., 2003; Vazquez ve ark., 2002; Wang ve ark., 2008). Yaşlı kadınların meme kanseri erken tanı farkındalıklarına yönelik modellerle desteklenmiş girişimlerin

(hatırlatıcılar-mektup, telefon, yazılı materyal, doktor hatırlatması, kadınların eğitimi, telefonla danışmanlık, birkaç aşamalı girişimsel uygulamalar gibi) taramalara katılımın artırılmasında etkili olduğuna ilişkin kanıtlar elde edilmiştir (Champion ve ark., 2003; DeFrank ve ark., 2009; Kim ve Menon, 2009; Menon ve ark., 2007; Rakowski ve ark., 1998; Park ve ark., 2011; Secginli ve Nahcivan, 2011; Sohl ve Moyer, 2007; Vazquez ve ark., 2002; Wang ve ark., 2008).

Türkiye’de yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışına katılımlarına yönelik modele dayalı yapılmış bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Yaşlı kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında etkin olan model ve uygulamaların bilinmesi meme kanseri taramalarına yaşlı kadınların katılımını sağlama, sağlık eğitimlerinin planlanması ve kadınların hizmet almalarının kolaylaştırılması açısından önemlidir. Ayrıca yaşlı kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında etkin olan faktörler ve engellerin daha fazla anlaşılması halk sağlığı ve klinik alanda meme kanseri taramalarına yaşlı kadınların katılımını artırmada yararlı olabilir.

2.6.1. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

SİM ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından hastalıkların önlenmesi ve erken tansında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için geliştirilmiştir (Glanz ve ark., 2008). Model sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. Modelin en temel bileşenleri; yatkınlık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı ve engel algısıdır. Öz-etkililik ve sağlık motivasyonu algısı modele daha sonra eklenmiştir. SİM’in anahtar kavramları; eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçirciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi gibi) varsa ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir. SİM’in en güçlü ayırıcının algılanan engeller olduğu belirtilmekte ve uzun yıllardır meme kanseri erken tanı/tarama davranışları yanında diğer koruyucu davranışları (bağışıklama davranışları, prenatal davranışlar, sigara içme davranışı vb.) etkileyen faktörleri değerlendirmek için de kullanıldığı belirtilmektedir (Glanz ve ark., 2008; Pender, Murdaugh ve Parsons, 2006; Pender, 1987).

2.6.1.1. Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri

A. Bireysel Özellikler

Sosyo-Demografik ve Sosyo-Psikolojik Faktörler: Cinsiyet, yaş, eğitim, etnik köken ve gelir demografik değişkenlerden bazılarıdır. Bu özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algisal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Yaş, gelir, eğitim durumu gibi faktörlerin artması sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır (Hochbaum, 1958). Sosyal sınıf, sosyal baskı ve kişilik yapısı sosyo-psikolojik değişkenlerden bazılarıdır. Bireyin sağlığını korumak için gerekli davranışsal niyet düşük düzeyde ise sosyal baskı ya da sosyal etki, uygun sağlık davranışının ortaya çıkmasında rol oynamaktadır. Destek gruplarının baskısı bireyin sağlık davranışlarıyla ilgili tutum ve inançlarının değişmesinde ya da grup davranışları normlarına uymasına etki etmektedir (Clemen ve ark., 2002).

B. Algılar

Algılanan Duyarlılık: Kişinin sağlığını tehdit eden hastalık/risk ile ilgili algısıdır. Bu, tanının kabulü, hastalığa yakalanma ile ilgili olasılık ve hastalığa olan genel duyarlılığı ifade etmektedir. Algılanan duyarlılık ne derece yüksek ise koruyucu eyleme geçme olasılığı o derece yüksek olmaktadır. Bu nedenle hastalığın bireylerin hayatında az ya da çok bir olasılıkla her zaman için varolabileceğine inandırmak gerekmektedir (Clemen ve ark., 2002; Glanz, Rimer ve Lewis, 2002; Glanz ve ark., 2008).

Algılanan Ciddiyet: Hastalığın ciddiyeti ile ilgili algı ya datedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçlar ile ilgili değerlendirmelerdir. Bazı organların hassasiyeti kişi için çok belirgin olabilir. Bu ya kendi hayat tecrübelerine dayanarak çıkarttığı sonuçlardır, ya da ailede görülen bir rahatsızlık sebebiyle kendinin de o hastalığa duyarlı olduğu inancıdır. Bazen de kişiler belli hastalıklara karşı daha duyarlı olmaktadır. Çünkü bunların yaşamsal riski konusunda bilinçlenmişlerdir. Algılanan ciddiyetin fazla olması halinde koruyucu sağlık davranışını gösterme olasılığı artmaktadır (Clemen ve ark., 2002; Glanz ve ark., 2002; Glanz ve ark., 2008).

Algılanan Tehdit: Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet birleşerek bireyde tehdit algısını oluşturmaktadır (Clemen ve ark., 2002; Glanz ve ark., 2002; Glanz ve ark., 2008).

Algılanan Yarar: Algılanan duyarlılık ve ciddiyet, ilgili davranışın gerçekleştirilmesine yönelik baskı oluşturmaktadır. Hastalık tehdidini azaltması için gerçekleştirilecek davranışın etkili olacağı ile ilgili inanç, algılanan yarar olarak tanımlanmaktadır. Bir kişinin davranış

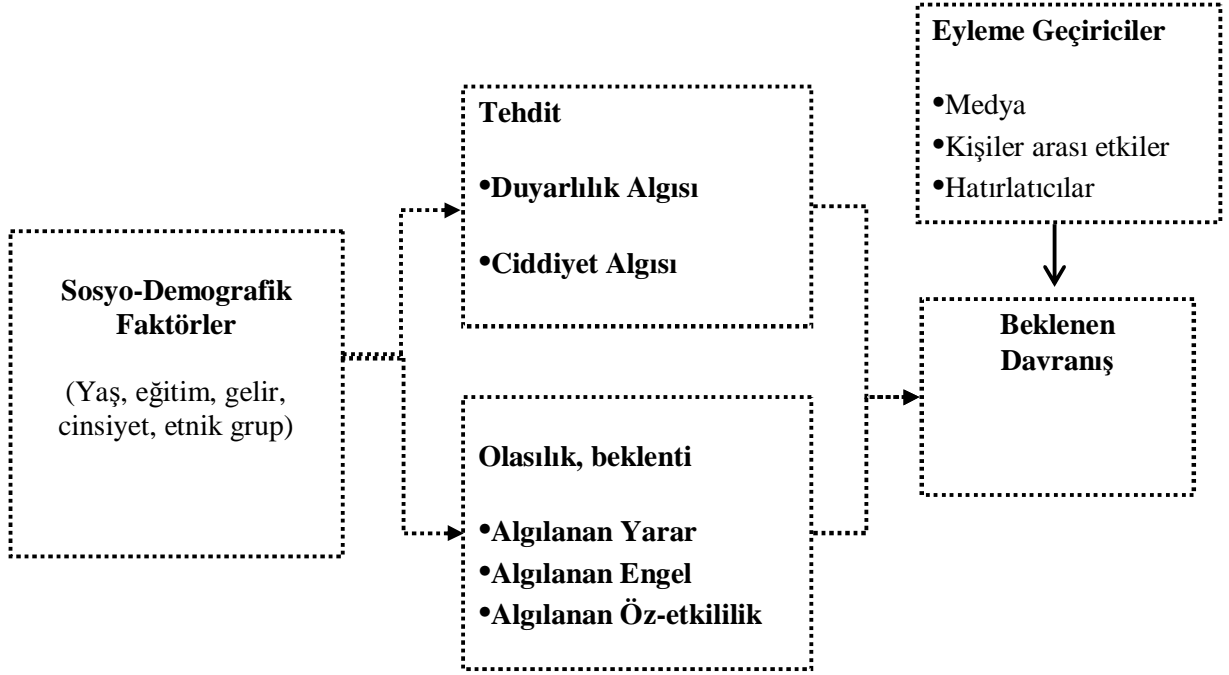
değişikliğini ne kadar faydalı algıladığı, eğer o davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. Bireylere koruyucu çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilir. Böylece kişilerde sağlıkla ilgili davranış ve tutumlar ve koruyucu sağlık uygulamaları yapmanın yararıyla ilgili bilinç alanını geliştirmek mümkün olabilir (Clemen ve ark., 2002; Glanz ve ark., 2002; Glanz ve ark., 2008).

Algılanan Engeller: Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştıran engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleri ile ilgili algıdır. Önerilen davranışı gerçekleştirmenin önünde algılanan somut ya da duygusal engeller ya da bu davranışın yol açacağı düşünülen istenmeyen sonuçlardır. Maliyet, rahatsızlık, hoş olmayan bazı yaşam değişiklikleri koruyucu davranışlar için engel teşkil edebilmektedir. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Algılanan yarar algılanan engellerden ne ölçüde fazla ise davranışa eğilim o ölçüde fazladır (Clemen ve ark., 2002; Glanz ve ark., 2002; Glanz ve ark., 2008).

Öz-Etkililik: Bandura'ya göre öz-etkililik, kişinin sonuçları elde etmek için gereken davranışı gerçekleştirmesine yönelik kararlılığı ve kendisine olan inancıdır. Modele 1988 yılında eklenmiştir (Glanz ve ark., 2002). Yaşam biçimi ile ilgili davranış değişikliği yapılırken, olumlu sonuçlar görülmeden ve yaşam biçimini değiştirmeden önce, sonucun iyi olacağına güvenmek gerekir (Glanz ve ark., 2002; Glanz ve ark., 2008).

Algılanan Sağlık Motivasyonu: Sağlıkta sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışın gerçekleştirilmesine yönelik isteklilik durumudur. SİM'e göre sağlık motivasyonu algısı yüksek olan kadınların düzenli KKMM yapma, KMM ve mamografi yaptıрма eğilimleri daha yüksektir (Nahcivan ve Seçginli, 2003).

C. Eyleme Geçiriciler: Eyleme geçiriciler, sağlık davranışının ortaya çıkma insidansına etki eden belli başlı durumlardır. Eyleme geçiriciler internal ya da extenal olabilir. İnternal eyleme geçiriciler hastalığa özgü rahatsızlık belirtilerinin hissedilmesidir. External harekete geçiriciler ise medya, öğütler, posterler, billboardlar, gazete ve magazin makaleleri ile sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanan hatırlatıcılar (hatırlatıcı mektuplar, telefonla hatırlatma, mail ile hatırlatma, bilgi verici broşürler, ev ziyaretleri vs.) ve konu ile ilgili eğitimi içermektedir. Birey potansiyel sağlık problemi ile ilgili ne kadar çok uyarı ya da tavsiye alırsa koruyucu davranışı gösterme olasılığı o derece fazla olmaktadır (Clemen ve ark., 2002; Glanz ve ark., 2008). SİM'de eyleme geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğu belirtilmektedir (Hochbaum, 1958). Modele yönelik kuramsal çerçeve Şekil 2'de yer almaktadır.



Şekil 2: Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri (Rosenstock, Strecher ve Becker, 1988).

2.6.1.2. Meme ve Serviks Kanseri Tarama Davranışları ve Sağlık İnanç Modeli

Kişinin belli bir hastalığın nedeni ve anlamı hakkında inanışları ve algıları, tedavi arama davranışları, koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışlara yönelme ile bağlantılıdır (Lee ve ark., 2007; Zhu ve ark., 2002). Olumlu sağlık davranışlarının bireye kazandırılmasında kullanılan modellerden SİM kişinin sağlığa ilişkin eylemleri yapmayı ya da yapmamayı neyin etkilediğini araştıran bir motivasyon teorisidir. SİM daha yoğun olarak meme kanseri tarama davranışını açıklamada kullanılırken (Gözüm ve Aydın 2004; Glanz ve ark., 2008; Karayurt ve Dramalı, 2007; Savage ve Clarke, 1996; Secginli ve Nahcivan 2004; Secginli ve Nahcivan, 2011, Tablo 3) serviks kanseri tarama davranışları çok az çalışılmıştır (Fang ve ark., 2007; Paskett ve ark., 1999; Tanner-Smith ve Brown, 2010).

Model, “*bireysel algılara, değişikliğe neden olan faktörlere ve beklenen davranışlara*” etkili olan değişkenleri içerir. SİM’ne göre bir kadının meme kanserine yönelik duyarlılık ve meme kanseri ciddiyetinin düzeyinin yüksek olması KKMM yapma ihtimalini arttırmaktadır. Meme kanserine karşı duyarlı olan ve meme kanserini ciddi bir durum olarak algılayan kadınlar ise taramaları daha fazla yapacaklardır. Yapılan araştırmalar, kadınların meme kanseri taramalarına yönelik inançlarının bilinmesinin bu yöndeki uygulamaların öğretilmesi ve benimsetilmesinde etkili olacağını göstermiştir. Champion’un SİM ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda kadınların demografik özellikleri yanı sıra meme kanseri

erken tanı çalışmalarında sağlık algılarının ve engellerin etkili olduğu ortaya konulmuştur (Champion, 1995; Chan ve ark., 2007; Dündar ve ark., 2006; Glanz ve ark., 2008; Gözüm ve Aydın, 2004; Ho ve ark., 2005; Karayurt, 2003; Karayurt ve Dramalı, 2007; Lee ve ark., 2003; Nahcivan ve Seçginli, 2003; Sadler ve ark., 2007; Seçginli ve Nahcivan, 2006; Secginli ve Nahcivan, 2011; Parlar ve ark., 2004; Wood, 1996; Wood ve ark., 2002; Wood ve Dufy, 2004). Sohl ve Moyer (2007) yaptıkları meta analiz çalışmasında; bireylere özgü özel uygulamalar, özellikle SİM kullanımı (3.3 kat) ve doktor önerisinin mamografi taramalarının arttırılmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Augustson ve arkadaşları (2003) eğitim düzeyi düşük, sağlık sigortası olmayan, düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen yaşlı bireylerin mamografi ve Pap smear test taramalarına daha az katıldığını saptamışlardır. Questby ve arkadaşları (2003) yüksek eğitim seviyesi, yüksek gelir ve evli olmanın, sağlığını iyi olarak tanımlamanın hem serviks hem de meme kanseri taramalarına katılımı ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Edwards ve Jones (2000) daha genç ve eşi ile birlikte yaşayanların daha fazla meme kanseri taramasına katıldığını belirlemiştir. Çalışmada ciddi fonksiyonel yetersizliğin taramalara katılım için bir engel olduğu gösterilmektedir. Hastalık sayısı ve mini mental test puanı azaldıkça meme ve serviks kanseri taramalarına katılım oranları düşmektedir (Wu ve ark., 2001). Lu (2001) çalışmasında unutmama, meme kanseri ile karşılaşma korkusu, KKMM yaparken kendini tuhaf hissetme engeller arasında sıralanmıştır. KKMM yapmada birinci sırada sağlık çalışanı, ikinci sırada kocası ve arkadaşları etkili olarak bildirilmiştir. KKMM modeli kullanma KKMM yapmada kadının kendine güvenini arttırmada etkili olarak bulunmuştur. Bu çalışmada deney grubunun KKMM yapma sıklığı ve doğru yapma oranı kontrol grubuna göre artış göstermiştir. Uygulama sonrası deney grubunun duyarlılık ve engel algıları azalmış, yarar algısı artmıştır. Hemşirelere sağlanabiliyorsa telefon hatırlatmaları yapması önerilmiştir.

Russell, Champion, Skinner (2006) 51-92 yaş ve üzeri Afrikalı Amerikan kadınlarda beş yıl süresinde mamografi yaptırmaya sıklığına sağlık inançlarının etkisini inceledikleri çalışmalarında son beş yıl içinde 4-5 kez mamografi yaptıran kadınların tarama bilgisi daha fazla ve algılanan engelleri daha düşük olarak bulunmuştur. Taramalara katılım eğitim düzeyi, gelir, tarama bilgisinin olması, sağlık çalışanının önerisi ile ilişkili bulunmuştur. Mamografi yaptırmaya sıklığı ile algılanan duyarlılık ve yarar arasında ilişki bulunmazken, öz-etkililik ve engel algısı mamografi yaptırmaya sıklığı ile ilişkili olarak saptanmıştır. Gasalberti (2002) araştırmasında sağlık algısı ve KKMM yapma arasında bir ilişki bulunmazken, algılanan

engellerle KKMM yapma arasında negatif ilişki belirlenmiştir. Jirojwong ve MacLennan (2003) tarafından yapılan çalışmada, öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara göre 4.6 kat daha fazla her ay düzenli KKMM yaptıklarını ifade etmişlerdir. Yu ve Wu (2005) 40-85 yaş arasındaki 206 Çinli Amerikan kadınlarda yaptığı çalışmada, mamografi yaptırmada sağlık hizmetine ulaşım, algılanan engel, bilgi arama davranışı etkili olarak bildirilmektedir. Tarama davranışına katılımda duyarlılık, ciddiyet ve yarar algısının etkisinin olmadığı belirtilmiştir. Kadınlarda bilgi arama davranışı ve sağlık hizmetine ulaşımı artırma yolları meme kanseri taramalarını artırmada etkili stratejiler olarak bu çalışmada değerlendirilmiştir. Champion ve arkadaşları (2000) tarafından 50-85 yaş arasındaki kadınlarda yapılan randomize kontrollü çalışmada, deney grubundaki kadınların eğitim öncesi algıladıkları duyarlılık puanı telefonla görüşülen grupta ortalama 11.66'dan eğitim sonrası ortalama 15.85'e yükselmiştir. Bireysel görüşme yapılan grupta ise eğitim öncesi ortalama 11.80 iken eğitim sonrası ortalama 16.30 olmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı çalışmada, deney grubundaki kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası algıladıkları yarar yüksek ve istatistiksel fark anlamlı olarak bulunmuştur.

Ülkemizde Secginli ve Nahcivan (2011) sağlık eğitimi, film gösterisi, meme maketi ve yazılı materyaller (kitapçık, broşür ve kart) gibi yöntemleri kapsayan meme sağlığı geliştirmek için yapılan bir araştırmasında kadınların KKMM'sini yeterli ve etkin yapmalarına katkısının olduğu, KMM ve mamografi yaptırmaya katkısının olmadığı belirlenmiştir. Ancak bu çalışmada programın kadınların meme kanseri bilgisini, meme kanseri yatkınlık, ciddiyet, KKMM-yarar, güven ve mamografi-yarar algısını geliştirmede etkili bulunurken KKMM-engel ve mamografi engel algılarını azaltmada, sağlık motivasyonu algısını geliştirmede etkili olmadığı saptanmıştır. Karayurt (2003) çalışmasında kadınların algılanan engeller arttıkça, KKMM uygulama sıklığının azaldığını, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, öz yeterlilik ve sağlık motivasyonu yüksek olan kadınlar daha yüksek oranda önerilen şekilde KKMM uyguladığını saptanmıştır. Bu çalışmada yaş, medeni durum, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile kadınların son bir yılda KKMM uygulama sıklığı arasında ilişki bulunmamıştır. Gözüm ve Aydın (2004) KKMM uygulayan kadınların meme kanseri ile ilgili algılanan duyarlılık, ciddiyet ve engel düzeyinin uygulamayan kadınlar ile benzer, algılanan yarar ve öz-etkililik algı düzeyini ise uygulamayan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Dünder ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında meme kanseri bilgisi ile KKMM

uygulanması, KKMM yarar algısı, sağlık motivasyonu ve mamografi yararı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Meme kanseri bilgisi ile mamografi yaptırmada algılanan engeller arasında negatif bir ilişki belirlenmiştir. Araştırmada KKMM uygulaması ve mamografi yaptırmaya ile yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, sağlık güvencesi, aile tipi arasında anlamlı ilişki saptanmaz iken yalnızca meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyi ile KKMM uygulaması ve mamografi yapılması arasında, anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Nahcivan ve Secginli (2007) 18-67 yaş arasında tanımlayıcı karşılaştırmalı çalışmada KKMM yapan ve yapmayanlar arasında yaş, evlilik durumu, sağlık güvencesi, düzenli kadın doğum uzmanına gitme ve KKMM eğitimi alma açısından ilişki bulunmuş, KKMM yapanların yarar ve kendine güven algıları daha yüksek olarak saptanmıştır. Özkahraman ve arkadaşları (2006) 35 yaş ve üzeri kadınların %68'inin mamografi yaptırmadığını saptamış ve KKMM geliştirme becerileri sağlık eğitimi sonrası kadınların becerilerinde etkili bir artış belirlenmiştir.

Avcı ve arkadaşları (2007) çalışmada eğitim öncesine göre eğitim sonrasında kadınlarda KKMM yapma ve bilme oranında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır. Eğitim öncesine göre eğitim sonrasında KKMM sağlık inanç puanlarında algılanan duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yarar, engel ve öz-etkililik puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmada kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası KKMM'si duyarlılık ve ciddiyet algısı puanı düşük, sağlık motivasyonu, KKMM yarar, engel ve öz-etkililik puanları yüksek olarak bulunmuştur. KKMM bilme ve yapma durumu ile meme kanseri taramalarına ilişkin sağlık inançları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark belirlenmemiştir. Eğitim sonrası KKMM bilenlerin öz-etkililiği ve sağlık motivasyonu bilmeyenlere göre daha yüksek ($p < .05$) ve yarar algısı düşük bulunmuştur ($p > .05$). KKMM yapanların yapmayanlara göre sağlık motivasyonları ($p < .05$) ve öz-etkililiği yüksek ($p > .05$) olarak saptanmıştır. KKMM yaparken izlenen doğru adımların sayısında eğitim sonrasında artış belirlenmiştir. Aynı çalışma, eğitimle birlikte ayda bir olmak üzere üç kez yapılan telefonla hatırlatmasının KKMM'nin düzenli yapılmasında etkili olduğu saptanmıştır (Avcı ve ark., 2007).

Yaşlı kadınların meme kanseri tarama hızlarının düşmesinde ve erken tanı davranışına yönelmesinde fizyolojik, psikolojik, eğitimsel, sosyal ve kültürel faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Yu ve Wu, 2005; Lee ve ark., 2007; Zhu ve ark., 2002). Erken tanı davranışlarını etkileyen etmenler incelendiğinde, dış etkenlerden kaynaklanan engeller arasında; sağlık güvencesinin ve erken tanı uygulamaları hakkında bilgisinin olmaması,

ulaşım olanaklarının yetersizliği, aile, arkadaş ve eş desteği yer alırken içsel engeller arasında ise; inanç, yaş, eğitim, ulaşım aracının olmaması, konu ile ilgili bilgilendirilmeleri gibi nedenler gelmektedir (Garbers ve ark., 2003; Nahcivan ve Secginli, 2007; Vazquez ve ark., 2002). Kadınların taramalara katılımını ve doktora başvurularını engelleyen nedenler arasında memesini kaybetme korkusu, ölüm korkusu, beden imajında değişiklik korkusu, ilgisizlik, utangaçlık, eğitimsizlik ve parasal sorunlar da yer almaktadır (Taplin ve ark., 2000; Young ve Severson, 2005). Yaşlı bireylerin genellikle meme kanserinde riskli olduklarının farkında olmadıkları, semptomların olmadığı durumlarda mamografi yaptırmadıkları belirtilmekte, gençlere göre meme kanseriyle ilişkili yanlış bilgi ve inançlara sahip oldukları, bu nedenle de daha riskli oldukları vurgulanmaktadır (Wood ve ark., 2002).

Pap smear test ise serviks kanser taramasında kanserin nlenmesine yönelik maliyet açısından etkin olan bir yöntem olmasına rağmen, çalışma sonuçları, yaşlı kadınların serviks kanserinin erken tanısı için de başvuru oranlarının düşük olduğunu göstermektedir. Yaşlı kadınların serviks kanseri taramalarına katılımını bazı nedenler engellemektedir. Bu nedenler arasında sağlık personeli ile yaşadığı olumsuz deneyimler, sağlık inançları ve korku, ilgisizlik, utangaçlık, eğitimsizlik, sağlık kuruluşuna ulaşım güçlüğü, randevu alma ve sırada bekleme ile ilgili rahatsızlıklar ve parasal sorunların yer aldığı belirlenmiştir (Fang ve ark., 2007; Van Til ve ark., 2003). Nash ve arkadaşları (2007) düşük gelir düzeyi, düşük eğitim düzeyi, sağlık sigortası olmayan kadınlar ile yaşlıların daha az Pap smear test yaptırdığını saptamıştır. Yaşlı kadınların serviks kanseri erken tanı davranış hızlarının düşmesine neden olan diğer engeller arasında kanser tanısı alma korkusu, ihmal, utangaçlık, kanser ve erken tanı hakkında bilgi yetersizliği, bireyin sağlık algısı, sağlık güvencesizliği, sağlık personeli ile yaşanan olumsuz deneyimler ve sağlık personelinin cinsiyeti, sağlık kuruluşuna ulaşım güçlüğü, randevu alma ve sırada bekleme ile ilgili rahatsızlıklar ile kültür yer almaktadır (Agurto ve ark., 2004; Guilfoyle ve ark., 2007; Lee ve ark., 2007; Van Til ve ark., 2003; Wong ve ark., 2009).

Jirojwong ve arkadaşları (2001) alışmasında Pap smear testi yarar algısı yüksek olan kadınların Pap smear test yaptırma oranlarının daha fazla olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığını, kadınların Pap smear testi yaptırma ile öz etkililik algıları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Agurto ve arkadaşları (2004), yoksul kadınların Pap smear test yaptırmaya yönelik algılanan yararları arasında Pap smear testi sonucunun negatif çıkmasının kendilerini rahat hissetmelerine neden olduğunu ifade etmişlerdir. Lee, Fogg ve Menon (2008), Kore kökenli Amerikalı kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada yarar algısının yüksek

olmasının kadınların Pap smear testi yaptırmada etkili olduğunu belirtmişlerdir. Walter, Lindquist ve Covinsky (2004) Pap smear test yaptırmanın yaşla birlikte azaldığını ancak kötü sağlık durumu ile Pap test yaptırma arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemiştir.

Türkiye’de ise yaşlı kadınlar üzerinde serviks kanseri erken tanı davranışları ile ilgili yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Pek çok araştırma yaşlı kadınlarda meme ve serviks kanseri mortalite hızlarının yüksek olmasına, erken tanı davranışlarına katılım oranlarının düşük olmasına ve taramalara katılma engellerine dikkat çekmektedir (Borrayo ve ark., 2005; Boyer ve ark., 2000; Champion, Skinner ve Menon, 2000; Fang ve ark., 2007; Juon ve ark., 2003; Maxwell ve ark., 2003; Ogedegbe ve ark., 2005; Park, Hur, Kim ve Song, 2007; Paskett ve ark., 2006; Van Til ve ark., 2003; Wong ve ark., 2009; Young ve Severson, 2005). Dünyada ve Türkiye’de yapılan çalışmalar engelleyici faktörlerin belirlenmesi ve bu engellere yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında hemşirelik girişimlerinin önemini vurgulamaktadır. Yaşlı kadınların meme kanseri tarama davranışları ilgili SİM kullanan girişimsel çalışmaların özeti Tablo 3’de yer almaktadır.

Tablo 3: Yaşlı Kadınların Meme Kanseri Tarama Davranışları İlgili SİM Kullanan Girişimsel Çalışmaların Özeti

Kaynak	Katılımcılar	Kullanılan Model	Yöntem	Bulgular
Champion ve ark., (2000)	696 kadın 50-85 yaş kadın ortalama yaş: 61	SİM ve TTM	Deneysel çalışma da bireysel danışmanlık, telefonla danışmanlık ve kontrol grubu	Uygulama sonrası kontrol grubunda %17, telefonla danışmanlıkta %30 ve bireysel danışmanlıkta %33 kadın mamografi yaptırmada uyum göstermiştir. Standart bakımla karşılaştırıldığında telefonla danışmanlık mamografiyi yaptırmada iki kat, kişiye danışmanlık yaklaşık üç kat mamografi yaptırmada etkili olarak bulunmuştur. Hem telefon hem kişiye danışmanlık duyarlılık, engel, yarar algısı ve bilgide değişim yaratmada başarılı olarak bildirilmiştir. İnançları değiştirmeye dayalı uygulamalar mamografi yaptırılmasının artırılmasında etkilidir.
Champion ve ark., (2003)	773 Afrika kökenli Amerikalı kadın 50-85 yaş Ortalama yaş: 61.15 (S D= 9.66)	SİM, TTM	Deneysel prospektif randomize çalışma, Telefonla danışmanlık, kişilere danışmanlık, doktor mektubu, telefon ve doktor mektubu, kişilere danışmanlık ve doktor mektubu ile standart bakım karşılaştırması	Altıncı ay izleminde standart bakıma göre bütün beş uygulama grubunda da mamografi yaptırmada istatistiksel olarak anlamlı (OR=1.93'den 3.55'e) artış saptanmıştır. Doktor mektubu ile yapılan kombinasyonlar tek başına telefon ve mektuptan çok daha etkili olarak belirlenmiştir.
Champion ve ark., (2006)	344 Afrika kökenli Amerikalı kadın 41-75 yaş Ortalama yaş=50.6 (S.D. = 8.8).	Genişletilmiş Paralel İşlem Modeli (Extended Parallel Process Model), SİM, TTM	Prospektif randomize çalışma, sadece broşür, kültüre uygun video ve interaktif bilgisayar destekli eğitim programı karşılaştırması	İnteraktif bilgisayar destekli eğitim programı (%40.0) mamografiyi yaptırmada, video grubu (%24.6) ve broşür grubuna (%32.1) göre en yüksek düzeyde saptanmıştır. Video ve broşür grupları interaktif olmayan bir grup olarak kombine edildiğinde %27.0 oranında mamografi yaptırmış ve interaktif bilgisayar uygulaması grubuna göre (%40.0) mamografi yaptırma oranı düşük, istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Mamografi yaptırmada bilgisayar ve broşür grupları arasında anlamlı fark saptanamamıştır. Benzer olarak mamografi yaptırmada broşür grubu ve video grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
Champion ve ark., (2007)	1244 Afrika kökenli Amerikalı ve Kafkas kadın Ortalama yaş: 66	SİM, TTM	Prospektif randomize çalışma, standart bakım, telefonla danışmanlık, yazılı materyal, hem yazılı hem de telefonla danışmanlık karşılaştırması	Bütün uygulama gruplarında standart bakıma göre mamografi yaptırmada istatistiksel olarak anlamlı artış (Odds Ratio 1.60–1.91) belirlenmiştir. Standart bakım grubunda mamografi yaptırma oranı %23, telefon görüşmesi yapılanlarda %29, yazılı materyal alanlarda %32, telefon ve yazılı materyal alanlarda %35 olarak belirlenmiştir. En güçlü etki telefon ve yazılı materyal kullanan grupta saptanmıştır. Her bir grup lojistik regresyon analizinde medeni durum, iş, ırk, gelir yaş ile mamografi yaptırma arasında anlamlı fark belirlenmemiştir. Eğitimin etkisi istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur.

Costanza ve ark., (2000)	1655 kadın 50-80 yaş	TTM, SİM ve Conflict Model of Decision-Making (Çatışmada Karar Verme Modeli)	Randomize Kontrollü çalışmada, kontrol grubuna yıllık hatırlatma mektubu, girişim grubuna engellere özel telefon danışmanlığı ve doktorun eğitimi	Girişim grubu %44, kontrol grubu %42 düzenli mamografi yaptırmıştır. Düzenli mamografi yaptırma daha önce mamografi yaptırma davranışı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Önceden mamografi yaptıran grupta telefonla danışmanlık mamografi yaptırmada 1.48 kat, doktorun danışmanlığı 1.28 kat etkili olarak bulunmuştur.
DeFrank ve ark., (2009)	3547 kadın 40-75 yaş	SİM	RKÇ, geliştirilmiş yazılı standart bakım hatırlatmaları, otomatik telefon hatırlatması, ek bilgiler içeren geliştirilmiş mektup hatırlatması	Başlangıca göre uygulama sonrasında mamografiyi kadınların %18'i kesin yaptırmıştır. Otomatik telefon hatırlatması yapılan kadınlar standart bakım hatırlatmaları yapılan gruptan istatistiksel olarak anlamlı, daha fazla mamografi yaptırmıştır. Bütün hatırlatıcılarda mamografi yaptırmada etkili bir artış olmasına rağmen, otomatik telefon hatırlatması çok daha etkili ve maliyeti çok daha düşük olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada sağlık merkezlerinin yıllık mamografilerini yaptıran kişilerin mamografi yaptırma oranlarını artırmak için telefonla hatırlatma yapmayı düşünmesi gerektiği bildirilmiştir.
Gillet ve Ortiz (2000)	52 İspanyol kökenli kadın 60-87 yaş Ortalama yaş: 71.5	Leininger'in Kültüre Duyarlı Bakım Teorisi (Theory of Culture Care Diversity) ve SİM	Deneysel olmayan, Soru formları	Meme kanseri taramalarına katılan grubun duyarlılık ve ciddiyet algısı taramalara katılmayanlardan biraz daha düşük bulunmuş ve taramaları yaptıranlar gelecekte meme kanseri olmalarını daha az hissetmişlerdir. Taramalara katılmayan kadınların KKMM puanları daha yüksek, yarar algıları daha fazla belirlenmiştir. Yarar algılarının yüksek olmasına rağmen engel algıları KKMM yapmayı önlemiştir. Tarama yaptırmayan grubun tarama yaptırma ile ilişkili kadercilik puanları hafifçe daha yüksek, kadercilik ve yaş arasında ilişki olduğu bulunmuştur.
Janz ve ark., (1997)	460 kadın 65-85 yaş yaş ortalaması 73.6	SİM	Kontrol grubu ve uygulama grubu (doktor mektubu ve akran danışmanlığı)	Çalışmanın 12. ayında uygulama grubunda (%38) kontrol grubuna (%16) göre mamografiyi yaptırmada artış belirlenmiştir. İkinci ayda mamografi yaptırmaya uygulama grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak 10.5 kat fazla bulunmuştur.
King ve ark., (1994)	598 kadın 50-75 yaş grubu	SİM, TTM ve Karar Verme Çatışma Modeli (Conflict Model Of Decision Making)	Başlangıçta mektup hatırlatma, telefonla danışmanlık, hatırlatıcı 2. Mektup ve koruyucu sağlık hizmeti mektubu ile karşılaştırma	İlk hatırlatma mektubu alan ve almayan grup arasında mamografi yaptırma %14 artmıştır, telefonla danışmanlık alanların %29'u, ikinci mektup alanların %12'si, koruyucu hizmet mektubu alanların %14'ü mamografi yaptırmıştır. Pahalı olmayan mektup mamografi yaptırmada önemli artış sağlamıştır. Hala yaptırmamış olan kadınlara telefonla danışmanlık verildiğinde mektupla karşılaştırıldığında iki kat fazla mamografi yaptırmayı sağlamıştır. Maliyeti de düşürerek sağlık çalışanlarından çok gönüllüler tarafından yapılacak telefon danışmanlığı gelecek çalışmalarda yapılabilir olarak önerilmiştir.

Maxwell ve ark., (2003)	530 Filipinli kadın 40 yaş ve üzeri ortalama yaş: 65	Adherence model (Uyum Modeli), TTM, SİM	Kanser oturum modül oturum grubu, ve fiziksel aktivite modül grubu	Kontrol grubuna (%6) göre uygulama grubunda (%27) mamografi taramalarında artış 10 yıldan kısa süredir Amerika'da yaşayan göçmenlerde saptanmıştır.
Paskett ve ark., (1999)	Başlangıçta 248, izlemde 302 kadın Afirika kökenli Amerikalı düşük gelirli 40 yaş üzeri kadın (yaş ortalamaları 65-68)	PRECEDE/PROCEED model, SİM, Sosyal Öğrenme Teorisi, PENIII modeli	FoCaS projesi kapsamında, karma kohort kesitsel çalışmalarında, uygulama ve kontrol grubu düşük gelirli 2 şehirde, 1. Grup (hatırlatıcı kart, muayene odası teşvikleri, servis toplantıları, hastayı kaynağa yönlendirme), 2 grup (eğitim oturumları, kaynakça dağıtımı, toplumsal olaylar, medya ve kilise programları)	Mamografi yaptırma oranı kontrol grubuna göre uygulama grubunda %18 artmıştır. Kontrol grubunda mamografi yaptırmada istatistiksel olarak anlamlı bir artış (%33 den %40'a) saptanmamıştır. Doktorun taramalara katılımında cesaretlendirmesi güçlü bir belirleyici olarak bulunmuştur. Düzenli olarak muayene olanlar olmayanlara göre daha fazla mamografi yaptırmışlardır. Bu tür çok yönlü uygulamaların taramaları artırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Pap smear test yaptırma oranı kontrol grubuna göre %21 artış göstermiştir. Düzenli pap smear test yaptırma oranı 65 yaş ve üzeri kadınlara göre, genç kadınlarda daha yüksek olarak bulunmuştur. Hem meme hem de serviks kanseri engellerindeki azalma taramalara katılımı artırmış olarak bulunmuştur.
Savage ve Clarke (1996)	170 Avustralyalı kadın 50-70 yaş	Nedensel eylem teorisi (theory of reasoned action) ve SİM	Telefonla görüşme	Model mamografi yaptırma niyetinde varyansın %47'sini, KKMM yapma niyetinde %22'sini açıklamıştır. Mamografi yaptırma niyeti meme kanseri algılanan duyarlılık, kadının mamografi yaptırması gerektiğini bilmesi, önceden mamografi ve Pap smear testini yaptırmış olması ile ilişkili olarak bulunmuştur. KKMM yapma niyeti, öz-etkililik, meme kanseri konusunda bilgili olma, meme kanseri endişesi, iş durumu ile ilişkili bulunmuştur. Her iki tarama yöntemi de meme kanseri olma ile ilgili önceki davranış ve endişelerle ilişkili olarak saptanmıştır. Mamografi taramalarında ağır önemli bir engel olarak bulunmuştur. SİM ve nedensel eylem teorisi, sigarayı bırakma gibi kesin karar gerektiren davranışlara göre alışkanlık davranışlarında uygunluğu daha az olabilir.
Saywell, ve ark., (2004)	1044 kadın 51 yaş üzeri ortalama yaş: 65.6	SİM, TTM	Özel telefon görüşmesi, özel mektup, telefon ve mektup (birlikte) ve kontrol grubu	Maliyet açısından en etkili strateji üç uygulama grubu içinde mektup (%43.3) olarak saptanmıştır. Mektup ve telefon görüşmesinde mamografi yaptırma oranı daha fazladır (%49.4) ancak, maliyeti daha yüksektir. Daha önce mamografi yaptıran kadınların mamografi yaptırma oranları daha yüksek olarak bildirilmiştir. Çalışma daha önce mamografi yaptırmış kadınlara doktorun özel mektup göndermesinin daha etkili olduğunu saptanmıştır. Mamografi yaptırmaya niyeti olmayan veya hiç mamografi yaptırmamış kişilerde kişisel olmayan uygulamaların hiçbirisi etkili bulunmamıştır.

Secginli ve Nahcivan, 2011	41 -59 yaş Ortalama yaş 46.59	SİM	meme sağlığı geliştirme programı kapsamında sağlık eğitimi, film gösterisi, meme maketi, kitapçık, broşür, kart kullanımı	Meme sağlığını geliştirme programı sonrası; üçüncü ve altıncı ayda sırası ile KKMM'sini yeterli yapan (deney grubu: %36.1-% 26,8; kontrol grubu: % 11.8 -% 9.7) olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Program sonrası üçüncü ayda deney grubundaki kadınların KKMM beceri puanı 80.00, kontrol grubunun 24.2 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t= 23.76, p= .000). Program sonrası altıncı ayda deney grubunun KKMM yapma beceri puanı 69.5, kontrol grubunun 27.2 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t= 18.56, p= .000). Program sonrası altıncı ayda KMM yaptırdığını ifade edenlerin oranı deney grubunda %11.3; kontrol grubunda %6.5 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p > .05). Mamografi çekirme oranı deney grubunda %15.5; kontrol grubunda %9.7 bulunmuştur. Fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p > 0.05). Program sonrası altıncı aydaki yatkinlik algısı, KKMM-yarar, güven ve mamografi-yarar algısı puan ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak mamografi-engel algısı, KKMM-engel algısı puan ortalaması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p > .05).
Vazquez, ve ark., (2002)	32 Porto Rikolu kadın 65 yaş üstü Yaş ortalaması: 78.1 (SD=7.4)	PRECEDE-PROCEDE Model, SİM	Sağlık eğitimi, Akran kullanma, Bilgi broşürü ve model üzerinde muayeneyi gösterme, sağlık kurumuna ulaşımı sağlama ve randevu alma, hatırlatmalar	Kadınların sadece %8'i her ay KKMM yapmıştır, %42.4'ü son 24 ayda mamografi yaptırmıştır ve %44.6'sı bir yıl önce KMM yaptırdığını belirtmiştir. Tarama yaptırmamada en önemli faktörler: semptom olmaması, ihmal veya unutkanlık ve doktorun önermemesi olarak saptanmıştır. Mamografi yaptırmada en büyük etki doktorun önermiş olması olarak bildirilmiştir. Erken tanı hakkında bilgi alma mamografi yaptırmaya olasılığını dört kat arttırmaktadır. Yüksek sosyoekonomik düzey taramalara katılım ile ilişkili saptanmıştır. Eğitim ile mamografi arasında pozitif bir korelasyon bildirilmiştir.
Wang ve ark., (2008)	52 Çinli kadın 40 yaş ve üzeri	SİM	Kültüre özgü video	Kadınların taramalarında katılımında, meme kanseri risk bilgisinde, mamografinin yararlarını algılamada artma, tarama engellerinde anlamlı azalma bildirilmiştir. Bu çalışmada video uygulaması hiç mamografi yaptırmamış kişilerde ve gelir düzeyi düşük kadınlarda bilgi ve ciddiyet algısında artmada önemli bir etki sağlamıştır. Video izleme sonrası mamografi yaptırmaya niyeti %89 olarak belirlenmiştir.
Zhu ve ark., (2002)	325 Afirikan kökenli Amerikan kadın 65 yaş ve üzeri	SİM ve PRECEDE-PROCEDE model, Sosyal destek modeli, Nedensel Eylem Teorisi gibi teoriler	Uygulama (Meslekten olmayan sağlık eğitimcilerinin eğitim vermesi) ve kontrol grubu	KMM ve mamografi yaptırmada kontrol grubuna göre uygulama grubunda artmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir. KKMM yapmada bilgi, inanç ve tutumlarda uygulama grubunda sonuçlar daha iyi olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir. Uygulama grubunda uygulama sonrası %72, kontrol grubunda %59 KMM olarak belirlenmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Uygulamanın pozitif etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarının artırılmasında SİM yanı sıra SGM de sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında kullanılmaktadır.

2.6.2. Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)

Sosyal Öğrenme Teorisini temel alan Pender'in SGM ilk olarak 1980 yılında geliştirilmiş daha sonra 1987 ve 1996'da güncellenmiştir. SGM bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörleri tanımlayan, temelde sağlığı geliştirme üzerine odaklanan bir modeldir (Gasalberti, 2002; Pender ve ark., 2006).

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin iyilik düzeyinin arttırılmasıdır. SGM, sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanmış olup, bireyin sağlığı geliştirici davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Yapısal olarak, bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışların nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini açıklayan sağlık inanç modeline benzemektedir (Gasalberti, 2002; Pender ve ark., 2006).

2.6.2.1. Sağlığı Geliştirme Modelinin Bileşenleri

A. Bireysel Özellikler ve Deneyimler

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

B. Davranışa Özgü Kavramlar ve Etkiler

Pender davranışa özgü algıların içerisinde bireyin davranışına ilişkin algıladığı yararlar, engeller, öz-etkililik, duygular, kişilerarası etkiler ve durumsal etkiler olduğunu tanımlamıştır (Pender ve ark., 2006). Algılanan engel ve algılanan yarar, öz-etkililik algısı SİM ile benzer olduğu için yeniden açıklanmamıştır.

Davranışla İlgili Tepkiler: Davranış öncesi, sırası ve sonrasında oluşan subjektif duygulardır. Bu duygular bireyin davranışa özgü öz-etkililik algısını ve davranışını sürdürmesini veya tekrarlamasını etkilemektedir. Aktiviteyle ilişkili etki özel bir davranışla ilişkili olarak pozitif veya negatif duygulardan oluşur. Davranışa ilişkin bireyde oluşan duygular, bireyin davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağı veya uzun vadede davranışı koruyup koruyamayacağını etkiler. Davranışa yönelik pozitif duygular davranışın tekrarlanma olasılığını arttırırken, negatif duygular davranışın tekrar oluşmasına engel olabilmektedir.

Aktiviteyle ilişkili etki, davranışı doğrudan veya öz-etkililiği arttırarak dolaylı olarak etkilemektedir (Pender ve ark., 2006).

Kişilerarası Etkiler (Aile, akran, sağlık personeli): Davranışa ilişkin diğerlerinin düşünce, inanış ve tutumlarını kapsamaktadır. Pender revize ettiği modelde kişilerarası etkiler biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel olarak sınıflandırılmaktadır. Çevredeki bireylerin bireye, davranışa ilişkin verdiği destektir. Kişilerarası etkileşim normlar (diğerlerinin beklentilerinin önemi), sosyal destek (araçsal ve duygusal destek), model alma (bir davranışı kazanmada diğerlerini gözlemleyerek öğrenilenler) boyutlarından oluşmaktadır. Primer kişilerarası etkileşim kaynakları aile üyeleri, akranlar ve sağlık personelidir (Pender ve ark., 2006).

Durumsal Etkiler: Bireyin içinde yaşadığı çevre davranış oluşumunu etkilemektedir. Algılanan tercihler, istek durumu, estetik gibi faktörler davranışı gerçekleştirilmeyi pozitif veya negatif etkilemektedir. Bireyin ya da grubun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik haline ulaşabilmesi için çevresiyle uyumlu yaşaması, çevresini değiştirebilmesi, isteklerini belirleyebilmesi, tanıyabilmesi ve doyum alması gerekmektedir. Durumsal etkiler, SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %56'sında sağlık davranışının belirleyicisi olarak gösterilmektedir (Pender ve ark., 2006).

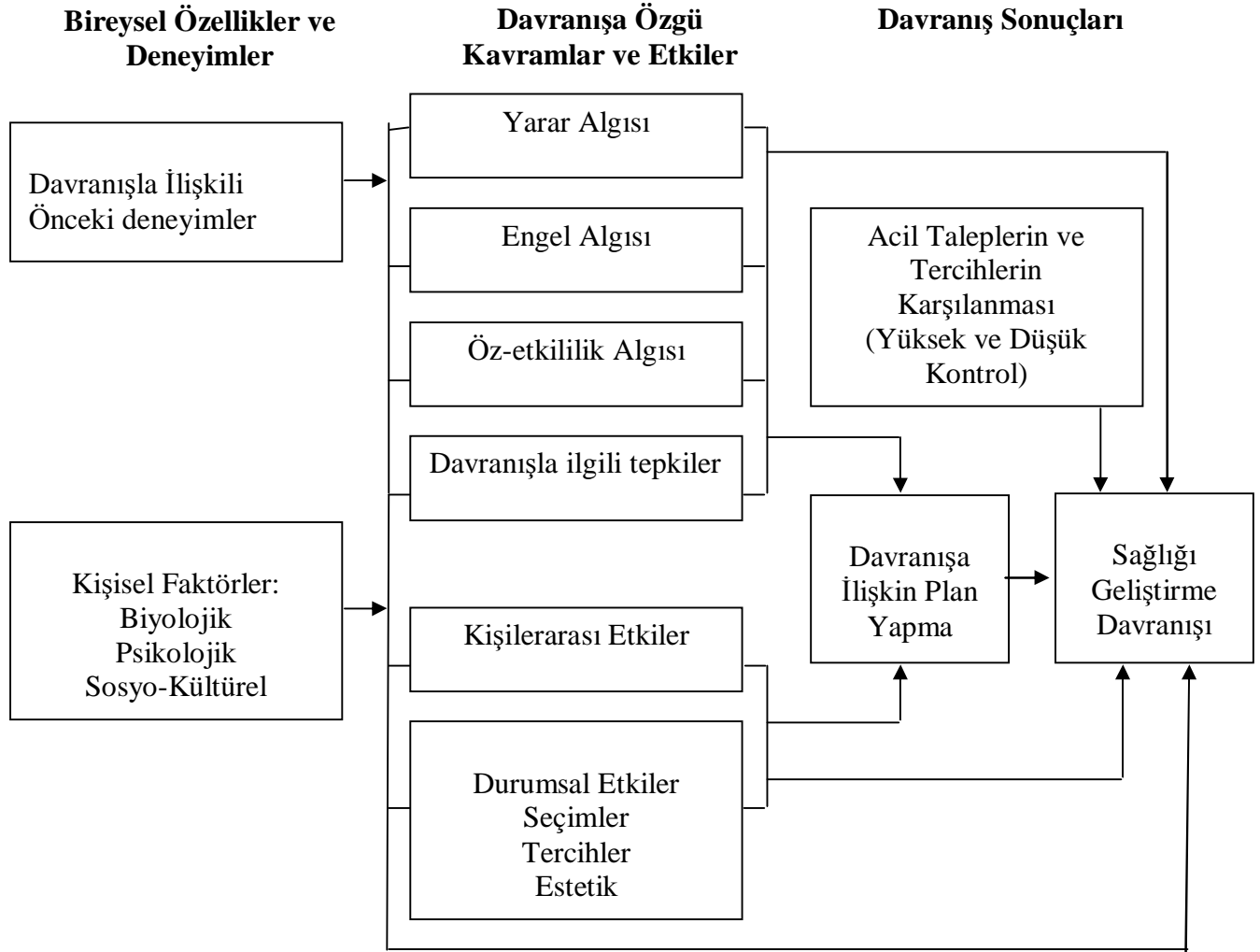
C. Davranış Sonucu

Pender'in SGM'nin bu alanında bireyin davranışa özgü önceden bir plan yapmış olup/olmaması veya acil gereksinimlerin doğması davranış çıktısını etkilediğini belirtmektedir (Pender ve ark., 2006).

Davranışa İlişkin Plan Yapma: Davranışı planlı belli stratejiler doğrultusunda gerçekleştirmeyi içermektedir. Davranışa ilişkin plan yapma, davranışsal bir olayı gösterir. Bu plana bağlılık göz ardı edilemeyen veya karşı durulamayan bir tercih ortaya çıkmadıkça bireyde davranış oluşumuna neden olmaktadır. Davranışa ilişkin plan yapma, davranışla ilgili niyet kavramını içerir. Fishbein ve Ajzen'e göre niyet davranışın önemli bir belirleyicisidir. Bu niyet kavramı planlı bir stratejiyi kapsamaktadır ve planlı strateji kendine veya bir başkasına bağlılıkla şekillendirilen niyete neden olur (Pender ve ark., 2006).

Acil Taleplerin ve Tercihlerin Karşılanması: Planlanan bir sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde acil bir gereksinimin ortaya çıkması davranış çıktısını etkileyecektir. Gereksinimler iş, aile sorumlulukları ve çevresel olaylar gibi bireyin üzerinde nispeten düşük kontrolünün olduğu davranışlardır. Tercihler ise bireylerin üzerinde yüksek

kontrole sahip oldukları davranışlar olarak görülür (Pender ve ark., 2006). Modele yönelik kuramsal çerçeve Şekil 3’de yer almaktadır.



Şekil 3: Pender (1996) Revize Edilmiş Sağlık Geliştirme Modeli

2.6.2.2. Meme ve Serviks Kanseri Tarama Davranışları ve Sağlık Geliştirme Modeli

Pender, modelde davranışın oluşması için karar verme sürecini etkileyen kontrol algısı, öz-etkililik algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenlerin önemli olduğunu belirtmiş ve bu değişkenleri de içeren SGM’ni oluşturmuştur. SGM sağlık geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek niteliktedir ve model sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamıştır. Modelde sağlığı geliştirici unsurlar ve nedensel mekanizmalar açıklanmaktadır. Modelde yer alan bilişsel-algısal faktörler sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel değişkenlerdir. Model sağlık davranışını direkt ve indirekt etkileyen bireysel özellikler ve deneyimlere odaklanmaktadır.

Sağlık davranışının sürdürülmesinde ve sağlık davranışının artırılmasında çevresel değişiklik yapmada bireylerin aktif rolü vurgulanmaktadır (Pender,1987; Pender ve ark., 2006).

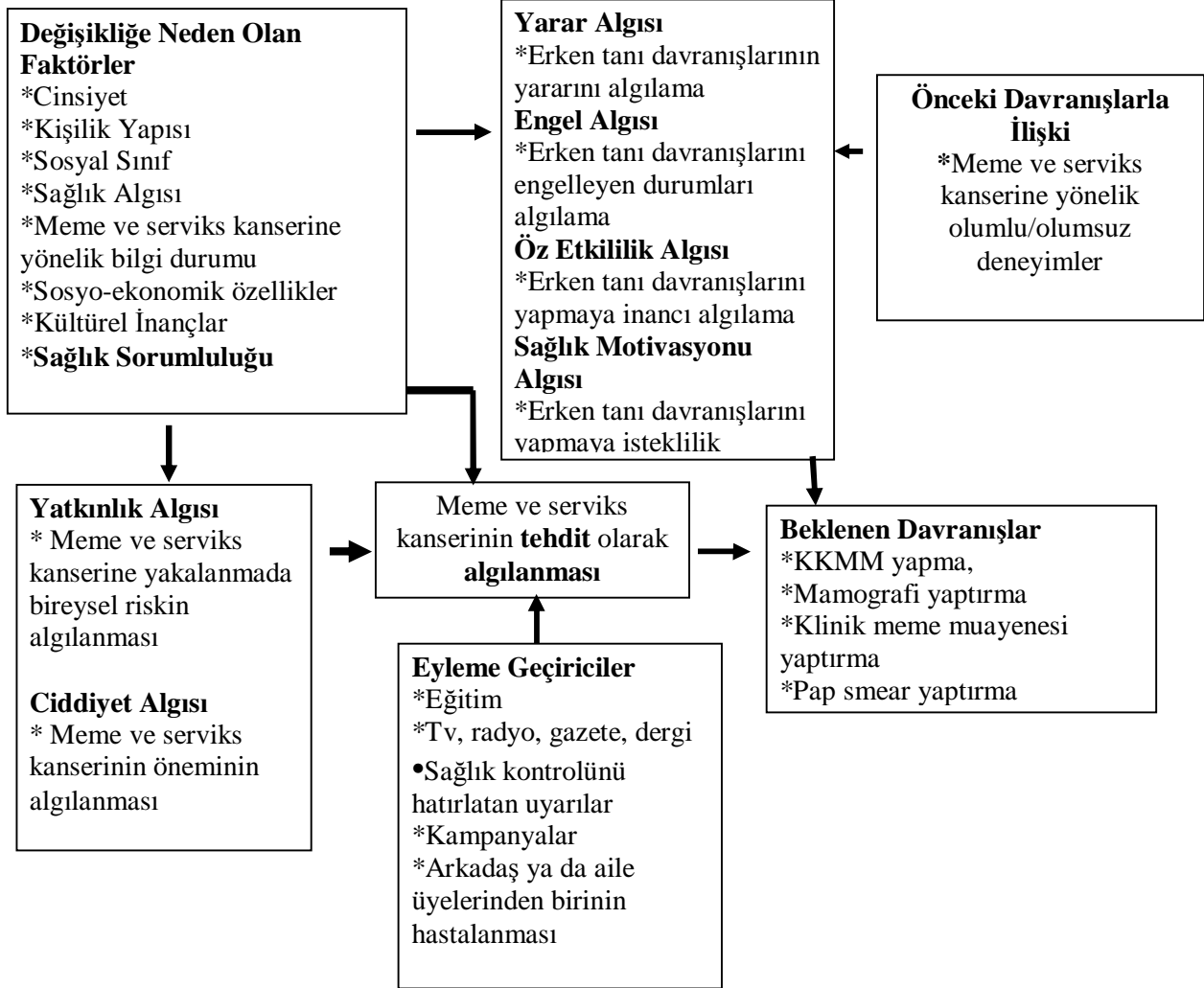
Davranış değişikliği sağlamanın yolu bireyin bilinçlenmesi ve eğitimden geçmektedir. Dolayısıyla hemşirenin en önemli rollerinden birisi olan sağlık eğitimi, kadınların olumlu sağlık davranışı geliştirmelerinde etkili bir yöntemdir (Akyüz ve ark., 2006; Koren ve Hertz, 2007; McCready ve ark., 2005; Wood ve ark., 2002;). Sağlık davranışı değişikliği kısa bir sürede gerçekleştirilemeyeceği için eğitimlerin sürekli yapılması, bireye davranış olarak kazandırılan sonuçların alışkanlık haline gelebilmesi için, eğitim yapılacak grubun özelliklerine ve davranışı engelleyen nedenlere yönelik olarak eğitim yapılması gerekmektedir (Gökkoca, 2001). Bireylerin sağlık inançlarının bilinmesi olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında sağlık çalışanlarına yardım edebilir.

Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik SGM kullanılarak yapılan çalışmalar sınırlı sayıda iken serviks kanserine yönelik çalışmaya rastlanılmamıştır. Dula'nın (1996) 65 yaş üzeri kadınlarda KKMM yapan ve yapmayan gruplar arasında inançlar açısından farklılığı değerlendirdiği çalışmada kadınların %35.7'nin ayda bir kez KKMM yaptığı belirtilmiştir. KKMM yapanların yapmayanlara göre güven, sağlık motivasyonu, yarar algısı yüksek ve engel algıları düşük ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Algılanan duyarlılık ve ciddiyet açısından KKMM yapanların puanı yüksek olmasına rağmen, gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Dula,1996).

Chang, Sarna ve Carter (2001) 52 yaş ve üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmada girişim sonrası kadınların 12 ay içinde %80.8'inin mamografi çektirdiğini belirtmişlerdir. Juon ve arkadaşlarının (2003) 60 yaş üstü kadınlarda yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların eğitim düzeyi düşük olan kadınlardan daha fazla erken tanı davranışlarına başvurduğu belirtilmektedir. Taylor'un (1998) çalışmasında meme kanseri erken tanısında KKMM'ye yönelik yapılan eğitim programının etkisi incelenmiştir. Çalışmada, eğitim programına katılan kadınların meme muayenesine yönelik olarak algılanan engellerinin eğitim almayan gruba oranla azaldığı, yarar ve öz-etkililik algılarının arttığı saptanmıştır. Eğitim alan gruptaki kadınların erken tanı davranışı gösterme oranlarının arttığı belirtilmektedir.

SİM ve SGM'nin olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde etkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu modeller kullanılarak yapılacak hemşirelik girişimlerinin meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesinde oldukça etkili olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada engellerin belirlenmesi ve bu engellere yönelik

hemşirelik girişimlerinin planlanıp uygulanmasında SİM'nin bütün alt boyutları, SGM'nin bireysel faktörlerden psikolojik faktörler içinde yer alan sağlık sorumluluğu ile önceki davranışlar alt boyutu kullanılmıştır (Şekil 4).



Şekil 4: SİM ve SGM'nin Meme ve Serviks Kanserine Uyarlaması

2.7. Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanlarının Yaşlı Kadınlarda Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı/Tarama Davranışlarını Artırmadaki Rolü

Günümüzde hemşirelerin bakım verici, hasta savunucusu, eğitici, araştırmacı gibi birden fazla rollerinin olduğu kabul edilmektedir. Yirminci yüzyılda hemşirelerden hasta bakım becerilerini artırarak kanser kontrolünün arttırması beklenmektedir (Hilton ve ark., 2003). Hemşireler meme, serviks kanseri gibi hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranlarını azaltma taramalara katılımı artırarak önemli bir etki yapabilirler (Hilton ve ark., 2003; Boyle ve Levin, 2008; Toner ve Jodrell, 1997). Tarama yöntemlerinin bireylere ulaştırılmasında özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeline önemli görevler

düşmektedir. Kadınların mamografi ve Pap smear test yaptırmalarında doktor/hemşire önerisinin ve eğitimlerin önemli bir belirleyici olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir. Bu nedenle, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerini sunan sağlık personelinin hemşirelerin meme ve serviks kanseri tarama önerilerini kadınlara duyurması ve kadınların tarama programlarına katılmaları yönünde cesaretlendirmesi önemlidir. Hemşirelerin meme ve serviks kanseri taramalarını artırmaya yönelik yapmış olduğu çalışmalarda başarılı sonuçlar elde edilmiştir (Champion ve ark., 2003; Champion ve ark., 2006; Champion ve ark., 2007; Mandelblatt ve ark., 1993; Gillet ve Ortiz, 2000; Lu, 2001; Secginli ve Nahcivan, 2011).

Sağlık çalışanları özellikle hemşireler bütün alanlardaki kadınları etkilemede çok önemli konumdadırlar. Hemşireler meme ve serviks kanseri taramalarına kadınların katılmasında etkili olan davranışsal uygulamaların geliştirilmesine katkıda bulunmalıdır. Ayrıca hemşireler meme ve serviks kanseri taramaları ile ilgili eğitimlerde, sağlık politikalarında yer almalı, kendi gelişimleri üzerine çalışmalar yapmalı ve ülkesindeki ve diğer ülkelerdeki yapılanların farkında olmalıdır (Hilton ve ark., 2003; Rogers ve Cantu, 2009; Toner ve Jodrel, 1997). Erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesi için öncelikle engellerin neler olduğunun belirlenmesi, daha sonra eğitim programlarının düzenlenmesi ve bu eğitimlerin hatırlatıcılarla desteklenmesi önem taşımaktadır (Bonfil ve ark., 2009; Vazquez ve ark., 2002). Vazquez ve arkadaşları (2002) 50 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmalarında, bilgi vermenin kadınlarda taramaya uyumu sağlayamadığını, meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde randevu ve ulaşım olanaklarının sağlanmasının etkili olacağını belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada kişisel stratejilerden çok birleşik/toplu eyleme geçirici stratejilerin (hatırlatıcıların), özellikle de sağlık personelinin (hemşire, ebe vs.) eğitim yapmasının etkili olduğu ifade edilmektedir (Vazquez ve ark., 2002).

Pek çok ülkede hedef grubu yeterince kapsamında olmadığı için serviks kanseri için yüksek riskli olan yaşlı kadınlar sağlık hizmetlerinde Pap smear test taramalarından yeterince yararlanamamaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu ve teknik işlemlerle ilgili pek çok sorun vardır. Sağlık çalışanları kadınlara sunulan eğitimlerde ve medyada kadınların korku, utanma, cinsel uygulamalarının ne olduğunu gözden kaçırmakta ve bu durum kadınların anksiyetesini, kaliteli hizmet almamalarını ve ihmallerini artırmaktadır (Agurto ve ark., 2004). Hemşireler kadınlara Pap smear testi düzenli yaptırmalarının önemini anlatmalı, serviks kanseri belirti, bulgu ve risklerini öğretmeli, maliyetsiz veya düşük maliyetle yaptırabileceği yerlerle ilgili bilgi vermelidir. Kadınların serviks kanseri inançları göz önüne alınarak eğitim ve kültüre

duyarlı yöntemlerle hizmet, eğitim ve danışmanlık verilmesi gereklidir. Sağlık çalışanları Pap smear testlerini hatırlatmak için posta kartı gönderebilirler (Ackerson ve Gretebeck, 2007).

Literatürde meme ve serviks kanserinin erken tanılanabilmesinde bireylerin bu konuda bilinçli ve bilgili olmalarının önemi vurgulanmakta, eğitimlerin meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını artırmada etkili olduğu bildirilmektedir (Champion, 1995; Champion ve ark., 2000; Chan ve ark., 2007; Curbow ve ark., 2004; Fang ve ark., 2007; Lee ve ark., 2003; Maxwell, Bastani, Perlaminde Vida ve Umme 2003; Navarro ve ark., 1998; Parlar ve ark., 2004; Paskett ve ark., 1999; Paskett ve ark., 2006; Secginli ve Nahcivan, 2011; Seow ve ark., 1998; Taylor ve ark., 2002; Ho, 2007; Wood, 1996; Wood ve ark., 2002; Wood ve Dufy, 2004). Ancak bazı durumlarda erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde eğitimin tek başına etkili olmadığı belirtilmekte, kişisel stratejilerden çok birden fazla eyleme geçirici stratejilerin, etkili olduğu ifade edilmektedir (Curbow ve ark., 2004; Vazquez, ve ark., 2002). Austin ve arkadaşları (2002) ve Curbow ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında, kadınlara yönelik hazırlanan eğitim materyallerinin, hatırlatıcıların (telefon ve mektup ile hatırlatma, mail gönderme, yazılı davet gönderme, ev ziyareti) kadınların kanser taramalarına katılımlarında önemli olduğu belirtilmektedir. Tseng (2001) meta analiz çalışmalarında serviks kanseri taramalarının artırılmasında mektupla hatırlatmayı etkili olarak bulmuşlar ancak sosyoekonomik düzeyi düşük kişiler için bu etki düşük bulunmuştur. Yabroff ve arkadaşlarının (2003) sistematik derlemelerinde Pap smear test yaptırmayı posta veya telefonla hatırlatma %19 ve kültüre özgü sosyolojik uygulamalar %18 artırdığı saptanmıştır. Mandelblatt ve arkadaşları (1993) yarı deneysel tipteki çalışmalarında 65 yaş ve üzeri kişilerde meme ve serviks kanseri tarama hızlarını doktor ve hemşire uygulaması açısından karşılaştırmışlardır. Hemşire grubunda kadınların Pap smear test yaptırma oranı %18 den %57 ye, mamografi yaptırma hızı %18'den %40'a çıkmıştır. Doktor grubunda ise Pap smear test yaptırma %12'den %18, mamografi yaptırma oranı %18'de kalmaya devam etmiştir. Çalışmada meme ve serviks kanseri tarama hızlarının artırılmasında hemşirelerin aynı gün içinde taramaları önermeleri etkili olarak belirlenmiştir.

Yaşlı kadınlarda taramaların yeterince yapılabilmesi için randevu ve ulaşımı sağlayacak hizmet koordinasyonlarının yapılması önemlidir. Yaşlı kadınların meme kanseri taramasına uyumlarını arttırmada değişik stratejiler kombine edilmelidir. Yaşlı kadınların mamografi kullanımını arttırmak için kuponlar verilebilir, sosyal destek ağları, eğitilmiş-ulaşılabilir akranlardan yardım alınabilir, büyük yazı tipleri olan yazılı materyallerle küçük gruplarda

sunum yapılabilir. Basit görsel materyaller, grafikler, grup üyelerinin aktif katılımı sağlanan sunumlar yapılabilir. Yaşlılarla çalışan sağlık çalışanlarının yaşadığı coğrafi alanda yaşlıların taramaları nerede, nasıl yaptırdığının, taramaları yapan sağlık birimlerinin hedef kitlesinin kim olduğunun farkında olmalıdır. Bakım verenlerinde sözel bilgi dışında yazılı olarak bilgilendirilmeleri önemlidir. Hazırlanan materyallerin yaşlı bireyin sosyal, kültürel, eğitimsel geçmişlerine göre yazılı veya sözlü olacağına karar verilmelidir (McCool, 1994)

Etik olarak yaşlı kadınlarda taramalara ne zaman son verileceğini düşünmek gereklidir. Sağlık çalışanları sadece taramalara katılım engelleri değil aynı zamanda politik ve yasal olarak tarama rehberlerinin bilgilerini sorgulamalı ve farkında olmalıdırlar. Hemşireler, ebeler ve diğer sağlık çalışanları genç kadınlar kadar yaşlı kadınlarında bireysel gereksinimlerine dikkat etmeli ve yaşlı kadınların geriye kalan yaşamlarını optimize etmelidir (McCool, 1994).

Hemşirelerin kanserin erken tanı ve tedavisi konusunda yeterli bilgi ve becerisi olmalı, kanser gelişiminde önemli olan riskleri, yüksek risk grubundaki kişileri ve meme/serviks kanseri tanısına götüren bulguları tanımlamalıdır. Ayrıca hemşireler bireyleri risk durumlarından haberdar etmeli, kontrol altına alınabilen risk faktörlerini belirlemelidirler. Hemşireler çalıştığı toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel özellikleri ile bireylerin değer yargılarını, yaşam tarzlarını, sağlık-hastalık algılarını, sağlık inançlarını bilmelidirler. Bireylerin sağlık inançlarının bilinmesi olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında önemli bir etkidir. Bu nedenle kadınlara erken tanı ve tedavinin önemi kavratılmalı, KKMM ile ilgili becerileri geliştirilmeli, düzenli ve periyodik aralıklarla erken tanı davranışlarını (mamografi, KKMM, KMM, pap smear test) yapma sorumluluğu kazandırılmalıdır. Bu nedenle bu araştırmanın birinci bölümünde (**Kalitatif Bölüm**) yaşlı kadınların meme kanseri ve serviks kanserinde erken tanı/tarama davranışlarını gerçekleştirmesinde bilgi, inanç ve uygulamalarını etkileyen etmenler hakkında derinlemesine bilgi elde etmek ve araştırmanın eğitim içeriğini oluşturmak için bölgede yaşayan yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı/tarama davranışlarına katılım engellerini belirlemeye yönelik kalitatif araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Meme kanserinde odak grup görüşmesi yöntemi kullanılırken, yaşlı kadınlar tarafından konuşması mahrem konu olarak düşünüldüğü için serviks kanserinde bireysel derinlemesine görüşme yöntemi seçilmiştir. Her iki yöntem farklı zamanlarda farklı gruplarda yürütülmüştür. Her iki çalışma ve süreci Araştırma I ve Araştırma II olarak aşağıda yer almaktadır. Kalitatif araştırma bölümden sonra ise araştırmanın ikinci bölümü (**Kantitatif Bölüm**) sunulmuştur.

ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ BÖLÜMÜ (KALİTATİF BÖLÜM)

3. Yaşlı Kadınların “Meme Kanseri Erken Tanı Davranışına” İlişkin Bilgi, Engel ve Kolaylaştırıcıları Nedir?*

*Kissal A., Beşer A. Knowledge, Facilitators and Perceived Barriers for Early Detection of Breast Cancer among Elderly Turkish Women, Asian Pacific J Cancer Prev, 2011, 12, 975-984.” Bu çalışma EK 22 şekli ile yayınlanmıştır.

3.1. GEREK VE YÖNTEM

Bu çalışma 60-75 yaş arasındaki yaşlı bireylerin KKMM, KMM, mamografi çekirme tarama davranışları ile ilgili deneyimlerini ve algıladıkları engelleri SİM ve SGM teorik yapısı içinde incelemek amacı ile yapılmıştır. Bu çalışmada aşağıdaki sorulara odaklanılmıştır.

Ana Araştırma Sorusu

-Yaşlı kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını yeterli düzeyde göstermemesinin nedenleri nelerdir?

Alt Araştırma Soruları

- Yaşlı kadınların meme kanseri ile ilgili erken tanı davranışına katılım engelleri nelerdir?

- Yaşlı kadınların meme kanseri ile ilgili erken tanı davranışına katılımlarında bekledikleri kolaylaştırıcılar nelerdir?

3.1.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma İzmir’in Balçova bölgesinde yaşayan 60-75 yaş arasındaki kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını etkileyen algılanan faktörleri incelemek üzere odak grup görüşmesi yöntemi ile kalitatif olarak gerçekleştirilmiştir.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

İzmir’in Balçova bölgesinde yaklaşık beş yıldır hizmet veren yedi semt evi bulunmaktadır. Belediyenin çalışmalarını desteklediği semt evlerinin, kadınların sosyal yaşamları ve günün koşullarına uyum yapmalarına yönelik olarak geniş alanda hizmetleri bulunmaktadır. Araştırmada odak grup görüşmeleri ilgili mahallenin semt evlerinde gerçekleştirilmiştir. Görüşme sırasında üyelerin birbiriyle etkileşim kurabilmesi için yuvarlak veya kare masa düzeninde oturtulmuş, görüşmelerin bölünmemesi ve üyelerin rahat bir şekilde görüşmeyi sürdürebilmeleri için toplantı ortamının düzenlenmesi araştırmacı tarafından oturum öncesi gerçekleştirilmiştir.

3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Dünya Sağlık Örgütü kronolojik yaşlanma ölçütü olarak 60-74 yaşlı, 75 ve üzeri ihtiyar, 90 yaş üzeri çok ihtiyar olarak tanımlandığı için (Skeet, 1983) bu çalışmada 60 yaş ve üzeri bireyler yaşlı olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın evrenini Balçova bölgesinde yaşayan 60-75 yaş grubu tüm kadınlar oluşturmaktadır. Amaca yönelik örneklem yöntemi kullanılmıştır. Altı odak grup görüşmesinde toplam 46 birey ile görüşme yapılmıştır. Altmış- yetmiş beş yaş arasındaki bireylere Balçova bölgesi kaymakamlığı ve muhtarlıklarından, aile hekimleri adres siteminden adres bilgileri alınarak ulaşılmıştır.

3.1.4. Verilerin Toplanması

Odak grup görüşmeleri tutum, inanç, davranışlarla ilgili ayrıntılı veriler elde etmeye yardım ettiği, bireysel görüşmelerde akla gelmeyecek ek yorumlar getirmesi açısından bireysel görüşmelere göre tercih edilebilmektedir (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Kalitatif yaklaşımın kullanıldığı bu araştırmada 60-75 yaş kadınların meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen algılanan faktörleri incelemek amacıyla SİM ve SGM rehber alınarak veri toplama yöntemi olarak odak grup görüşmesi yöntemi ve veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış “görüşme soru formu” kullanılmıştır (Bkz. EK 14). Görüşme soruları açıklama yapmaya ve ayrıntılı konuşmaya yön verecek şekilde yaşlı bireylerin meme kanseri tarama davranışlarına katılımlarını etkileyen faktörleri belirlemek için bilgi, engel ve kolaylaştırıcılarını ortaya çıkarmayı hedefleyen açık uçlu sorular oluşmuştur. Görüşmeler tek oturumdan oluşmuş ve belirlenen konu ile ilgili yeni bilgiye ulaşılamayan durumları yeterli sınır olarak kabul edip bu noktada (veri doygunluğu= saturation) görüşmelere son verilmiştir.

Odak grup görüşmelerinde 60-75 yaş kadınlara yöneltilen meme kanseri erken tanı davranışları bilgisi, tarama engelleri ve tarama kolaylaştırıcıları soruları ile veriler toplanmıştır. SİM ve SGM rehber alınarak standart olarak aşağıdaki sorular sorulmuş, görüşme süresince buna ek sorular eklenmiştir. Soru formunda yer alan bazı örnek sorulara aşağıda yer verilmiştir.

- Yaşlı bireylerin bilgisini belirlemek için;
 - Meme kanseri hakkında ne düşünüyorsunuz? Meme kanseri belirtileri hakkında ne düşünüyorsunuz?
 - Meme kanseri erken belirlenebilir mi? Nasıl?”
 - Kadınların meme kanseri olmasının bazı nedenleri nedir?

-Hiç meme taraması yaptınız/yaptırdınız mı? Taramaların ne kadar sıklıkta yapılması gerektiği ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

• Yaşlı bireylerin taramalara katılımlarını engelleyen ve destekleyen durumları belirlemek için;

-Bana meme taraması yaptırmaya ile ilgili önceki deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?

-Bu taramaları yapmaktan/yaptırmaktan seni neyin alıkoyduğunu?/engellediğini düşünüyorsun? soruları yöneltmiştir.

Bu sorularla ilgili kalitatif araştırmalarda uzman iki hemşire öğretim üyesinin görüş ve önerileri alınmıştır. Ayrıca makale beş kişiden oluşan bir tez yeterlilik komitesine sunulmuş görüş ve önerileri alınmıştır.

Adresleri belirlenen bireylerin evlerine gidilerek çalışmanın amacı açıklanmış ve onamları alınmıştır. Kabul eden bireyler semt evlerine tarih ve saat verilerek davet edilmiştir. Tüm katılımcılar kendi olanaklarıyla belirlenen gün ve saatte toplantıya katılmışlardır. Toplantı günü sabahı telefon ile görüşmenin saati katılımcılara tekrar hatırlatılmıştır. Odak grup görüşmesinde görüşmeler sırasında not almak için doktora tez döneminde olan bir araştırma görevlisi gözlemci olarak hazır bulunmuş, odak grup görüşmesi süresince katılımcılara mümkün olduğu kadar müdahalede bulunulmamış ve katılımcıların birbirleriyle karşılıklı etkileşime girmeleri desteklenmiştir. Araştırmacının, katılımcılarla yüz yüze gerçekleştirdiği görüşmelerde, ses kayıt cihazıyla, katılımcıların sözel onayı alınarak kaydedilmiş ve görüşmeye başlamadan önce çalışmanın amacı tekrar açıklanmıştır. Ayrıca gözlemci görevini üstlenen bir araştırma görevlisi tarafından etkileşimler not edilmiştir. Bu araştırmada altı odak grup görüşmesinde en az dört en çok 11 kişi yer almış ve grup görüşme süresi ortalama 45 dakika sürmüştür.

Örnekleme dahil edilme kriterleri; (1) Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, (2) 60-75 yaş olmak, (3) Türkçe konuşuyor olmak, (4) İşitme/görme problemi olmamak, (5) Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olmak, (6) Demans, alzheimer ve meme kanseri tanısı almamış olmasıdır.

3.2. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Balçova Belediyesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Örneklem kriterlerini karşılayan yaşlı kadınlara araştırmanın amacı, zamanı, araştırma verilerinin gizliliği, istedikleri zaman

araştırmadan çıkabilecekleri konusunda bilgi verilerek görüşmeler öncesi sözel onam alınmıştır.

3.3. Verilerin Analizi ve Geçerlilik

Görüşmeler, araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış “Görüşme Formu’na bağlı ancak gerektiğinde ek sorular eklenerek gerçekleştirilmiştir. Görüşme soruları standart bir sıra ile sorulmamış gelen yanıtlara göre sorular yönlendirilmiştir. Araştırmacı iç geçerliği sağlamaya yönelik olarak görüşmeler esnasında katılımcıların söylediklerini tekrarlayarak ve özetleyerek yanlış anlamaları önlenmiş ve katılımcıların doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları kontrol etmiştir. Görüşmelerden sonra kaydedilen veriler, bir hafta içinde metne dönüştürülmüştür. Daha sonra ikinci bir kez veriler ses kaydından dinlenerek metin kayıtlarının yanlışsız ve eksiksiz olduğu doğrulanmış ve bu yolla verilerin güvenilirliği sağlanmıştır.

Ses kayıtlarından edilen ham veriler “**içerik analizi tekniği**” kullanılarak analiz edilip yorumlanmıştır. Bu çalışmada, görüşme metni tekrarlı okumalardan sonra genel bir çerçeve içinde kodlama yapılmıştır. Bu tür kodlamada daha önceden belirlenen ve verilerden çıkarılan kavramlar birlikte kullanılmaktadır. Kodlama bu kavramsal yapıya göre yapılmıştır. Daha sonra ortaya çıkan yeni kodlar listeye eklenmiştir. Bu tür kodlama sürecinde, genel kategoriler ya da temalar önceden belirlenmekte ve bu temalar altında yer alabilecek daha ayrıntılı kodlar verilerin incelenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Bu nedenle öncelikle “Görüşme Kodlama Anahtarı” hazırlanmıştır. Uygulama sonrasında, bu çalışma için araştırmanın güvenilirliğini sağlamada görüşme kodlama anahtarları ve görüşme dökümleri iki ayrı araştırma görevlisi tarafından yapılmış “görüş birliği” ve “görüş ayrılığı” olan konular tartışılarak gerekli düzenlemeler yapılmış ve görüş birliğine ulaşılmıştır.

İlk olarak verilerden temalar ve temalar arası ilişkiler belirlenmiştir. İkinci adım olarak da araştırmacının yorumları eklenmiştir. Bu yolla araştırmanın “Betimleme”, “Analiz” ve “Yorumlama” basamakları oluşturulmuştur. Ayrıca, araştırma bulgularının iç-güvenirliğini ve geçerliğini artırmak amacıyla katılımcı görüşlerinden alıntılar yapılmıştır. Araştırmanın sonuçları altı katılımcının görüşüne sunulmuş ve onayları alınmıştır.

3.4. Odak Grup Katılımcılarının Özellikleri

Bu çalışmaya altı odak grup görüşmesi süresince 60- 75 yaş arasında 1. Odak Grup (n=5), 2. Odak Grup (n=4), 3. Odak Grup (n=8), 4. Odak Grup (n=9), 5. Odak Grup (n=11), 6.

Odak Grup (n=9) olmak üzere toplam 46 kişi katılmıştır. Altı odak grup görüşmesine katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 4’de görülmektedir.

Tablo 4: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Özellikler	Odak Grup Katılımcıları	
	X ± SD	
Yaş	65.21 ± 4.16	
Çocuk Sayısı	2.60 ± 1.52	
	Sayı	%
Eğitim		
Okur-yazar değil	4	8.7
Okur-yazar	5	10.9
İlkokul	22	47.8
Ortaokul	9	19.6
Lise ve üzeri	6	13.0
Gelir		
Gelir giderden az	24	52.2
Gelir Gidere Eşit veya daha fazla	22	47.8
Hiç Mamografi yaptırmayan	18	39.1
Bir/birden fazla mamografi yaptıran	28	60.9
Toplam	46	100.0

Çalışmada yer alan katılımcıların yaş ortalaması 65.21 ± 4.16, çocuk sayısı ortalaması üç, geliri giderinden az olanların oranı %52.2, lise ve üzeri eğitim alanların oranı %13, mamografi yaptırmayanların oranı %39.1’, en az bir kronik hastalığı (Diabetes Mellitus, Hipertansiyon, Osteoporoz vb.) olanların oranı %78.3’dü. Bir kişi hariç tüm katılımcıların sosyal güvenceleri vardı.

3.5. BULGULAR

Yapılan kalitatif veri analizi sonucunda yaşlı kadınların meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili engelleri ve kolaylaştırıcıları açısından üç ana tema belirlenmiştir.

1. Bireysel faktörler
2. Kültürel Faktörler
3. Sağlık hizmet sunumu

Aşağıda Tablo 5’de kalitatif veri analizi sonucu belirlenen ana temalar, kategori ve alt kategoriler ile yaşlı bireylerin meme kanseri erken tanı davranışı katılımına ilişkin engel ve kolaylaştırıcıları yer almaktadır.

Tablo 5: Yaşlı Bireylerin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışına Katılımı ile ilgili Engelleri ve Kolaylaştırıcıları

Ana Tema	Kategoriler	Engeller	Kolaylaştırıcılar
1. Bireysel Faktörler	Bilgi ve Farkındalık		
	Bilgi kaynağı		
	Medya	Bilgi eksikliği	Bilgilendirilme
	Aile/ arkadaş	Yanlış bilgi	
	Doktor	Bilmeme	
Bilgi	(*belirti-bulgu		
Belirti/bulgu	*etiyojoloji		
Etiyojoloji	*risk faktörleri		
Risk faktörleri	*tanı/tedavi		
Tanı/tedavi	*tarama zamanı)		
	Tarama zamanı		
	Korku	Kitle çıkma Kanser tanısı alma Memelerini kaybetme Mamografinin zararı	Korku (Meme kanseri olma ve vücuda yayılması, başkasının bakımına muhtaç olma)
	İhmal/Erteleme	Fiziksel bulgu yokluğu Sağlıklı hissetme İşlemin verdiği rahatsızlık Ailede veya çevrede kanser öyküsünün olmaması	Kanser tarama algısının pozitifliği Ailede meme kanseri öyküsü ve sosyal destek
	Yaşamdaki Öncelikler	Başka sorunların varlığı Kendine zaman ayırmama	*Bu tema kolaylaştırıcı olarak bahsedilmemiştir
2. Kültürel Faktörler		Utandırma Dini İnanç	* Bu tema kolaylaştırıcı olarak bahsedilmemiştir
3. Sağlık Hizmeti Sunumu		Randevu alamama Kliniklerin kalabalık olması Uzun bekleme saatleri Doktor önerisinin olmaması Sağlık personeli yaklaşımı	Randevu alma Sağlık personeli iletişimi ve doktor önerisi

3.5.1. A. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Katılım Engelleri

1. Bireysel Faktörler

Bireysel faktörler teması yaşlı kadınların meme kanseri ve taramaları ile ilgili bilgi ve farkındalığı ilgili meme kanseri bilgi kaynağı, belirti/bulgu, etiyojoloji, risk faktörleri, tanı tedavi bilgisi ve tarama zamanları, korku (Kitle çıkma, kanser tanısı alma, memelerini kaybetme, mamografinin zararı), ihmal (Fiziksel bulgunun olmaması, sağlıklı hissetme,

işlemin verdiği rahatsızlık, ailede veya çevrede kanser öyküsünün olmaması), kültürel faktörler (Utanma, dini inanç), yaşamdaki öncelikler (Başka sağlık problemlerinin olması, kendine zaman ayırmama) başlıkları altında incelemiştir.

Altı odak grup görüşmesinde kadınların büyük bir çoğunluğu meme kanseri **belirti/bulgu, etiyolojisi, risk faktörleri ve taramalarla ilgili bilgisinin** olmadığını bildirmiştir. Odak grup tartışmalar süresince tahminlerini “*Ağrı sızı oluyor herhalde olmaz mı değil mi?*”, “*Sizce nedir yani kanserin nedeni?*”, “*Çoğumuz da bilinçsiziz yavrum işte. Çoğu kadınlarımız da bilinçsiz. Nasıl yapacağını bilmediği için de bakılmıyor*”, “*Nelerden korunabiliriz. Ne yapmamız gerekir?*” şeklinde ifade etmişlerdir.

Araştırmaya katılan katılımcıların yarısından daha fazlası meme kanseri ve taramaları ile ilgili **bilgi kaynağı** olarak en çok sırası ile medyadan, bir yakını veya arkadaşından ve daha az sıklıkla doktordan bilgi edindiğinden bahsetmiştir. Katılımcıların neredeyse hiç biri hemşireden bilgi almadığını bildirmiştir. Bilgilerinin sınırlı olmasını da yaşamlarında çok az sağlık personelinin bu konu hakkında yönlendirme ve bilgi aldıkları ile açıklamışlardır. Ancak son zamanlarda doktorların meme kanseri hakkında eskisine göre daha fazla hasta ile açık şekilde konuşmaya başladıklarını söylemişlerdir. Bir katılımcı “*Mamografiyi kız kardeşim çekildi. O anlattı bana*”, bir diğer katılımcı “*TV kanalı veriyor, doktorlar anlatıyor. Yani televizyon bas bas bağırtıyor. Muayenenizi yaptırın diyorlar*” bir diğeri “*Ben bilgileri doktorumdan aldım*” şeklinde görüşlerini bildirmişlerdir.

Meme kanseri belirtileri hakkında bilgisinin olmadığını çoğu katılımcı açıklamıştır. Meme kanseri belirtilerini konuşan az sayıdaki yaşlı birey ise sıklıkla memede kitle, akıntı, kızarıklık, meme ucu şekil bozukluğundan bahsetmiştir.

Kadınların çoğu **meme kanserinin nedenleri** olarak stres, beslenme şekli, genetik geçişi belirtmiştir. Katılanlardan birisi “*Stres üzüntü yani başka bir şey değil*” bir diğeri “*Pazarlardan alıyoruz yani organik hiçbir şey yok. Hepsi hormonlu yediğimiz şeylerin*” bir başkası “*Genetikte çok önde yani. Ailede varsa*” demiştir. Birkaç katılımcı ise sigara içme, hava kirliliği, sütyen kullanımının meme kanseri oluşumuna neden olacağını vurgulamıştır. Bazı katılımcılar meme kanseri nedenleri hakkında bilgisinin olmadığını söylerken bazılarının bilgiler konusunda kafaları karıştı. Birkaç katılımcının meme kanserinin etiyopatolojisine ilişkin yanlış bilgisi vardı. Çarpma, ezilme, darbe, sıkma gibi fiziksel etkenlerin yanı sıra kullanılan plastik araçların da meme kanserine neden olduğunu düşünüyorlardı. Bir katılımcı

“Kocası aşırı derecede sıkmış. Onun üzerine vurmada, sıkmada kansere sebep olabiliyor diyorlar. Kadın ben ondan meme kanseri oldum diyor” diye cevaplamıştır.

Meme kanseri riskleri ile ilgili katılımcıların çok azı görüş bildirmiştir. Risk olarak iki katılımcı meme kanserinin erken yaşlarda da görüldüğünü ifade etmiştir. Meme kanseri risk bilgisi ile ilgili birkaç katılımcı genetik geçiş, emzirme ve doğum yapmamış olmayı bildirmiştir. Ancak ileri yaşın risk oluşturduğu hiçbir odak grup görüşmesinde tartışılmamıştır.

Odak grup görüşmesinde yer alan katılımcıların çoğu meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olduğunu söylerken birkaç katılımcı tedavisinin olmadığını söylemiştir. “Yaşayanlar hiçbir sıkıntısı olmayan benim bildiğim çok insan var”, “Çünkü bildiğimiz kadarı ile yani çaresi yok” denilmiştir.

Yaşlı bireylerin hiçbirisi meme kanseri **tarama zamanları** konusunda doğru bilgi verememiştir. **Mamografinin** başlama zamanı olarak bir katılımcı menopoz dönemini, diğer katılımcı ise buluş çağını ifade etmiştir. Bir katılımcı “Bence altı ayda bir değil mi? Her kadının muayene olması şart” bir başkası “Valla hiç bilmiyorum. Ne desem yalan olur” demiştir.

Kadınların çoğunluğu **KKMM** tam olarak ne zaman, ne sıklıkta ve nasıl yapacağını doğru söyleyememiştir. **KKMM** yapma durumlarını “her gün, her banyoda, aklımıza geldikçe yapıyoruz” değişen sıklıklarda yaptıklarını açıklamışlardır. Kadınların birbirlerine nasıl yaptıklarını anlatım sırasında da doğru yapamadıkları gözlenmiştir. Meme muayenesini yapan bazı katılımcılar ise **KKMM** yapma sırasında kitleyi anlayamama veya bulamama endişesinden bahsetmiştir. “Bana hiçbir şey denmediğinden ben bilmiyorum ben bir şey yapmıyorum”, “Ama ben o sertliği bulamıyorum. Yani hiç anlayamıyorum göğsümü”, şeklinde tartışmışlardır.

Yaşlı bireylerin neredeyse hiç biri **KMM** yaptırmamıştı ve bu konu hakkında bilgisi yoktu. Bir katılımcı “Doktor muayenesi nasıl oluyor biz yalnızca memografi yaptırıyoruz. Doktora muayene hiç olmadık” diye açıklamıştır.

Katılımcıların çoğu kanseri korkunç hastalık olarak algılamaktadırlar. Yaşlı bireylerin büyük çoğunluğu meme kanseri erken tanı davranışına katılmama nedeni olarak **korku** kavramını tartışmışlardır. Kadınlar en sık sırası ile kitle ile karşılaşma, kanser tanısı alma, memesini kaybetme ve mamografinin zararı korkusunu dile getirmişlerdir. Birkaç kadının mamografi işleminin memelere zarar verdiği ve kanser yaptığı ile ilgili inancı vardı.

Katılanlardan yalnızca bir kişi ölüm korkusundan bahsetmiştir. Bir kadın “*Gidip baktırmıyoruz acaba bir şey mi çıkacak diye o korkuyla*”, “*Elime bir şey gelir mi diye korkuyorum*”, “*Başlangıçta tedavisi mümkün ama ilerleyen dönemde göğsün alınacağını biliyoruz*”, “*Mamografiyi çektirmiyoruz yani zararı olmasın diye*”, “*Işın tedavisi olduğu için zararlı oluyormuş*”, “*Bu sıkıştırma yönteminden dolayı göğsün içinde ezilmeler oluyormuş. O bile göğsü zedelediği için kansere yol açtığı vakalar olmuş*” demişlerdir.

Bütün odak grup görüşmelerinde meme kanseri erken tanı davranışına katılmama nedenleri arasında en sık vurgulanan **ertelemeyle sonuçlanan ihmal** idi. Fiziksel belirtinin olmaması ve kendilerini sağlıklı görme nedeni ile meme kanseri erken tanı davranışlarına katılmadıklarını tartışmışlardır. Birkaç kişi çevresinden mamografi taramasına katılım konusunda cesaret aldığı halde yine de ihmalden yaptırmadığını ifade etmiştir. Katılanlar “*Ne zaman kendimde bir emareler hissederim o zaman madem bende bu belirti var gideyim muayene olayım derim*”, bir diğeri “*Baktım ki son dört senedir çektirmemişim. Benim kızım devamlı uyarıyor anne git çektir, yaptır. Demek ki ihmalkarlık herhalde*”, bir başkası “*Ben kendimi çok sağlıklı görüyorum hiç böyle korkulu bir şey hissetmiyorum*” şeklinde ifadeler kullanmışlardır.

Mamografi **işleminin rahatsızlığı** bütün gruplarda konuşulmuştur. Kadınların büyük çoğunluğu mamografi çekilirken kendisinin veya çevredeki kişilerin ağrı, acı ve sancı deneyimlediklerini bu nedenle mamografi çektirmek istemediklerini vurgulamışlardır. Birkaç katılımcı yeni bir araç geliştirilmesi ile ilgili öneri vermiştir. “*Kaç sene önce çekildim memografiyi. Canımı yaktılar. Bir daha da gitmedim*”, “*Valla o cendereyi halletmeleri lazım. Ben onu bunu bilmem*”, “*Çektirenler çok acıyo diyorlar o yüzden ben de gitmedim*” şeklinde açıklamalar yapmışlardır.

Kadınların bazıları meme kanseri erken tanı davranışına katılımlarında engelleyici bir etken olarak **ailede veya çevrede kanser öyküsünün olmamasını** dile getirmiştir. Bir kadın “*Bizim sülalede hiç öyle bir şey görmedim. Herhangi bir yerden kanser, ya da meme kanseri. O nedenle hiç aklıma gelmiyor yani*” demiştir.

Birkaç kadın **başka sağlık problemlerinin olması** ve toplumdaki kadının rolü nedeni ile **kendilerine zaman ayıramamayı** taramalara katılımlarında engelleyici faktör olarak açıklamıştır. Kadınlardan birisi “*Ben üç yıldır gitmiyorum. Başka rahatsızlıklarım oluştu. Onlar onun üstüne daha ağır bastı. Onun için uzaklaştım*”, bir diğeri “*Şimdi günün kadını da çok meşgul. Evin bütün yükü benim omzumda. Bakıyorum üst komşum öyle. Eşlerimiz sadece*

oturuyor televizyon seyrediyor. Biz koşturuyoruz. Kendi hastalığımız aklımıza düşmüyor. Benim gördüğüm bütün kadınlar böyle. Hiç kendim için yaşamadım bu güne kadar. Hep çocuklarım, kocam ve torunlarım. Kendimize bakmaya hiç fırsat yok”.

2. Kültürel Faktörler

Kadınlar taramalara katılım engelleri ile ilgili **kültürel faktörlerden** sıkça söz etmişlerdir. Bazı katılımcılar Türk toplumunun **kültürel yapısı** ve **dini inancı** nedeniyle meme ve kadın vücudu mahrem olarak görüldüğü için **utanma** duygusunun yaşandığını ve bu nedenle başka kadınların ve kendilerinin taramalara katılmadıklarını ya da katılmakta isteksiz olduklarını vurgulamışlardır. Doktorların kadın olmasının taramalara katılımlarını kolaylaştıracağını düşünen ve öneren kadınlar vardı. Kadınlardan bazıları ise doktora namahrem olmadığını taramalara katılmalarında doktorun kadın veya erkek olmasının kendilerini rahatsız etmediğini belirtmişlerdir. Ayrıca meme kanserinin Allah’tan gelen bir durum olduğu inancına sahip yaşlılar da vardı. Katılımcılar *“Kadın doktor olsa daha rahat. Bunlar göz önünde bulundurulsa Türk halkına çok daha uygun olur”, “En çok utanmaktan gidilmiyor” “O da benim evladım gibi çekti mamografiyi. Doktorlara namahrem yok helaldir”. “Allah yazmamış olsun diyorum. Yani yapabileceğimiz o kadar”* şeklinde ifade etmişleridir.

3. Sağlık Hizmeti Sunumu

Sağlık hizmeti sunumu ana teması altında odak grup görüşmesi veri analizi sonucunda randevu alamama, uzun bekleme saatleri, doktorun önerisinin olmaması, sağlık personeli yaklaşımı belirlenmiştir.

Altı odak grup görüşmesinin dördünde sağlık hizmeti sunumunda **randevu alamama**, randevu alsa bile kliniklerin kalabalık olması nedeniyle **uzun bekleme saatleri** sorunları sıkça dile getirilmiştir. Kadınlardan bazıları *“Bana bir sene sonraya randevu verdiler. En sonunda memlekette doktor olan yeğenim sağ olsun mamografimi çektirdi. Sonuçları burada doktoruma göstercem çünkü çok uzun randevular veriliyor. Yani Allah korusun bir şey olduğu zaman bile o artık iş işten geçmiş olur”, “Bizi bu hastaneden biraz da soğutan erken gidip numara alma, sıra bekleme”* şeklinde cevaplar vermişlerdir.

Pek çok kadın taramalara katılımları ile ilgili **doktorların önerisinin olmamasını** engelleyici faktörler arasında tartışmıştır. Katılımcılardan birisi *“Şimdiye kadar hiçbir doktor bunu söylemedi bana. Eee söylemeyince de ben de gidip yaptırmadım”* demiştir. Bir kadına doktorun mamografi ile ilgili söylediği *“Koltuğumun altında bir çıban nedeniyle doktora*

gittim. Hiç bir şey yok. O çubandan gelen bir ağrı dedi. Ama X'ciğim sakın televizyonda kanserle ilgili olan bir program olduğunda hemen kapat. Gazetede okuma. Toplulukta konuşulduğu an çık dedi. Kafana takma yani dedi. Allah'ıma çok şükür on senedir ne mamografiye gittim ne de bana doktor git çektir dedi” diye açıklamıştır.

Doktor ve sağlık personeli ile olan ilişkinin niteliği önemlidir. Bazı kadınlar **sağlık personelinin yaklaşımları** ile ilgili geçmiş deneyimlerinin taramalara katılımlarında engelleyici olabildiğini tartışmışlardır. Katılımcılardan birisi “*Biraz da ilk gitmişsin sen bilmiyorsun nasıl makineye yanaşacaksın. Hanım hanım böyle yanaş, şöyle yanaş. İtip kakıyor seni*”, “*Tabii sert davranılıyor. Ses tonu çok önemli. Zaten siz oraya stresli gidiyorsunuz. Hasta olarak sana böyle davranıldığı zaman hayatta gitmek istemiyorsun o hastanelere*”, “*Ben Avrupada’ki gibi istiyorum doktorlarımızı. Her an gittiğimizde bize ilgili, alakalı olsunlar*” demişlerdir.

3.5.2. B. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Katılım Kolaylaştırıcıları

1. Bireysel Faktörler

Bireysel faktörler teması altında kanser taramaları ile ilgili kolaylaştırıcı olarak, meme kanseri ve tarama davranışları ile ilgili bilgilendirilme, korku (meme kanseri olma ve vücuda yayılması, başkasının bakımına muhtaç olma), kanser tarama algısının pozitifliği, ailede meme kanseri öyküsü ve sosyal destek belirlenmiştir.

Bazı katılımcılar meme kanseri ve taramalar konusunda kadınların **bilgisiz olmaları** nedeniyle taramalara katılımın az olduğunu düşünmüşlerdir. Kadınlar eğitim, broşür ve medya ile bilgilendirilmelerinin yanı sıra sağlık çalışanının bilgilendirmesinin taramalara katılımı sağlayabileceğini tartışmışlar ve önermişlerdir. Bir katılımcı “*Ne şekilde olacağını güzelce bize izah ederseniz herhalde öğrenmiş oluruz. Nasıl yapılacağını çok iyi bilmiyoruz*”, bir diğeri “*Ya televizyonda program yapılacak, bu konuda sağlık konusunda ya da böyle kalabalık ortamlarda eğitim yapılacak*” bir başkası “*Resimli broşürleri dağıtarak bayanların evde bir yerlere bunu asarak akıllarına getirmeleri sağlanabilir*” demiştir.

Katılımcıların büyük çoğunlu meme kanseri taramalarına katılmada **korkuyu** aynı zamanda kolaylaştırıcı faktör olarak tartışmışlardır. Korku kaynakları olarak daha çok **meme kanseri olacağı ve geç kalırsa vücuda yayılacağı**, bu nedenle acı çekeceği ve başkasına **bakımda muhtaç olacağı** düşünceleri ile ilgili olduğunu paylaşmışlardır. Bir kaç katılımcı memelerini kaybetme korkusunu yaşları gereği yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Bazı yaşlı bireyler ise meme kanseri taramalarına katılımı artırmada korkutmayı önermiştir. “*Tedavisi*

tam randıman vermezse vücuda yayılır. Onun ızdırabını çekmek insanı ürküten. Doktorların ya da kişilerin eline kalmak. Yoksa göğsüm alınmış bu yaştan sonra sorun değil. Atlaması, üzer beni vücudumu sarması. Allah korusun.”, “*Korkutcan. Hayır diyeceksin bu tehlikeli bir şey. Başka türlü olmaz”*.”

Eğitimli kadınlar da dahil meme kanseri taramaları ile ilgili yanlış bilgiler, doktorun önerisinin olmaması, meme kanseri taraması ile ilgili bilgi ve farkındalığın yeterince olmadığı katılımcıların çoğu tarafından tanımlanmış olmasına rağmen pek çok kadın erken tanının önemli olduğunu düşünmekteydi. Bu araştırmada yaşlı kadınların çoğunun **tarama algılarının pozitifliğine** rağmen düzenli taramalara katılan kadın sayısı azdı. “*Aslında şüphelenmeden de her sene gidelim. Rutin kontrollerimizi yaptırmamız lazım*”, “*Taramalara devamlı gidilecek, duyduklarımızdan doğru olduğunu düşünüyoruz*” gibi cümleleri sıklıkla kurmuşlardır.

Sağlığı korumada meme kanseri erken tanı davranışlarına katılım konusunda önemli bir faktör olarak ailede meme kanseri hikayesi “*itici bir güç*” oluşturmaktadır. Bazı katılımcılar **ailesinde meme kanseri olmasını** özellikle mamografi çekirme konusunda kendilerini motive ettiğini söylemişlerdir. Bir katılımcı “*Öyle şüphe eden insanlar mamografi çekirmeli. Gelinimin annesinde olduğu için altı ayda bir mamografi çektiyordu*”, bir diğeri “*Açıkçası amcamın kızında kanser var. Göğsünü aldılar. Ondan dolayı rahatsızlığım var. Elliyorum göğsümün sağını solunu. Ailede varsa zaten mutlaka her tarafımıza baktırmamız gerekiyor*” şeklinde yanıtlamıştır.

Sosyal destek birkaç kadının meme kanseri erken tanı davranışına katılımına yardımcı olmuştur. Ayrıca tartışmalar sırasında da mamografi yaptıranlar mamografi yaptırmayan kadınlara yaptırmaları için cesaret verici sözler söylemiştir. Bazı katılımcılar “*Ama çekti. Tavsiye ederim*”, “*Aman o kadar acıya dayanıver. Git bir defa çekti şüpheden kurtul*”, “*Gelinim her altı ayda bir gidiyor yengesi ile beraber mamografi çekirmeye*”, “*Oğlum anne bunu muhakkak yaptırmam gerekiyor derdi. Benim oğlum da tıp doktoru. Onun zoruyla gidiyordum. Tabi oğlum götürüyordu kendi eliyle. Fakat iki üç yıldır hiç gitmedim. Oğlum Edirne’ye gittikten sonra gitmedim. O gittikten sonra ihmal ettim*” demiştir.

2. Kültürel Faktörler

Katılımcılar odak grup görüşme süresince kültürel faktörler temasının kolaylaştırıcı faktörler yönünü tartışmamışlardır.

3. Sağlık Hizmeti Sunumu

Sağlık hizmeti sunumu ana teması altında randevu verilmesi ve sağlık personeli iletişimi ve doktor önerisi taramalara katılımı sağlamada kolaylaştırıcı faktörler olarak ortaya çıkmıştır.

Bazı katılımcılar *randevu verilmesi* ve *telefon ile aranmalarını* meme kanseri erken tanı davranışına katılımlarında kolaylaştırıcı faktör olarak söylemişlerdir. Bir katılımcı mektupla davetin yurt dışında taramalara katılımı artırdığını ifade etmiştir. Pek çok yaşlı kadın hatırlatıcı mektup yazma, randevu verme ve telefonla aranmayı taramalara katılımı artıracığı için önermiştir. Katılanlardan bazıları “*Bana bir sene sonraya randevu verdiklerinde gittiğim gün bakıyordum ki dosyam hazır gelmiş. O zaman gitmem gerektiğini biliyordum ve gitmek de zorundaydım*”, “*Aile hekimlerimiz var. Onlar zamanı geldiğinde gününde bir mektup ya da bir telefonla arasalar gideriz*”, “*Bunu hiç hastane, servislere gitmeden sadece meme taramalarına özel bir yere gitsek sıra almamız kolay olur. Dolayısı ile herkes üşenmeden gider. Çünkü gittiği zaman beklemeyecek, sırasını alacak, kontrolünü olacak. Diyecek ki a falanca servis çok güzel. Sıra da beklemiyorsun. Gidiyim kontrolümü yaptırayım diyecek*” demiştir.

Yaşlı kadınlar *etkili hasta-doktor/sağlık personeli iletişiminin ve doktor önerisinin* taramalara katılımında güçlü bir rol oynayabileceğini vurgulamışlardır. Bir kadın “*Yani bana bir doktor deseydi inanın ben gider yaptırırdım onu. Hiç çekinmeden yaptırırdım*”, “*Doktorumu çok seviyorum. Çok güzel de muayene ediyor. Beni yönlendiriyor. Onun istediği şeyleri yapıyorum*”, “*Doktor diyor ki bak her ay göğüslerinize bakınız, banyo yaparkene yoklayınız diyor. Ufacık birşey eline geldi mi hemen doktora gel diyor. Kontrolde diyor ki eğer memende bir şey çıkmış olsaydı, yakalamış olsaydık seni erken çağırırdık ama diyor bir şey yok sende iki senede bir geleceksin diyor. Emekli olduktan sonra gittim senede bir geleceksin dediler gittim*” demiştir.

3.6.TARTIŞMA

1. Bireysel Faktörler

Çalışmanın *bilgi ve farkındalık* bulguları diğer çalışma sonuçlarıyla paralel olarak yaşlı kadınların meme kanseri ve meme kanseri taramaları ile ilgili bilgisinin yetersiz olduğunu, bilgilerini daha çok medyadan, arkadaş veya yakın çevresinden edindiklerini göstermektedir (Coughlin ve ark., 2007; Dişçigil ve ark., 2007; Park ve ark., 2007; Sadler ve ark., 2007). Bu çalışmaların aksine Zapka ve Berkowitz’in (1992) araştırmasında kadınlar bilgilerini çoğunlukla doktordan aldıklarını söylemişlerdir. Dişçigil ve arkadaşları (2007) çalışmasında

doğrudan doktor tarafından bilgilendirilen kadınların tüm tarama yöntemlerini uygulanma oranını daha yüksek olarak belirlenmiştir. Grunfeld ve arkadaşları (2002) belirti ve risk bilgilerinin az olması nedeni ile başvuruda geciken ve meme kanseri gelişme riski yüksek olan yaşlıların uygulama programlarında hedef nüfus olarak ele alınması gerektiği bildirilmektedir. Kadınların bilgi eksikliği ve yanlış bilgilerinin olması hastalık duyarlılık ve ciddiye algısını azaltabileceği için yaşlı kadınların taramalara katılmalarında engelleyici olmuş olabilir. Bu durum SİM'ni destekleyebilir. Kadınların çoğunun bilgilerini doğrudan sağlık personeli yerine medyadan edinmiş olması nedeni ile meme kanserinde koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık personellerinin tutumlarının gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Neredeyse katılımcıların hiç birisine KMM yapılmamış olması, sağlık personelinin fazla bilgi edinme gereksinimini dile getirmeleri bunun bir göstergesi olabilir. Ayrıca SİM göre eyleme geçiricilerin içinde yer alan medya, arkadaş ve yakınlarından bilgi almanın (Glanz ve ark., 2008) davranışı gerçekleştirilmede önemli olduğu bilinmesine rağmen bu çalışmada kadınların çoğunluğunun düzenli taramalara katılmalarının olmaması, yaşlı bireyin tarama davranışına bu faktörlerin motive edemediğini, motive edici faktörlerden daha fazla engellerin olduğunu düşündürmektedir. Bunun yanı sıra yaşlı bireyin eyleme geçiriciler olan faktörlerle ne kadar sık karşılaştığı da önemli olabilir.

Bu çalışmada hastalık hakkında yaşanan korku duygusu literatürü desteleyici olarak hem engelleyici hem de kolaylaştırıcı faktörler arasında tartışılmıştır (Borraro ve ark., 2005; Buki ve ark., 2004; Kwok, Cant, ve Sullivan, 2005; Lamyian ve ark., 2007; Ogedegbe ve ark., 2005). Bazı kadınlar kitle çıkma, kanser tanısı alma korkusunu taramaya gitmeme nedenleri olarak belirtirken bazı kadınlar ise meme kanseri olma ve vücuda yayılması, başkasının bakımına muhtaç olma gibi meme kanserinin getirebileceği sonuçlardan korktuklarından dolayı taramalara katıldıklarını açıklamışlardır. Korku, bazı kadınlarda karşılaşılabilecek sonuç ile baş edemeyeceği düşüncesinden dolayı belki de taramaya katılımda engelleyici olurken bazı kadınlar için hastalık duyarlılık ve ciddiye algısındaki artışı sağlayarak taramaya katılımı kolaylaştırıyor olabilir. SİM göre, yatkınlık ve ciddiye algısı birlikte tehdit algısını oluşturmaktadır. Meme kanserinin ciddiye kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadın, aynı yaşta başka bir kadına göre daha fazla KMM yapma, mammografi ve klinik meme muayenesi yaptırmaya eğiliminde olacaktır (Glanz ve ark., 2008; Nahcivan ve Seçginli, 2003).

İhmal/erteleme nedenleri arasında; işlemin verdiği rahatsızlık duygusu ve belirti olmadan tarama davranışının gösterilmediği ve kendini sağlıklı olarak algılaması belirtilmiş olup diğer çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (Kwok, Cant ve Sullivan, 2005; Ogedegbe ve ark., 2005). Montazeri ve arkadaşları (2003) meme kanseri belirtisi olan hastaların, yaklaşık %25'inin sağlık profesyoneline, üç ay geç başvurduğunu belirlemiştir. Ogedegbe ve arkadaşları (2005) çalışmasında ise hastalık belirtilerinin olması meme kanseri taramasını katılımı kolaylaştırırken, kişilerin iyi sağlık algısı, kanser tarama bilgisinin olmaması ve kanser tarama testleri ile ilgili ağrı korkusu taramalara katılımı engelleyici faktörler olarak belirtilmiştir. Borrayo ve arkadaşları (2005) olası tanı alma korkusu, kendini sağlıklı görme ve meme kanseri belirtileri olmamasını taramalara katılmada engelleyici faktörler olarak bildirmektedirler. Kadınların meme kanseri taramalarına kendilerini sağlıklı olarak görmeleri yanı sıra, başvurduklarında tanı alırlarsa sağlıklı olma durumunu kaybedecekleri endişesini yaşamak istemedikleri için (pozitif bir algının kaybı) taramaya katılımı engellemiş olabilir. Pender bireylerin sağlıklarına verdikleri önemin sağlık davranışlarına doğrudan etki yaptığını açıklamıştır. Sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesinde bireylerin sağlık tanımlarının önemli olduğunu ve genellikle hasta oldukları ya da ölümden korktukları zaman sağlıklarının önemini farkına vardıklarını bildirmektedir (Pender, ve ark., 2006). Fakat Walter ve arkadaşları (2004) yaşla birlikte mamografi taramasına katılımın azalmasına rağmen yaşa göre kötü sağlık algısı olan kadınların mamografi taramasına katılımları açısından fark bulamamışlardır.

Çalışmanın bulgularından olan *ailede kanser öyküsünün varlığının* taramalara katılımı önemli olduğunu bir kaç çalışma desteklemektedir (Dişçigil ve ark., 2007; Lamyian ve ark., 2007; Lee ve ark., 2007; Zapka ve Berkowitz, 1992). Bu çalışmada 28 kadının ailesi veya yakınında kanser öyküsü vardı. Aile öyküsü olan bayanların 19'u daha önceden mamografi yaptırmışlardı. SİM ve SGM'ne uyumlu olarak aile hikayesinde meme kanserinin olması hastalıkla ilgili yatkınlık ve ciddiyet algısını artırdığı (Pender ve ark., 2006; Glanz ve ark., 2008) için taramalara katılımları daha fazla olmuş olabilir.

2. Kültürel Faktörler

Kültürel faktörler ana teması altında belirlenen *utanma*, pek çok araştırmada da engelleyici faktörler içinde yer almıştır (Borrayo ve ark., 2005; Kwok, Cant, ve Sullivan, 2005; Ogedegbe ve ark., 2005). Bu araştırmada olduğu gibi bir araştırmada *dini inancın* kadınların meme kanseri taramalarına katılımlarında engelleyici olduğu belirtilirken (Borrayo

ve ark., 2005) dini inancın kolaylaştırıcı faktör olduğunu bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Lamyian ve ark., 2007; Lee ve ark., 2007; Phillips ve ark., 2001). Türk toplumunda devam eden kültürel değişimlere rağmen yaşlıların toplumsal değerlere ve dine daha bağlı olabileceği düşünüldüğünde kadın vücudunun gösterilmesi ile ilgili tabuları olabilir. Bu nedenle utanma en çok konuşulan engeller arasında dile getirilmiş olabilir. Kadınlar memesini göstermede isteksiz olduğu için meme kanseri bulguları olsa bile taramalara katılımda geç kalabilirler. Bu çalışmada bazı katılımcılar meme kanseri ile ilgili çok az kontrollerinin olduğunu, hastalıkların Allah'tan geldiğini, sağlıklı yaşam biçimine sahip ve her şeyi yapan kişilerin de meme kanseri olabileceğine inandıklarını belirtmişlerdir. Türk toplumunun dini inancında yer alan "kadercilik" bazı kadınların kendi sağlıklarının kontrolünün olmadığı inancını getirdiği için taramalara katılımı engellemiş olabilir. Bu nedenle sağlığı geliştirme mesajlarında bu konunun dikkatle ele alınması gerekmektedir.

3. Sağlık Hizmeti Sunumu

Sağlık hizmeti sunum biçiminin yaşlı kadınların taramalara katılımlarında önemli bir engel olduğu bu çalışmanın sonuçlarındandır. Sağlık hizmeti sunumunda randevu alamama, doktor önerisinin olmaması ve sağlık personelinin yaklaşımı yaşlı kadınların en sık bahsettiği konular olmuştur. Buna karşın maliyet ve ulaşım engelleri diğer çalışmalarda olduğu gibi yoğun şekilde dile getirilmemiştir (Young ve Severson, 2005; Wu ve Bancroft, 2006; Zapka ve Berkowitz, 1992). Bunun bir nedeni görüşmeye katılan tüm bireylerin sosyal güvencesinin olması, yerel yönetimlerin yaşlı bireylere ulaşım ücreti konusunda destek olması ve hastanelerin bireylerin ulaşabileceği yakınlıkta olmasından dolayı olabilir.

Sağlık hizmeti sunumunda doktorların kadınlara taramalara katılımlarını önermesi ve sağlık personelinin etkili iletişim becerilerini kullanmalarının kolaylaştırıcı faktör olduğu yapılan diğer çalışmalarda da gösterilmiştir (Borrayo ve ark., 2005; Coughlin ve ark., 2007; Dişçigil ve ark., 2007; Lamyian ve ark., 2007; Phillips ve ark., 2001; Young ve Severson, 2005). Bu çalışmada da özellikle doktorun yönlendirmesini erken tanı davranışlarının gösterilmesinde etkili olduğu, yaşlı kadınların bu konuda da doktordan bir beklentilerinin olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın bulguları meme kanseri taramalarına kadınların katılımını artırmada önemli bir çevresel faktör olarak hizmetin kalitesinin değerlendirilmesine ve çözümler aranmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Kadınların meme kanseri tarama davranışlarına ilişkin diğer yaş gruplarında yapılan çalışmalar bu çalışmanın sonuçlarına uymaktadır. Park ve arkadaşlarının (2007), 28-60 yaşları

arasındaki Koreli kadınlarla yaptıkları kalitatif çalışmaları sonucunda kadınlar, KKMM'sini yapmama engeli olarak, bilgisizliği, meme kanseri konusunda duyarlı olmadıklarını ve zamanlarının olmadığını belirtmişlerdir. Paskett ve arkadaşları (2006) tarafından 40 yaş üstü kadınlarda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, mamografi çektirmeme nedeni olarak, düzenli olarak doktora gidip mamografi çektirme inancına sahip olmamak mamografi çektirme konusunda destekleyen bir kişinin olmaması, mamografi çektirmek için uzun süre beklemek zorunda kalmak bildirilmiştir. Maxwell ve arkadaşlarının (2003) 40 yaş üstü Filipinli Amerikan kadınlarda yaptıkları randomize kontrollü başka bir çalışmada da, kadınlar mamografi çektirme engeli olarak maliyetin yüksek olması, radyasyon korkusu, kanser çıkacağı düşüncesi, işlem sırasında duyulan ağrı ve utanmayı belirtmiştir. Bu durum kadınların meme kanseri erken tarama davranışlarında yaş faktörü ile ilişkisiz benzer engeller ile karşılaştığını düşündürülebilir.

3.7. Katılımcıların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Katılım Kolaylaştırıcıları İlgili Önerileri

Katılımcıların meme kanseri erken tanı davranışlarına katılımlarında hatırlatıcı randevu, telefon ve mektup kullanım önerisini yapılan uzamsal randomize kontrollü bir çalışma desteklemektedir. Sağlık hizmeti sunumunda randevu zamanlarının kadınlara hatırlatılmasının taramalara katılımı etkili olduğu saptanmıştır (Taplin ve ark., 2000). Kwok, Cant ve Sullivan (2005) taramalara katılımı yazılı davet göndermenin kolaylaştırıcı bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir.

Bu araştırmanın bulguları da her iki modele uyumlu olarak meme kanseri tarama davranışlarının gerçekleştirilmemesinde algılanan engellerin önemli bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır. SGM ve SİM'ne göre algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yararın, algılanan engellerin etkisini azalttığına davranışın gerçekleşeceğini iddia etmektedir (Glanz ve ark., 2008; Pender ve ark., 2006). Gasalberti (2002) KKMM tam olarak yapma ile algılanan engeller arasında negatif bir ilişki olduğunu belirlemiş ve bu sonucun SGM desteklediğini belirtmiştir. Karayurt (2003) çalışmasında kadınların algılanan engeller arttıkça, KKMM uygulama sıklığının azaldığını, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararı yüksek olan kadınların daha yüksek oranda önerilen şekilde KKMM uyguladığını saptanmıştır. Araştırmada yaşlı kadınların meme kanseri taramalarına katılımlarında kolaylaştırıcılardan daha fazla engelleyici faktörleri tartışmış olması algılanan yarardan daha

çok engelin olması nedeni ile kadınların taramalara katılımlarının düşük olmasını açıklayabileceği düşünülmüştür.

3.8. SONUC VE ÖNERİLER

Türkiye’de yaşlı kadınlarda meme kanseri tarama engelleri ve kolaylaştırıcıları daha önceki araştırmalarda derinlemesine çalışılmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları yaşlı kadınların meme kanseri taramalarına katılımlarında engelleyici ve kolaylaştırıcı faktörlerin neler olabileceğine ilişkin sağlık profesyonellerine ipucu vermektedir. Çalışmada, katılımcıların 1/3 daha önce hiç mamografi yaptırmadığını belirtirken katılımcıların çoğu düzenli meme kanseri taramalarına katılmadığını belirtmişlerdir. Katılımcılar **bilgi kaynağı** olarak en çok sırası ile medyadan, bir yakını veya arkadaşından ve az da olsa doktordan bilgi edindiğinden bahsetmiştir. Ancak katılımcıların neredeyse hiç biri hemşireden bilgi almadığını bildirmiştir. Bu bulgu meme kanseri erken tanısı ve korunmada hemşirelerin etkin olamadığını gösterebilir. Farklı sağlık disiplinleri (doktorlar, radyologlar, ebeler vs.) özellikle halk sağlığı hemşireleri yaşlı kadınların sağlığını koruma ve geliştirmede önemli bir rol oynayabileceği için bu ipuçlarının bilinmesi önemlidir. Sağlık çalışanları yaşlı kadınların bilgi eksikliğini gidermek, yanlış bilgilerini düzeltmek, erken dönemde meme kanserini belirlemek ve etkili tedaviyi sağlamak için broşür, görsel materyal veya meme modellerini kullanarak yapacakları sağlık eğitimleri ile kadınların taramalara katılımlarını artırmada yardımcı olabilirler. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının yaşlı kadınların “korkusunun” hem engel hem de kolaylaştırıcı faktör olabileceğinin farkında olmalıdırlar. Kadınların sağlık personeli ile olan ilişkileri onları taramalara katılımında kolaylaştırıcı veya engelleyici faktör olabilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının duyarlı, güven verici ve saygılı iletişim yöntemlerini kullanması taramalara katılımlarını artırmada ve utanma duygusunu azaltmada önemlidir. Ayrıca kadınlar için cinsel organlarını/memelerini gösterme rahatsızlığından dolayı doktor veya teknisyenin sağlık çalışanı olarak muayenelerde mahremiyetle ilgili önlemler alması ve gerekli açıklamaları yapması KMM ve mamografi tarama davranışına kadının katılımında cesaretlendirici olabilir. Ek olarak dini inancın taramalara katılımdaki etkisi nedeni ile “Dinde kişilere sağlıkla ilgili verilen sorumluluklar” eğitim programının içeriğinde yer alabilir. Gelecek araştırmalarda bireylerin sağlık algıları ve dini inançlarının taramalara katılımlarını nasıl etkilediği ile ilgili bireysel derinlemesine görüşmelerle incelenmesi yararlı olabilir.

Bu çalışmada odak grup görüşmeleri sırasında yaşanan en önemli sorun olan yaşlı kadınların şuanki kronik hastalıkları gibi kendi sorunlarını paylaşma isteği nedeni ile meme

kanseri erken tarama davranışlarının yeterince konuşulmasını engellemiş olabileceği çalışmanın sınırlılığıdır. Bu sonuçlar amaçlı örneklem yöntemi kullanılmış olması nedeni ile bütün yaşlı kadınlara genellenemez.

Sonuç olarak; halk sağlığı hemşireleri ve diğer sağlık disiplinlerinin yaşlı kadınların taramalara katılımlarındaki bilgi gereksinimlerinin farkında olma, sağlıkları ile ilgili korku ve endişelerini anlama, tarama engellerini ve kolaylaştırıcı faktörlerini bilme sorumlulukları vardır. Erken tanı ve tarama uygulamalarını artırabilmek için bu çalışmanın sonuçlarını eğitim planlama ve içeriğinin hazırlanmasında kullanımı yararlı olabilir. Bu çalışmanın en önemli gücü sonuçlarının klinik, alan ve araştırma uygulamalarında kullanılabilmesidir.

4. Yaşlı Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışında Engel ve Kolaylaştırıcı Algıları: Kalitatif Bir Çalışma

4.1. GEREK VE YÖNTEM

Bu çalışma 60-75 yaş arasındaki yaşlı kadınların serviks kanseri erken tanı davranışları ile ilgili algıladıkları engeller ve kolaylaştırıcıları SİM ve SGM teorik yapısı içinde incelemek amacı ile yapılmıştır. Bu çalışmada aşağıdaki sorulara odaklanılmıştır.

Ana Araştırma Sorusu

-Yaşlı kadınların yeterli düzeyde Pap smear test yaptırma davranışlarını göstermemesinin nedenleri nelerdir?

Alt Araştırma Soruları

- Yaşlı kadınların serviks kanseri ile ilgili erken tanı davranışına katılımda algıladıkları engeller nelerdir?

- Yaşlı kadınların serviks kanseri ile ilgili erken tanı davranışına katılımlarında algıladıkları kolaylaştırıcılar nelerdir?

4.1.1. Araştırmanın Tipi

Kalitatif tipte olan bu çalışma 60-75 yaş arasındaki yaşlı bireylerin serviks kanseri erken tanı davranışları ile ilgili algıladıkları engeller ve kolaylaştırıcıları SİM ve SGM teorik yapısı içinde incelenmek üzere İzmir'in Balçova bölgesinde yürütülmüştür.

4.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

İzmir'in Balçova bölgesi kaymakamlığı ve muhtarlıklarından, aile hekimleri adres siteminden alınan adres bilgileri ile derinlemesine bireysel görüşmeler bireylerin evlerinde

yapılmıştır. Görüşme sırasında bölünmelerin olmaması ve üyelerin rahat bir şekilde görüşmeyi sürdürebilmeleri için bireyle yalnız kalınabilecek bir odada görüşmeler yapılmıştır. Bu bölge popülasyonu yaşadıkları sosyo-ekonomik düzey özellikleri bakımından farklılık gösterdiği için tercih edilmiştir.

4.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Balçova bölgesinde yaşayan 60-75 yaş grubu tüm kadınlar oluşturmaktadır. Yaşlı kadınların seçiminde serviks kanseri tarama hızları ile ilişkili olduğu bilinen eğitim, sosyoekonomik durum, evlilik durumu göz önüne alınarak maksimum çeşitlilik örneklem stratejisi ile amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2006).

4.1.4. Verilerin Toplanması

Derinlemesine görüşmeler enformel sohbet tarzı, görüşme formu kullanılarak yapılan derinlemesine görüşmeler, yapılandırılmış açık uçlu görüşmeler ya da bunların kombinasyonları, yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler biçiminde olabilir. Derinlemesine görüşme açık uçlu soruların sorulması, görüşmecinin dinlenmesi, cevapların kaydedilmesi ve ilave soruların sorulması yoluyla araştırma konusunun detaylı bir biçimde incelenmesini mümkün kılan bir yöntemdir (Yıldırım ve Şimşek, 2006). Bu çalışmada SİM ve SGM'ne göre araştırma amacına uygun yarı yapılandırılmış görüşme tekniğine uygun açık uçlu sorulardan oluşan "görüşme soru formu" kullanılmıştır (Bkz. EK 15). Görüşme soruları açıklama yapmaya ve ayrıntılı konuşmaya yön verecek şekilde yaşlı bireylerin serviks kanseri tarama davranışlarına katılımlarını etkileyen faktörleri belirlemek için bilgi, engel ve kolaylaştırıcılarını ortaya çıkarmayı hedefleyen açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Ses kayıt cihazıyla, katılımcıların sözel onayı alınarak kaydedilmiş ve görüşmeye başlamadan önce çalışmanın amacı tekrar açıklanmıştır. Bu çalışmada 21 yaşlı kişi yer almış ve görüşmeler ortalama 40 dakika sürmüştür. Görüşme esnasında görüşme kaydının yapılmasında ses kayıt cihazı ve görüşmeci notları kullanılmıştır. Belirlenen konu ile ilgili yeni bilgiye ulaşılamayan durumları yeterli sınır olarak kabul ederek görüşmelere bu noktada (veri doygunluğu= saturation = 21 kişi ile görüşme sonrası) son verilmiştir.

Görüşme formu, kısa bir sosyodemografik soru ile başlamıştır. Araştırma amacına uygun SİM ve SGM'ne göre hazırlanan soru formunda aşağıda yer alan bazı örnek sorular sorulmuştur.

- Yaşlı kadının bilgisini değerlendirmek için “rahim ağzı kanseri hakkında ne biliyorsunuz? “bir kadının rahim ağzı kanseri olma nedeni sizce nedir?”
- Pap smear testi ve serviks kanseri farkındalığına yönelik “rahim ağzı kanserinin erken dönemde tespit edilmesi için bildiğiniz yöntemler nedir?”
- Tarama ile ilgili engel ve kolaylaştırıcılarını anlamak için “bir kadının Pap smear testini yaptırmamasının nedenleri hakkında ne düşünüyorsunuz?”
- Serviks kanseri için kişisel risk algısı ve duyarlılık algısı için “rahim ağzı kanseri için kendi riskinizi nasıl görüyorsunuz?”
- Ciddiyet algısına yönelik “rahim ağzı kanserinin sonuçlarının ne kadar ciddi olabileceği ile ilgili ne düşünüyorsunuz?” vb. sorulardan oluşmuştur. Daha derinlemesine bilgi edinmek için ek sorular sorulmuştur.

Görüşme formu yaşlı bireylere uygulanmadan önce nitel araştırma konusunda uzman iki kişiden görüş alınmıştır.

Örnekleme dahil edilme kriterleri; (1) Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, (2) 60-75 yaş olmak, (3) Türkçe konuşuyor olmak, (4) İşitme/görme problemi olmamak, (5) Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olmak, (6) Demans, alzheimer ve serviks kanseri tanısı almamış olmak, (7) Histerektomi ameliyatı geçirmemiş olmaktır.

4.2. Araştırmanın Etiği

Araştırma için Balçova Belediyesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. Örneklem kriterlerini karşılayan yaşlı kadınlardan derinlemesine araştırmanın amacı, zamanı, araştırma verilerinin gizliliği, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri konusunda bilgi verilerek görüşmeler öncesi sözel onam alınmıştır.

4.3. Veri Analizi ve Geçerlilik

Görüşmeler, araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış “Görüşme Soru Formu”na bağlı ancak ek sorular eklenerek gerçekleştirilmiştir. Görüşme soruları standart bir sıra ile sorulmamış gelen yanıtlara göre sorular yönlendirilmiştir. Araştırmacı iç geçerliği sağlamaya yönelik olarak görüşmeler esnasında katılımcıların söylediklerini tekrarlayarak ve özetleyerek yanlış anlamaları önlenmiş ve katılımcıların doğru anlaşılıp anlaşılmadıkları kontrol etmiştir. Görüşmelerden sonra kaydedilen veriler, üç gün içinde metne dönüştürülmüştür. Daha sonra ikinci bir kez veriler ses kaydından dinlenerek metin

kayıtlarının yanlışsız ve eksiksiz olduğu doğrulanmış ve bu yolla verilerin güvenilirliği sağlanmıştır. Araştırma verilerinin analizinde içerik analiz kullanılmıştır. İçerik analiz süreci;

1. Görüşme verilerinin yazıya geçirilmesi,
2. Verilerin düzenlenmesi,
3. Anlamli veri birimlerinin saptanması,
4. Analiz matrisi oluşturulması
5. Serviks kanseri tarama davranışı engel ve kolaylaştırıcıların saptanması için analiz matrisinde verilerin kodlanması,
6. Analiz matrisine göre kodlanan verilerin tekrar gözden geçirilmesi,
7. Analiz süreci ve sonuçların rapor edilmesini içermektedir (Polit ve Beck, 2004).

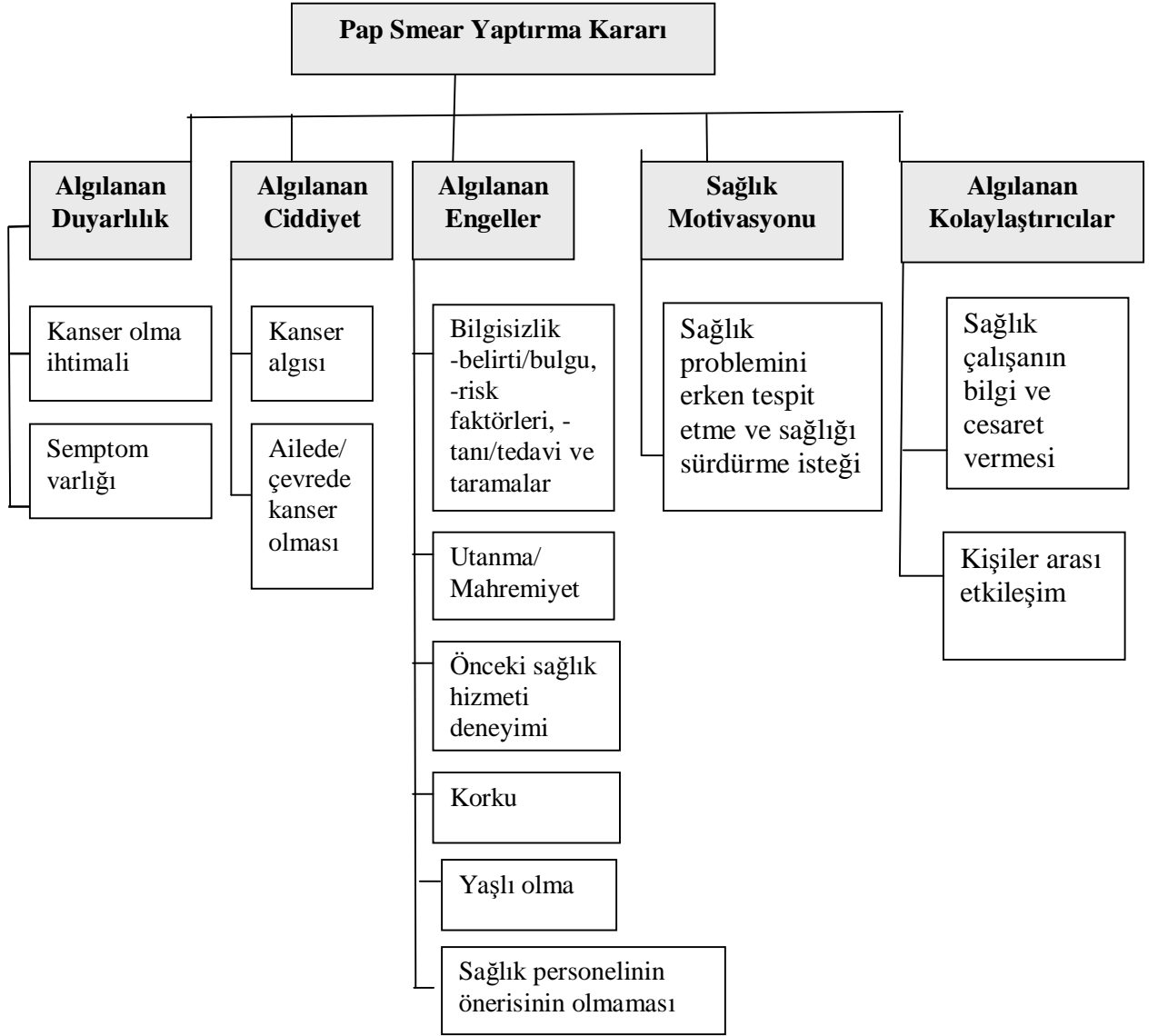
Derinlemesine bireysel görüşmelerin transkripsiyonu araştırmacı tarafından yapılmıştır.

4.4. BULGULAR

Araştırmaya katılan yaşlı kadınların yaş ortalaması 66.38 ± 5.13 (min=60 Max=75), ortalama çocuk sayısı 3.09 ± 1.84 , %42.8'i ilköğretim mezunu, %66.6'sının geliri giderden azdır. Çalışmaya katılan 21 yaşlı bireyin %42.9'u en az bir kez Pap smear testini yaptırmıştır (Tablo 6). Katılanların çoğu Pap smear testini hayatları boyunca bir veya iki kez yaptırdığını yalnızca iki kişi düzenli olarak yaptırdığını bildirmiştir. Veri analizinde katılımcıların serviks kanseri erken tanı davranışları ile ilgili algılanan engeller ve kolaylaştırıcıları SİM ve SGM kavramları üzerinden değerlendirilmiştir. Şekil 5'de derinlemesine bireysel görüşme sonuçlarının ana kategorilerini ve alt temalarını göstermektedir.

Tablo 6: Yaşlı Birey Özellikleri (n: 21)

Değişkenler		
Yaş (yıl)	Ortalama \pm SS	
	66.38 ± 5.13	
Çocuk Sayısı	3.09 ± 1.84	
Eğitim durumu	Sayı	%
Okur-yazar değil	3	14.3
Okur-yazar	3	14.3
İlköğretim	9	42.8
Lise ve üzeri	6	28.6
Gelir		
Gelir giderden az	14	66.6
Gelir gidere eşit ve yüksek	7	33.4
Hiç Pap smear test yaptırmayan	12	57.1
En az bir kez Pap smear test yaptıran	9	42.9
Toplam	21	100.0



Şekil 5: SİM ve SGM’ne Göre Yaşlı Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışında Engel ve Kolaylaştırıcı Algıları

4.4.1. Serviks Kanserinde Algılanan Duyarlılık

Kanser olma ihtimali: Katılımcılardan serviks kanseri taramasına katılmayan dokuz kişi serviks kanseri yönünden kendisini riskli olarak değerlendirmemiştir. “*Kendi mantığıma göre zannetmiyorum. Bunca zaman bu bölgedeki faaliyetlerim sağlıklı geçtiğine göre bundan sonrada rahim ağzı kanseri olacağımı tahmin etmiyorum*”, “*Bu yaştan sonra bende rahim ağzı kanseri olmaz zor*”.

Semptom varlığı: Serviks kanseri taramasına katılmayan 12 yaşlı kadın ve daha önce taramalara katılan ancak düzenli olarak yaptırmayan kadınların tamamı Pap smear testinin

başlatılması ve sürdürülmesinde yalnızca semptomlar olduğu zaman gidilmesi gerektiğini ve bunun Türk kültüründen kaynaklandığını düşünmektedirler. “*Rahatsızlık duymadığım için gitmiyorum. Herhangi bir rahatsızlık duysam bu rahimden ya da kadın hastalıklarından dolayı bir şikayetim olsa hemen giderim. Yani illaki biz Türk milleti olarak rahatsızlık duyduğumuzda gitmek gerektiğini düşünüyoruz*”. “*belki de şikayetim olmadığı için ara verdim. Herhangi bir şikâyetim olsa tekrar giderim ama şikâyetim olmayınca gitmek istemedim*”.

4.4.2. Serviks Kanserinde Algılanan Ciddiyet

Kanser algısı: Taramalara katılmış 15 yaşlı kadın serviks kanseri kötü, serviks kanseri olursa hayat tarzı değişikliğine neden olabilecek ve erken teşhis edilse bile tedavisi zor bir hastalık olarak algılamaktadır. “*Eğer erken teşhis olmazsa hakikaten götürücü bir hastalık tabiki. Zaten adı da kötü*”, “*Bu sağlık konusu çok kolay bir olay değil. Çok kötü şeyler getirebilir bence. Hem hastalığı ilerler hem kemoterapiler felan da zor. Çok kolay değil.*”, “*Valla kanser deyince zaten kötü bir hastalık geliyor aklıma. İnsan ürküten, korkutan bir hastalık. Herhalde yaşam için, yaşaması için çok ciddi olur. İnsanın yaşamını etkileyeceği için. O da ölümü etkileyeceği için*”.

Ailede/çevrede kanser olması: Katılımcı yaşlı kadınların bazılarında aile ve çevresinde serviks kanseri olmasına rağmen taramalara gitmedikleri görülmüştür. Bazı kadınlar ise aile ve çevresinde kanser olmamasına rağmen serviks kanseri taramalarına katılmışlardır. Bu kadınlarda serviks kanserinin yaşamlarına getireceği olumsuzluklarla ilgili algılarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

4.4.3. Serviks Kanserinde Algılanan Engeller

Bilgisizlik: Bu çalışmadaki yaşlı kadınların serviks kanseri **belirti/bulgu, risk faktörleri, tanı/tedavi ve taramalarla ilgili bilgi gereksinimi** olması en sık tartışılan, major engellerden birisiydi. Kadınlara serviks kanseri sorulduğunda, 17 kadın serviks kanserini duyduğunu ama serviks kanseri hakkında hiçbir bilgilerinin olmadığını bildirmişlerdir. Genelde katılımcıların kanser tarama ile ilgili algıları pozitif. Ancak serviks kanserinin erken tanısı ve hayat kurtarıcılığı ile ilgili ilişkinin, serviks kanserinden nasıl korunulacağı ve erken tanıda Pap smear testinin önemi ile ilgili farkındalıkları yoktu ve test hakkında çok az bilgileri vardı. Üç katılımcı Pap smear testini hiç duymadıklarını belirtmiştir. Tarama sıklığı sorulduğu zaman birkaç katılımcının dışında kimse doğru olarak söyleyememiş ve 17 kadın bilmediğini ifade etmiştir. “*bak onu bilmiyorum. Ama herhalde iki senede bir yapılmalı mı acaba birçok*

hastalılar gibi? Bilmiyorum”, “bilmiyorum bunun belki de bir yaş sınırı vardır. Belli bir yaş grubu altı ayda bir yaptırmalı. Şu yaştan sonrada yılda bir ya da iki yılda bir yaptırmalı diye de belki bir şeyi vardır”.

Serviks kanseri belirti/bulguları: Doğru olarak çok az kişi serviks kanseri belirti ve bulgularını (kanama, ağrı, kötü koku vb) sıralayabilmiştir. Yanıtlayanların neredeyse tamamı belirti ve bulgularını bilmediğini ifade etmiştir. *“Herhalde bir akıntı yada bir kanama olur zannediyorum. Acı olur mu onu da bilmiyorum. Yani pek bilgim yok.”*

Serviks kanseri risk faktörleri: Katılanların doğru olarak söyleyebildiği birkaç risk faktörü arasında yüksek parite ve pozitif aile öyküsü yer almaktadır. Yedi yaşlı kadın serviks kanserinin oluşumunda hijyen yetersizliğinin bir risk faktörü olduğuna inanmaktaydı. Serviks kanserinde risk faktörleri olarak erken yaşta cinsel ilişki, çok sayıda cinsel eş, sigara, uzun süreli oral kontraseptif (doğum kontrol hapı) kullanımı katılımcılar tarafından hiç belirtilmemiştir. Bu konuda kadınların neredeyse tamamı (konu hakkında konuşanlar ise bilgilerinden emin olmadığını) bilgisinin olmadığını söylemişlerdir. *“ben yine eşleri de kabahatli bulucam, hanımların temizliğine dikkat etmemesini de yorumluyacam. Yani aileden gelme böyle bir şey yoksa, başka bir şey bilmiyorum”, “bence çok doğum yapan kadınlar yıpranıyor yani rahim. Bence öyle. Yani bilgim bu kadar”.* Katılımcıların bazıları genetik geçişin önemini vurgulamıştır. Ancak neredeyse hiçbir katılımcı HPV enfeksiyonunun öneminin farkında olmayıp serviks kanseri ile ilişkisini bilmiyordu. Yalnızca iki kişi genç yaşta yapılan aşının koruyuculuğundan bahsetmiştir.

Katılımcıların **bilgi kaynağı** çoğunlukla televizyon, arkadaş ve yakın çevresiydi. Neredeyse hiç kimse sağlık çalışanlarından (doktor, hemşire vb) bilgi aldığını söylememiştir.

Utanma/Mahremiyet: Bu çalışmaya katılan yaşlı kadınlar sıklıkla serviks kanseri taraması ile ilgili önemli bir engel olarak utanma ve benzer duyguları kültürel olarak yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bazı katılımcılar Türk toplumunun **kültürel yapısı** ve **dini inancı** nedeniyle kadın vücudu mahrem olarak görüldüğü için **utanma** duygusunun yaşandığını ve bu nedenle başka kadınların ve kendilerinin taramalara katılmadıklarını ya da katılmakta isteksiz olduklarını vurgulamışlardır. Kadınların bazıları bu konuları arkadaşları ile de konuşmadıklarını söylemişlerdir. Üç yaşlı kadın sağlık çalışanının kadın olmamasının testi yaptırmamasını engellediğini, katılımcılardan yarısından fazlası ise utanmalarına rağmen sağlık çalışanının cinsiyetinin önemli olmadığını tartışmıştır. *“biraz çekingenlik malum bizim Türk hanımlarında. Ne bileyim utanma gibi bir şey herhalde”, “Bizler biraz daha kapalı yerlerde*

büyüdük. Baskılar altında büyüdüğümüz için. Açıkta mesela bir erkeğe simirimizi aldirmek benim şahsen kendi düşüncem sıkılıyor. Kan ter içinde kalıyorum”. “Hayatta baktırmam doktora. Altan bakarsa utanıyorum ben... Sonra bu konuları biz hiç konuşmuyoruz. Böyle konular hayatta konuşulmuyor. Hele ben daha da utanıyorum”, “Eskiden çok zordu yani erkek jinekoloğa gitmezlerdi bizim zamanımızda. Ama, doktorun erkeği kadını olmaz benim bildiğim. Doktor bu işin uzmanıdır. Bunun cinselliği düşünülemez. Ama çoğunluk bu yönden gitmiyor. Kadın olsun. Şu anda gayet rahat görüyorum. Bilhassa genç hanımlarımız gayet rahat erkeğe de gidiyor, aslında doktora namahrem yok. Dinimizce bile yok. Yani çok dindar bir hanım bile bundan kaçınmaz”.

Önceki sağlık hizmeti deneyimi: Sekiz yaşlı kadın sağlık personelinin yaklaşımları ile ilgili geçmiş deneyimlerinin taramalara katılımlarında engelleyici olabildiğine işaret etmişlerdir. Yaşlı kadınlar etkili hasta-doktor/sağlık personeli iletişiminin taramalara katılımda rol oynayabileceğini vurgulamışlardır. Katılımcılar kliniklerin kalabalık olması nedeniyle uzun bekleme saatlerinin olmasını negatif deneyimler olarak sıkça dile getirmiştir. Katılımcıların çoğu testin kolay bir işlem olduğunu düşünmesine rağmen önceden yaşanan olumsuz deneyimleri nedeni ile tekrar Pap smear testini yaptırmamışlardır. “Bazı yerde daha böyle sanki itilip kakılıyor demiyim yanlış olur, yani daha bir olumsuzluklarla karşılaşıyorsunuz. Onlar moralinizi bozuyor. Diyorsun ki aman bir daha buraya gelmem. Bir sonrakine gitmek istemiyorsunuz. Ama böyle candan bir yakınlıkla gittiğin yere bir daha gitmek istiyorsunuz. O insana karşı bir güvence duyuyorsunuz yani o insana karşı bir daha gitmekten çekinmiyorsunuz. Eğer seni azarlıyor gibi konuşuyorsa ya da ‘efendim şöyle geçin şöyle burada oturun. Bekletiyor seni artık. Unutuldun. Bekle bekle’... Öbür taraf arada geliyor ‘kusura bakmayın beklettim ama biraz daha sabredin’ uzayan zamanı fazla fark etmiyorsunuz”. “Hastaneden hiç memnun kalmadım açıkçası. Çok zor sıra geliyor. Çok yoğun. Doktorlar sağlık ocaklarındaki kadar ilgili değil. Açıkçası şikayet edeyim onları. En son bilmiyorum beş sene öncedeydi herhalde doktorlarla tartıştım. Tartıştım ondan sonra bıraktım” , “Bir de hastaneler acayip dolu, beklemek yok mu? Kimse gitmek istemiyor. O sabah erkenden gidip randevu almak sıraya girmek...”

Korku: Yaşlı bireylerin bazıları erken tanı davranışına katılmama nedeni olarak korku kavramını tartışmışlardır. Kadınlar en sık kanser tanısı alma, test sırasında enfeksiyon kapma ve hastalığı düşünürse kendisinde olacağı korkusundan bahsetmiştir. “Doktor korkusu var. Gerçekleri öğrenmek insana, çoğuna ağır geliyor. Doktor bu var sende dese diyorlar

yıkılırlar... Bilmeden daha rahat yaşıyorsun diyorlar. Hastalık öğrenilince psikolojik olarak çökme oluyor”, “Ben çünkü televizyonlarda onları izlemiyorum, dinlemiyorum. Evham ediyorum ya bir gün öyle bir şeye rastlarım diye korkusundan rahim ağzında bir şey olur, pürüz, felan.. Gidersem doktor hafif bir şey şüphelenirse ben artık evhamdan Allah korusun o hastalığa yakalanabilirim diye korkuyorum”.

Yaşlı Olma: Yaşlı kadınlar genel olarak cinsel olarak aktif olan kişilerin, daha çok genç kadınların Pap smear testini yaptırmaları gerektiğine inanıyorlardı. Katılımcıların yarısına yakını yaşlı olmaları nedeni ile serviks kanseri taramalarına katılımların gerekli olmadığını düşünüyorlardı. “Eee gençler gitsin kızım bundan sonra ben gitsem ne olur. Şükür onlar yaptırıyorlar”, “Aman boş ver gençler gitsinler. Zaten burada ne kadar ömür kaldı. Hasta olmasınlar. Yani hani bizde 60-70 iş bitmiş derler. Yani benim ailemde hiç 60-70 e ulaşan kimse yok yani. Kısa bir ömürlüyüz. Biliyorum ki 5-6 seneden sonra Allah hayırlı yani ölüm versin. Ölünecek”.

Sağlık personelinin önerisinin olmaması: Bu çalışmaya katılan yaşlı bireylerden yalnızca iki kişi doktor önerisini alarak testi yaptırdığını ifade etmiştir. Diğer katılımcılar Pap smear testini yaptırmaya kararlarında doktor önerisinden bahsetmemiştir. “Zaten bana bir daha gel de denilmedi. Temiz çıktı dediler”. “Bir şeyin yok tertemiz dediler onun için de üç yıldır bir şey düşünmedim”.

4.4.4. Sağlık Motivasyonu

Çalışmada yer alan ve daha önce tarama testlerini yaptıran kadınlardan yedisi sağlık problemini erken tespit etme ve sağlığı sürdürmede istekli iken taramalara katılmayan kadınlardan sekizi ise ya bu konudan hiç bahsetmemiş ya da sağlık problemini erken tespit etme ve sağlığı sürdürme ile ilgili negatif düşüncelere sahip olduğunu bildirmiştir. “Pap smear testi geleceğe dönük en azından tedbir alma amaçlı mutlaka yararlıdır. Her kadını bunları yaptırmasında fayda var derim. Bilemem de yani her şeyde öyle. Bir sivilce çıksa hemen önlemimi almak lazım, zaten hastalıklar önce böyle ufaktan başlıyor sonra büyümüyor mu?”. “Ben önem vermiyorum. Ben pek gitmem doktora iyice düşmedikten sonra. Bak rahim ağzı kanseri değil de başka hastalığımda da, şu öksürük var bende bir aydan beri. Bir doktora gidip te öksürük ilacı almıyorum işte, sağlıkla pek ilgilenemiyorum”.

4.4.5. Serviks Kanserinde Algılanan Kolaylaştırıcılar

Sağlık çalışanın bilgi ve cesaret vermesi: On iki yaşlı kadın serviks kanseri ve taramalar konusunda kadınların **bilgisiz olmaları** nedeniyle taramalara katılımın az olduğunu

düşünmüşlerdir. Kadınlar eğitim, broşür ve medya ile bilgilendirilmelerinin yanı sıra sağlık çalışanının bilgilendirmesinin ve sözel olarak tarama testlerini yaptırmaları konusunda kendilerine cesaret verilmesinin taramalara katılımı sağlayabileceğini belirtmişler ve önermişlerdir. “Ben hiç yaptırmadım. Bizim zamanımızda bu kadar gelişmemiști tıp bilgileri. Hem halk tarafından hem doktorlar tarafından aydınlatma bu kadar değildi”, “ Ne bileyim mesela sağlık ocaklarında felan duyurulsaydı herhalde yaptırırdım. Gerek doktor olsun, gerek işte böyle reklam mahiyetinde yazılı bir şeyler koysalar, etseler. Ne bileyim çok detaylı anlatılırsa bunun ne kadar vahim olduğu giderim o zaman, her sene giderim yani. Ama bunu iyi anlatmak lazım insanlara. Gerçekten tehlikeli mi? Her sene muayene olması gerekiyor mu? Çok iyi anlatılırsa tahmin ediyorum herkes sağlığından emin olmak için gider. Eğer çok iyi bilgim olursa, yararları zararları konusunda bilgilendirilirse mevte giderim. Muhakkak gider yaptırırım.”

Kişiler arası etkileşim: Pap smear taramasına katılım için kişiler arası etkileşimin önemini beş yaşlı kadın vurgulamış, aile üyeleri ve arkadaşları ile bu konuları konuşarak gitmeye karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Çok az yaşlı birey doktorunun önerisine uyararak taramalara katıldığını bildirmiştir. “ben gitmesem çocuklarım zaten alıp götürürler”. “Benim tanıdığım insanlar bu konulara ilgi gösteriyorlar ve yaptırıyorlar. Birbirimizle de konuşuyoruz bunu”, “Ben o doktorumun tavsiyelerine uyaraktan sımır testini yaptırdım. Rahim ağzı taraması yapıldı. Doktoruma durumumu anlattıktan sonra doktorum ne tavsiye ediyorsa ona göre ne gerekiyorsa yapılmasını isterim”.

4.5. TARTISMA

Yaşlı kadınların çoğunluğu Pap smear testinin önemli olduğunu söylemesine rağmen bu çalışmada koruyucu sağlık uygulaması olarak serviks kanseri taramalarına katılmadıklarını belirtmişlerdir. Wong ve arkadaşları (2009), Guilfoyle, Franco ve Gorin (2007) çalışmasında olduğu gibi bu çalışmada da semptom olmadan serviks kanseri taramalarına gereksinim olmadığı algısı yaşlı kadınlar tarafından sıkça belirtilmiştir. Bir çok çalışmada semptom varlığı ile serviks kanseri tarama hızlarının artması arasında ilişki saptanmıştır (Agurto ve ark., 2004; Guilfoyle ve ark., 2007; Ogedegbe ve ark., 2005). Kadınların kendilerini sağlıklı olarak görmeleri yanı sıra, başvurduklarında tanı alırlarsa sağlıklı olma durumunu kaybedecekleri endişesini yaşamak istemedikleri için (pozitif bir algının kaybı) taramaya katılımı engellemiş olabilir. Ogedegbe ve arkadaşları (2005) iyi sağlık algısının taramalara katılımında engelleyici bir faktör olarak belirlerken, Mandelblatt ve arkadaşları (1999) iyi sağlık

algısı olan yaşlılarda Pap smear taramalarına katılım oranının arttığını bildirmektedir. Pender ve arkadaşları (2006) ise bireylerin sağlıklarına verdikleri önemin sağlık davranışlarına doğrudan etki yaptığını, sağlığı geliştiren davranışların gerçekleşmesinde bireylerin sağlık tanımlarının önemli olduğunu ve genellikle hasta oldukları ya da ölümden korktukları zaman sağlıklarının öneminin farkına vardıklarını bildirmektedirler. Serviks kanserinde koruyucu sağlık uygulaması yaşlı Türk kadınları için bir öncelik olmayabilir. Çünkü kültürel olarak koruyucu sağlık uygulamaları yerine hastalık olduğu zaman tedavilerine odaklanmaktadırlar. Bu çalışmada yaşlı kadınların yarısından fazlası kendilerinde kanser olma ihtimallerini düşük olarak algılamıştır. Semptomun olmaması, kendinde serviks kanseri ihtimalini görmeme, aile hikayesinde kanser öyküsünün olmaması, taramalara katılım için kendisini yaşlı olarak görme ve serviks kanserini cinsel tehdit olarak algılamama gibi nedenlerden dolayı yaşlı kadınların serviks kanseri duyarlılık algılarının düşük olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada çoğu yaşlı kadın serviks kanserini tedavi edilemez ve ölümlerle sonuçlanabilen bir ciddi bir hastalık düşünüyordu. Ailesinde ve çevresinde serviks kanseri öyküsü olan kadınların bazıları taramalara katılırken bazıları katılmamışlardı. Arkadaşı ve çevresinde serviks kanseri öyküsünün olmasının taramalara katılımında kadınlara cesaret verebileceği bildirilmektedir (Howson, 1999; Lee ve ark., 2007). Bu çalışmada bilgilerinin olmaması nedeni ile bazı kadınlar Pap smear testini yaptırmada aile hikayesini önemli bir risk faktörü olarak düşünmemiş olabilirler. Yapılan çalışmalar yaşlı kadınların taramalara katılımında major engeller arasında bilgi yetersizliği, doktor önerisi, iletişim eksikliği, utanma ve korkuyu sıralamaktadır (Agurtove ark., 2004; Austin ve ark., 2002; Guilfoyle ve ark., 2007). Türkiye’de Mete (1998) çalışmasında bilgi eksikliği, sağlık problemini önemsememe, utanma gibi nedenlere bağlı olarak kadınların jinekolojik muayeneden çekindikleri belirtilmiştir. Serviks kanseri ile ilgili bilginin yetersizliği ya da yokluğu hassasiyet ve ciddiyet algısını etkilemiş olabilir. Kadınların bilgi eksikliği ve yanlış bilgilerinin olması hastalık duyarlılık ve ciddiyet algısını azaltabileceği için yaşlı kadınların taramalara katılmalarında engelleyici olmuş olabilir. SİM bireylerin hastalık duyarlılık ve ciddiyet algısı ve koruyucu sağlık davranışında bulunma arasında bir ilişki olduğunu söylemektedir. Bu çalışmada yaşlı kadınlar için sağlık çalışanından danışmanlık ve bilgi almak ve taramalara katılmaları konusunda cesaretlendirilmek önemliydi. Kadınların çoğunun bilgilerini doğrudan sağlık personeli yerine medyadan edinmiş olması nedeni ile serviks kanserinde koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili sağlık personelinin tutumlarının da gözden geçirilmesi gerekliliği

ortaya çıkmaktadır. Yaşlı kadınların yeterli eğitime sahip olmaması serviks kanseri duyarlılık ve ciddiyet algısını azaltmış olabilir. Bu nedenle hemşire, doktor ve diğer sağlık çalışanlarının yaşlı kadınlara tarama zamanlarını hatırlatmaları ve taramalara katılımın neden önemli olduğu ile ilgili bilgi vermesi önemli olmaktadır. Yapılan çalışmalar kadınlara yönelik hazırlanan eğitim materyallerinin ve hatırlatıcı sistemlerin (telefon, kart vb.) kadınların kanser taramalarına katılımlarında önemli uygulama olduğunu göstermektedir (Austin ve ark., 2002; Curbow ve ark., 2004). Kadınların olumlu sağlık davranışlarını geliştirmeleri ve erken tanı çalışmalarına başvurmaları için sağlık çalışanlarının bilgilendirme yapması gerektiği vurgulanmaktadır (Ackerson ve Gretebeck, 2007).

Serviks kanseri taramasına katılım ile ilgili kültürel olarak yaşanan major engellerden birisi mahremiyet/utanmaydı. Fiziksel muayene sırasında vücudun özel bir bölümünün gösterilmesi ile ilgili olan utanma yönünden Türk kadınının erkek doktor tarafından muayenesi taramalara katılımında önemli bir engel olabilir. Utanmanın yaşla birlikte arttığı ve Pap smear test yaptırma ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır (Lee-Lin ve ark., 2007). Bu çalışmada çoğu kadın, kadın/erkek doktorun muayene etmesinin önemli olmadığını söylemesine rağmen utanma nedeni ile kadın doktor tercihlerini sıklıkla dile getirmişlerdir. Bir kadın, kadın doktor olmadığı için gittiği merkezde taramayı yaptırmamıştır. Diğer çalışmalarda da doktor cinsiyetinin taramalara katılımı engelleyen önemli bir faktör olarak belirlenmiştir (Abdullahi ve ark., 2009; Guilfoyle ve ark., 2007; Van Til ve ark., 2003). Türk toplumunda devam eden kültürel değişimlere rağmen yaşlıların toplumsal değerlere ve dine daha bağlı olabileceği düşünüldüğünde kadın vücudunun gösterilmesi ile ilgili tabuları olabilir. Bu nedenle utanma en çok konuşulan engeller arasında dile getirilmiş olabilir. Kadınlar hastalık ve hastalıkla ilgili bakımda neler olduğunu araştırırken yaşamlarında önemli olan kişilerden (ailesi, komşuları, akranları, sağlık çalışanları) etkilenebilirler (Ogedegbe ve ark., 2005). Ancak utanma engeli kişilerin arkadaşları, ailesi ve doktoru ile serviks kanserini tartışmaktan sakınmasına neden oluyor olabiliyor. Utanma yaşlı kadının serviks kanseri taramalarına katılım kararında algılanan duyarlılıktan çok daha önemli bir belirleyici olabilir. Bu nedenle sağlığı geliştirme eğitim mesajlarında bu konunun dikkatle ele alınması gerekmektedir.

Pap smear tesitini yaptırma ve pelvik muayene ile ilgili önceki sağlık hizmeti deneyiminden memnuniyetsizlik, kadının bir sonraki teste katılımında önemli bir engel olduğu benzer şekilde diğer çalışmalarda da bildirilmektedir (Abdullahi ve ark., 2009;

Agurtove ark., 2004; Guilfoyle ve ark., 2007). Sağlık hizmeti sunumunda doktorların kadınlara taramalara katılımlarını önermesi (Austin ve ark., 2002; Guilfoyle ve ark., 2007; Ogedegbe ve ark., 2005; Van Til ve ark., 2003) ve sağlık personelinin etkili iletişim becerilerini kullanmalarının (Agurto ve ark., 2004; Van Til ve ark., 2003) önemli olduğu gösterilmiştir.

Tarama davranışında yaşlı kadınların yaşadığı korku engeller arasında yer almıştır. Yaşlı kadınların bazıları tanı alma ve sterilizasyonla ilgili endişeler ve hastalığı düşünürse kendisinde olacağı korkusundan bahsetmiştir. Abdullahi ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da Pap smear testini yaptırmada kadınların sterilizasyon korkularının olduğu belirlenmiştir. Korku diğer çalışmalarda da engel olarak gösterilmiştir (Agurto ve ark., 2004; Austin ve ark., 2002; Ogedegbe ve ark., 2005). Yaşlı kadınlar kişisel olarak kendilerinin sağlıklarından sorumlu olduklarına inanmalarına rağmen yaşla beraber sağlık ve hastalık algılarındaki değişim nedeni ile negatif sağlık algıları oluşmuş olabilir. Çalışmada daha önce tarama testlerini yaptıran kadınların büyük çoğunluğunun sağlık problemini erken tespit etme ve sağlığı sürdürme ile ilgili istekliliklerinin yaşla birlikte azalması eğitim programlarında tartışma konusu olarak dile getirilmelidir.

4.6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pek çok çalışmada SİM teorik yaklaşım olarak kullanılmıştır. SGM'nin kullanımı ise daha sınırlıdır. SİM ve SGM'ne göre algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yararın, algılanan engellerin etkisini azalttığı ve algılanan yararın algılanan engellerden daha fazla olduğunda sağlığı koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışın gerçekleşeceğini iddia etmektedir (Glanz ve ark., 2008; Pender ve ark., 2006). Bu çalışmada da kadınların neredeyse hiç biri düzenli olarak taramalara katılmamış ve kanser taramalarının yararlarını çok az konuşmuşlardır. Daha yoğun olarak yaşadıkları engelleri tartışmışlardır. Bu araştırmanın bulguları da her iki modele uyumlu olarak serviks kanseri tarama davranışlarının gerçekleştirilmemesinde algılanan engellerin önemli bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın bulguları toplumda serviks kanseri tarama hızının artırılmasında kadınların bilgisiz olma, utanma, önceki negatif sağlık hizmeti alma deneyimi, korku, koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışlarda bulunmak için kendini yaşlı görme gibi engellerin önemli olabileceğini ortaya koymaktadır. Serviks kanseri tarama hızının artırılmasını hemşire, sağlık çalışanları ve araştırmacılar aşağıdaki uygulamaları göz önüne alabilirler.

İlk olarak serviks kanseri taramalarına katılımın artırılmasında hemşire ve sağlık çalışanları kadınlara yeterli bilgiyi sağlamalıdır. Bu nedenle topluma yönelik serviks kanseri hakkında yeterli, doğru ve tam bilgi veren eğitim programları düzenlenmelidir. Eğitimlerde kadınlara erken tanı ile serviks kanserinin büyük oranda tedavi edilebileceği açıklanmalı, korkuları azaltılmalıdır. Bu çalışmanın bulguları yaşlı kadınlarda servikal kanser tarama hızının artırılması amacı ile hazırlanacak bu eğitim programlarında kullanılabilir. Engeller ve kolaylaştırıcılar bilgisi etkili hemşirelik uygulamalarının tasarlanmasında ve topluma dayalı programların oluşturulmasında kullanılabilir.

İkincisi sağlık çalışanlarının kadınların muayene sırasında yaşadığı duyguları düşünmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın bulgularında görüldüğü gibi kadın erkek doktor olduğu için utanma hissetmektedir. Sağlık çalışanları kadının erkek doktora karşı tutumunun farkında olmalıdır. Muayene sırasında sağlık personeli olabildiğince kadınların utanma duygusunu azaltmaya yönelik uygulamalar yapmalı, muayene öncesinde kadına işlem hakkında bilgi vermelidir. Kadına işlem hakkında soru sorması için olanaklar sağlanmalıdır. Bu uygulamalar kadının muayene ile ilgili negatif duygular oluşturmasında engelleyici olabilir.

Üçüncüsü sağlık sistemi ile ilgili kadınların yaşadığı negatif deneyimleri azaltmaya yönelik kurumlarda sağlık personeli/hasta iletişimi eğitimlerinin düzenlenmesi önemlidir. Sağlık sisteminde özellikle randevu almanın kolaylaştırılması ile ilgili konularda kurumsal olarak alınabilecek önlemlerin gözden geçirilmesi yararlı olabilir. Kadınlara her yıl hastane ve aile sağlığı merkezlerinin hatırlatma yapması ve muayeneye davet etmesi erken tanı tarama hızının artırılmasında yardımcı olabilir.

Dördüncüsü seminer, konferans ve workshoplarda sağlık çalışanlarının sağlık hastalık deneyimleri hakkında erken tanı çalışmalarına katılımındaki engeller ve kültürün etkisinin konuşulması ve bu konuda farkındalığın artırılması önerilmektedir.

Son olarak gelecek araştırmalarda serviks kanseri erken tanı tarama davranışı engeller ve kolaylaştırıcıları arasındaki ilişki longitudinal olarak incelenebilir. Kadınların düzenli serviks kanseri taramalarına katılımlarında belirlenen bu faktörlerin prevalansının ne olduğunu belirlemeye yönelik çalışmalar yapılabilir.

5. Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışında Engel ve Kolaylaştırıcı Algıları: Kalitatif Çalışma Bulgularının Karşılaştırılması

Hipotez 12-H1: Yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı davranışında engel algıları benzerdir hipotezi doğrulanmıştır.

Meme ve serviks kanseri tarama davranışlarına yönelik yaşlı kadınların taramalara katılmama nedenlerinin bilinmesi sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerine katılmalarında bireyleri motive etmek için oldukça önemlidir. Bu çalışmada yer alan katılımcıların büyük bir çoğunluğu ilkokul ve altı mezunu, geliri giderden azdır. Katılımcılar odak grup ve bireysel derinlemesine görüşmelerde daha sık olarak algıladıkları engelleri tartışmışlardır. Bulgular her iki kanser türünde de yaşlı kadınların taramalara katılımında benzer engel ve kolaylaştırıcı algılarının olduğunu ve erken tanı ve tarama davranışına geçilmesinde algılanan engellerin etkili olduğu göstermektedir. SİM ve SGM’de erken tanı davranışlarında algılanan engellerin önemli bir belirleyici olduğunu varsaymaktadır (Glanz ve ark., 2008; Pender, Murdaugh ve Parsons, 2006; Pender, 1987). Yaşlı kadınların çoğunluğu meme ve serviks kanseri tarama testlerinin önemli olduğunu söylemesine rağmen bu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu düzenli olarak taramalarına katılmadıklarını belirtmişlerdir.

Kadınların meme kanseri ve serviks kanseri erken tanısı ve tarama zamanı konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olmama, semptom olmadan sağlık kurumuna gitmeme durumu çalışmanın önemli sonuçlarından biridir. Her iki kanser türü içinde katılımcılar bilgilerini daha çok medya, arkadaş ya da sınırlı olarak hekimden almıştır. Hemşirelerden bilgi aldığını bildiren katılımcı neredeyse hiç olmamıştır. Bilgisizlik ve yanlış bilgiler kişilerin meme kanseri konusundaki farkındalıklarını etkileyip, duyarlılık ve ciddiyet algılarının yetersiz olmasına, engel algılarının yüksek olmasına neden olup, meme ve serviks kanseri tarama davranışlarına katılmalarında engelleyici bir rol oynamış olabilir. SİM ve SGM’ne dayalı yapılan çalışmalarda bireylerin konu ile bilgilendirilmelerinin ardından olumlu sağlık davranışlarının geliştiği (Oliver-Vazquez ve ark., 2002; Pender, 2006) ve erken tanı davranışlarını gerçekleştirdiği saptanmıştır (Earp ve ark., 2002; Maxwell ve ark., 2003; Paskett ve ark., 2006; Taylor, 1998; Tuong 2007). Katılımcılar her iki kanser türü için bu çalışmada bilgi almanın ve sağlık çalışanının iletişim ve taramalara katılımında cesaretlendirilmesinin önemini kolaylaştırıcılar arasında tartışmışlardır. Katılımcılar sağlık personelinin tarama yaptırılmalarını söylemelerini beklemekteydiler. Bu nedenle sağlık personellerinin özellikle hemşirelerin yaşlı kadında meme ve serviks kanserine karşı

tutumlarının, sağlığı koruma ve geliştirme hakkındaki yaklaşımlarının gözden geçirilmesi gereklidir. Kadınlardan yalnızca birkaç kadın hariç her iki çalışmada da ulaşım ve maliyetle ilgili engelleri tartışmamışlardır. Bu durum tüm katılımcıların sağlık güvencelerinin olmasından kaynaklanmış olabilir.

Meme ve serviks kanseri tarama davranışlarına yönelik sağlık personelinin önerisi yanı sıra sağlık personelinin iletişimi yaşlı kadınların taramalara katılımında major engeller arasında yer almıştır. Meme ve serviks kanseri taramalarında katılımda muayene ile ilgili önceki sağlık hizmeti deneyiminden memnuniyetsizlik (işlemin verdiği rahatsızlık, iletişim, bekleme/randevu alamama vb.) kadının bir sonraki teste katılımında önemli bir engel olduğu görülmektedir. Sağlık personelinin olumsuz yaklaşımı bireylerin engel ve özetkililik algısını etkileyerek taramalarında katılımlarının engel olmuş olabilir. Yaşlı kadınların sağlık sisteminde uzun bekleme saatleri ve randevu almada yaşadıkları güçlüklerde taramalara katılım engelleri arasında en sık tartışılan konu olmuştur. Bu durum özellikle sağlık sisteminde yaşlı kadınların hizmetten yararlanmalarına yönelik kurumsal politikaları gözden geçirme gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Meme ve serviks kanseri tarama davranışlarına yönelik yapılan çalışmalara benzer olarak bu çalışmada da utanma, kadın hekim olmaması, dini inaç ve kadercı tutum tartışılmıştır. Fiziksel muayene sırasında vücudun özel bir bölümünün gösterilmesi ile ilgili olan utanma, kadın erkek hekim tarafından muayene ediliyorsa önemli bir engel olarak karşımıza gelmektedir. Yaşlı kadınların toplumsal değerlere ve dine daha bağlı olabileceği düşünöldüğünde kadın vücudunun gösterilmesi ile ilgili tabuları olabilir. Sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesinde Türk toplumunun kültürel özellikleri, inançları etkili olabilir. Dini inaç sağlığı koruma ve geliştirme davranışının oluşmasında engel olabileceği gibi kolaylaştırıcı faktör olarak ta yer almaktadır. Bu nedenle yaşlı kadınların inaçlarının farkında olarak eğitimlerde bu konuya yer verilmesi davranış sıklığını artırmada yardımcı olabilir. Türk toplumunun dini inancında yer alan “kadercilik” bazı kadınların kendi sağlıklarının kontrolünün olmadığı inancını getirdiği için taramalara katılımı engellemiş olabilir.

Meme kanserinde kendine zaman ayıramama konusu engeller arasında tartışılırken serviks kanseri taramalarına katılımda bu konu tartışılmamıştır. Bu durum belki de serviks kanseri olma ve taramalara katılma konusunda duyarlılık ve ciddiyet algısının yaşlı kadınlarda düşük olabileceğini düşündürebilir.

Ailesinde ve çevresinde meme ve serviks kanseri öyküsü olan kadınların bazıları taramalara katılırken bazıları katılmamışlardı. Arkadaşı ve çevresinde serviks kanseri öyküsünün olmasının taramalara katılımında kadınları motive edebilmektedir. Bu nedenle eğitimlerde sosyal destek kaynaklarının tartışılması taramalara katılımı artırabilir.

Bu çalışmaların bulguları sağlık hizmeti sunumunda sağlık çalışanları kadar meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yaşlı kadınların katılımını artırmada hizmetin kalitesinin değerlendirilmesine ve çözümler aranmasına gereksinim olduğunu göstermektedir.

ARAŞTIRMANIN İKİNCİ BÖLÜMÜ (KANTİTATİF BÖLÜM)

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Pre-post test deney kontrol desenli deneysel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma İzmir Balçova Bölgesi'nde 2010-2012 yılları arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Balçova Bölgesi'nde 2010 yılı adrese dayalı nüfus kayıt verilerine göre 60-75 yaş arasında 5192 kadın araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Balçova Belediyesi Bölgesi'ndeki sekiz mahallenin yedisindeki kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya bölgeden örneklem kriterlerini karşılayan 60-75 yaş arasındaki kadınlar içerisinde 50 deney ve 50 kontrol olmak üzere toplam 100 yaşlı kadın basit sayılar tablosu kullanılarak random atamaları gerçekleştirilmiştir. Daha sonra çalışmayı kabul eden ve çalışma kriterlerini karşılayan tüm yaşlı bireyler randomize olarak deney ve kontrol grubuna atanmıştır. Üç kez farklı saatlerde gidilerek ulaşılamayan kadınlar yerine önceden belirlenen %25 yedek listesindeki oluşturulan kadınlara gidilmiştir.

Katılımcılar birbirilerinden etkilenmeyecekleri bölgelerden, birbirine benzer özellikler taşıyan kadınlardan seçilmiştir. Bu çalışmaya katılan yaşlı kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılım durumları Tablo 7'de gösterilmiştir. Yapılan homojenite testi analiz sonucuna göre deney ve kontrol grupları arasında yaş, SMMT, GYA, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu, evde yaşayan kişi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$) (Tablo 7). Katılımcıların %100'ünün sosyal güvencesi vardır.

Çalışmanın gücü için primer sonuç değişkenleri olarak kadınların mamografi yaptırma durumu kullanılmıştır. Araştırma tamamlandıktan sonra NQuerty ve etki büyüklüğü için G-power 3 programı kullanılmıştır. Çalışmanın istatistiksel gücü, mamografi için .95'dir ($\alpha = .05$, Etki Büyüklüğü = .37, Odds Ratio = .13, Güven Aralığı = .95, $n_1 = 50$, $n_2 = 50$) (Machin ve Campbell, 1987; Fleiss, Tytun ve Ury, 1980).

Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		İstatistik	
	X±SS		X±SS					
Yaş	65.44±3.41 (Min=60- Max=73 yaş)		66.70±4.76 (Min=60- Max=75 yaş)				t=-1.523	p= .131
SMMT	27.20±1.50		26.78±1.74				t=1.293	p=.199
GYA	17.56 ±0.64		17.62±0.53				t=-.509	p=.612
	n	%	n	%	n	%		
Eğitim Düzeyi								
Okuryazar değil	10	20.0	8	16.0	18	18.0		
İlkokul	28	56.0	34	68.0	32	62.0	x ² =3.247	
Ortaokul	6	12.0	2	4.0	8	8.0	p= .517	
Lise	4	8.0	5	10.0	9	9.0		
Üniversite	2	4.0	1	2.0	3	3.0		
Medeni Durum								
Evli	33	66.0	24	48.0	57	57.0	x ² =3.305	
Bekar	17	34.0	26	52.0	43	43.0	p= .069	
Gelir Durumu								
Gelir giderden az	31	62.0	28	56.0	59	59.0	x ² =.372	
Gelir gidere eşit	19	38.0	22	44.0	41	41.0	p= .542	
Evde yaşayan								
Yalnız	12	24.0	15	30.0	27	27.0		
Eşi	19	38.0	17	34.0	36	36.0	x ² =5.028	
Eşi ve	14	28.0	7	14.0	21	21.0	p= .170	
çocukları	5	10.0	11	22.0	16	16.0		
Çocukları								
Toplam	50	100.0	50	100.0	50	100.0		

3.4. Örneklemden Çıkarma Kriterleri

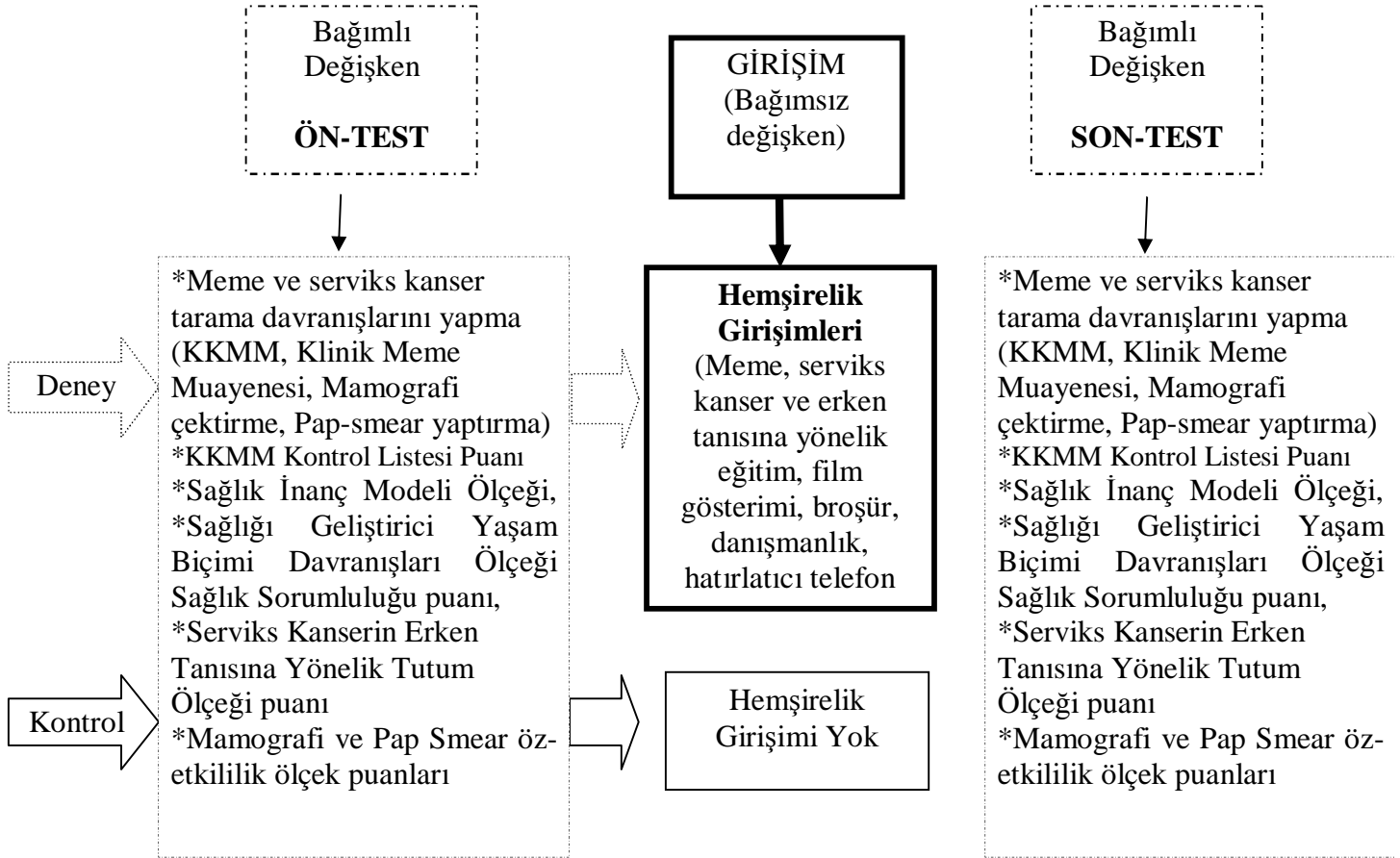
Türkçe konuşma-anlama problemi, ciddi işitme ve görme kaybı, Demans ya da Alzheimer, meme ve ya serviks kanseri tanısı olan, Standardize Mini Mental Test puanı 24'ün altında olan, son bir yıl içinde Pap smear test veya mamografi yaptırmış olan, histerektomi ameliyatı geçirmiş olan ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık yaratacak fonksiyonel yetersizliği olan yaşlı bireyler araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenleri: Yaşlı kadınların her ay düzenli KKMM yapması, izlem süresi olan üç ay içerisinde KMM yaptırmaması, mamografi çektirmemesi ve Pap smear testi yaptırmaması, Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi puanı, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Servikal

Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği, Öz-etkililik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanlarıdır (Şekil 6).

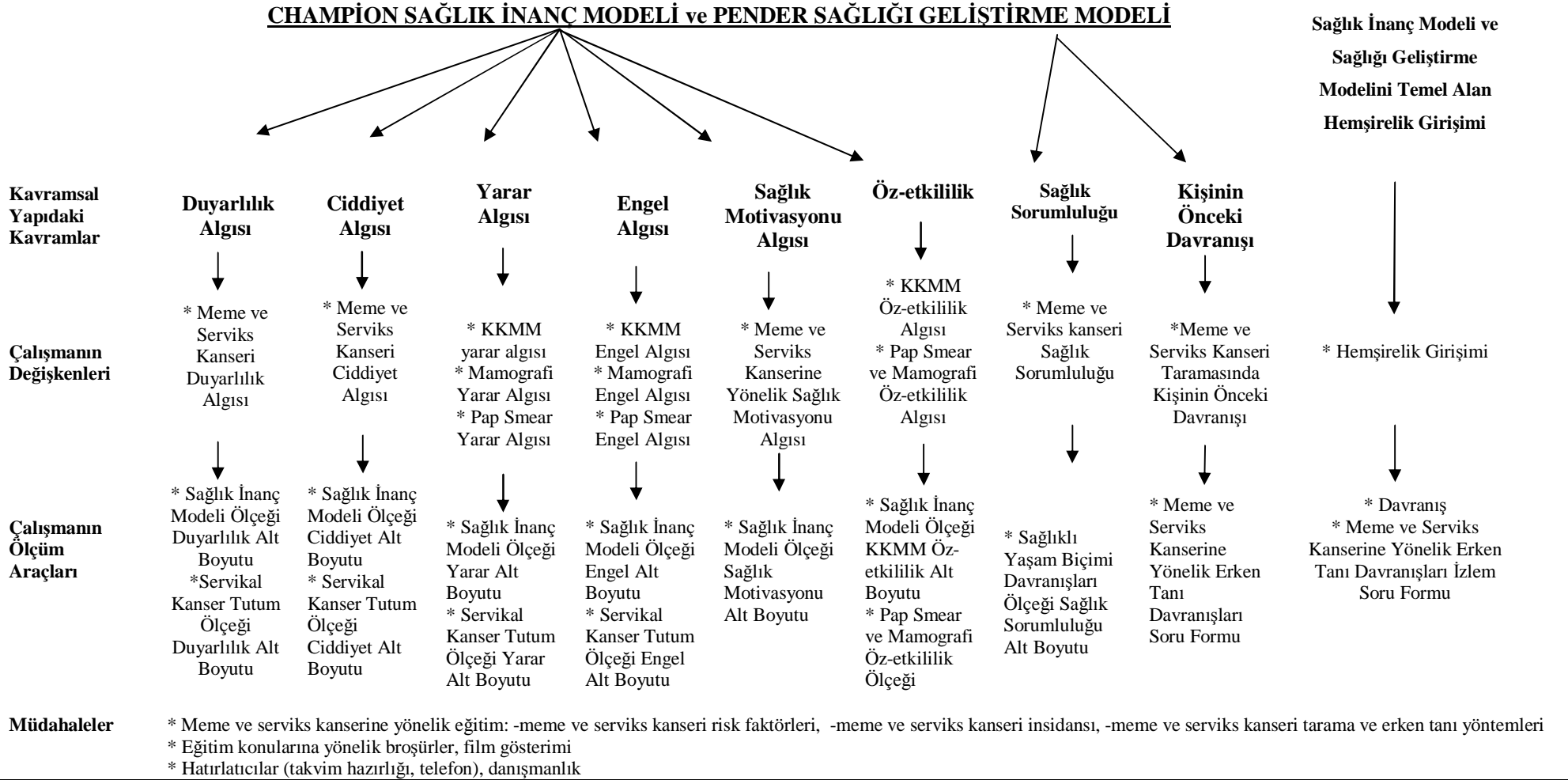
3.5.2. Bağımsız Değişkenleri: Hemşirelik girişimleri (Eğitim, film gösterimi, broşür, danışmanlık hizmeti, hatırlatıcı telefon ve izlem). Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri Şekil 6’da gösterilmiştir.



Şekil 6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlere Göre Araştırmanın Uygulama Şeması

Bu çalışmada kullanılan Champion SİM ve Pender SGM kavramlarına yönelik çalışma değişkenleri, ölçüm araçları ve müdahaleler Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Champion Sağlık İnanç Modeli ve Pender Sağlık Geliştirme Modelinin Kavramlarına Yönelik Çalışma Değişkenleri, Ölçüm Araçları ve Müdahaleler



3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Sosyo-demografik Özellikler Bilgi Formu

Kadınların yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi ve ekonomik durumu, çocuk sayısı ve evde kiminle yaşadığı sorularını içeren bilgi formu kullanılmıştır (Bkz. EK 1).

3.6.2. Standardize Mini Mental Test (SMMT)

Mini Mental Test (MMT) ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından (1975) yayınlanmıştır. SMMT, klinisyenler tarafından bilişsel yıkım derecelerinin ölçülmesi amacıyla gerek tanı, gerekse tedavi sürecinde hastaların izlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Bunun yanı sıra gerek epidemiyolojik araştırmalarda birinci basamak tarama testi, gerekse klinik araştırmalarda incelenenlerin bilişsel yıkım şiddetinin ölçüm aracı olarak yararlanılmaktadır. Mini Mental Test farklı kültürel ve etnik gruplarda kullanılmış ve orijinal dili olan İngilizce'den başka Çince, İspanyolca ve Hindu dili gibi birçok dile daha çevrilmiştir. Mini Mental Test, kısa bir eğitim almış doktor, hemşire ve psikologlarca 10 dakika gibi bir süre içinde, poliklinik koşulları ya da yatak başında uygulanabilir bir testtir. Uygulama esnasında rahatsız edici, utandırıcı veya güçlük verici bir yanı bulunmamaktadır. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış on bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir. SMMT'in eşik değeri 23, duyarlılığı %87, seçiciliği %82, yanlış pozitiflik %39, yanlış negatiflik % 4.7'dir.

Ülkemizde Güngen ve arkadaşlarının (2002) beş yıl eğitim almış bireylerle yaptıkları çalışmalarında SMMT'in eşik değerler için 23/24 değerinin .91 duyarlık, .95 seçicilik, pozitif ve negatif yordayıcı değerler (.90 ve .95) kappa değeri .86 saptanmıştır. Uygulayıcılar arası güvenilirlik incelemesinde r: .99, kappa değeri ise .92 olarak elde edilmiştir (Güngen ve ark., 2002). (Bkz. EK 2), (Bkz. EK 4).

3.6.2.1. Eğitimsizler İçin Mini Mental Test (SMMT-E)

Folstein ve arkadaşlarının (1975) orijinal testinin Ganguli ve arkadaşlarının Eğitim düzeyi düşük Hint toplumu için hazırladıkları sürümden yararlanılarak Ertan ve arkadaşları (1999) Eğitimsizler için Standardize Mini Mental Testi (SMMT-E) oluşturmuştur. Molly ve arkadaşlarının (1997) uygulama klavuzları Türkçeleştirilerek ve modifiye edilerek teste uyarlanmıştır (Ertan ve ark., 1999).

SMMT'den alınan puanlara göre; 0-9 puan ağır kognitif bozukluk, 10-19 puan orta kognitif bozukluk, 20-23 puan hafif kognitif bozukluk, 24-30 puan normal sınırlar olarak değerlendirilmektedir (Maral ve ark., 2001; Molly ve Standish, 1997; Rakel, 1995). (Bkz. EK 3), (Bkz. EK 5)

Araştırmacı sahada Standardize Mini Mental Test (SMMT) uygulamasına yönelik daha önceki araştırmasında gözlem yapmış ve eğitim almıştır.

3.6.3. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (ADL)

Katz ve arkadaşlarının 1963' de geliştirdiği ölçek banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirilmektedir. ADL indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

Bu ölçek hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılmakta olan, formal bir geçerlilik ve güvenilirliği olmamasına rağmen fonksiyonel yetersizliği değerlendirmede kullanılmaktadır (Rakel, 1995; Shelkey ve Wallace, 1999; Tel ve Şahbaz, 2006). (Bkz. EK 6).

3.6.4. Önceki Davranışlarla İlişkili Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından Nola Pender'den danışmanlık alınarak oluşturulan form, kadınların meme ve serviks kanserine yönelik önceki erken tanı davranışlarıyla ilişkili altı sorudan oluşmaktadır (Bkz. EK 7).

3.6.5. Tarama Davranışları İzlem Formu

Form, meme ve serviks kanserine yönelik girişim sonrası üçüncü ay izlemde kadınların erken tanı davranışlarıyla ilişkili KKMM yapma, KMM, mamografi ve Pap smear yaptırma oranlarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Formda KKMM, KMM, mamografi ve Pap smear yaptırmaya ilişkin toplam altı soru bulunmaktadır (Bkz. EK 8).

3.6.6. Kendi Kendine Meme Muayenesi Kontrol Listesi

KKMM Kontrol Listesi kadınların kendi kendine meme muayenesini uygun aşamalara göre yapma becerilerini ve memedeki kitleleri bulma becerilerini değerlendirmek amacı ile uygulanmaktadır. KKMM Kontrol listesi (Breast Self-Examination Proficiency Rating Instrument-BSEPRI) 1994 yılında Robin Wood tarafından geliştirilmiştir. Formda, KKMM yapma aşamalarını içeren 10 ifade bulunmaktadır. Muayene ile ilgili doğru yapılan her aşamaya 10 puan, yanlış yapılan ya da yapılmayan aşamalara 0 puan verilmektedir. Buna göre formdan en az 0, en fazla 100 puan alınır. KKMM yapma puanının **90 ve üstünde** olması

“KKMM’nin doğru yapıldığını, **80 ve altında** olması “KKMM’nin doğru yapılmadığını” göstermektedir. KKMM yapma becerisini değerlendirmek için kadından KKMM’ni meme maketi üzerinde yapması istenmekte ve KKMM yapılırken gözlemci meme muayenesi yapma aşamalarını izleyip formu doldurmaktadır (Seçginli, 2007). Uygulama öncesinde Robin Wood ve Selda Seçginli’den formun kullanımı için gerekli izin alınmıştır (Bkz. EK 9).

3.6.7. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Model, 1950’lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tansında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Glanz ve ark., 2008; Gasalberti, 2002; Rosenstock, Strecher ve Becker, 1988). Bu aşamada model *algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar ve algılanan engeller* olmak üzere dört kavramdan oluşmaktadır. Bu dört kavram bir arada ve ayrı olarak değişik zamanlarda test edilmiştir (Glanz ve ark., 2008; Gözüm, Karayurt ve Aydın, 2004; Seçginli ve Nahcivan, 2004). Ardından Bandura (1977), tarafından öz-etkililik, Rosenstock ve arkadaşları (1988) tarafından sağlık motivasyonu algıları modele eklenmiş ve tüm boyutlar değişik çalışmalarda test edilmiştir. Bu ölçek ilk olarak Champion tarafından (1984) geliştirilmiş ve daha sonraki çalışmalarında (1993, 1997, 1999) yeniden düzenlenmiştir (Glanz ve ark., 2008; Gözüm, Karayurt ve Aydın, 2004). Victoria Champion tarafından 1984 yılında meme kanseri ve KKMM’sine ilişkin inançları ölçmek için geliştirilen ölçek, beş alt boyut ve 39 madde içermekte olup Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları .60 ile .78, test- tekrar test korelasyonları da .47 ile .86 arasında bulunmuştur. Champion, 1993 yılındaki çalışmasında ölçeğin beş alt boyutu revize edilmiş ve güven/özetkililik alt boyutunu eklemiştir. Bu çalışmada, Cronbach alpha güvenilirlik katsayılarının .80 ile .93, test- tekrar test korelasyonlarının ise .45 ile .70 arasında değiştiği bildirilmiştir. Champion, 1997’de ölçeğin KKMM’sine ilişkin boyutlarını tekrar revize etmiş ve mamografiye ilişkin iki yeni alt boyut (mamografi engelleri ve mamografi yararları) eklemiştir. Bu çalışmasında, Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları .65 ile .90, test- tekrar test korelasyonları ise .40 ile .68 arasında saptanmıştır. En son revizyon 1999’da mamografi ve duyarlılık boyutlarında yapılmıştır (Gözüm, Karayurt ve Aydın, 2004). Ölçeğin *duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM engelleri, yararları, öz-etkililiği, mamografi yararları ve engelleri* olmak üzere toplam sekiz alt boyutu vardır. SİM’nin meme kanserine yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesine göre *duyarlılık/ yatkınlık algısı*; meme kanserine yakalanmada bireysel riskin algılanması, *ciddiyet algısı*; meme kanserine yönelik bireysel

tehdidin, hastalığın öneminin algılanması, *yarar algısı*; mamografi, meme ultrasonografisi, KKMM ve KMM'nin olumlu sonuçlarının yararlarının algılanması, *engel algısı*; bireyin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışları gerçekleştirmemesinde etkili olan faktörlerin algılanması, *öz-etkililik algısı*; bireyin meme kanseri erken tanısına ilişkin davranışları başarı ile yapabilmeye olan bireysel inancı, *sağlık motivasyonu algısı*; bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır. *Tehdit algısı*; meme kanserinin toplumdaki yaygınlığının algılanmasını ifade etmektedir.

Ülkemizde Meme Kanserinde Sağlık İnanç Modeli Ölçeği üç ayrı çalışmayla Türkçeye uyarlanmıştır (Gözüm ve Aydın, 2003; Karayurt, 2003; Secginli ve Nahcivan, 2004). Bu çalışmada Meme Kanseri Sağlık İnanç Modelinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gözüm ve Aydın (2004) tarafından yapılan form kullanılmıştır (Bkz. EK 10). Ölçekte “Duyarlılık” (3 madde), “Ciddiyet” (6 madde), “Sağlık Motivasyonu” (5 madde), “KKMM Yararları” (4 madde), “KKMM Engelleri” (8 madde), “KKMM Öz-etkililiği” (10 madde), “Mamografinin Yararları” (5 madde) ve “Mamografinin Engelleri” (11 madde) olmak üzere toplam 52 madde bulunmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı .69-.83 arasında değişmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde birden beşe kadar değişen beşli likert tipi ölçekleme “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “tamamen katılıyorum” (5), yöntemi kullanılmaktadır. Puanın beşe yaklaşması duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM engelleri ve KKMM öz-etkililiğinin yüksek algılandığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin her boyutu ayrı ayrı değerlendirilmekte, tek bir toplam puan elde edilmemektedir. Buna göre, her birey için kullanılan boyut sayısı kadar puan elde edilmektedir. Ölçek mamografi inançları boyutu ve KKMM inançları boyutu ile iki ayrı şekilde ya da her iki boyut birleşik olarak kullanılabilir. Ölçeğin hangi boyutlarının kullanılacağı çalışmanın amacı ve çalışma grubunun özelliklerine göre değişmektedir. Ölçeğin tüm eğitim düzeyindeki kadınlarda güvenle kullanılabilceği bildirilmektedir. Ölçeğin tamamlanması hangi boyutların kullanıldığına bağlı olmakla birlikte, hepsi kullanıldığında yaklaşık 12–15 dakika sürmektedir (Gözüm, Karayurt ve Aydın, 2004). Bu çalışmada ölçeğin meme kanseri ve mamografiye ilişkin boyutları kullanılacaktır. Ölçeğin her bir boyutunda yer alan madde sayısı, alınabilecek min-max puanlar ve Cronbach alfa katsayıları Tablo 9’da gösterilmektedir. Bu tezde Cronbach Alpha güvenilirlik kat sayısı SİMÖ için .70 olarak bulunmuştur.

Tablo 9: SİMÖ' nin Her Bir Boyutunda Yer Alan Madde Sayısı, Alınabilecek Min-Max Puanlar ve Cronbach Alfa Katsayıları (Gözüm, Karayurt ve Aydın, 2004)

Boyutlar	Madde Sayısı	Min Puan	Max Puan	Cronbach alfa katsayısı
Duyarlılık	3	3	15	0.69
Önemseme	6	6	30	0.75
Sağlık Motivasyonu	5	5	25	0.83
KKMM Yararları	4	4	20	0.83
KKMM Engelleri	8	8	40	0.73
KKMM Öz-Etkililiği	10	10	50	0.82
Mamografi yararları	5	5	25	0.80
Mamografi engelleri	11	11	55	0.81

3.6.8. Servikal Kanserin Erken Tanısma Yönelik Tutum Ölçeği (SKETTÖ)

Özmen ve Özsoy (2009) tarafından geliştirilen ölçekteki maddeler SİM'nin dört alt boyutunu araştırmak amacıyla yapılandırılmıştır (Bkz. EK 11). Ölçekte algılanan duyarlılık alt boyutu için dokuz madde, algılanan ciddiyet alt boyutu için sekiz madde, algılanan engel alt boyutu için yedi madde, algılanan yarar alt boyutu için altı madde bulunmaktadır. **Duyarlılık** alt boyutu; 8, 9, 12, 14, 15, 19, 21, 24, 28. maddeler, **ciddiyet** alt boyutu; 1, 2, 5, 7, 10, 18, 26, 29. maddeler, **engel** alt boyutu; 11, 13, 17, 20, 23, 25, 30. maddeler ve **yarar** alt boyutu; 3, 4, 6, 16, 22, 27. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin tümü ve alt boyutları için Cronbach Alpha katsayısı .89-.70 arasındadır. Bu çalışmada SKETTÖ ölçeği Cronbach Alpha katsayısı .67 olarak saptanmıştır.

Likert tipi ölçekleme kullanılan ölçekte yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Kısmen katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum şeklindeki ifadeler ile değerlendirilmektedir. Ölçekteki 30 maddenin 22 tanesi olumlu, sekiz tanesi (3, 6, 8, 15, 17, 24, 25 ve 27 numaralı sorular) olumsuz ifadedir. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersten yapılmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 30 en yüksek puan ise 150'dir. Ölçeğin uygulanma süresi ortalama 10 dakikadır (Özmen ve Özsoy, 2009).

3.6.9. Öz-etkililik Ölçeği

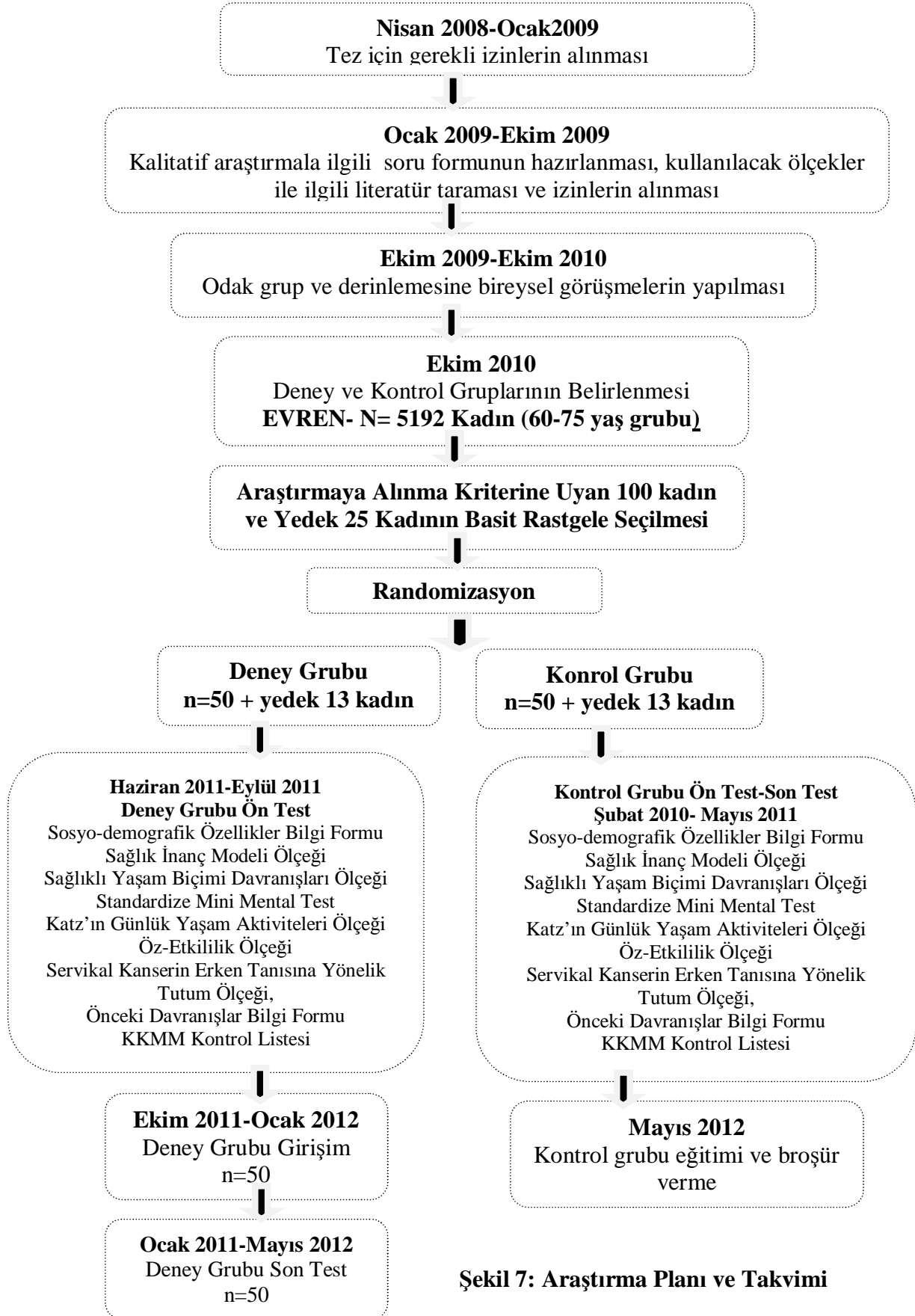
Öz-etkililik Ölçeği Lechner ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş olup kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına yönelik öz-etkililik algılarını ölçmektedir. Yedi maddeden oluşan ve yedili likert tipinde olan ölçekte katılımcılara ölçek maddelerinde belirtilen koşullarda taramaya katılmak isteyip istemeyecekleri ile ilgili farklı durumlar

verilmiştir. Sorular yanıtlara göre -3 (kesinlikle hayır) ve +3 (kesinlikle evet) arasında puan almaktadır. Ölçek -21'den +21'e doğru giden toplam bir puan aralığından oluşmaktadır. Yüksek puan, spesifik bir davranışın geliştiği yönünde daha yüksek bir öz-etkililik algısının olduğunun göstergesidir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı .90'dır (Lechner, De Vries ve Offermans, 1997). Türkiye'de güvenilirlik geçerlilik çalışması Beşer, Bahar, Aydoğdu, Kıssal ve Ersin (2012) tarafından yapılmış olup Cronbach Alpha katsayısı .84 olarak saptanmıştır . Türkiye güvenilirlik geçerlilik çalışmasında da sorular yanıtlara göre -3 (kesinlikle hayır) ve +3 (kesinlikle evet) arasında puan almaktadır. Ölçek -21'den +21'e doğru giden toplam bir puan aralığından oluşmaktadır. Yüksek puan, spesifik bir davranışın geliştiği yönünde daha yüksek bir öz-etkililik algısının olduğunun göstermektedir (Bkz. EK 12). Bu çalışmada Öz-etkililik ölçeği Cronbach Alpha katsayısı .92 olarak belirlenmiştir.

3.6.10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II-Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu

Ölçek, Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek başlangıçta 48 maddeden oluşmuş ancak 1996 yılı revizyon sonrası 52 maddeye çıkarılmıştır. Toplam 52 maddeden oluşan bu ölçekte manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere toplam altı alt boyut yer almaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur ve dörtlü likert tipindedir Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4). Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208 olup, Cronbach Alpha katsayısı 0.94'tür. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin alt faktörlerinin Alpha değeri 0.79-0.87 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Bahar, Beşer, Gördes, Kıssal ve Ersin (2008) tarafından uyarlanan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" ölçeğinin Türkçe formundaki "Sağlık Sorumluluğu" alt boyutu kullanılmıştır. "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı .92 olup Sağlık Sorumluluğu alt boyutu Cronbach Alfa katsayısı .77'dir. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda en düşük puan 9, en yüksek puan 36'dır. Puan düştükçe sağlık sorumluluğu düşmekte, puan yükseldikçe sağlık sorumluluğu yükselmektedir (Bkz. EK 13). Bu çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Sağlık Sorumluluğu alt boyutunun Cronbach Alpha katsayısı .79 olarak bulunmuştur.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi: Araştırmanın planı ve takvimi Şekil 7’de gösterilmiştir.



Şekil 7: Araştırma Planı ve Takvimi

3.8. Araştırmacının Deneyimleri ve Araştırmanın Aşamaları

Araştırmacı öncelikle konu hakkında yayınlanmış SİM ve SGM'ne dayalı makaleleri incelemiş daha sonra teori kullanımı ve kalitatif araştırmalar konusunda bilgi ve deneyimlerini artırmak için kurs ve seminerlere katılmıştır.

- The Value of Nursing Research Based on Models and Theories, Workshop, 10 Temmuz, 2008, İzmir
- Sağlık İçin Sosyal Bilimler Derneği (SASBİL) Kalitatif Araştırma Yöntemleri Kursu, 26-28 Şubat 2009, İstanbul
- Niteliksel Araştırmalar Çalıştayı, 12-14 Ocak 2009, Antalya
- VII Araştırma Yöntemleri Semineri, 'NViVo8 ile Nitel Veri Analizi, 28 Ocak – 1 Şubat 2009, Antalya
- Kalitatif araştırmaların süreci ve analizlerin nasıl yapılacağına uygulamalı olarak anlatıldığı SKA 5002 Kalitatif Araştırma Yöntemleri dersi, Mart- Mayıs 2009, İzmir
- Qualitative Research kursu, 3-5 Ekim 2011, İzmir
- Hemşirelikte Kavramsal Model Kullanımı Çalıştayı, 18-19 Aralık, 2009, Antalya,
- X. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Hemşirelikte Yenilikler Sempozyumu, 3 Ekim, 2009, İzmir
- V. Meme Kanseri Eğitimcinin Eğitimi Kursu, Onkoloji Hemşireliği Derneği, Ankara, 16-22 Ocak 2012
- Odak grup görüşmelerinin ve derinlemesine bireysel görüşmelerin yapılması sürecini konunun uzmanı 2 kişi ile görüşmüş ve kendisi de dersler esnasında deneyimlemiştir. Analiz sürecinde başlangıç aşamasında danışmanlardan yardım almıştır.
- Araştırmacı daha önce yüksek lisans tezinde yaşlı bireylerle çalıştığı için SMMT yapılma sürecine uzman bir araştırmacı ile direkt katılmış ve yaşlı bireyle iletişim ve eğitimleri sürdürme konusunda kitaplar okumuştur.

3.8.1. I. AŞAMA: Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı/Tarama Davranışları Engellerini Belirleme

Yaşlı kadınların meme kanseri ve serviks kanserinde erken tanı/tarama davranışlarını gerçekleştirmesinde bilgi, inanç ve uygulamalarını etkileyen etmenler hakkında derinlemesine bilgi elde etmek için bölgede yaşayan yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı/tarama davranışlarına katılım engellerini belirlemeye yönelik kalitatif araştırma yöntemlerinden odak grup görüşmesi ve bireysel derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

3.8.2. II. AŞAMA: Eğitim Hedef ve Davranışları ile Eğitim İçeriği ve Broşürlerin Hazırlanması

Yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri sağlığı geliştirme eğitim programı bu bölgede yaşayan yaşlı kadınların SİM ve SGM'ne göre meme ve serviks kanseri bilgi, engel ve kolaylaştırıcıları hakkında elde edilen kalitatif araştırmaların bulguları ve literatür bilgileri temel alınarak oluşturulmuştur. Hazırlanan eğitim programı ile yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri hakkında sağlık inançları etkilenecek erken tanı davranışlarına katılımlarını artırmak amaçlanmıştır.

Yapılan odak grup ve bireysel derinlemesine görüşmelerin sonuçlarına göre eğitim hedef ve davranışları (Tablo 10), eğitim sunum (Bkz. EK 17) ve broşürleri (Bkz. EK 18 ve Ek 19) oluşturulmuştur. Daha sonra Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görev yapan dört, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görev yapan bir öğretim üyesinden uzman görüşü alınmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Tablo 10: Eğitim Hedefleri ve Davranışları

MEME KANSERİ	
Bilişsel Alan Hedefleri ve Davranışları	
H₁:Memenin temel anatomik yapısı bilme	
D: Memenin normal yapısını söyleme	
D: Memedeki anormal değişikliklerin neler olacağını söyleme	
H₂. Meme kanserinde risk grupları bilgisi	
D: Meme kanserinde kadınların risk gruplarının başında geldiğini söyleme	
D: Meme kanserinde hangi yaştaki kadınların risk altında olduğunu söyleme	
H₃: Meme kanseri görülme oranı bilgisi	
D: Kadınlarda meme kanseri görülme oranını söyleme	
H₄: Meme kanserinin önemi bilgisi	
D: Kadınlarda meme kanseri görülme oranını söyleme	
H₅: Meme kanseri belirtileri bilgisi	
D: Meme kanseri belirtilerini söyleme	
H₆: Meme kanseri erken tanısı bilgisi	
D: KKMM'nin ne zaman ve nasıl yapılacağını söyleme	
D: Klinik meme muayenesinin ne zaman yaptırılacağını söyleme	

D: Mamografinin ne zaman ve ne sıklıkla çektirilmesi gerektiğini söyleme

H₇: KKMM yapmanın yararları bilgisi

D: KKMM yapmanın yararlarını söyleme

H₈: KKMM yapmayı engelleyen durumlar bilgisi

D: KKMM yapmayı engelleyen durumları söyleme

H₉: Mamografi yaptırmanın yararları bilgisi

D: Mamografi yaptırmanın yararlarını söyleme

H₁₀: Mamografi yaptırmayı engelleyen durumlar hakkında bilgisi

D: Mamografi yaptırmayı engelleyen durumları söyleme

Duyuşsal Alan Hedefleri ve Davranışları

H₁: Meme kanseri erken tanı yöntemlerinin önemine inanma

D: Meme kanseri erken tanı yöntemlerini öğrenme

H₂: KKMM yapmaya istekli olma

D: KKMM'ni yapmaya zaman ayırma

H₃: Mamografi ektirmeye istekli olma

D: Mamografi ektirmek için zaman ayırma

H₄: Klinik meme muayenesi yaptırmada istekli olma

D: Klinik meme muayenesi yaptırmak için zaman ayırma

Devinişsel Alan Hedefleri ve Davranışları

H₁: KKMM'ni maket üzerinde eğitimcinin yardımı ile yapabilme

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

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

H₂: KKMM'ni kendi üzerinde istenilen yeterlilikte yapabilme

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

H₃: KKMM'ni alışkanlık haline getirme

D: KKMM'ni her ay düzenli olarak yapma

SERVİKS KANSERİ

Bilişsel Alan Hedefleri ve Davranışları

H₁:Kadın üreme organlarının temel anatomik yapısı bilgisi

D: Serviksin nerede olduğunu söyleme

H₂: Serviks kanseri riski bilgisi

D: Serviks kanseri için riskli yaş gruplarını söyleme

H₃: Serviks kanserinin önemi bilgisi

D: Kadınlarda serviks kanseri görülme oranını söyleme

H₄: Serviks kanseri belirtileri bilgisi

D: Serviks kanseri belirtilerini söyleme

H₅: Serviks kanseri erken tanısı bilgisi

D: Pap smear testinin önemini kavrama

D: Pap smear testinin ne zaman yaptırılması gerektiğini söyleme

Duyuşsal Alan Hedefleri ve Davranışları

H1: Pap smear testi yaptırmamanın önemine inanma

D: Pap smear testi yaptırmak için zaman ayırma

H2: Pap smear testi yaptırmaya istekli olma

D: Pap smear testini isteyerek yaptıрма

***H**=Hedef

D=Davranış

3.8.3. III. AŞAMA: Örneklemeye Ulaşma ve Uygulama Ortamına İlişkin Ön Hazırlık

Araştırmacı tarafından Balçova bölgesinde yaşayan yaşlı kadınların adres bilgileri Balçova Bölgesi Kaymakamlığı ve muhtarlıklarının adres sisteminden yararlanılarak elde edilmiştir. Araştırmaya katılım kriterlerini karşılayan yaşlı kadınlar deney ve kontrol gruplarına rastgele sayılar tablosu kullanılarak randomize olarak atanmıştır (Şekil 7). Görüşme ve eğitimlerin nerede yapılabileceği ile ilgili Balçova Belediyesi ile görüşülmüş ve Balçova bölgesi semt evlerinde yapılabileceği kararına varılmıştır. İzmir'in Balçova bölgesinde yaklaşık beş yıldır hizmet veren yedi semt evi bulunmaktadır. Belediyenin çalışmalarını desteklediği semt evlerinin, kadınların sosyal yaşamları ve günün koşullarına uyum yapmalarına yönelik olarak geniş alanda hizmetleri bulunmaktadır. Araştırmada odak grup görüşmeleri ve eğitimler ilgili mahallenin semt evlerinde, derinlemesine bireysel görüşmeler yaşlı bireylerin evinde gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşme ve eğitim sırasında üyelerin birbiriyle etkileşim kurabilmesi için katılımcılar yuvarlak veya kare masa düzeninde oturtulmuştur. Odak grup görüşmelerinin bölünmemesi ve üyelerin rahat bir şekilde görüşme ve eğitimi sürdürebilmeleri için araştırmacı tarafından toplantı ortamı oturum/eğitim öncesi düzenlenmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınlara ön-testte SMMT, GYA indeksi, sosyo-demografik özellikler bilgi formu, önceki davranışlarla ilgili bilgi formu, KKMM kontrol listesi, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği, Öz-Etkililik Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği doldurulmuştur. Verilerin toplanması için her kadın evinde bireysel olarak ziyaret edilmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yapılarak soru-cevap şeklinde toplanmıştır. Deney grubundaki kadınlara veri toplama sürecinde eğitim zamanları bildirilmiş ve eğitimden bir gün önce eğitim zamanı telefonla tekrar hatırlatılmıştır.

3.8.4. IV. AŞAMA: Eğitimlerin Yürütülmesi

Araştırmacı tarafından haftada bir gün olmak üzere üç ay boyunca yapılan eğitimlerin her biri tek oturumda yaklaşık bir saat 30 dakika sürmüştür. Eğitimler Balçova bölgesinde bulunan altı semt evinde grup eğitimi olarak yürütülmüştür. Gruplar 9-11 yaşlı kadından oluşmuştur. Sırasıyla meme ve serviks kanseri sağlığı geliştirme eğitimi (40 dakika); KKMM'ni uygulamasını içeren film gösterisi (10 dakika); bireyin kendi ve maket üzerinde doğru şekilde KKMM yapma aşamalarını içeren KKMM'nin öğretimi (30 dakika) ve yazılı materyallerin (meme ve serviks kanseri erken tanı eğitim broşürü-KKMM yapma takvimini içermektedir) dağıtılması ve açıklanmasını (10 dakika) kapsamıştır.

Meme ve Serviks Kanseri Sağlığı Geliştirme Eğitimi (40 dakika): Meme ve serviks kanserinde erken tanı ve tarama yöntemlerinin öneminin kavranması, duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu, yarar, öz-etkililik algısının artırılması, engel algılarının azaltılması ve KKMM'sinin doğru yapabilme becerisinin kazanılması amaçlanmıştır. Sağlığı Geliştirme Modellerinin bileşenlerine yönelik meme ve serviks kanseri eğitim programındaki mesajlar Tablo 11'de sunulmuştur.

Eğitimde memenin anatomik yapısı, memedeki anormal değişiklikler, meme kanseri risk faktörleri, meme kanserinin önemi, meme kanseri belirtileri, meme kanserinin erken tanısı, meme kanserini erken tanılama için başvurulabilecek merkezler, kadın üreme organlarının anatomik yapısı, serviks kanseri risk faktörleri, serviks kanserinin önemi, serviks kanseri belirtileri, serviks kanseri erken tanı yöntemleri, serviks kanserini erken tanılama için başvurulabilecek merkezlere ilişkin konular yer almıştır. Eğitimler power point sunusu ile yapılmıştır (Bkz. EK 17).

Eğitimde beyin fırtınası, anlatım, soru-cevap, demonstrasyon yöntemleri kullanılmıştır. Eğitim sürecinin katılımlı, dinamik olması sağlamak için daha önceden odak grup

görüşmelerinden edilen engellerle nasıl baş edecekleri, öz-etkililiği artırma ile ilgili aktivite planlaması katılımcılar desteklenerek ve pozitif geribildirimler verilerek tartışılmıştır. Bu şekilde taramalara katılımlarını sağlamak için cesaretlendirilmişlerdir. Öğrenme ortamının daha etkin olmasını için eğitimde bireylerin birbirleriyle düşüncelerini, uygulamaları, deneyimlerini paylaşmaları sağlanmıştır. Araştırmacı maket kullanarak gösterip yaptırma teknikleri kullanılarak KKMM öğretmiştir. Yaşlı kadınlardan eğitim sonrası sözlü geri bildirim alınmış ve eğitimin değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tablo 11: Sağlığı Geliştirme Modellerinin Bileşenlerine Yönelik Meme ve Serviks Kanseri Eğitim Programındaki Mesajlar

SİM ve SGM Bileşenleri	SİM ve SGM Bileşenlerine Yönelik Eğitim Programındaki Mesajlar
Algılanan Duyarlılık	<p>*Meme ve serviks kanseri ve epidemiolojisi, risk faktörleri ile meme ve serviksin anatomik yapısı açıklanmıştır.</p> <p>“Kadın olma meme ve serviks kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Kadınlar arasında en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Sekiz kadından birisi meme kanseri ile karşılaşmaktadır. Ailesinde meme kanseri olmayan kadınların %75’i meme kanseri tanısı almıştır. Gelecekte hepimizde meme ve serviks kanseri olma olasılığı var. Yaşla beraber meme kanseri riski artmaktadır. Yaş ilerledikçe gençlere göre daha fazla meme kanseri ile karşılaşma artmaktadır.”</p> <p>“Serviks kanseri kadınlarda ikinci sıklıkla görülen kanser türü olduğu için önemlidir. Serviks kanseri nedeniyle her iki dakikada bir kadının hayatını kaybediyor.”</p> <p>“Hiçbir şikayetiniz olmadan da kansere yakalanmış olabilirsiniz. Düzenli olarak meme ve serviks kanseri taramalarını yaptırmazsanız geç fark edilebilir.”</p>
Algılanan Ciddiyet	<p>“Meme kanseri ve serviks kanseri ile karşılaşmanız yaşamınızda önemli değişikliklere neden olabilir. Uzunca bir süre devam eden işlemler ve tedavi hayatınızın akışını etkileyecektir.” “Ailenizde veya çevrenizde meme veya serviks kanseri olmasa da siz testlerinizi zamanında yaptırın.”</p>
Sağlık Motivasyonu ve Sağlık Sorumluluğu	<p>“KKMM, KMM, Mamografi çektilme ve Pap smear testi yaptırma sağlığını kontrol etmek ve sürdürmek için önemli bir adımdır.”</p> <p>“Doktorunuz size söylememiş olsa bile siz talep edin. Unutmayın sağlığınızdansiz de sorumlusunuz. Size açıklayacağım yerlerde testlerinizi yaptırabilirsiniz.”</p>

Algılanan Yarar	<p>*Meme kanserinin erken tanısının tedaviye olan yararı, radikal mastektomi yerine lumpektomi gibi alternatif yöntemlerin tedavideki yeri ve düzenli aralıklarla yapılan muayenelerin meme kanserinin mortalitesine olan etkisi anlatılmıştır.</p> <p>“KKMM, KMM, Mamografi çekirme ve Pap smear testini yaptırma memedeki ve rahim ağzındaki hastalıkları erken dönemde teşhis etmenizi sağlar. Erken dönemde teşhis edilirse tedavi daha kolay olur.”</p> <p>“Bu testler maliyetsizdir. Zamanınızı çok almaz. Uygulanması kolaydır. Acı /ağrı vermez”</p> <p>“Mamografi en küçük kitleyi bulmada en iyi yoldur. Kanser hissedilinceye kadar büyümesini beklemek yerine erken teşhis edilebilirsiniz ve iyileşmeniz daha hızlı olur. Doktorunuzun elle muayenesinde hissetmesinden iki yıl öncesinde mamografinin kanseri bulabileceğini biliyor musunuz?”</p> <p>“Erken tanılanırsa tedavi şansı %90’dır. Kitleler mamografi ile bulunduğu zaman daha küçüktür. Erken tanıda tedavi seçeneğiniz daha fazla olur. Şimdilerde kanserde pek çok tedavi ve ilaç kullanılıyor. Önemli olan erken tanılanmadır. Testleri yaptırırken endişeli olabilirsiniz ama herhangi bir belirti olamadan kitlenin erken bulunması tedavi ve yaşam şansınızı garantileyecektir. Yani kendinizi sağlıklı hissetseniz bile yıllık taramalarınızı yaptırmanız önemlidir”.</p> <p>“Bir kitle bulunursa memenizin tümünün alınması ya da şekil bozukluğu yapacak ameliyat olma olasılığınız azalacaktır.</p>
------------------------	--

Algılanan Engeller

Korku	<p>“Bir sorunla karşılaşır mıyım acaba diye, hiç mamografi ya da Pap smear testi yaptırmaktan vazgeçtiniz mi? Taramalara katılmadan önce korku yaşamamız normaldir ancak erken tanı hayatta kalma şansınızı artırır. Kadınların çoğunun mamografi ve Pap smear test sonuçları normal çıkıyor ve böylece kendilerini daha iyi hissediyorlar. Bir şey bulunsa bile kanser olmama şansı var. Kanser olsa bile, erken bulursa, bugünkü tedavi olanakları ile kurtulma şansı büyük. Her iki şekilde de bir mamogram ve Pap smear test yaptırmanız endişelerinizi azaltabilir.”</p>
--------------	---

Hastane Ortamı ve Önceki Sağlık Hizmeti Deneyimi	“Taramaların ücretsiz yapıldığı ve kalabalık olmayan, işlemi kısa sürede yapabildiği, kolay randevu alabileceğiniz sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Nerede nasıl yaptırabileceğinizi şimdi öğreneceğiz.” “Nasıl randevu alabileceğinizi sağlık personeline sorun, yardım isteyin. Çekinmeyin. Sağlık çalışanından bilgi almak sizin hakkınız. Onlar size bilgi verecek ve yardımcı olacaktır.”
Unutma	“Erken tanı davranışlarını gerçekleştirmede engel olan faktörlerden birisi de unutmadır. Tarama zamanlarını hatırlamak için farklı yöntemler kullanabiliriz (hatırlatıcı kartlar, telefonla hatırlatma vb.). Randevu tarihlerinizi mutlaka görebileceğiniz bir yere kaydedin. Aileniz ve arkadaşlarınızdan hatırlatmaları için yardım isteyebilirsiniz.”
Yaş ve Utanma/Mahremiyet	“Yaşımız kaç olursa olsun sağlıklı–kaliteli, kimseye muhtaç olmadan yaşamak istiyorsanız doktorunuzdan (kadın veya erkek) testleri yapması için talepte bulunabilirsiniz. Biliyorsunuz sağlığta namahrem yoktur. Kendimizin ve vücudumuzun sağlıklı olmasını istiyorsak utanmayı yenmeliyiz.” “Kadınların çoğu kadın bir doktor tarafından muayene olmak istemektedir. Bu duygunuz olabilir ama kadın doktor olmasa bile sağlığınız için bununla baş etmelisiniz. Sağlığınız daha değerlidir.”
Bilgi eksikliği, Bilgisizlik	“Görüşme yaptığım kadınların çoğu meme ve serviks kanseri konusunda yeterli bilgilerinin olmadığını, tarama sıklıklarını bilmediklerini söylediler. Şimdi bu eğitimle her iki konuda bilgi sahibi olacaksınız.” “Eğer mamografi ve Pap smear testini düzenli olarak yaptırmıyorsanız endişeleriniz olduğu için veya bilginiz olmadığı için olabilir. Hepimiz bir şeyi özellikle önceden deneyimleşmemişsek yapmak için tereddüt yaşayabiliriz. Biz kolaylaştırmak için size her iki konuda bilgi vereceğiz ve nasıl ve ne zaman testlerinizi yaptırabileceğinizi anlatacağız. Nasıl daha kolay yaptırabileceğinize ilişkin ipuçları vereceğiz.”
İhmal/Kendine Zaman Ayıramama	“KKMM sadece 10 dakikanızı alır. Her ay sadece 10 dakika” “Mamografi çektirseniz ya da meme muayenesi yaptırsanız bile KKMM yapmayı bırakmamalısınız. Memelerinizi her ay muayene ederek değişiklikleri fark edebilirsiniz.”“Yalnız gidemiyorsanız aileniz ve çevrenizden yardım isteyin. Size yardım edeceklerdir. İhmal etmeyin. Sağlığınız için kendinize mutlaka zaman ayırın.”
	*Mamografi ve Pap smear işleminin nasıl yapıldığı açıklanmıştır. “İyi bir

Ağrı	çekim elde edilmesi için memeniz baskı altına alınmak zorunda, ağrı ve rahatsızlık yaşayabilirsiniz. Bu durumu her kadın aynı yaşamaz. Bazı kadınlar hiç ağrı hissetmezken, bazı kadınlar ağrı hissetmektedir. Ağrınız olsa bile beş-on dakika içinde geçecektir. Yararını düşünmeliyiz. Yaşamınızı kurtarabilirsiniz.” “Pap smear işlemi 15-30 saniye sürer ve tümüyle ağrısızdır.”
Radyasyon Korkusu	“Bazı kadınlar radyasyon aldıklarını düşündükleri için mamografi çekirmediklerini ifade etmektedirler. Mamografi işlemi sırasında diş veya göğüs filmi çekiminde alınan radyasyondan çok daha az radyasyon alınmaktadır. Korkulacak bir şey yok.”
Öz-etkililik	*Doğru şekilde KKMM yapma aşamaları açıklanmış, film ve maket üzerinde gösterilmiştir. KKMM yapabileceğine inandırmak için her kadından KKMM’ni maket üzerinde yapması istenmiştir. “KKMM yapmak basit, etkili bir yöntemdir. Eğitiminin sonunda KKMM ile memenizdeki değişiklikleri fark edebilecek duruma geleceksiniz.” “Mamografi ve Pap smear testini yaptırmayı düşünmek en önemli adımdır. Randevu almaya gitmek ondan sonrasında kolaydır. Sizde bir sağlık kuruluşuna gidebilir ve bu testlerinizi yaptırabilirsiniz.”
Maliyet	“Meme ve serviks kanseri taramalarını ücretsiz olarak veya düşük maliyetle ücretli olarak yaptırabilirsiniz.” (biz tarama testlerini nerelerde ücretsiz veya ne kadar ücretle yaptırabilecekleri ile ilgili merkezler ve telefon numaraları hakkında bilgi verdik).

KKMM Uygulamasını İçeren Film Gösterisi (10 dakika): Katılımcılara KETEM tarafından hazırlanmış ve meme kanseri ve erken tanı davranışları hakkında bilgi içeren ve KKMM’nin nasıl yapıldığını anlatan film gösterisi eğitim oturumunu takiben toplu olarak izletilmiştir.

KKMM Uygulamasının Maket Üzerinde Öğretimi (30 dakika): Bu bölümde kadınlara doğru şekilde KKMM yapabilme becerisi kazandırmak amacı ile hazırlanmış meme maketi kullanılmıştır ve doğru şekilde KKMM yapma aşamaları öğretilmiştir. Bunun için, KKMM uygulamasını içeren film gösterisini takiben her kadından KKMM yapması istenmiş ve maket içinde yer alan farklı büyüklükteki kitlelerin bulunması istenmiştir.

Yazılı Eğitim Materyallerinin Dağıtılması ve Açıklanması (10 dakika): KKMM uygulamasının meme maketi üzerinde öğretilmesinin ardından kadınlara, aşağıda açıklanan

özelliklerde çalışma için hazırlanan ve eğitim içeriğini kapsayan yazılı eğitim materyalleri (Meme ve serviks kanseri eğitim broşürü) verilmiş ve kullanım özellikleri anlatılmıştır.

Meme ve Serviks Kanseri Eğitim Broşürü: İki eğitim broşürü hazırlanmıştır. Broşürler meme ve serviks kanseri tarama davranışlarına ilişkin bilgileri ve (*okuma yazması olmayanlar için*) konuya ilişkin farkındalık oluşturacak resimleri içermektedir. Meme ve serviks kanseri taramaları ile ilgili kadınların bilincini artırmak için broşürlerde algılanan duyarlılık, hastalıkta erken tanının önemi, erken tanıda KKMM, KMM, mamografi ve Pap smear testinin etkinliği, mamografi işleminin (radyasyon) güvenilirliği, işlemlerde yaşanacak rahatsızla ilgili endişelerin gereksizliği, normal olmayan bir durum belirlendiğinde başvurulabilecek, çalışma bölgesine yakın sağlık kurumlarının (devlet, üniversite hastanelerinin meme polikliniklerinin ve kadın doğum kliniklerinin) isim ve adreslerinin bulunduğu bilgiler yer almıştır. Broşür kadınların doğru zamanda KKMM yapmaları için seçecekleri günü işaretlenmesi amacı ile tasarlanmış, 2011/2012 yılına ilişkin ayların bulunduğu takvimi içermiştir. Gerektiği zaman soru sormaları için broşürlere araştırmacının telefon numarası eklenmiştir (Bkz. EK 18-19).

3.8.5. V. AŞAMA: Hatırlatmanın Yapılması, Son Testlerin Uygulanması, İzlem

Eğitim sonrası eğitime katılan kadınlara erken tanı davranışlarına yönelik olarak ikinci ayda telefon ile hatırlatma yapılmış, birlikte hazırlanan hatırlatıcı kartları kullanıp kullanmadıkları sorulmuştur. Telefon görüşmelerinde yaşlı kadınların söyledikleri engellere yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Eğitim sonrası üçüncü ayda araştırmacı tarafından kadınlar evlerinde ziyaret edilerek hem son testleri doldurulmuş, hem de izlemleri gerçekleştirilmiştir. Davranışlardaki değişimin ölçümü, eğitim verildikten en az üç hafta sonra başlayan ve belirli aralıklara tekrarlanması gerekebilecek ölçme faaliyetlerini içermektedir (Eroğlu, 2006). Davranış değişimini kolaylaştırmak için geliştirilmiş olan Transteorik Modele göre bireyler problemleri davranışlarını bir gün-altı ay arasında başarı ile değiştirmiş ise hareket aşamasında kabul edilmektedir. Transteorik Modele göre göre, kişi değişmeye niyetlenip motive edilmeye hazır duruma gelinceye kadar altı ayrı gelişim evresinden geçmekte ve davranış değişikliği ağır ağır gerçekleşmektedir. Modelin Eylem evresi kişi değişikliğin gerçekleşmesi için kendi davranışını ve çevresini etkin olarak değiştirmektedir. Son altı ay içinde davranışında belirgin özgün değişiklikler yapmaktadır (Glanz ve ark., 2002; Prochaska ve ark., 2008). Bu nedenle üç ay sonra izlem yapılmasına karar verilmiştir.

Son ev ziyaretinde her ay düzenli KKMM yapma, klinik meme muayenesi yaptırma, mamografi çekirme ve Pap smear testi yaptırma durumları sorgulanmıştır. Ayrıca deney ve kontrol grubundaki katılımcılara son-testte Tarama Davranışları İzlem Formu, KKMM Kontrol Listesi, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği, Öz-etkililik Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği doldurulmuştur. Verilerin toplanması ev ziyaretleri ile katılımcı ile yüz yüze görüşme ve soru-cevap şeklinde gerçekleştirilmiştir.

3.8.6. Araştırmacının Deneyimleri

Meme ve serviks kanseri için sağlığı koruma ve geliştirme programlarında yaşlı ile birey çalışan hemşire ve sağlık çalışanları ayrıca yaşlının bazı özellikleri konusunda farkında olmalıdır.

- Yaşlı bireyler homojen bir gruptan oluşmamaktadır. Farklı yaş gruplarının yanı sıra farklı kognitif ve fonksiyonel kapasitelere sahiptirler. Ayrıca bireyler arasında kültür, inanç, dil, eğitim, gelir, fiziksel yetersizlikler gibi pek çok farklılıklar da olabilir. Eğitimlerde ve görüşmelerde bu durum akılda tutulmalıdır.
- Görme, işitme problemleri ve düşük eğitim düzeyi gibi iletişimde güçlük yaratacak durumların farkında olunmalıdır. Görüşmelerin yapılacağı yerin önceden görülmesi, ışık, ses, masa-sandalye ve oturma düzeninin gözden geçirilmesi oturum sürecinin etkili sürdürülmesinde yararlı olabilir.
- Yaşlı bireylerin bağımsızlıklarını kaybetme, sosyal izolasyon, düşme gibi endişe ve korkuları olabilir. Onların yaşamlarında pozitif olarak değişim yaratmada bu korkuları bilmek önemlidir. Bunun için yaşlı bireyler iyi dinlenmeli ve değerlendirilmelidir. Yaşlı bireyin sağlık eğitimini yürütecek araştırmacılar interaktif (etkileşimli, katılımcı) eğitim yöntem ve tekniklerine uygun olarak planlama yapmalıdırlar. Eğitim sunumlarının başlangıcında yaşlı bireylere konunun ve uygulamaların anlatım süresi hakkında öncelikle bilgi verilmelidir. Bazı katılımcılar süreyi uzun bulduğu zaman istedikleri zaman gidebileceklerini bilmek onları rahatlatır. Yaşlı bireylere neden orada oldukları (ilk görüşmede söylene bile) bir kez daha açıklanmalıdır. Küçük bir ısınma grubun dikkatini toplayabilir. Konu hakkında bir gazete haberi ısınma olarak kullanılabilir. Ya da yaşlı bireylerden duydukları meme ve serviks kanseri taramalarına katılmış veya katılmamış kişilerin deneyimlerini paylaşmaları istenebilir. Yaşlı bireyler eğitim sürecinde çabuk sıkılabilirler ve daha çok kendi problemlerini anlatmak isteyebilirler. Bu nedenle katılımcıların dikkatini çekmek ve aktif katılımlarını sağlamak

amacıyla yer yer sorular sormak veya tekrar konuya döndürmek yararlı olabilir. Eğitim sürecinde uzun cümleler kurmak yaşlı bireylerin algılamasını azaltabileceği için kısa ve bilinen kelimelerin seçimi önemlidir. Konunun aralıklı olarak özetlenmesi ya da özetletilmesi doğru anlamayı, bilginin kalıcılığını artırabilir. Yaşlı bireylerde özellikle bilgi aktarımında görsel ve işitsel araçların kullanımı önemlidir. Eğitime gelirken gözlük veya işitme cihazları varsa getirmeleri hatırlatılabilir. Beceri aktarımında demostrasyon gibi yöntemlerin seçilmesi etkili olabilir.

- Öğrenme ve öğretme stilinde dikkatli olunmalıdır. Yaşlı bireyle fiziksel, mental ve sosyal olarak yeni becerileri öğrenebilirler. Ancak öğrenmeleri gençlere göre daha yavaş ve farklı öğretim tekniklerini gerektirebilir. Bilgileri küçük parçalar halinde bileşenlerine ayırarak, açıklamaları net-açık biçimde yaparak, hem sözel hem de görsel uyararla verilmelidir. Bilgisayar ve projeksiyon cihazı, yazı tahtası, kalem ve kağıtları (Flip-chart), afiş, broşür, uygulama modelleri (maket) konu anlatımında düşünülmesi gereken araç ve gereçlerdir. Ben böyle bir yönerge hazırlamamıştım ancak KKMM yararları, nasıl yapılacağı, bireylerin endişelerini içeren yönergeler hazırlanabilir. Hemşire ve sağlık çalışanları KKMM göstermelidir.

- Yaşlı kadınların gelişimlerini diğer bireylerle beraber tebrik etmeyi unutmamak gerekir. Konulara ilişkin soruların cevaplarının alınması için yaşlı kadınlar zor durumda bırakmamalı, beş on saniye içerisinde cevap alınamaması durumunda cevabı verilmelidir. Ya da bir iki cümleyle sorular ile anlatılacak konular arasında bağlantı kurarak anlatmaya devam edilmelidir. Sorulara doğru cevap verenleri “doğru söylüyorsunuz”, “evet”, “haklısınız”, “çok güzel” gibi sözlerle onurlandırmalı ve güdülemeli, doğru yaptığı davranış pekiştirilmelidir. Yaşlı kadınları grup içinde küçük düşürücü söz ve davranışlardan kaçınılmalıdır. Yaşam kalitelerini artırmaya çalıştıkları için yaşlı bireylerin yaşam deneyimlerine değer verilmeli, takdir edilmeli ve cesaretlendirilmelidirler. Duygularının anlaşıldığına yönelik farklı kelimeler ile geribildirim verilmelidir.

- Yaşlı bireylerle grup halinde çalışırken kendi aralarında sosyal etkileşimi artırmak için destek sağlanmalıdır. Grup aktivitelerinde katılanlar arasında akran eğitimi, paylaşım ve etkileşim cesaretlendirilmelidir. Bu nedenle eğitimin başlangıcında isimlerin söylenmesi, birbirleri ile tanıştırmaları ve bizim de yaşlı bireye ismi ile hitap etmemiz yararlı olabilir. Yaşlı birey eğitime kızı veya bir yakını ile gelebilir. Olumlu karşılamak önemlidir.

- Yaşlı bireylerin sağlıksız davranışını devam ettirmediği zaman yararların maliyetlerden daha fazla olduğunu farkına varmasına yardımcı olunmalıdır. Hedef davranışı gerçekleştirebileceği ve sonucun olarak daha iyi sağlığa ulaşacağı ile ilgili bireylerin inançları desteklenmelidir. Hedef davranışlar ve sonuçları ile ilgili tam olarak olmasa bile, kendi kontrollerinde olduğunun bilgisi verilmelidir.
- Sağlık çalışanları ve yaşlı bireyler arasında destekleyici/olumlu bir çevre oluşturulmalıdır. Oluşturulan bu çevre özellikle yaşlı bireylere bilgilendirilmiş sağlıklı kararlar aldırın, kendi sağlıklarının kendi ellerinde olduğunu destekleyen görüş sağlamalıdır.
- Kendimizden emin, güler yüzlü, aktif ve katılımcı, enerjik, samimi-içten, zamana uyma onların da katılımlarını artıracaktır. Yaşlı birey araştırmacının ciddi ve empati yeteneğinin olmasını, sorduğu sorulara yanıt verilmesini, paylaştığı konularda gizliliğin korunmasını beklemektedir.
- Yaşlı insanları tanımak neler yaşadıklarını paylaşmak öğretici olabilir. Genel iletişim becerilerini artırmaya yönelik (jest-mimik, göz iletişimi, güven sağlama, zaman ayırma, iyi dinleme vb) kitaplar okunabilir. Yaşlıların bulunduğu huzur evleri ziyaret edilebilir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS bilgisayar programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde;

- Deney ve kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikler açısından farklılığı belirlemek için homojenite testi,
- Deney ve kontrol grubunda hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları arasında ki-kare testi,
- Deney ve kontrol grubunda hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası KKMM yapma beceri puanları arasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi,
- Deney ve kontrol gruplarının kendi içerisinde hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası ölçek puanları arasında iki eş arasındaki farkın önemlilik testi,
- Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrası ölçek puanları arasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi,
- Deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri öncesi önceki meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları ile hemşirelik girişimleri sonrası meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları arasında McNemar testi yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırmanın örnekleme Balçova bölgesi İnciraltı mahallesinde bulunan yaşlı bireylerin adres bilgilerine ulaşamamış olması nedeni ile dahil edilmemesi, bu çalışmanın sınırlılığdır.

2. Bu çalışmada 60-75 yaş kadınlarda meme ve serviks kanseri tarama davranışları incelenmiştir. Ancak 75 yaş ve üzerinde hafıza/işitme/görme/ulaşım güçlüğü ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık problemleri olabileceği için ve Türkiye’de toplum tabanlı taramaların meme kanserinde 69 yaş serviks kanserinde 65 yaş ile sınırlandırılmış olduğu için 75 yaş üzeri bireyler örnekleme alınmamıştır. Bu durum çalışmanın sınırlılığdır.

3. Yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri tarama davranışlarında önceki erken tanı davranışları geriye dönük bilgiler olarak toplandığından bazı sayısal verilerde hatırlama etmeni rol oynamış olabilir. Bu nedenle kadınların erken tanı davranış sonuçları farklı saptanmış olabilir.

4. Bu çalışmada bellek faktörü ve tezin yürütülmesindeki zaman kısıtlılığın nedeni ile izlem süresi 3. ay belirlenmiştir. Davranış değişikliğini beklemek için üç ay kısa bir süre olabilir. Altıncı ay ve yıllık izlemlerinin yapılamaması bu çalışmanın sınırlılığdır.

3.11. Etik Konular

Araştırmanın yürütülebilmesi için Balçova Belediyesi’nden, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. Araştırma bölgesindeki 60 yaş ve üzeri bireylerin ev ve telefon adreslerine ulaşmak için Balçova Kaymakamlığından izin alınmıştır. Ayrıca deney ve kontrol grubuna alınacak seçilmiş olan kişilere araştırma ile ilgili bilgi verilerek yazılı/sözlü onam alınmıştır. Çalışma sonrasında kontrol grubuna sağlık eğitimi yapılmıştır. Sağlık eğitimlerine katılmayan kadınlara eğitimdeki konuların yer aldığı broşür (serviks ve meme kanserinde erken tanı, önemi, kanser belirtileri, tedavileri gibi bilgilendirici konular) verilmiştir.

3.12. Araştırma Bütçesi

Araştırmanın desteklenmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi’ne (BAP) başvurulmuştur. BAP 29.12.2008 tarihinde kabul edilmiştir. Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 2008267 sayı ile desteklenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları

Tablo 12: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi Meme ve Serviks Kanseri Tarama Davranışları Özellikleri Göre Karşılaştırılması

Tarama Davranışı	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		İstatistik
	n	(%)	n	(%)	
KKMM					
Yapmayan	7	14.0	8	16.0	$\chi^2=3.262$ p= .196
Düzensiz Yapan	43	86.0	39	78.0	
Düzenli Yapan	0	.0	3	6.0	
KMM					
Yaptırmayan	36	72.0	30	60.0	$\chi^2=1.114$ *p= .291
Yaptıran	14	28.0	20	40.0	
Mamografi					
Yaptırmayan	23	46.0	22	44.0	$\chi^2=3.453$ p=.327
Düzensiz Yaptıran	13	26.0	14	28.0	
Düzenli Yaptıran	5	10.0	1	2.0	
Bir kez yaptıran	9	18.0	13	26.0	
Son Mamografi Yaptırma Zamanı					
1-2 yıl içinde	10	37.0	12	42.9	$\chi^2=.027$ *p=.869
3 yıl ve üzeri	17	63.0	16	57.1	
Pap Smear Test					
Yaptırmayan	25	50.0	26	52.0	$\chi^2=4.245$ p=.236
Düzensiz Yaptıran	10	20.0	12	24.0	
Düzenli Yaptıran	4	8.0	0	0	
Bir kez yaptıran	11	22.0	12	24.0	
Son Pap Smear Test Yaptırma zamanı					
2-5 yıl içinde	13	52.0	12	50.0	$\chi^2=.000$ *p=1.000
6 yıl ve üzeri	12	48.0	12	50.0	
Toplam	50	100.0	50	100.0	

*Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Bu çalışmaya katılan yaşlı kadınların hemşirelik girişimleri öncesi meme ve serviks kanseri tarama davranışları özelliklerine göre karşılaştırma durumları Tablo 12'de gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda deney ve kontrol grupları arasında KKMM yapma, KMM yaptırmama, mamografi yaptırmama, son mamografi yaptırmama zamanı, Pap smear testi yaptırmama, son Pap smear test yaptırmama zamanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > .05$).

Tablo 13: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Meme ve Serviks Kanseri Tarama Davranışları Dağılımı

Tarama Davranışı	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		İstatistik
	n	(%)	n	(%)	
KKMM					
Yapmayan	5	10.0	9	18.0	$\chi^2=12.714$ $p=.002$
Düzensiz Yapan	19	38.0	32	64.0	
Düzenli Yapan	26	52.0	9	18.0	
KMM					
Yaptırmayan	42	84.0	47	94.0	$\chi^2=1.634$
Yaptıran	8	16.0	3	6.0	* $p=.201$
Mamografi					
Yaptırmayan	30	60.0	46	92.0	$\chi^2=12.336$ * $p=.001$
Yaptıran	20	40.0	4	8.0	
Pap Smear Test					
Yaptırmayan	35	70.0	50	100.0	$\chi^2=15.373$ * $p=.001$
Yaptıran	15	30.0	-	-	
Toplam	50	100.0	50	100.0	

*Yates düzeltmesi yapılmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde meme ve serviks kanseri tarama davranışları dağılımları Tablo 13’de yer almaktadır. Deney grubundaki yaşlı kadınların KKMM’sini %52’sinin düzenli yaptığı, %38’inin düzensiz yaptığı, %10’unun yapmadığı saptanırken bu oran kontrol grubunda sırası ile %18, %64 ve %18’dir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Yapılan ki kare ileri analizi ile bu farkın KKMM’ni düzensiz yapan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların %16’si düzenli KMM yaptıırken bu oran kontrol grubunda %6 olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$). Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde kadınların %40’ı mamografi çektirirken, kontrol grubunda bu oran %8’dir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$) (Tablo 13). Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde kadınların %30’u Pap smear testi yaptıırken, kontrol grubunda bu oran %0’dır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$) (Tablo 13).

Tablo 14: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede KKMM Kontrol Listesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Girişim Öncesi (n=50)		Girişim Sonrası (n=50)		İstatistik
	X±SS		X±SS		
KKMM Yapma Becerisi					
Deney Grubu	15.34±16.18		52.00±19.90		t= -13.597 p= .001
Kontrol Grubu	17.40±20.39		18.60±21.85		t= -.846 p=.402
		t=-.560 p=.577		t=7.991 p=.001	

Deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri öncesi ve hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde KKMM yapma beceri puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 14’de yer almaktadır. Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri öncesi KKMM yapma beceri puan ortalaması karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$) (Tablo 14). Deney ve kontrol grubunda hemşirelik girişimleri sonrası KKMM yapma beceri puan ortalaması karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .05$). Deney grubunda KKMM yapma beceri puan ortalaması hemşirelik girişimleri öncesinde 15.34 ± 16.18 , hemşirelik girişimleri sonrasında 52.00 ± 19.90 ’a yükselmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Kontrol grubunda KKMM yapma beceri puan ortalaması hemşirelik girişimleri öncesinde 17.40 ± 20.39 , hemşirelik girişimleri sonrasında 18.60 ± 21.85 ’e yükselmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 14).

Tablo 15: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede KMM Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması

	Girişim Öncesi (n=50)		Girişim Sonrası (n=50)		İstatistik
	Evet n(%)	Hayır n(%)	Evet n(%)	Hayır n(%)	
KMM Yaptırma					
Deney Grubu	14(28.0)	36(72.0)	8(16.0)	42(84.0)	* $\chi^2=...$ p=.001
Kontrol Grubu	20(40.0)	30(60.0)	3 (6.0)	47(94.0)	* $\chi^2=...$ p=.001
		$\chi^2=1.114$ *p=.291		$\chi^2=1.634$ *p=.201	

*McNemar testi yapılmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri öncesi ve hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde KMM yaptırma oranı karşılaştırması Tablo 15’de yer almaktadır. Deney ve kontrol grupları arasında hemşirelik girişimleri öncesi ve hemşirelik girişimleri sonrası KMM yaptırma oranı karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$) (Tablo 15). Deney grubunda KMM yaptırma oranı hemşirelik girişimleri öncesinde %28.0 iken hemşirelik girişimleri sonrası %16 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Kontrol grubunda KMM yaptırma oranı hemşirelik girişimleri öncesinde %40 iken hemşirelik girişimleri sonrası %6 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$) (Tablo 15).

Tablo 16: Deney ve Kontrol Grubunda Hemşirelik Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzleminde Kadınların Önceki Mamografi Yaptırma Davranış Dağılımı Karşılaştırması

Mamografi Girişim Öncesi	Deney Grubu			İstatistik	Kontrol Grubu			İstatistik
	Girişim Sonrası				Girişim Sonrası			
	Evret**	Hayır**	Toplam		Evret**	Hayır**	Toplam	
Evret*	18 (66.7)	9 (33.3)	27 (100.0)	$*\chi^2=...$	4 (14.3)	24 (85.7)	25 (100.0)	$*\chi^2=...$
Hayır*	2 (8.7)	21 (91.3)	23 (100.0)	$p= .065$	----	22(100.0)	22 (100.0)	.001

*McNemar testi yapılmıştır.

(*) Eğitimden öncesi için satırları değerlendiriniz.

(**) Eğitimden sonrası için sütunları değerlendiriniz.

Deney ve kontrol grubunda hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde önceki mamografi yaptırma davranışlarının karşılaştırılması Tablo 16’de yer almaktadır. Deney grubundaki kadınların mamografi yaptırma davranışı ile önceki davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$). Kontrol grubundaki kadınların mamografi yaptırma davranışı ile önceki davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .05$) (Tablo 16).

Tablo 17: Deney Grubunda Hemşirelik Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzleminde Kadınların Önceki Pap Smear Yaptırma Davranış Dağılımı Karşılaştırması

Pap Smear Girişim Öncesi	Deney Grubu			İstatistik
	Girişim Sonrası			
	Evret**	Hayır**	Toplam	
Evret*	11 (44.0)	14 (56.0)	25(100.0)	$*\chi^2=...$
Hayır*	4 (16.0)	21 (84.0)	25(100.0)	p= .031

*McNemar testi yapılmıştır.

(*) Eğitimden öncesi için satırları değerlendiriniz.

(**) Eğitimden sonrası için sütunları değerlendiriniz.

Deney grubunda hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde önceki Pap smear test yaptırma davranışlarının karşılaştırılması Tablo 17’de yer almaktadır. Kadınların Pap smear test yaptırma davranışı ile önceki davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .05$) (Tablo 17).

4.2. Yaşlı Kadınların Meme Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları

Tablo 18: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzleminde Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Puan Aralığı	Girişim Öncesi (n=50) X±SS	Girişim Sonrası (n=50) X±SS	İstatistik	
Duyarlılık Algısı	3-15				
Deney Grubu		6.12±1.65	6.58 ±2.08	t=-2.272	p=.028
Kontrol Grubu		6.80±2.28	6.86±2.06	t=-.209	p=.836
		t=-1.706	t=-.676		
		p=.092	p=.501		
Ciddiyet Algısı	6-30				
Deney Grubu		18.02±4.60	18.28±4.73	t=-.475	p=.637
Kontrol Grubu		18.88±4.77	19.80±5.26	t=-2.092	p=.042
		t=-.918	t=-1.520		
		p=.361	p=.132		
Sağlık Motivasyonu Algısı	5-25				
Deney Grubu		20.72±2.47	21.54±2.75	t=-2.293	p=.026
Kontrol Grubu		20.38±2.55	19.52±2.68	t=3.121	p=.003
		t=.678	t=3.719		
		p=.499	p=.001		
KKMM Yarar Algısı	4-20				
Deney Grubu		16.22±2.23	17.12±2.45	t=-3.014	p=.004
Kontrol Grubu		16.14±2.22	15.94±1.96	t=.680	p=.500
		t=.180	t=2.660		
		p=.858	p=.009		
KKMM Engel Algısı	8-40				
Deney Grubu		18.86±4.55	16.40±4.96	t=3.631	p=.001
Kontrol Grubu		19.12±4.52	19.24±4.68	t=-.271	p=.787
		t=-.287	t=-2.946		
		p=.775	p=.004		
KKMM Öz-etkililik Algısı	10-50				
Deney Grubu		36.84±5.98	41.54±4.48	t=-8.338	p=.001
Kontrol Grubu		36.82±6.33	36.60±5.65	t=.341	p=.735
		t=.016	t=4.842		
		p=.987	p=.001		

Mamografi Yarar Algısı	5-25	19.42±2.56	20.18±2.61	t=-2.049	p=.046
Deney Grubu					
Kontrol Grubu		20.34±2.47	20.30±2.18	t=.126	p=.900
		t=-1.830	t=-.250		
		p=.070	p=.803		
Mamografi Engel Algısı	11-55				
Deney Grubu		29.06±5.57	23.68±6.28	t=8.668	p=.001
Kontrol Grubu		26.96±6.29	26.96±6.81	t=.000	p=1.000
		t=1.768	t=-2.504		
		p=.080	p=.014		

Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri öncesi meme kanseri duyarlılık algısı, ciddiye algısı, sağlık motivasyonu algısı, KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, KKMM öz-etkililik algısı, mamografi yarar algısı ve mamografi engel algısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p > .05) (Tablo 18).

Deney ve kontrol grubunda hemşirelik girişimleri sonrası meme kanseri sağlık motivasyonu algısı, KKMM yarar algısı, KKMM engel algısı, KKMM öz-etkililiği ve mamografi engel algısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p < .05). Ancak deney ve kontrol gruplarında hemşirelik girişimleri sonrası meme kanseri duyarlılık algısı, ciddiye algısı ve mamografi yarar algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p > .05) (Tablo 18).

Deney grubunda meme kanseri duyarlılık algısı, sağlık motivasyonu algısı, KKMM yarar algısı, KKMM öz-etkililik algısı puan ortalamaları hemşirelik girişimleri öncesine göre, hemşirelik girişimleri sonrasında daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p < .05) (Tablo 18). Deney grubunda KKMM engel algısı, mamografi engel algısı puan ortalamaları hemşirelik girişimleri öncesine göre, hemşirelik girişimleri sonrasında daha düşük bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p < .05) (Tablo 17). Deney grubunda ciddiye algısı puan ortalamaları hemşirelik girişimleri öncesine göre, hemşirelik girişimleri sonrasında daha yüksek bulunmuş ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p > .05) (Tablo 18).

Kontrol grubunda meme kanseri duyarlılık algısı, ciddiye algısı puan ortalamaları hemşirelik girişimleri öncesine göre, hemşirelik girişimleri sonrasında daha yüksek bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p > .05) (Tablo 18). Kontrol grubunda meme kanseri sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması hemşirelik girişimleri öncesine göre, hemşirelik girişimleri sonrasında daha düşük bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p < .05). Kontrol grubunda meme kanseri KKMM yarar algısı,

KKMM öz-etkililik algısı, mamografi yarar algısı puan ortalamaları hemşirelik girişimleri öncesine göre, hemşirelik girişimleri sonrasında daha düşük bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > .05$) (Tablo 18). Kontrol grubunda meme kanseri KKMM engel algısı puan ortalaması hemşirelik girişimleri öncesine göre, hemşirelik girişimleri sonrasında daha yüksek saptanırken, mamografi engel algısı puan ortalamasında değişim saptanmamıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p < .05$) (Tablo 18).

4.3. Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Algıları

Tablo 19: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Puan Aralığı	Girişim Öncesi (n=50) X±SS	Girişim Sonrası (n=50) X±SS	İstatistik	
Duyarlılık Algısı	9-45				
Deney Grubu		25.08±4.46	27.06±4.73	t=-3.530	p=.001
Kontrol Grubu		25.50±4.81	24.30±4.77	t=2.172	p=.035
		t=-.453 p=.652	t=2.904 p=.005		
Ciddiyet Algısı	8-40				
Deney Grubu		25.62±4.02	24.98±4.07	t=1.096	p=.278
Kontrol Grubu		26.92±4.92	26.36±5.24	t=1.012	p=.317
		t=-1.446 p=.151	t=-1.470 p=.145		
Yarar Algısı	6-30				
Deney Grubu		21.86±3.20	23.28±3.23	t=-4.292	p=.001
Kontrol Grubu		21.14±3.45	21.16±3.75	t=-.046	p=.963
		t=1.083 p=.281	t=3.028 p=.003		
Engel Algısı	7-35				
Deney Grubu		20.92±3.33	21.24±2.70	t=-.916	p=.364
Kontrol Grubu		22.08±2.38	21.74±2.38	t=.901	p=.372
		t=-2.006 p=.050	t=-.982 p=.328		

Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri öncesi servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği alt boyutları olan duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$) (Tablo 19).

Deney ve kontrol grubunda hemşirelik girişimleri sonrası servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği duyarlılık ve yarar algısı alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .05$). Ancak ciddiyet ve engel algısı alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$) (Tablo 19).

Deney grubunun hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrasında serviks kanseri duyarlılık ve yarar algıları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .05$) (Tablo 19). Deney grubunun hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrasında serviks kanseri ciddiyet algısı ile engel algıları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p < .05$) (Tablo 19).

Kontrol grubunda ise hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrasında serviks kanseri ciddiyet algısı, engel ve yarar algıları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > .05$) ancak duyarlılık algısı hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası düşük ve istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p < .05$) (Tablo 19).

4.4. Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Öz-etkililik Algıları

Tablo 20: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Öz-etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Puan Aralığı	Girişim Öncesi	Girişim Sonrası	İstatistik	
		(n=50) X±SS	(n=50) X±SS		
Öz-etkililik Algısı	-21 - +21				
Deney Grubu		7.58±12.21	13.10±11.77	t=-5.143	p=.001
Kontrol Grubu		6.52±13.85	5.66±15.28	t=.572	p=.570
		t=.406	t=2.727		
		p=.688	p=.008		

Deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri öncesi ve hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 20’de yer almaktadır. Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri öncesi öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmaz iken ($p > .05$), hemşirelik girişimleri sonrası bu fark anlamlı bulunmuştur ($p < .05$) (Tablo 20). Deney grubu öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları hemşirelik girişimleri öncesinde 7.58 ± 12.21 iken

hemşirelik girişimleri sonrasında 13.10 ± 11.77 'ye yükselmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Kontrol grubunda öz-etkililik ölçeği puan ortalamaları hemşirelik girişimleri öncesinde 6.52 ± 13.85 iken hemşirelik girişimleri sonrasında 5.66 ± 15.28 'e düşmüş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 20).

4.5. Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları

Tablo 21: Deney ve Kontrol Grubunun Hemşirelik Girişimleri Öncesi ve Girişim Sonrası Üçüncü Ay İzlemede Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Puan Aralığı	Girişim Öncesi (n=50) X±SS	Girişim Sonrası (n=50) X±SS	İstatistik	
Sağlık Sorumluluğu Algısı	9-36				
Deney Grubu		17.54±3.98	18.56±4.62	t=-2.059	p=.045
Kontrol Grubu		19.42±5.38	18.54±5.20	t=1.516	p=.136
		t=-1.988 p=.050	t=.020 p=.984		

Deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri öncesi ve hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırması Tablo 21'de yer almaktadır. Deney grubunun hemşirelik girişimleri öncesi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 17.54 ± 3.96 , kontrol grubunun 19.42 ± 5.37 olup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$). Deney ve kontrol grubunun hemşirelik girişimleri sonrası sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 21). Deney ve kontrol grupları kendi içinde karşılaştırıldığında, deney grubunda hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamasında artış olup aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Kontrol grubunda hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyutu puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$) (Tablo 21).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada SİM ve SGM temel olarak hazırlanmış hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınların doğru şekilde KKMM yapma becerisi, KKM, mamografi ve Pap test yaptırma durumlarına ve meme-serviks kanserine ilişkin sağlık algılarına etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada SİM ve SGM temel olarak planlanmış hemşirelik girişimleri kapsamında *meme ve serviks kanseri eğitimi*; hatırlatıcı uyarıların yer aldığı *eğitim broşürü*; *film gösterisi*; *maket üzerinde meme muayenesi uygulamaları yer almış ve kadınlara ikinci ayda telefon hatırlatması* yapılmıştır. Çalışmanın örneklemin çoğunluğu ilkokul mezunu, evli, geliri giderden az, eşi/eşi ve çocukları ile yaşayan yaşlı kadınlar oluşmuştur.

Bu araştırmanın bulguları SİM ve SGM'ne dayalı ***grup sağlık eğitimi, broşür, film gösterisi, meme maketi ve telefonla hatırlatma*** kullanılarak yapılan ***hemşirelik girişimlerinin*** yaşlı kadınlarda KKMM yapma beceri puan ortalamasını artırdığını, sağlık algılarını geliştirdiğini, KMMM yapma, mamografi, Pap smear test yaptırma oranlarını artırmada etkili olduğunu ancak KMM yaptırmada etkili olmadığını göstermektedir. Araştırmalar yaşlı kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı/tarama yöntemlerinden KKMM yapma, KMM, mamografi (Coughlin ve ark., 2007; Çelik ve ark., 2009; Koren ve Hertz, 2007; Mandelblatt ve Yabroff, 2000; Walter ve ark., 2005; Wu ve ark., 2001) ve Pap smear test yaptırma (Curbow ve ark., 2004; Hilton ve ark., 2003; Mandelblatt ve Yabroff, 2000; Van Til ve ark., 2003) davranışlarının yetersiz olduğunu, önerilen sıklıkta yapılmadığını göstermektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalarla kadınların meme ve serviks kanseri tarama davranışlarını geliştirmeye yönelik girişimlerin etkisi sıklıkla incelenmiş ve sağlık algıları göz önüne alınarak yapılan “bireysel danışmanlık, telefonla danışmanlık, film gösterisi, eğitim ve hatırlatıcılar (mektup, telefon vb.)” gibi yöntemlerin tarama oranlarını artırmada etkili olduğu kanıtlanmıştır (Champion ve ark., 2003; DeFrank ve ark., 2009; Kim ve Menon, 2009; Menon ve ark., 2007; Park ve ark., 2011; Rakowski ve ark., 1998; Secginli ve Nahcivan, 2011; Sohl ve Moyer, 2007; Vazquez ve ark., 2002; Wang ve ark., 2008).

5.1. Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Davranışları

5.1.1. Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yaşlı Kadınlarda KKMM Erken Tanı Davranışına Etkisi

Bu çalışmada hemşirelik girişimlerinden üç ay sonra yapılan değerlendirmede deney grubunda KKMM düzenli yapma oranı kontrol grubuna göre daha yüksek ve istatistiksel

olarak anlamlı saptanmıştır ($p < .05$) (Tablo 13). Hemşirelik girişimleri öncesine göre girişim sonrası deney grubunda KKMM yapma beceri puan ortalaması daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı iken ($p < .05$) kontrol grubunda girişim sonrası KKMM yapma beceri puan ortalaması yüksek ancak istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > .05$) (Tablo 14). Bu bulgular **Hipotez 1-H1**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların KKMM yapma sıklığı daha yüksektir. **Hipotez 2-H1**: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların KKMM yapma beceri puanları daha yüksektir hipotezlerini desteklemektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak pek çok araştırmada broşür, video ve meme maketi kullanılarak yapılan girişimlerin KKMM yapma sıklığı ve KKMM etkin yapma becerisini artırdığı bulunmuştur (Champion, 1995; Chan ve ark., 2007; Secginli ve Nahcivan, 2011; Wood, 1996; Wood ve ark., 2002; Wood ve Dufy, 2004). Champion (1995) prospektif randomize, üç uygulama bir kontrol gruplu deneysel çalışmasında, KKMM'nin gözetim altında maket ile öğretilmesinin, KKMM yapma sıklık ve yeterliliğini artırdığını, kadınların muayeneyi başarıyla yapmaya olan inançlarını geliştirdiğini belirtmiştir. Lee ve arkadaşlarının (2003) yarı deneysel çalışmasında üçüncü ay izleminde uygulama grubundaki kadınların % 30.5, kontrol grubundaki kadınların ise % 10.2'si düzenli KKMM yapmıştır. Kontrol grubuna göre uygulama grubundaki kadınların meme kanseri ve KKMM bilgi puanı ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır. Ho (2007) çalışmasında meme maketi ile katılımcıların evlerinde KKMM yapmalarına olanak sağlayan yöntemi kullandığı çalışmasında, girişimden üç ay sonra deney grubundaki kadınların KKMM yapma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Lu (2001) çalışmasında KKMM modeli kullanılmasının KKMM yapmada kadının kendine güvenini artırmada etkili olduğu, deney grubunun KKMM yapma sıklığı ve doğru yapma oranının kontrol grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur. Navarro ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları deneysel çalışmada kadınların KKMM beceri eğitimi sonrasında deney grubunda %33.2, kontrol grubunda % 18.5 KKMM'nde artış saptanmıştır. Gotay ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında girişim sonrası uygulama ve kontrol grubunda KKMM arasında fark bulunmamıştır. Ahmad ve arkadaşları (2005) çalışmasında, sadece yazılı eğitim materyalleri ile yapılan programın KKMM yapma oranlarını artırmada etkili olmadığı belirlenmiştir.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda kadınların KKMM hakkında bilgi ve becerilerinin yeterli olmadığı saptanmıştır (Çelik ve ark., 2009; Secginli ve Nahcivan, 2011; Parlar ve ark.,

2004; Taşçı ve Usta, 2010). Çelik ve arkadaşlarının (2009) menapoz sonrası dönemdeki kadınlarda yaptıkları çalışmalarında kadınların %51.1'i KKMM bilmektedir, KKMM'ni kadınların %20'si uygulamakta ancak uygulayanların %44.4'ü üç ayda bir düzensiz yapmakta, %40'ının KKMM yapma aklına gelmemektedir. Kadınların %44.4'ü meme kanserinin kendinde olmayacağını düşündüğü için KKMM'ni uygulamamaktadır. Nahcivan ve Secginli (2007) araştırmasında katılanların %49'unun KKMM yaptığını ancak yalnızca %5'nin düzenli yaptığını bildirmiştir. Araştırmaya katılanların %55'inin daha önceden eğitim aldığı, %62'sinin KKMM'nin yararının farkında olduğu, %24'ünün KKMM'sini doğru şekilde yapabileceğine inandığı saptanmıştır (Nahcivan ve Secginli, 2007). Taşçı ve Usta (2010) 40-85 yaş kadınların ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptığı, tanımlayıcı tipte araştırmasında 60 yaş ve üzeri kadınların büyük çoğunluğunun KKMM yapmadığı saptanmıştır. Yaşın artması ile KKMM yapmama arasında ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Secginli ve Nahcivan (2011) sağlık eğitimi, film gösterisi, meme maketi ve yazılı materyaller (kitapçık, broşür ve kart) gibi yöntemleri kapsayan meme sağlığını geliştirmek için yaptığı araştırmasında programın kadınların KKMM'sini yeterli ve etkin yapmalarına katkısının olduğu bildirilmiştir. Özkahraman ve arkadaşları (2006) ve Avcı ve arkadaşları (2007) sağlık eğitimi sonrası kadınların KKMM yapma becerilerinde etkili bir artış belirlenmiştir.

Sonuç olarak SİM ve SGM kavramlarını temel alarak geliştirilen modeldeki hemşirelik girişimleri ile yaşlı kadınların KKMM beceri puanı düzeylerinde artış ve KKMM'ni yapma sıklığında olumlu değişimler sağlanmıştır. Ancak girişimler yaşlı kadınların KKMM yapma beceri puanını yeterli düzeye ulaştıramamıştır. Bu çalışmada yaşlı kadınların KKMM yapma sıklığının artmış olması hemşirelik girişimlerinin etkisinin olduğunun bir göstergesidir. KKMM hakkında bilgi alma, KKMM hakkında inançlardaki değişimler yaşlı kadınların KKMM yapma sıklıklarında artmayı sağlamış olabilir. SİM ve SGM'ne göre, yaşlı kadınların KKMM yapmasında engel, yarar ve özetkililik algıları önemlidir. Yaşlı kadın eğer KKMM'nin sağlığına yararını algılıyor, KKMM yapmama engellerini biliyor ve bu engellerle baş edebiliyorsa KKMM'ni yapması beklenmektedir. Bu çalışmada hemşirelik girişimleri sonrası deney grubunda yaşlı kadınların üçüncü ay izleminde KKMM özetkililik ve yarar algı puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek ve engel algı puan ortalaması daha düşük olarak bulunmuştur ($p < .05$). Bu yönü ile bu çalışmanın bulguları benzer yöntemler kullanılarak KKMM yapma oranlarının değerlendirildiği diğer girişimsel çalışmalarla

uyumludur (Champion, 1995; Chan ve ark., 2007; Lee ve ark., 2003; Lu 2001; Parlar ve ark., 2004; Secginli ve Nahcivan, 2011; Wood, 1996; Wood ve ark., 2002; Wood ve Dufy, 2004). Bu çalışmada modele dayalı hazırlanmış KKMM'ni doğru yapma beceri puanlarını artırmadaki etkisinin sınırlı olması her ne kadar eğitim, film gösterisi ve meme maketinde KKMM ve kitle bulma denemesi yapılmış olsa da grup eğitimi yapılması, KKMM adımları oldukça fazla ve yaşlı bireyler için karmaşık olması, hafıza problemleri gibi nedenlerden dolayı KKMM yapma beceri puanı yeterli düzeye ulaşmamış olabilir. Tekrarlı eğitimler doğru şekilde KKMM yapma becerisini yaşlı kadınlarda artırabilir. Sağlık çalışanları arasında sağlığı koruma ve geliştirmede önemli bir yeri olan hemşireler, kadınların meme sağlığı farkındalığını artırmada anahtar konumdadırlar. Bu tezin kalitatif araştırma bulgularında yaşlı kadınlar meme kanseri taramaları hakkında hemşirelerden danışmanlık aldığını hiç tartışmamıştır. Bu nedenle, KKMM doğru ve düzenli yapma oranlarını artırmada özellikle birinci basamak sağlık kurumlarda çalışan hemşireler rol almalıdır. Hemşirelerin yaşlı kadınlarda meme kanseri farkındalığını artırması ve KKMM'ni doğru yapma aşamalarını değerlendirmesi önemlidir.

5.1.2. Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yaşlı Kadınlarda KMM Erken Tanı Davranışına Etkisi

Hemşirelik girişimlerinden üç ay sonra yapılan değerlendirmede deney grubundaki yaşlı kadınların KMM yaptırma oranında artış saptanmış ancak kontrol grubu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > .05$) (Tablo 13, 15). Deney ve kontrol gruplarının hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrasında KMM yaptırma oranı düşük olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < .05$) (Tablo 15). Bu bulgular **Hipotez 3-H1**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların KMM yaptırma sıklığı daha yüksektir hipotezi reddedilmiştir.

Bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde, Ho (2007) araştırmasında girişim sonrası KMM yaptırma açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak bu çalışmanın bulgularının aksine girişimin KMM yapma oranlarını artırmada etkili olduğu olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Ahmad ve ark., 2005; Champion ve ark., 2000; Constanza ve ark., 2000; Gotay, ve ark., 2000; Neguyen ve ark., 2001). Secginli ve Nahcivan (2011) çalışmasında da bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak program sonrası altıncı ayda KMM yaptırdığını ifade edenlerin oranı deney grubunda %11.3;

kontrol grubunda %6.5 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuş ($p > .05$) ve bu durum doktor isteminin olmaması ile açıklanmıştır. Wu ve Bancroft (2006) derleme makalelerinde KMM doktor önerisi ile ilişkili saptanmıştır. Augustson ve arkadaşları (2003) çalışmasında zamanında mamografi yaptıran kadınların KMM yaptırması daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan kadınların %40'ı girişim sonrası mamografi çekirtmek için doktora başvurmuştur ancak KMM yaptırma oranı düşük olarak saptanmıştır. Bu durum doktorun önerisi, mamografi çekimine güven ve KMM yaptırma istekliliği ile ilgili olabilir. Bu çalışmada doktor istemi KMM oranlarının artırılmasında bir yöntem olarak test edilmemekle birlikte, dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda doktor isteminin önemi vurgulanmaktadır.

5.1.3. Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yaşlı Kadınlarda Mamografi Erken Tanı Davranışına Etkisi

Bu çalışmada deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası üçüncü ay izleminde kadınların mamografi çekirtme oranında artma saptanmıştır (Tablo 13). Deney grubunda kadınların mamografi yaptırma davranışı ile önceki davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ($p > .05$) ancak kontrol grubunda kadınların mamografi yaptırma davranışı ile önceki davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < .05$). (Tablo 16). **Hipotez 4-H1:** Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların mamografi çekirtme sıklığı daha yüksektir hipotezi kabul edilmiştir.

Sohl ve Moyer (2007) meta analiz çalışmasında; bireylere özgü özel uygulamalar, özellikle SİM kullanımının (3.3 kat) ve doktor önerisinin mamografi taramalarının arttırılmasında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Birden fazla yöntemin mamografi çekirtmeye etkisinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında (Mandelblatt ve Yabroff, 1999), mamografi çekirtme oranlarını arttırmada en etkili yöntemlerin hatırlatıcılar (telefonla, mektupla) ve sağlık eğitimi olduğu saptanmıştır. Dünder ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında meme kanseri bilgisi ile mamogram çekirtmede algılanan engeller arasında negatif bir ilişki belirlenmiştir. Champion ve arkadaşları (2000) deneysel çalışmalarında standart bakımla karşılaştırıldığında mamografiyi yaptırmada telefonla danışmanlık iki kat, bireysel danışmanlık yaklaşık üç kat etkili olarak bulunmuştur. Hem telefon hem bireysel danışmanlık duyarlılık, engel, yarar algısı ve bilgede değişim yaratmada başarılı olarak bildirilmiştir. Pek

çok çalışmada yapılan girişimlerle mamografi taramalarının arttığı görülmektedir (Champion ve ark., 2003; Champion ve ark., 2006; Champion ve ark., 2007; Baysal ve Gozum, 2011; DeFrank ve ark., 2009; Janz ve ark., 1997; Maxwell ve ark., 2003; Neguyen ve ark., 2001; Vazquez ve ark., 2002).

Costanza ve arkadaşları (2000) girişim grubu %44, kontrol grubu %42 düzenli mamografi yaptırmıştır. Düzenli mamografi yaptırma daha önce mamografi yaptırma davranışı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Önceden mamografi yaptıran grupta telefonla danışmanlık mamografi yaptırmada 1.48 kat, doktorun danışmanlığı 1.28 kat etkili olarak bulunmuştur. Paskett ve arkadaşları (1999) mamografi yaptırma oranı kontrol grubuna göre uygulama grubunda %18 artmıştır. Doktorun taramalara katılımda cesaretlendirmesi güçlü bir belirleyici olarak bulunmuştur. Düzenli olarak muayene olanlar olmayanlara göre daha fazla mamografi yaptırmışlardır. Saywell ve arkadaşları (2004) daha önce mamografi yaptıran kadınların mamografi yaptırma oranları daha yüksek, önce mamografi yaptırmış kadınlara doktorun özel mektup göndermesinin daha etkili olduğu saptanmıştır. Black, Stein ve Loveland-Cherry (2001) araştırmasında mamografi yaptırmada KMM yaptırma, doktor önerisi, yaş, engel, yarar, öz-etkililik, korku algılarının belirleyici olduğu bulunmuştur. Yu ve Wu (2005) araştırmasında algılanan engel ve sağlık davranışı arama bilgisinin mamografi yaptırmayı etkilediği bildirilmiştir. Russell ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında son beş yıl içinde dört-beş kez mamografi yaptıran kadınların tarama bilgisi daha fazla ve algılanan engelleri daha az olduğu saptanmıştır. Avcı ve Kurt (2008) çalışmasında daha önceden mamografi yaptırmamış kadınların mamografi yaptıranlara göre algılanan duyarlılığı ve engelleri daha yüksek, tersine ciddiyet algısı daha düşük bulunmuştur. Mamografi yaptıranlarla yaptırmayanlar arasında algılanan mamografi yararı, sağlık motivasyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ancak mamografi yaptıranlarda yarar ve sağlık motivasyon algısı yaptırmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur

Bu çalışmanın bulgularının aksine girişimin mamografi çektirme oranlarına etkisinin incelendiği çalışmalarda, girişimlerin mamografi çektirme oranlarına artırmadığı belirlenmiştir (Constanza ve ark., 2000; Secginli ve Nahcivan, 2011; Ho 2007; Wood ve Dufy, 2004; Zhu ve ark., 2002).

Bu çalışmada etkili olduğu varsayılan yöntemlerden sadece hemşire tarafından *ikinci ayda telefonda yaşlı kadının tarama davranışını gerçekleştirilmeme nedenine göre bireysel danışmanlık verilmiş ve grup eğitimi* yapılmıştır. SİM ve SGM'inde, tarama davranışlarının

erken tanıya ve mortaliteye olan yararı, tedavi şansını artırması, meme kanserinin erken tanındığında tedavi seçeneklerinin fazla olması gibi özellikler yarar algısını; unutmama, utanma, bilgisizlik, ihmal, kanser olma korkusu, zaman bulamama, radyasyon/işlemede ağrı korkusu, maliyet gibi durumlar engel algısı olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada modele dayalı hazırlanan hemşirelik girişimlerinde eğitim, danışmanlık, broşürlerde bu konular tartışılmış ve gerekli mesajlar verilmiştir (BKZ örn. Tablo 11). Bu çalışmada kadınların mamografi yarar algılarının artması, engel algılarının azalması ve meme kanseri hakkında bilgilenmeleri mamografi yaptırmalarının artmasında etkili olmuş olabilir. SGM'ne göre önceki davranışlar bireyi yeni davranışa hazırlamakta ve alışkanlık oluşumuna katkı sağlamaktadır (Pender ve ark., 2006). Ancak bu çalışmada deney grubunda mamografi yaptırmama ile önceki davranışlar arasında fark saptanamamış, kontrol grubunda ise mamografi yaptırmama ile önceki davranışlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Deney grubunda mamografi yaptırmama davranışının artması, önceki mamografi yaptırmama davranışı ile fark bulunmaması hemşirelik girişimlerinin etkinliğini gösteren bir bulgu olabilir. Kontrol grubundaki kadınların önceki mamografi yaptırmama davranışları arasında fark olmasının nedeni kadınların daha önceki mamografi taramasındaki olumlu deneyimleri nedeni ile algılanan engellerinin düşük olması etkilemiş olabilir.

5.1.4. Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yaşlı Kadınlarda Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışına Etkisi

Bu çalışmada deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası **Pap smear testi yaptırmama sıklığı** kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo 13). Kadınların Pap smear testi yaptırmama davranışı ile önceki davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < .05$) (Tablo 17). Bu bulgu **Hipotez 5-H1**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kontrol grubuna göre kadınların Pap smear testi yaptırmama sıklığı daha yüksektir hipotezini doğrulamaktadır.

Yapılan girişimlerle Pap smear yaptırmama oranlarının arttığı diğer çalışmalarda da saptanmıştır (Fang ve ark., 2007; Gotay ve ark., 2000; Navarro ve ark., 1998; Paskett ve ark., 1999). Paskett ve arkadaşları (1999) araştırmasında genç kadınlarda düzenli pap smear testi yaptırmama oranı 65 yaş ve üzeri kadınlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Serviks kanseri engellerindeki azalma ile taramalara katılımın arttığı saptanmıştır. Jirojwong ve arkadaşları (2001) Pap smear testi yarar algısı yüksek olan kadınların testi yaptırmama oranlarının

daha fazla olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada kadınların Pap smear testi yaptırmaya ile öz-etkililik algıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Algılanan yarar ve engeller Pap smear testinin yapılması ile ilişkili olarak bulunmuştur (Lee ve ark., 2008). Lee ve arkadaşları (2012) araştırmasında gençlere göre algılanan hassasiyet ve algılanan yarar yaşlılarda daha düşük, algılanan ciddiyet ve algılanan engel yaşlılarda daha yüksek olarak belirlenmiştir. Algılanan engeller Pap test yaptırmada güçlü ilişkili olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda engeller belirlenerek uygun eğitimlerle kadınların serviks kanseri tarama hızlarının artırılacağı bildirilmektedir (Curbow ve ark., 2004; Lee ve ark., 2007). Bir çok çalışmada semptom varlığı ile serviks kanseri tarama hızlarının artması arasında ilişki saptanmıştır (Agurto ve ark., 2004; Ogedegbe ve ark., 2005; Guilfoyle ve ark., 2007). Doktor cinsiyeti serviks kanseri taramalara katılımı engelleyen önemli bir faktör olarak belirlenmiştir (Abdullahi ve ark., 2009; Guilfoyle ve ark., 2007; Van Til ve ark., 2003). Yaş arttıkça utanma duygusu arttığı ve Pap smear test yaptırmaya azaldığı pek çok çalışmada bulunmuştur (Lee-Lin ve ark., 2007; Lee ve ark., 2008; Walter ve ark., 2004).

SİM ve SGM ile uyumlu olarak bu çalışmada deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri sonrası serviks kanseri duyarlılık, öz-etkililik ve yarar algılarının yüksek çıkması Pap smear testi yaptırmaya davranışını olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Ayrıca bu sonuç SİM pozitif eyleme geçiricilerde yer alan telefon ile hatırlatmaların da etkisinin olduğunun bir göstergesi olabilir. SGM'ne uyumlu olarak yaşlı kadınların önceki Pap smear testi yaptırmaya davranışını sonraki Pap smear testi yaptırmaya davranışlarını anlamlı düzeyde etkilemiştir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır (Pender ve ark., 2006). Bu çalışmanın sonucu yaşlı kadınların Pap smear yaptırmaya yönelik önceki davranışlarının hemşirelik girişimi sonrası Pap smear testi yaptırmaya davranışını olumlu yönde etkilemiştir. Bu çalışmada eğitimde her ne kadar serviks kanseri ve taramalar hakkında bilgiler verilmiş olsa da kadının kendisini yaşlı olarak görmesi, serviks kanseri olma ihtimalini düşük görmesi, semptom olmadan başvurmayı düşünmemesi ve serviks kanserini cinsel tehdit olarak algılamaması gibi nedenlerden dolayı serviks kanseri ciddiyet algıları girişim sonrası düşük ve engel algıları hafif yükselmiş ancak gruplar arasındaki ve grup içinde fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuş olabilir. Muhtemelen yaşlı kadınlar utanma nedeni ile Pap smear için pubik alanlarını göstermek istememiş de olabilirler. Bu da mamografi taramasına katılıma göre Pap testi yaptırmaya oranlarının düşük olmasını açıklayabilir. Ancak bu

çalışmada kanser taramaları hakkındaki bilgi ve tavırlar gibi önemli değişkenler ölçülmemiştir. Amerikan Kanser Birliği 70 yaş ve üzeri yaşlı kadınların yeterli normal sonuçları varsa, serviks kanseri için yüksek riskleri yoksa taramalarını önermemektedir (Smith ve ark., 2011). Ancak Türkiye’de yaşlı kadınlar genç kadınlara göre Pap testi daha az yaptırdıkları ve düzenli olarak taramaları yaptırmadıkları için serviks kanser için risklidir ve rutin taramalarının devam edilmesine gereksinim vardır.

5.2. Yaşlı Kadınların Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına İlişkin Algıları

Bu çalışmada deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası meme kanseri *duyarlılık algısı* puan ortalamaları artmış ve ancak gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 18). Bu bulgu ile **Hipotez 6-H1a**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların meme kanseri duyarlılık algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir.

SİM ve SGM’ne göre algılanan duyarlılık kadının sağlığını tehdit eden meme kanserine yatkınlığı ile ilgili algısıdır. Bu tanım tanının kabulü, hastalığa yakalanma ile ilgili olasılık ve hastalığa olan genel duyarlılığı ifade etmektedir. Kadın meme kanseri olma riskini ne kadar yüksek değerlendirirse algılanan duyarlılık artmakta aksi takdirde azalmaktadır (Glanz ve ark., 2002; Gözümlü ve ark., 2010). SGM’ne göre duyarlılık algısı sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde doğrudan bir etkiye sahiptir (Pender ve ark., 2006). Yapılan çalışmalarda, duyarlılık algısının artması ile taramalara katılımı artırdığı ve girişimlerin duyarlılık algısını arttırmada etkili olduğu saptanmıştır (Baysal ve Gozum, 2011; Champion ve Menon, 1997; Champion, 2000; Earp ve ark., 2002; Jirojwong ve MacLennan, 2003; Lu, 2001; Secginli ve Nahcivan, 2011;Ho, 2007). Bazı çalışmalarda ise meme kanseri duyarlılık algısının taramaları yaptırmada önemli bir belirleyici olduğu bulunmamıştır (Avcı ve ark., 2007; Black ve ark., 2001; Russell ve ark., 2006). Avcı ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında, kadınlarda hemşirelik girişimleri öncesine göre eğitim sonrası duyarlılık algısı düşük saptanmış olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Benzer şekilde Gözümlü ve arkadaşları (2010) çalışması akran eğitimi sonrası algılanan duyarlılıkta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Bu çalışmada duyarlılık algısında artma saptanmıştır ancak gruplar arasında fark bulunmamıştır. Bu durum SİM ve SGM’nin kuramsal yapısı ile uyumsuzluk göstermektedir. Bu çalışmada SİM ve SGM’ne göre eğitim sırasında duyarlılık algısını arttırmak için meme

ve serviks kanser epidemiyolojisi ve düzenli taramalara katılımın önemi anlatılmış, tartışılmış ve broşürlerde vurgulanmıştır. Telefon hatırlatmalarında da yaşlı kadınlarda her iki kanser türü ile hayatlarının bir döneminde karşılaşılabilecekleri mesajı verilmiştir. Bu girişimler duyarlılık algısında artışı sağlamış olabilir ancak meme kanserinin sağlığı tehdit eden bir durum olarak görülmesi nedeni ile her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olabilir.

Deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası *meme kanseri ciddiyet algısı* puan ortalamaları artmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 18) ve **Hipotez 6-H1b**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların meme kanseri ciddiyet algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir.

Pek çok çalışma algılanan ciddiyetin taramalara katılımında etkili olduğunu göstermiştir (Champion ve ark., 2000; Karayurt, 2003; Ho, 2007). Baysal ve Gozum (2011) ve Avcı ve Kurt (2008) mamografi yaptırmayan kadınların ciddiyet algılarını yaptıran kadınlara göre daha düşük olarak saptamıştır. Birkaç çalışmada algılanan ciddiyet açısından KKMM yapan grup ile yapmayan grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Dula, 1996; Nahcivan ve Secginli 2007; Avcı ve ark., 2007). Nahcivan ve Secginli (2007) çalışmasında kadınların %38’inin meme kanserinin ciddi bir hastalık olduğuna inanmadığı belirlenmiştir.

SİM ve SGM’ne göre ciddiyet algısı kadının meme kanseri olduktan sonra yaşamında meydana gelecek değişimi kabul etmesi ile ilgili bir kavramdır. SİM ve SGM’inde beklenen sağlık davranışları ile ilgili ciddiyet algısının önemi vurgulanmaktadır. Bu çalışmada ciddiyet algısında hafif bir artma olmuş ancak istatistiksel olarak gruplar arasında ve grup içinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum SİM ve SGM’nin kuramsal yapısı ile uyumsuzluk göstermektedir. Çünkü modele göre ciddiyet algısı yüksek olan kadınların tarama davranışlarına katılım oranlarının yüksek olacağı varsayılmaktadır. Birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi ve algılanması, bireyin meme kanserine yönelik davranışlarında ciddiyet algısının etkisini sınırlamış olabilir. Meme kanserini neredeyse bütün kadınlar ciddi bir durum olarak düşündükleri için algılanan ciddiyet diğer çalışmalarda da SİM’nin en zayıf belirleyicisi olarak gösterilmektedir (Nahcivan ve Secginli, 2007). Ayrıca bu durum yaşlanma ile birlikte meme kanseri olma olasılığının artacağından farkındalığından da kaynaklanabilir.

Bu çalışmada deney grubundaki kadınlarda kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası *meme kanseri sağlık motivasyonu algısı* puan ortalaması artmış ve arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 18) Bu bulgu “**Hipotez 6-H1c**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların meme kanseri sağlık motivasyonu kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezini doğrulamaktadır.

Yapılan çeşitli çalışmalarda sağlık motivasyonunun KKMM yapma ve mamografi yaptırmaya yönelik olumlu etkisi bildirilmiştir (Altuncan, Akın ve Ege, 2008; Champion 1993; Champion ve Scott 1997; Petro-Nustas ve Mikhail 2002). Türkiye’de yapılan çalışmalar incelendiğinde Gözüm ve arkadaşları (2010) akran eğitimi sonrası kadınlarda sağlık motivasyonunun arttığı bildirilmiştir. Baysal ve Gözüm (2011) araştırmasında, mamografiyi yaptıran kadınlarda sağlık motivasyon algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gözüm, Karayurt ve Aydın (2004) çalışmasında sağlık motivasyonu yüksek olan kadınların daha fazla KKMM yaptığı bildirilmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Seçginli (2007), Nahcivan ve Seçginli (2007) ve Avcı ve arkadaşları (2007) yapılan girişimin kadınların sağlık motivasyon algılarını etkilemediği saptanmıştır.

SİM’ne göre sağlık motivasyonu genelde bireyin sağlıklı olmak için davranış ve inançlarını göstermektedir. Sağlık motivasyonunun yüksek olması meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesinde istekli olmayı göstermektedir. Modele göre hazırlanmış eğitimde ve telefonla hatırlatmalarda kadınların sağlığını kontrol etme ve sürdürmede tarama testlerinin önemi vurgulanmıştır. Ayrıca kadınların kendi kişisel deneyimlerini paylaşımları eğitimler esnasında sağlanmıştır. Bu çalışmada deney grubunda sağlık motivasyonu üçüncü ay izlemde istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterirken kontrol grubunda üçüncü ay izlemde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma göstermiştir.

Çalışmada, deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası *KKMM yarar algısı* puan ortalaması artmış ve arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 18) ve **Hipotez 6-H1d**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların KKMM yarar algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası *KKMM engel algısı* puan ortalaması azalmış ve arasında anlamlı bir fark saptanmış olup (Tablo 18), **Hipotez 8-H1e**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların KKMM engel algıları kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezi doğrulanmıştır.

Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına katılımlarında algılanan yararın yüksek ve algılanan engelin düşük olmasının önemli bir belirleyici olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (Champion ve Menon, 1997; Karayurt, 2003; Lu, 2001; Paskett ve ark., 1999). Champion ve arkadaşlarının (2000) çalışması hem telefon hem kişiye danışmanlığın duyarlılık, engel, yarar algısı ve bilgide değişim yaratmada başarılı olduğu bildirilmiştir. Gillet ve Ortiz (2000) taramalara katılmayan kadınların yarar algıları daha fazla belirlenmiştir. Yarar algılarının yüksek olmasına rağmen engel algıları KKMM yapmayı önlemiştir. Dula'nın (1996) çalışmasında KKMM yapanların yapmayanlara yarar algısı yüksek ve engel algıları düşük ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Jirojwong ve MacLennan (2003) çalışmasında, eğitim sonrası kadınlarda KKMM yarar algısının yüksek ve engel algısının düşük olduğunu belirtmiştir. Taylor'un (1998) çalışmasında meme kanseri erken tanısında KKMM'ye yönelik yapılan eğitim programı ile kadınların KKMM algılanan engellerinin eğitim almayan gruba oranla azaldığı, yarar algılarının arttığı saptanmıştır. Lu (2001) çalışmasında KKMM modeli kullanımı sonrası kadınların KKMM duyarlılık ve engel algısı azalmış, yarar algısı ise artmıştır.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda Nahcivan ve Secginli (2007) KKMM yapanların yapmayanlara göre yarar, kendine güven algısı daha yüksek olarak saptanmış ancak engel algılarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Avcı ve arkadaşları (2007) eğitim öncesine göre eğitim sonrasında kadınların KKMM yarar, engel puanlarını yüksek ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Secginli ve Nahcivan (2011) çalışmasında girişim sonrası altıncı aydaki KKMM-yarar ve engel algısı puan ortalaması kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, deney grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Gözüüm ve Aydın (2004) KKMM uygulayan kadınlarda meme kanseri ile ilgili engel düzeyini uygulamayan kadınlar ile benzer, algılanan yarar düzeyini ise uygulamayan kadınlardan yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada yaşlı kadınların KKMM yapma sıklıkları deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Ayrıca KKMM'nde girişim sonrası algılanan yarar artmış, algılanan engeller ise azalmıştır. Eğitim sırasında KKMM yaraları tartışılmış olması da yarar algısını artırmış olabilir. Bu bulgular SİM ve SGM'nin kuramsal yapısı ile uyumluluk göstermektedir. Koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirme sağlık bilgisini de yansıtan bu durum kişinin algıladığı engeller ile yaşamına getirdiği yararları algılaması arasındaki denge ile ilişkilidir. SİM ve SGM'ne göre davranışın gerçekleşip

gerçekleşmemesi engel ve yarar algıları arasındaki fark tarafından belirlenmektedir. Eğer kişinin yarar algısı yüksek, engel algısı düşükse o zaman erken tanı davranışları artmaktadır. Yarar algısı tarama davranışları ile pozitif ilişkili iken, engel algısı negatif ilişkilidir. Olumlu sağlık davranışlarının uygulanması ve uyumun artırılması için algılanan yararın artırılması, algılanan engelin azaltılması önemlidir.

Bu çalışmada deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri sonrası **KKMM öz-etkililik algısı** puan ortalaması kontrol grubuna göre artmış ve anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 18) ve **Hipotez 7-H1e**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların KKMM öz-etkililik algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Yapılan çalışmalarda kadınların öz-etkililik algılarının artması ile meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirme olasılığını arttığı saptanmıştır (Champion ve Menon, 1997; Taylor, 1998) Savage ve Clarke (1996) araştırmasında KKMM yapma niyetini öz-etkililik, meme kanseri konusunda bilgili olma ile ilişkili bulunmuştur. Jirojwong ve MacLennan (2003) tarafından yapılan çalışmada, öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların, düşük olan kadınlara göre 4.6 kat daha fazla her ay düzenli KKMM yaptıkları bulunmuştur.

Ülkemizde Avcı ve arkadaşları (2007)’ın yaptıkları çalışmada, eğitim sonrası KKMM yapmayı bilenlerin bilmeyenlere göre öz-etkililiği daha yüksek saptanmıştır. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gözüm ve Aydın (2004) KKMM uygulayan kadınlarda öz-etkililik algısı uygulamayan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Karayurt (2003) çalışmasında da öz-etkililik ve sağlık motivasyonu yüksek olan kadınların daha yüksek oranda önerilen şekilde KKMM uyguladığı saptanmıştır.

SİM ve SGM’ne göre öz-etkililik algısı bireyin meme kanseri erken tanısına ilişkin davranışları başarı ile yapabilmeye olan bireysel inancıdır ve davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde oldukça önemlidir. Yaşlı kadınların girişim sonrası bilgi ve becerilerindeki artma KKMM yapabileceğine olan inancını ve güveni sağlamaktadır. Bu çalışmada KKMM’nin film gösterimi, yaşlı kadınların KKMM meme maketi üzerinde denemesi ve kitleleri hissetmesi, eğitimler esnasında KKMM ilişkin olumlu geribildirimler verilmesi ve yazılı görsel materyalle desteklenmesi kişinin muayeneyi başarı ile yapabileceğine inancını artırmış, KKMM öz-etkililik algı puanının artmasını etkilemiş olabilir. Bu durum SİM ve SGM’nin açıkladığı öz-etkililik kavramı ile davranış değişikliğinin oluşumunu desteklemektedir.

Çalışmada hemşirelik girişimleri sonrası deney grubundaki kadınların *mamografi yarar algısı* puan ortalamasında artma, *engel algısı* puan ortalamasında ise düşme saptanmıştır. Gruplar arasında yarar algısı açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken engel algısında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 18). Bu bulgularla **Hipotez 7-H1f**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların mamografi yarar algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilirken, **Hipotez 8- “H1b**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların mamografi engel algıları kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezi doğrulanmaktadır.

Tanner-Smith ve Brown (2010) çalışmasında hem meme hem de serviks kanseri için SİM'nin algılanan yarar ve engellerinin tarama davranışlarına katılımında en güçlü belirleyici olduğu saptanmıştır. Ho (2007) çalışmasında, kadınların eğitim öncesine göre eğitim sonrası taramaya ilişkin mamografi yarar algılarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Champion ve arkadaşlarının (2000) araştırmasında telefonla görüşme ve bireysel görüşme yapılan deney grubundaki kadınların eğitim öncesi algıladıkları yarar eğitim sonrası yükselmiş olup kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aynı çalışmada, deney grubundaki kadınların eğitim öncesi algıladıkları engel hem telefonla görüşülen hem de bireysel görüşme yapılan grupta düşmüş ancak kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim öncesine göre eğitim sonrası aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Wang ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında kadınların taramalara katılımında, meme kanseri risk bilgisi ve mamografi yarar algısında artma, tarama engeller algısında anlamlı azalma olduğu bildirilmiştir. Gillet ve Ortiz (2000) çalışmasında meme kanseri taramalarına katılmayan grubun mamografi yarar inancı ve mamografi yaptırmada utanma engeli daha yüksek olarak saptanmıştır. Gözüm ve arkadaşları (2010) çalışması, akran eğitimi ile kadınların mamografi yarar algılarının arttığı, mamografi engel algısının azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir. Secginli ve Nahcivan (2011) program sonrası altıncı aydaki mamografi-yarar algısı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak mamografi-engel algısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Bu çalışmada deney grubunda mamografi engel algısındaki azalma, yarar algısındaki artma çalışma öncesi yapılan SİM ve SGM temel alarak oluşturulmuş kalitatif araştırma ile engellerin belirlenmesi ve hemşirelik girişimlerinin bu bulgulara göre yapılandırılmasının bir sonucu olabilir. Ancak bu çalışmada kadınların yarar algısı her iki grupta da yüksek olarak

bulunmuş ve gruplar arasında anlamlı fark bu nedenle bulunmamamış olabilir. Buna rağmen engel algısındaki azalma mamografi yaptırma davranışını olumlu yönde etkilemiştir. Bu durum SİM ve SGM yarar algısı yüksek olan bireylerin taramalara katılımının yüksek olacağı varsayımını desteklememektedir. SİM ve SGM'nin en güçlü ayırıcının algılanan engeller olduğu belirtilmektedir.

5.3. Yaşlı Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarına İlişkin Algıları

Bu çalışmada, deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri sonrası SKETTÖ alt boyutlarından *duyarlılık algısı* puan ortalaması artmış ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 19). Bu bulgu ile “**Hipotez 7-H1a**: Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların serviks kanseri duyarlılık algısı puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Algılanan duyarlılık bir hastalığı yakalanma olasılığı hakkında kişinin inançlarını ifade etmektedir. Bir hastalığa yakalanmada algılanan risk, hastalığa karşı duyarlılıkta bireylerin öznel algısı anlamına gelir. Örneğin, kadın Pap smear testi yaptırmadan önce serviks kanserine yakalanma olasılığının olduğuna inanması gerekir. SİM ve SGM'ne göre serviks kanseri taramalarına katılımda kadın kendisini serviks kanseri olmaya yatkın hissediyorsa tarama önerilerine uymaktadır. SİM algılanan duyarlılığın taramalara katılımda belirleyici olduğunu öngörmektedir (Glanz ve ark., 2008). Serviks kanseri riski olduğunu düşünen kadınların taramalara daha fazla katıldığı saptanmıştır (Saslow ve ark., 2002). Birkaç çalışmada kadının serviks kanserini risk olarak algılamaması smear testini yaptırmamasına neden olduğu doğrulanmıştır (Winkler ve ark., 2008, Ibekwe, 2010). Jirojwong ve arkadaşları (2001) araştırmasında serviks kanseri duyarlılık algısı yüksek olan kadınların pap smear yaptırma oranlarının daha fazla olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmadığı bildirilmiştir.

Bu çalışmada deney grubunda hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası duyarlılık algısında anlamlı bir farkın olması SİM ve SGM'ne dayalı hazırlanan hemşirelik girişimlerinin etkili olduğunu düşündürmektedir. Kontrol grubunda da girişim öncesine göre girişim sonrası duyarlılık algısı arasında anlamlı bir fark bulunması veri toplama sürecinde formlarda yer alan sorular ile ilişkili olabilir.

Çalışmada deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri sonrası SKETTÖ alt boyutlarından alt boyutlarından *serviks kanseri ciddiyet algısı* puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 19) ve

“**Hipotez7-H1b:** Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların serviks kanseri ciddiyet algıları kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi red edilmiştir.

Bu algı kişinin hastalığa yakalanma ciddiyeti, hastalığın tedavisi yok ve hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı gibi tıbbi/klinik sonuçları hakkındaki değerlendirmesi, iş, aile, sosyal ilişkilerine hastalığın etkisi hakkında hissettiği duyguları ifade etmektedir. Örneğin bir kadın serviks kanserini ciddi bir hastalık olarak düşünüyor ve inanıyorsa, serviks kanserine yakalanırsa ciddi tıbbi, sosyal ve ekonomik sonuçlarının olacağını düşünüyor ve inanıyorsa Pap smear testini yaptırma olasılığı daha yüksektir. Kişinin Pap smear testinin önemi ile ilgili bilgisinin olması serviks kanserinin sonuçlarını önlemek için davranışa geçmesinde önemli bir faktördür (Saslow ve ark., 2002). Serviks kanseri ciddiyet algısı yaş ve eğitim durumuna göre değişmemektedir (Sauvageau ve ark., 2007). Kadınlar serviks kanserini ciddi bir hastalık olarak algılamalarına rağmen tedavi edilemez olarak düşünmeleri nedeni ile Pap smear testlerini yaptırmamaktadırlar (Ibekwe, 2010). Jirojwong ve arkadaşları (2001), ciddiyet algısı yüksek olan kadınların pap smear testi yaptırma oranlarının daha fazla olduğunu saptamıştır.

Bu çalışmada kadınların hemşirelik girişimleri sonrası serviks kanseri ciddiyet algılarında deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamasının nedeni genel olarak kanser tüm toplumlarda ciddi bir hastalık olarak görülmesinden dolayı olabileceği düşünülmektedir. Modele göre yaşlı kadınlarla serviks kanserinin hayatlarında yaratacağı olumsuzluklar sözel olarak paylaşılsa da belki de sorunu yaşayan bir kişinin yaşadıklarını anlatması ciddiyet algısını daha fazla etkileyebilir. Yaşlı kadının çevresinde serviks kanseri olgusu ile karşılaşmamış olması da ciddiyet algısının her iki grupta da benzer olmasının nedeni olabilir. Bu bulgu her iki modelin de ciddiyet algısı varsayımını desteklememektedir.

Çalışmada deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri sonrası SKETTÖ alt boyutlarından *serviks kanseri yarar algısı* puan ortalaması artmış ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 19) ve “**Hipotez 7-H1b:** Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların serviks kanseri yarar algısı kontrol grubuna göre daha yüksektir” hipotezi doğrulanmıştır. Deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre hemşirelik girişimleri sonrası pap smear testi yaptırmaya yönelik *engel algısı* puan ortalaması artmış gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 19) “**Hipotez 9-H1:** Deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası kadınların pap smear testi engel algısı kontrol grubuna göre daha düşüktür” hipotezi red edilmiştir.

SİM ve SGM'nin göre, davranış değişikliğinin ana unsurlarından biri olan "algılanan yararlar" bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar yararlı algıladığı, eğer o davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. Algılanan engel ise sağlıkla ilgili harekete geçmenin negatif, rahatsız edici yönlerini tanımlamaktadır. Örneğin kadın koruyucu sağlık davranışının serviks kanseri riskinin azaltılmasında yararlı olacağına inanmalıdır. Bu nedenle duyarlılık ve ciddiyet algısı yüksek olan bireyler davranışla ilgili potansiyel yararı algılamıyorsa, engel algısı yüksekse eyleme geçmesi beklenmemektedir (Glanz ve ark., 2008; Ibekwe, 2010). Bir kaç araştırma algılanan yarar ve engellerin Pap smear testini yaptırma etkili olduğunu göstermektedir (Lee ve ark., 2008; Tung ve ark., 2008; Jirojwong ve ark., 2001). Pap testi yaptırma ile algılanan yararın ilişkili olmadığını saptayan çalışmalar da vardır (Agurto ve ark., 2004; Ibekwe, 2010). Lee ve arkadaşları (2012) araştırmasında algılanan yarar yaşlılarda daha düşük, algılanan engel yaşlılarda daha yüksek belirlenmiştir. Paskett ve arkadaşları (1999) çalışmalarında deney grubunda kadınların engel algılarında azalmada anlamlı bir fark saptanmıştır.

Bu çalışmada deney grubundaki kadınların hemşirelik girişimleri öncesine göre girişim sonrası yarar algıları yüksek ve istatistiksel olarak gruplar arasında fark bulunmuştur. SİM ve SGM'ni destekleyen bir bulgu olarak bu durum hemşirelik girişimlerinin etkili olduğunu göstermesi açısından önemlidir. Bu çalışmada Pap smear testi engel algı puanı ise deney grubunda girişim öncesine göre girişim sonrasında artmış, kontrol grubunda ise engel algı puanı azalmıştır. Hemşirelik girişimleri sonrası engel algı puanları açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu durum kadın doktora muayene tercihi ve utanma duygunu yenememe ve kadınların benzer kültürel özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Bu bulgu eğitimde ve broşürlerde engeller arasında tartışılrsa da yaşlı kadınların engel algılarını değiştirmede tek eğitim oturumun yeterli olmadığını, kültüre özgü farklı uygulamaların yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

5.4. Yaşlı Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Öz-etkililik Algıları

Çalışmada deney grubundaki kadınlar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hemşirelik girişimleri sonrası mamografi ve Pap smear test yaptırmada *öz-etkililik algısı* puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup (Tablo 20). **Hipotez 10-H1:** Deney grubunun hemşirelik girişimleri sonrası kadınların mamografi ve Pap smear test yaptırmada öz-etkililik algı puanı ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir hipotezi kabul edilmiştir.

Literatürde öz-etkililik algısının mamografi (Black ve ark., ; Champion ve ark., 2005; Russell ve ark., 2006) ve pap smear testi yaptırmada etkili olduğu saptanmıştır (Tung ve ark., 2008; Fang ve ark., 2007; Jirojwong ve ark., 2001). Fernandez ve arkadaşları (2009), 50 yaş ve üzerindeki yoksul İspanyol kadınlarda meme ve serviks kanseri taraması geliştirme programının etkinliğini değerlendirmişlerdir. Altı aylık izlem sonrasında deney grubunda mamografi öz-etkililik algılarında anlamlı fark bulunmuştur.

Bu çalışmada deney grubundaki kadınlarda girişim öncesine göre girişim sonrası öz-etkililik algısının yüksek olması hemşirelik girişimlerinin etkinliğini göstermektedir. Bu eğitimler sırasında yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri taramaları için başvuru yerleri, nasıl gidileceği ve randevu alınabileceği tartışması, yapabileceklerine ilişkin başarılarının sözel olarak teşviği, geçmişte başarılı davranışı yapmış olanların diğerlerine örnek olması, grup içinde tartışması ve davranışı gerçekleştirme ile ilgili yaşayacağı duygusal rahatlama bireylerin öz-etkililik algısını artırmış olabilir. SİM ve SGM’nde belirtildiği gibi öz-etkililik arttıkça meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirilme olasılığı artmaktadır. Bu çalışmada kadınların öz-etkililik algısındaki artma hem mamografi hem de Pap smear test yaptırmada davranışını olumlu yönde etkilemiştir ve beklenen bir sonuçtur.

5.5. Yaşlı Kadınların Sağlık Sorumluluğu Algıları

Bu çalışmada deney ve kontrol grubu arasında kadınların hemşirelik girişimleri öncesine göre hemşirelik girişimleri sonrası Sağlıkla Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği *Sağlık Sorumluluğu* alt boyutu puan ortalaması artmış ve grup içinde anlamlı bir fark saptanmıştır ancak bu fark gruplar arasında bulunmamıştır (Tablo 21) ve **Hipotez 11-H1**: Deney grubunda yapılan hemşirelik girişimleri sonrası kadınların sağlık sorumluluğu kontrol grubuna göre daha yüksektir hipotezi red edilmiştir.

Literatürde meme ve serviks kanseri erken tanı davranışları ile ilgili çalışmalarda genellikle SİM kullanılmış olup SGM kullanılarak yapılan çalışma sınırlı sayıdadır (Dula, 1996; Johnson, 1998; Taylor, 1998). Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir (Bahar ve ark., 2008). Sağlıkla Yaşam sürdürmek sadece topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesiyle sağlanamaz. Burada esas önemli olan bireyin kendi sağlığının farkında olması, kendisine sunulan hizmetlerden yararlanmayı bilmesi ve olumlu yönde davranış değişikliği geliştirmesidir. Johnson’ın (1998) 20 yaş ve üzeri Afrika kökenli Amerika’lı

kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarının uygulanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptığı tanımlayıcı çalışmasında, kadınların %34.6'sının ayda bir kez KKMM'ni yaptığı, %9.6'nın iki yılda bir KMM yaptırdığı, %32.2'nin yılda bir mamografi çektiği belirtilmiştir. Çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyutu ile KKMM ($r = -.406$), KMM ($r = -.299$), ve mamografi ($r = -.231$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır.

Kadınlarda bireysel sorumluluğun yüksek olması motivasyonlarını arttırmakta dolayısı ile tarama davranışlarını da etkilemektedir. Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alması ve gerektiğinde profesyonel kişilere başvurması anlamına gelen sağlık sorumluluğunda hemşirelik girişimleri sonrası deney ve kontrol grubu arasında fark olmaması, kontrol grubundaki kadınların da sağlık algılarının yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Ancak meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarına yönelik SGM kullanılarak yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olması sağlık sorumluluğu algısının davranış üzerindeki etkisini göstermeye yönelik daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu göstermektedir. Bulgu SGM'ni desteklememektedir.

6. SONUC VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmanın sonuçları çoğunluğu evli, ilkokul mezunu, gelir giderden az, sağlık güvencesi olan, meme ve serviks kanseri erken tanı yöntemlerini düzenli yapmayan 60-75 yaş arasındaki kadınlarda hemşirelik girişimlerinin önemli bazı etkilerinin olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmanın sonuçları SİM ve SGM'ne dayalı *grup sağlık eğitimi, broşür, film gösterisi, meme maketi ve telefonla hatırlatma* kullanılarak yapılan *hemşirelik girişimlerinin* yaşlı kadınlarda doğru olarak KKMM yapma beceri puanlarını artırdığını, KMMM yapma, mamografi, Pap smear test yaptırma oranlarını artırmada etkili olduğunu ancak KMM yaptırma etkili olmadığını göstermektedir.

Araştırmanın sonuçları hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınların meme kanseri sağlık motivasyonu, KKMM yarar, KKMM öz-etkililik algısını artırmada, KKMM engel ve mamografi engel algılarını azaltmada etkili olduğunu; duyarlılık, ciddiyet, mamografi yarar algısını geliştirmede etkili olmadığını göstermiştir.

Bu çalışmada hemşirelik girişimlerinin serviks kanseri duyarlılık algısını, yarar algısını artırmada etkili olduğu, serviks kanseri ciddiyet algısını artırma ve engel algısını azaltmada etkili olmadığı saptanmıştır.

Bu araştırma ile yapılan hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınlarda meme ve serviks kanseri öz-etkililik algılarını geliştirilmesinde etkili olduğu ancak yaşlı kadınların sağlık sorumluluğunu artırmada etkili olmadığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

- Yaşlı kadınlarda meme ve serviks kanserine yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinin erken tanı davranışlarını artırması ve algıları olumlu yönde etkilemesi nedeni ile birinci, ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hemşirelerin SİM ve SGM'ne dayalı meme ve serviks kanseri eğitimi yapmaları,
- Hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınların taramaya katılım davranışlarını etkileyen sağlık algılarını (duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel, kendine güven, öz-etkililik, sağlık motivasyonu gibi) kapsayacak şekilde planlanması,
- Sağlık profesyonellerinin yaşlı kadınlarda KKMM'ni geliştirmek amacıyla meme sağlığı eğitimi, KKMM filmi, meme maketi ve yazılı materyaller (kitapçık, broşür ve kart) gibi yöntemlerini kullanması,

6.3. Araştırmacılara Öneriler

- SİM ve SGM kavramlarını girişim öncesi ve sonrası karşılaştıran ve hemşirelik girişiminin bu kavramlar üzerindeki etkisini gösteren deneysel tasarlanmış hemşirelik çalışmalarını sınırlıdır. Bu nedenle hemşirelik girişimlerin etkinliğini gösteren randomize kontrollü çalışmaların yapılması,

- SİM her bir bileşenin ayrı ayrı (duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel, öz etkililik, sağlık motivasyonu algıları) davranış değiştirmedeki rolünün özel olarak çalışılması,

- Meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını açıklamada sınırlı sayıda çalışılan SGM'nin önceki davranışlar ve sağlık sorumluluğu alt boyutlarının farklı yaş ve kültür gruplarında çalışılması ve davranış değiştirmedeki etkisinin belirlenmesi,

- Hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınlarda “doğru KKMM yapma, mamografi ve Pap smear test yaptırma” oranlarını artırmaya olumlu etkisi olmakla birlikte, uygulanan programın sosyo-demografik ve kültürel özellikleri yönünden farklı yaşlı kadın gruplarında denenmesi,

- Çalışmada serviks kanseri engel algılarını azaltmaya yönelik yapılan hemşirelik girişimlerinin engel algısını artırma nedeni çok açık değildir. Bu nedenle engel algısının kültürel özelliklerle ilişkisini ortaya koyan, daha iyi açıklayan çalışmalara gereksinim vardır.

- Hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınlarda KMM yaptırmaya katkı yapmaması nedeniyle bu konudaki engellerin neler olduğunun özel olarak çalışılması,

- Yaşlı kadınlarda meme ve serviks kanseri erken tanı davranış sıklıkları ile SİM ve SGM bileşenlerinin ilişkisinin değerlendirildiği yüksek örneklem sayısında ve uzun süreli izlem gerektiren çalışmaların yapılması ve genç yaş grubu ile karşılaştırmalı çalışmaların planlanması,

- Bu çalışmada grup eğitimleri yaşlı bireyler davet edilerek verilmiştir. Gelecek araştırmalarda kültürel özellikler de göz önüne alınarak yaşlı kadınların meme ve serviks kanseri erken tanı taramalarına katılımını artırmak için birlikte düzenledikleri kabul günleri gibi bir araya geldikleri ortak etkinliklerde eğitim verilebilir.

- Bu çalışmada meme ve serviks kanseri eğitimleri tek oturumda yürütülmüştür. Gelecek araştırmalarda yaşlı bireylerin özellikleri göz önüne alınarak birkaç oturumdan oluşan eğitim programları yürütülerek sonuçları incelenebilir.

- Bu çalışmanın kalitatif araştırma bulgularında sağlık sistemine yönelik randevu alma güçlüğü ve hasta/sağlık personeli iletişimi hem meme hem de serviks kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmede yaşlı kadınlar tarafından engel olarak sıklıkla tartışılmıştır. Bu

nedenle kurumsal ve ulusal politikaların bu yönü ile gözden geçirilmesi ve gelecek araştırmalarda bu engellerin özel olarak çalışılması,

- Bu çalışmanın kalitatif araştırma bulgularında hem meme hem de serviks kanseri taramalarına özellikle hemşirelerin rol ve sorumlulukları hiç tartışılmamış olması nedeni ile hemşirelerin yaşlı kadınların taramalara katılımı artırmadaki tutum ve davranışları gelecek araştırmalarda incelenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abdullahi A, Copping J, Kessel A, Luck M, et al. Cervical screening: perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *Public Health* 2009; 123(10): 680-685.
- Ackerson K, Gretebeck K. Factors influencing cancer screening practices of underserved women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2007; 19: 591-601.
- Adams EK, Florence CS, Thorpe KE, Becker ER et al. Preventive care: female cancer screening, 1996-2000. *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 25(4):301-307.
- Agurto I, Bishop A, Sanchez G, Betancourt Z, et al. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Prev Med* 2004; 39: 91-98.
- Ahmad F, Cameron JI, Stewart DE. A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. *Social Science & Medicine* 2005; 60: 575-586.
- Akpınar YY, Baykan Z, Naçar M, Gün I, et al. Knowledge, attitude about breast cancer and practice of breast cancer screening among female health care professionals: a study from Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2011; 12: 3063-3068.
- Akyolcu N, Uğraş GA. Kendi kendine meme muayenesi: Erken tanıda ne kadar önemli? *Meme Sağlığı Dergisi* 2011; 7(1): 10-14.
- Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, et al. Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48(1): 25-29.
- Altunkan H, Akın B, Ege E. 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008; (4) 2: 84-91.
- American Cancer Society, (ACS). Breast Cancer. 2012
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003090-pdf.pdf>
Erişim Tarihi: 04 Mayıs 2012.
- American Cancer Society, (ACS). Cervical Cancer. 2012
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003094-pdf.pdf>
Erişim Tarihi: 03 Mart 2012.
- American Cancer Society. (ACS). Cervical Cancer. 2011
<http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/DetailedGuide/cervical-cancer-risk-factors>.
Erişim Tarihi: 29 Haziran 2012.
- Anderson BO, Jakesz R. Breast cancer issues in developing countries: an overview of the Breast Health Global Initiative. *World Journal of Surgery* 2008; 32: 2578-2585.

- Anderson BO, Shyyan R, Eniu A, Smith R, et al. Breast cancer in limited-resource countries: an overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines. *The Breast Journal* 2006; 12(1): 3-15.
- Anderson BO, Braun S, Lim S, et al. Early detection of breast cancer in countries with limited resources. *Breast J* 2003; 2: S51-9.
- Augustson EM, Vadaparampil ST, Paltoo DN, Kidd LR, et al. Association between CBE, FOBT, and Pap smear adherence and mammography adherence among older low-income women. *Preventive Medicine* 2003; 36: 734–739.
- Austin L, Ahmad F, McNally MJ, Steward D. Breast and cervical cancer screening in Hispanic Women: a literature review using the Health Belief Model. *Women's Health Issues* 2002; 12: 122-128.
- Avcı İA, Atasoy A, Sabah E. Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2007; 15(60): 119-128.
- Avcı IA, S Gozum. Comparison of two different educational methods on teachers knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. *Eur. J. Oncol. Nurs* 2009; 13: 94-101.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, et al. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(1): 1-13.
- Barroso J, McMillan S, Casey L, Gibson W, et al. Comparison between African-American and white women in their beliefs about breast cancer and their health locus of control. *Cancer Nursig* 2000; 23(4): 268-276.
- Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. Meme kanserinde tarama ve tanı (İstanbul meme kanseri konsensus konferansı 2010). *Meme Sağlığı Dergisi* 2012; 8,(3): 100-125
- Bayo S, Bosch FX, de Sanjose S, Munoz N, et al. Risk factors of invasive cervical cancer in Mali. *International Journal of Epidemiology* 2002; 31: 202–209.
- Baysal HY, Gozum S. Effects of health beliefs about mammography and breast cancer and telephone reminders on re-screening in Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2011;12: 1445-1450.
- Beşer A, Bahar Z, Aydoğdu GN, Ersin F, et al. Validity and reliability study for the self-efficacy scale. *Health Med* 2012; 6(1): 195-200.

- Bilir N, Harmancı H. Kanserden korunmada güncel yaklaşımlar. 2002
<http://www.dicle.edu.tr/~halks/nb34.htm> Erişim Tarihi: 12 Haziran 2008.
- Black ME, Stein KF, Loveland-Cherry CJ. Older women and mammography screening behavior: do possible selves contribute? *Health Education and Behavior* 2001; 28(2): 200–216.
- Bonfill CX, Marzo CM, Pladevall VM, Marti J. et al. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening. *The Cochrane Library* 2009; 1: 1-24.
- Borrayo EA, Buki LP, Feigal BM. Breast cancer detection among older Latinas: is it worth the risk? *Qualitative Health Research* 2005; 15: 1244-1263.
- Boyer LE, Williams M, Callister LC, Marshall ES. Hispanic women's perceptions regarding cervical cancer screening. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001; 30(2): 240-245.
- Boyle P, Levin B. Dünya kanser raporu 2008. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu. Fransa 2008.
- Buki LP, Borrayo EA, Feigal B. Are all Latinas the same? Perceived breast cancer screening barriers and facilitative conditions. *Psychology of Women Quarterly* 2004; 28: 400-412.
- Canbulat N. Sağlık çalışanlarının meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi ve mammografiye ilişkin sağlık inançlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Yüksek lisans Tezi, 2006; Erzurum.
- Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model, In: Glanz, K., & Rimer, B. K., & Viswanath, K.V. (Eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th edititon, (pp 46-65), 2008; San Francisco: Jossey-Bass.
- Champion V, Skinner CS, Hui S, Monahan P, et al. The effect of telephone versus print tailoring for mammography adherence. *Patient Education and Counseling* 2007; 65: 416-423.
- Champion VL, Springston JK, Zollinger TW, Saywell RM Jr, et al. Comparison of three interventions to increase mammography screening in low income African American women. *Cancer Detection and Prevention* 2006; 30: 535-44.
- Champion VL. Breast self-examination: What now? *Oncology Nursing Forum* 2003; 30:723-724.
- Champion VL, Maraj M, Hui S, Perkins AJ, et al. Comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. *Preventive Medicine* 2003; 36: 150–158.

- Champion V, Maraj M, Hui S, Perkins AJ, et al. Comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. *Preventive Medicine* 2003; 36: 150–158.
- Champion V, Skinner C, Menon U, Seshadri R, et al. Comparisons of tailored mammography interventions at two months post intervention. *Ann Behaviour Medicine* 2002; 24(3): 211–218.
- Champion V, Skinner C, Foster J. The effects of standard care counseling or telephone/in-person counseling on beliefs knowledge and behavior related to mammography screening. *Oncology Nursing Forum* 2000; 27(10):1565–1571.
- Champion VL, Scott CR. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African-American women. *Nurs Research* 1997; 46: 331-337.
- Champion V, Menon U. Predicting mammography and breast self-examination in African American women. *Cancer Nursing* 1997; 20: 315-322.
- Champion V, Huster G. Effect of interventions on stage of mammography adoption. *J Behav Med* 1995; 18(2):169–187.
- Chan SS, Chow DMK, Loh EK, Wong DC, et al. Using a community-based outreach program to improve breast health awareness among women in Hong Kong. *Public Health Nursing* 2007; 24(3): 265-273.
- Chang BL, Sarna L, Carter PA. Mammography screening behavior in older women caregivers. *Geriatric Nursing* 2001; 22(1): 33-36.
- Clemen-Stone S, McGuire Sandra L, Eigsti Diane G. *Comprehensive Health Nursing Family Aggregate and Community Practice*. Sixth Edition 2002; By Mosby: 386-387.
- Costanza M, Stoddard A, Luckmann R, White M, et al. Promoting mammography: results of a randomized trial of telephone counseling and a medical practice intervention. *American Journal of Preventive Medicine* 2000; 19(1): 39-46.
- Costanza ME. Breast cancer screening for elderly women: synopsis of a forum. *Cancer Supplement*. 1992; 69(7):1925–1931.
- Coughlin SS, Berkowitz Z, Hawkins NA, Tangka F. Breast and colorectal cancer screening and sources of cancer information among older women in the United States: results from the 2003 Health Information National Trends Survey. *Preventing Chronic Disease* 2007; 4(3): A57.

- Crane LA, Leakey TA, Rimer, BK, Wolfe, P, et al. Effectiveness of a telephone outcall intervention to promote screening mammography among low-income women. *Preventive Medicine* 1998; 27: S39–49.
- Curbow B, Bowie J, Garza M, McDonnell KA, et al. Community-based cancer screening programs in older populations: making progress, but can we do better? *Preventive Medicine*, 2004; 38(6):676-693.
- Çelik GO, Malak A, Öztürk Z, Yılmaz D. Menapoz sonrası dönemdeki kadınların kendi kendine meme muayenesini uygulama, mamografi çekirme ve pap smear yaptırma durumlarının incelenmesi. *Anatol J Clin Investig* 2009; 3(3):159-163.
- DeFrank JT, Rimer BK, Gierisch JM, Bowling JM, et al. Impact of mailed and automated telephone reminders on receipt of repeat mammograms: a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine* 2009; 36: 459–67.
- Denny-Smith T, Bairan A, Page MC. A survey of female nursing students' knowledge, health beliefs, perceptions of risk, and risk behaviors regarding human papillomavirus and cervical cancer. *J Am Acad Nurse Pract* 2006; 18: 62–69.
- Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege Bölgesi'nde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Medical Journal* 2007; 20(1): 29-36.
- Dula DL. Factors which influence self breast examination in women aged sixty five and older. Unpublished master's thesis, School of Nursing College of Health, Education, and Social Welfare University of Alaska Anchorage in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science, Nursing Science, 1996.
- Dündar PE, Özmen D, Özturk B, Haspolat G, et al. 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; 6: 43.
- Earp JA, Eng E, O'Malley MS, Altpeter M, et al. Increasing use of mammography among older, rural African American Women: results from a community trial. *Am J Public Health* 2002; 92: 646–654.
- Edwards NI, Jones DA. Uptake of breast cancer screening in older women. *Age Ageing* 2000; 29: 131–135.
- Epstein SS, Bertell R, Seaman B. Dangers and unreliability of mammography: breast examination is a safe, effective, and practical alternative. *International Journal of Health Services* 2001; 31(3):605-615.

- Ersin F, Bahar Z. Inhibiting and facilitating factors concerning breast cancer early diagnosis behavior in Turkish women: A qualitative study according to the Health Belief and Health Development Models. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention* 2011; 12(7): 1849-1854.
- Eroğlu U. İşletmelerde eğitim faaliyetlerinin etkinliğinin ölçümüne ilişkin bir model önerisi. *Yönetim Bilimleri Dergisi* 2006; 4: 2, 111-133.
- Ertan T, Eker E, Güngen C, et al. The Standardized Mini Mental State Examination for illiterate Turkish elderly population. 2th International Symposium on Neurophysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders, August 28-30 1999; Bursa, Turkey.
- Evans K, Bates R. Describing elderly women in assisted living's risk for breast cancer and participation in screening behaviors. *Journal of Diagnostic Medical Sonography* 2005; 21, 320-328.
- Fang C, Ma GX, Tan Y, Nungia CA multifaceted intervention to increase cervical cancer screening among underserved Korean women. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention* 2007; 16(6):1298-1302.
- Farmer D, Reddick B, D'Agostino R, Jackson SA. Psychosocial correlates of mammography screening in older African American women. *Oncology Nursing Forum* 2007; 34(1):117-123.
- Fernandez ME, Gonzales A, Tortolero-Luna G, Williams J, et al. Effectiveness of Cultivando La Salud: A breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women. *American Journal of Public Health* 2009; 99(5): 936-943.
- Fidaner C. Kanserde erken yakalama: Erken tanı ve taramalar. In: Tuncer AM, editör. *Türkiye'de kanser kontrolü*. Ankara. Onur Matbaacılık, 2007; 319-331.
- Fidaner C, Eser SY, Parkin DM. Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir cancer registry. *European Journal of Cancer* 2001; 37: 83-92.
- Fleiss JL, Tytun A, Ury SHK. A simple approximation for calculating sample sizes for comparing independent proportions. *Biometrics* 1980; 36: 343-346.
- Folstein M, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State" a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 1975; 12(3):189-198.

- Garbers S, Jessop DJ, Foti H, Uribelarrea M, Chiasson MA. Barriers to breast cancer screening for low-income Mexican and Dominican women in New York City. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2003; 80(1): 81-91.
- Gasalberti D. Early detection of breast cancer by self-examination: The influence of perceived barriers and health conception. *Oncology Nursing Forum* 2002; 29, 9: 1341-1347.
- Gillet DK, Ortiz R. The relationship between health attitudes. Beliefs, health locus of control and use of breast cancer screening modalities in elderly Hispanic women, Unpublished master's thesis, Graduate School of the University of the Texas-Pan American, Nursing Science 2000.
- Giummarra M, Black K, Haralambous B, Nankervis J. Achieving health promotion behaviour change among older Victorians, literature review, National Ageing Research Institute for the Victorian Department of Human Services, 2004. http://www.mednwh.unimelb.edu.au/research/pdf_docs/PCP_Literature_Review_Final.pdf
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (Ed). *Health behavior and health education theory, research, and practice*. San Francisco, CA: Jossey Bass 2008.
- GLOBOCAN, 2008. International Agency for Research on Cancer. <http://www-dep.iarc.fr/>
Erişim Tarihi: 18 Haziran 2012
- Gotay CC, Banner RO, Matsunaga DS, Hedlund N, et al. Impact of a culturally appropriate intervention on breast and cervical screening among native Hawaiian women. *Prev Med* 2000; 31(5): 529-537.
- Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (1): CD001877.
- Gökkoca UZ. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2001; 10(10): 374.
- Gözüm S, Karayurt O, Kav S, Platin N. Effectiveness of peer education for breast cancer screening and health beliefs in eastern Turkey. *Cancer Nurs* 2010; 33(3): 213–20.
- Gözüm S, Aydın I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *Cancer Nursing* 2004; 27: 491-498.
- Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme kanseri taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2004; 1,2: 71-85.

- Gözüm S, Aydın İ. Champion'un Sağlık İnanç Modeli Skalası'nın Türkçe Uyarlamasının Geçerliliği. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 2003, Antalya, 67.
- Grunfeld EA, Ramirez AJ, Hunter MS, Richards MA. Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. *British Journal of Cancer* 2002; 86: 373–378.
- Guilfoyle S, Franco R. Gorin SS. Exploring older women's approaches to cervical cancer screening. *Health Care for Women International* 2007; 28: 930–950.
- Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, et al. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(4): 273-281.
- Gürsoy AA. Kendi kendine meme muayenesi çelişkisi. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(3): 257-260.
- Hilton LW, Jennings-Dozier K, Bradley PK, Lockwood-Rayermann S, et al. The role of nursing in cervical cancer prevention and treatment. *Cancer* 2003; 1, 98(9 Suppl): 2070-2074.
- Ho TV. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American Women. *Oncology Nursing Forum* 2007; 34(2): 481.
- Ho V, Yamal JM, Atkinson EN, Basen-Engquist K, et al. Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer Nurs* 2005; 28(2): 119-29, quiz 130-131.
- Ho T, Yoong T. Cervical screening in elderly women in Singapore. *Singapore Med J*. 1996; 37(1): 61-65.
- Hochbaum GM. (Subsequently modified by other authors). Health Belief Model, 1958 http://www.courseweb.uottawa.ca/epi6181/images/Health_Belief_Model_review.pdf. Erişim Tarihi:17 Ekim 2011.
- Howson A. Cervical screening, compliance and moral obligation. *Sociology of health and illness*, 1999 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00164/pdf> Erişim Tarihi:17 Ekim 2011.
- Ibekwe CM, Hoque ME, Ntuli-Ngcobo B. Perceived benefits of cervical cancer screening among women attending Mahalapye District Hospital, Botswana. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2010; 11(4):1021-1027.
- IBSR, Independent UK Panel on Breast Cancer Screening: The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 2012; 380(9855):1778-86.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61611-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61611-0/abstract)

Erişim Tarihi: 18.12.2012

Intercultural Cancer Council (ICC). Speaking with one voice, elderly & cancer, 2004
<http://iccnetwork.org/cancerfacts/ICC-CFS10.pdf> Erişim Tarihi:10 Mayıs 2009.

Janz NK, Schottenfeld D, Doerr KM, Selig SM, et al. A two-step intervention to increase mammography among women aged 65 and older. *American Journal of Public Health* 1997; 87(10):1683–1686.

Jibaja-Weiss ML, Volk RJ, Smith OW, et al. Tailored messages for breast and cervical cancer screening of low-income and minority women using medical records data. *Patient Educ Couns* 2003; 50(2): 123-132.

Jirojwong S, MacLennan R. Health Beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai Migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 41(3): 241-249.

Jirojwong S, MacLennan R, Manderson L. Health beliefs and pap smears among Thai Women in Brisbane, Australia. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2001; 13(1):19-23.

Johnson CR. The relationship between health promoting lifestyles and the practice of breast cancer screening behaviours in adult women. A Thesis Presented to The Faculty of the Department of Nursing Clarkson Collage 1998, United State.

Juon H, Seung-Lee C, Klassen AC. Predictors of regular pap smear among Korean-American women. *Preventive Medicine* 2003; (37): 585-592.

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.

Karayurt Ö. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Doktora Tezi 2003, İzmir.

Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, et al. Efficacy of screening mammography. A meta-analysis. *JAMA* 1995; 273: 149–154.

KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) <http://www.ketem.org/> Erişim tarihi: 27 Haziran 2011

- Kim JH, Menon U. Pre and postintervention differences in acculturation, knowledge, beliefs, and stages of readiness for mammograms among Korean American women. *Oncology Nursing Forum* 2009; 36(2): E80-92.
- King ES, Rimer BK, Seay J, Balshem A, et al. Promoting mammography use through progressive interventions: is it effective? *American Journal of Public Health* 1994; 84: 104–106.
- Kissal A, Beşer A. Knowledge, facilitators and perceived barriers for early detection of breast cancer among elderly Turkish women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2011; 12: 975-984.
- Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak S, ve ark. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu, *Meme Sağlığı Dergisi* 2011; 7(2): 47-67.
- Koren ME, Hertz JE. Older women's breast screening behaviors: what nurses need to know. *MEDSURG Nursing* 2007; 16(2): 80-86.
- Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, (2). Art. No.: CD003373. doi:10.1002/14651858. CD003373. 2008; 4: 2-17.
- Kuo DY, Goldberg GL. Screening of cervical cancer: where do we go from here? *Cancer Invest* 2003; 21(1): 157-161.
- Kwok C, Cant R, Sullivan G. Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Health Education Research* 2005; 20(6): 739-747.
- Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F, Faghihzadeh S, et al. Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal = La revue de santé de la Méditerranée orientale* = 2007; 13(5):1160-1169.
- Lechner L, Nooijer J, Vries H. Breast Self-Examination: Longitudinal Predictors of Intention and Subsequent Behaviour. *European Journal Cancer Prevention* 2004; 13: 369-376.
- Lechner L, De Vries H, Offermans N. Participation in a breast cancer screening program: Influence of past behavior and determinants on future screening participation. *Preventative Medicine* 1997; 26: 473-482.
- Lee EE, Eun Y, Lee SY, Nandy K. Age-related differences in health beliefs regarding cervical cancer screening among Korean American women. *Journal of Transcultural Nursing* 2012; XX(X): 1–9.

- Lee EE, Fogg L, Menon U. knowledge and beliefs related to cervical cancer and screening among Korean American women, *Western Journal of Nursing Research* 2008; 30(8): 960-974.
- Lee EE, Tripp-Reimer T, Miller A, Sadler G, et al. Korean American women's beliefs about breast and cervical cancer and associated symbolic meanings. *Oncology Nursing Forum* 2007; 34(3): 713-720.
- Lee-Lin F, Pett M, Menon U, Lee S, et al. Cervical cancer beliefs and Pap test screening practices among Chinese American immigrants. *Oncology Nursing Forum* 2007; 34: 1203-1209.
- Lee CY, Kim HS, Ko S, Ham OK. Evaluation of a communitybased program for breast self-examination offered by the community health nurse practitioners in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing* 2003; 33: 1119-1125.
- Levy-Storms L, Bastani R, Reuben DB. Predictors of varying levels of nonadherence to mammography screening in older women. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004; 52(5): 768-773.
- Linsell L, Burgess CC, Ramirez AJ. Breast cancer awareness among older women. *British Journal of Cancer* 2008; 99: 221-1225.
- Lu ZJ. Effectiveness of breast self-examination nursing interventions for Taiwanese community target groups. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34: 63-170.
- Machin D, Campbell MJ. *Statistical Tables for Design of Clinical Trials* Blackwell Scientific Publications, Oxford 1987.
- Mandelblatt JM, Yabroff KR. Breast and cervical cancer screening for older women. recommendations and challenges for the 21st century. *Journal of the American Medical Women's Association* 2000; 55(4): 210-215.
- Mandelblatt JS, Gold K, O'Malley AS, Taylor K, et al. Breast and cervix cancer screening among multiethnic women: role of age, health, and source of care. *Preventive Medicine* 1999; 28: 418-425.
- Mandelblatt JS, Yabroff, KR. Effectiveness of interventions designed to increase mammography use: a meta-analysis of provider-targeted strategies. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 1999; 8: 79-767.

- Mandelblatt J, Traxler M, Lakin P, et al. A nurse practitioner intervention to increase breast and cervical cancer screening for poor, elderly black women. The Harlem Study Team. *J Gen Intern Med* 1993; 8: 173– 178.
- Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12(4): 251-259.
- Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM, Nichol M, et al. The distribution and predictive validity of the stages of change formammography adoption among Canadian women. *Preventive Medicine* 2006; 43(3): 171-177.
- Maxwell AE, Bastani R, Vida P, Warda US. Results of a randomized trial to increase breast and cervical cancer screening among Filipino American women. *Preventive Medicine* 2003; 37: 102–109.
- Maxwell A.E, Bastani R, Warda U. Breast cancer screening and related attitudes among Filipino-American women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 1997; 6: 719-726.
- McCool WF. Barriers to breast cancer screening in older women: A review. *Journal of Nurse-Midwifery* 1994; 39: 283-299.
- McCready T, Littlewood D, Jenkinson J. Breast self-examination and breast awareness: a literature review. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14(5): 570-578.
- McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. *A Cancer Journal for Clinicians* 2004; 54: 345-361.
- Menon U, Champion V, Monahan PO, Daggy J, et al. Health Belief Model variables as predictors of progression in stage of mammography adoption. *American Journal of Health Promotion* 2007; 21(4): 255-261.
- Mete S. Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2: 1-8.
- Mikhail BI, Petro-Nustas WI. Transcultural adaptation of Champion's Health Belief Model scales, *Journal of Nursing Scholarship* 2001; 2nd Quarter: 159-166.
- Molloy DW, Standish TIM. Mental status and neuropsychological assessment a guide to the Standardized Mini-Mental State Examination. *International Psychogeriatrics* 1997; 9(1): 87-94.

- Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, et al. Delayed presentation in breast cancer: A study in Iranian women. *BMC Women's Health* 2003; 3: 4.
- Nahcivan N, Secginli S. Health beliefs related to breast self examination in a sample of Turkish women. *Oncology Nursing Forum* 2007; 34(2): 425-432.
- Nahcivan ÖN, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003; 7(1): 33-38.
- Nahcivan ÖN, Seçginli S Attitudes and behaviors toward breast cancer early detection: Using the health belief model as a guide, *Cumhuriyet University School of Nursing Journal* 2003; 7(1): 33-38.
- Nash D, Chan C, Horowitz D, Vlahov D. Barriers and missed opportunities in breast and cervical cancer. screening among women aged 50 and over, New York City, 2002. *Journal of Women's Health* 2007; 16(1): 46-56.
- National Cancer Institute (NCI) What You Need to Know About Breast Cancer 2009 <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/breast/page6> Erişim Tarihi: 04 Mayıs 2012.
- National Health Services Breast Screening Programmes. <http://cancerscreening.org.uk/breastscreen>, Erişim Tarihi: 12 Mart 2008.
- Navarro AM, Senn KL, McNicholas MA, Kaplan RM, et al. Por La Vida model intervention enhances use of cancer tests among Latinas. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998; 15: 32-41.
- Neguyen T, Vo PH, McPhee SJ, Jenkins CNH. Promoting early detection of breast cancer among Vietnamese-American Women, results of a controlled trial. *Cancer Supplement* 2001; 91(1): 267-273.
- Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, DuHamel K, et al. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *Journal of the National Medical Association* 2005; 97(2): 162-70.
- Ostbye T, Greenberg GN, Taylor DH Jr, Lee AM. Screening mammography and Pap tests among older American women 1996-2000: results from the Health and Retirement Study (HRS) and Asset and Health Dynamics Among the Oldest Old (AHEAD). *Ann Fam Med* 2003; 1:209-217.

- Özkahraman Ş, Vural BK, Bayık A. Halk eğitim merkezi kursiyerlerinde kendi kendine meme muayene becerisi geliştirme, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9(4): 1-9.
- Özmen D, Özsoy SA. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 25(1):51-69.
- Özmen V. Breast cancer in the world and Turkey. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4(2): VII-XII
- Özmen V. Dünya’da ve Türkiye’de meme kanseri tarama (screening) ve kayıt programları. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(2): 55-58.
- Öztürk M, Engin VS, Kişioğlu AN, Yılmaz G. Effects of education on knowledge and attitudes breast self examination among 25+ years old women. Eastern Journal of Medicine 2000; 5(1): 3-17.
- Park K, Hong WH, Kye SY, Jung E, et al. Community-based intervention to promote breast cancer awareness and screening: the Korean experience. BMC Public Health 2011; 14 (11): 468.
- Park SM, Hur HK, Kim GY, Song HY. Knowledge, barriers, and facilitators of Korean women and their spouses in the contemplation stage of breast self-examination, Cancer Nursing 2007; 30(1): 78-84.
- Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayolu N. Bir ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 8(2): 9-15.
- Paskett E, Tatum C, Rushing J, Michielutte R, et al. Randomized of an intervention to improve mammography utilization among a triracial rural population of women. Journal of the National Cancer Institute 2006; 98(17):1226-1231.
- Paskett ED, Tatum CM, D’Agostino R, Rushing J, et al. Community-based interventions to improve breast and cervical cancer screening: Results of the Forsyth County cancer screening (FoCaS) project. Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention 1999; 8: 453-459.
- Pender N, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. Fifth Edition (pp 35-73). Pearson Education, New Jersey. 2006
- Pender NJ, Pender AR. Health Promotion in Nursing Practice. Second edition. Appleton & Lange. 1987; 37-53.

- Petro-Nustas W, Mikhail BI. Factors associated with breast selfexamination among Jordanian women. *Public Health Nursing* 2002; 19: 263–270.
- Phillips JM, Cohen MZ, Tarzian AJ African American women's experiences with breast cancer screening. *Journal of Nursing Scholarship* 2001; 33(2):135-140.
- Pillay AL. Rural and urban South African women's awareness of cancer of the breast and cervix. *Ethnicity & Health* 2002; 7: 103-14.
- Platin N (çev. ed). *Hemşireler için Kanser El Kitabı*, Ankara: 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 2. Baskı. ss, 261. 1998.
- Polit DF, Beck CT. *Nursing Research. Principles and methods* (pp. 245 – 272). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA. 2004.
- Prochaska JO, Redding CA, Evers KE. The Transtheoretical Model and stages of change. In: Glanz K., Rimer B.K., Viswanath K.V., eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, Inc. 2008; 97-121.
- Rakel RE. *Testbook of Family Practice*. 5.th Edition. WB. Saunders Company. 1995.
- Rakowski W, Ehrich B, Goldstein MG, Rimer BK, et al. Increasing mammography among women aged 40–74 by use of a stage-matched, tailored intervention. *Preventive Medicine* 1998; 27: 748–756.
- Reyes-Ortiz CA, Velez LF, Camacho ME, Ottenbacher KJ, et al. Health insurance and cervical cancer screening among older women in Latin American and Caribbean Cities. *International Journal of Epidemiology* 2008; 37(4):870-8.
- Rogers NM, Cantu AG. The nurse's role in the prevention of cervical cancer among underserved and minority populations. *J Commun Health* 2009; 34: 135-43.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior* 1988;15(2):175-183.
- Russell KM, Champion VL, Skinner CS. Psychosocial Factors Related to Repeat Mammography Screening Over 5 Years in African American Women. *Cancer Nursing* 2006;29(3):236-43.
- Ryu E, Ahn O, Baek SS, Jeon MS, et al. Predictors of mammography uptake in Korean women aged 40 years and over. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 64(2): 168-75.
- Sadler GR, Ko CM, Cohn JA, White M, et al Breast cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors among African American women: the Black cosmetologists promoting health program. *BMC Public Health* 2007; 7: 57.

- Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, Shah RB, et al. Asian Indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection, *Public Health Nursing* 2001;18(5): 357-363.
- Sağlık Bakanlığı, (SB). Sağlık istatistikleri yıllığı 2010, 2011 <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf?ret=0>. Erişim Tarihi: 25 Eylül 2011
- Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Serviks kanseri taraması ulusal standartları. 2007. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/kanser/pdf/serviks_kanser_gen.pdf Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2012.
- Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. 2004 yılı Türkiye kanser istatistikleri. <http://www.saglik.gov.tr> Erişim Tarihi: 21 Ekim 2010.
- Sarvazyan A, Egorov V, Son JS, Kaufman CS, Cost-effective screening for breast cancer worldwide: current state and future directions. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research* 2008; 1:91–99.
- Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, et al. American Cancer Society Guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 2002; 52:342-62.
- Sauvageau C, Bernard D, Gilca V, Lavoie F, et al. Human Papilloma Virus vaccine and cervical cancer screening acceptability among adults in Quebec. *BMC Public Hlth* 2007; 7: 304.
- Savage SA, Clarke VA. Factors associated with screening mammography and breast self examination intentions. *Health Education Research Theory and Practice* 1996; 11(4): 409-421.
- Saywell RM Jr, Champion VL, Skinner CS, Menon U, et al. A costeffectiveness comparison of three tailored interventions to increase mammography screening. *Journal of Women's Health* 2004; 13(8): 909-918.
- Seçginli S, Nahcivan NO. The effectiveness of a nurse-delivered breast health promotion program on breast cancer screening behaviours in non-adherent Turkish women: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2011; 48(1): 24–36.
- Seçginli S. Meme Kanseri Taraması: Son Yenilikler Neler? *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011; 10(2): 193-200.
- Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik sağlığı geliştirme programının tarama davranışlarına etkisi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı hemşireliği Doktora Tezi, İstanbul, 2007.

- Seçginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43: 161-171.
- Secginli S, Nahcivan NO. Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. *Cancer Nursing* 2004; 27(3): 287-294.
- Semiglazov VF, Moiseyenko VM, Manikhas AG, Protsenko SA, et al. Interim results of a prospective randomised study of self-examination for early detection of breast cancer. *Vopr Onkol* 1999; 45: 265–271
- Seow A, Straughan PT, Ng EH, Lee HP. A randomized trial of the use of print material and personal contact to improve mammography uptake among screening non-attenders in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 1998; 27(6): 838-42.
- Shelkey M, Wallace M. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living. *Journal of Gerontological Nursing* 1999; 25(3): 8-9.
- Skeet M. Protecting the health of the elderly. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe. 1983.
- Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, et al. Cancer screening in the United States, 2011: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2011; 61(1): 8-30.
- Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. *CA Cancer Journal for Clinicians* 2003; 53(1): 27-43.
- Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2006; 56: 11–25.
- Sohl SJ, Moyer A. Tailored interventions to promote mammography screening: A meta-analytic review. *Preventive Medicine* 2007; 45: 252-261.
- Somunoğlu S. Meme kanserinde risk faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(5):1-12.
- Swinney JE, Dobal MT. Older African American women's beliefs, attitudes, and behaviors about breast cancer. *Research in Gerontological Nursing* 2011; 4(1): 9-18.
- Şenol V, Balcı E, Çetinkaya F, Elmalı F. Women's Knowledge and Behavior on Cervical Cancer, in Kayseri, Turkey, *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2012; 32(3): 694-701.
- Tahan G, Ziauddin M.F, Soran, A. The role of high risk clinics in screening and managing breast cancer. *The Journal of Breast Health* 2009; 5(4): 167–176.

- Tanner-Smith EE, Brown TN. Evaluating the health belief model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Social Theory & Health* 2010; 8: 95–125.
- Taplin SH, Barlow WE, Ludman E, MacLehos R, et al. Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography: a randomized study. *Journal of the National Cancer Institute* 2000; 92(3): 233–242.
- Taşçı A, Usta YY. Comparison of knowledge and practices of breast self examination (BSE): a pilot study in Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2010; 11: 1417-1420.
- Taylor VM, Hislop TG, Jackson JC, Tu SP, et al. Randomized Controlled Trial of interventions to promote cervical cancer screening among Chinese in North America. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94: 670-677.
- Taylor GJ. Transforming decision making in African American Women: effects of a culturally sensitive breast self examination intervention. Doctoral Thesis, University of Alabama, 1998, Birmingham.
- Tel H, Şahbaz M. Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9 (2): 85-93.
- Thomas DB, Gao LG, Ray RM, Wang WW, et al. Randomized Trial of Breast Self-Examination in Shanghai: Final Results. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94(19):1445-1457.
- Thomas LR, Fox SA, Leake BG, Roetzheim RG. The effects of health beliefs on screening mammography utilization among a diverse sample of older women. *Women Health* 1996; 24: 77-94.
- Toner LCM, Jodrell N. Screening and breast cancer: the role of breast awareness. *Journal of Cancer Nursing* 1997; 1(2): 76–80.
- Tseng DS, Cox E, Plane MB, Hla KM. Efficacy of patient letter reminders on cervical cancer screening: a meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 563–568.
- Tu SP, Yasui Y, Kuniyuki AA, Schwartz SM, et al. Mammography screening among Chinese-American women. *Cancer* 2003; 97(5): 1293-1302.
- Tuncer M. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı, Kadınlarda meme kanseri taramaları için ulusal standartlar. 2004. http://www.ukdk.org/pdf/meme_standart.pdf Erişim Tarihi: 04 Mayıs 2012.

- Tung WC, Nguyen DH, Tran DN. Applying the transtheoretical model to cervical cancer screening in Vietnamese-American women. *Int Nurs Rev* 2008; 55(1): 73-80.
- Türkiye Sağlık İstatistikleri. Türk Tabipleri Birliği yayınları, ss 60, 2006.
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Breast Cancer 2009 <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsbrca.htm> Erişim Tarihi: 04 Mayıs 2012.
- US Dept of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2nd ed. Washington, DC: US Dept of Health and Human Services 2000.
- Vahabi M. Breast cancer screening methods: a review of the evidence. *Health Care Women Int* 2003; 24(9): 773-93.
- Van Hoeyweghen RJ. Secondary prevention of breast cancer in older women. *Z Gerontol Geriatr* 2001; 34(3):192-195.
- Van Til L, MacQuarrie C, Herbert R. Understanding the barriers to cervical cancer. screening among older women. *Qualitative Health Research* 2003; 13, 1116-1131.
- Vazquez MO, Ayendez MS, Perez ES, Almodovar HV, et al. Breast cancer Health Promotion Model for older Puerto Rican women: Results of a pilot programme. *Health Promotion International* 2002; 17(1): 3-11.
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics. *Nursing Research* 1987; 36(2): 76-80.
- Walter LC, Lewis CL, Barton MB. Screening for colorectal, breast, and cervical cancer in the elderly: a review of the evidence. *American Journal of Medicine* 2005;118(10):1078-1086.
- Walter LC, Lindquist K, Covinsky KE. Relationship between health status and use of screening mammography and Papanicolaou smears among women older than 70 years of age. *Annals of Internal Medicine* 2004;140(9): 681-8.
- Wang JH, Liang W, Schwartz MD, Lee MM, et al. Development and evaluation of a culturally tailored educational video: changing breast cancer–related behaviors in Chinese women. *Health Education & Behavior* 2008; 35(6), 806-820.
- Weiss NS. Breast cancer mortality in relation to clinical breast examination and breast selfexamination. *The Breast Journal* 2003; 9(2): 86-89.
- WHO Cervical Cancer Screening in Developing Countries, Report of a WHO Consultation, World Health Organization, Geneva. 2002 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf> Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2010

- Winkler J, Bingham A, Coffey P, Handwerker WP. Women's participation in a cervical cancer screening program in Northern Peru. *Hlth Educa Res* 2008; 23: 10-24.
- Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, et al. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap smear: a qualitative study. *Singapore Medical Journal* 2009; 50(1): 49-53.
- Wong QC, Collins R, Kalkstein K, Roth A, et al. Cervical cancer screening among elderly urban women in a primary care setting. *Proc West Pharmacol Soc* 2005; 48: 154-6.
- Wood RY, Duffy ME. Video breast health kits: testing a cancer education innovation in older high-risk populations. *Journal of Cancer Education* 2004; 19: 98-104.
- Wood RY, Duffy ME, Morris SJ, Carnes JE. The effect of an educational intervention on promoting breast self-examination in older African American and Caucasian women. *Oncology Nursing Forum* 2002; 29(7): 1081-1090.
- Wood RY. Breast self-examination proficiency in older women: measuring the efficacy of video self-instruction kits. *Cancer Nursing* 1996; 19: 429-436.
- Wood RY. Reliability and validity of a breast self-examination proficiency rating instrument. *Evaluation & The Health Professions* 1994; 17: 418-435.
- World Health Organization, (WHO). Cervical cancer screening in developing countries, Report of a WHO consultation, World Health Organization, Geneva. 2002. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf> Erişim Tarihi: 02 Nisan 2011
- World Health Organization, (WHO). Screening for Cervical Cancer, Comprehensive Cervical Cancer Control a Guide to Essential Practice. 2006; 79-124.
- Wu TY, Bancroft J. The perceptions and experiences of breast cancer screening for Filipino American women. *Oncology Nursing Forum* 2006; 33(4), E71-78.
- Wu TY, Hsieh HF, Brady W. Stages of mammography adoption in Asian American women. *Health Education Research* 2009; 24(5): 748-759.
- Wu TY, West BT. Mammography stage of adoption and decision balance among Asian Indian and Filipino American women. *Cancer Nursing* 2007; 30(5): 390-398.
- Wu ZH, Black SA, Markides KS. Prevalence and associated factors of cancer screening: Why are so many older Mexican American women never screened? *Preventive Medicine* 2001; 33(4): 268-273.
- Yabroff KR, Mangan P, Mandelblatt J. Effectiveness of interventions to increase papanicolaou smear use. *The Journal of the American Board of Family Practice* 2003; 16: 188-203.

- Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri, Seçkin Yayıncılık, 2006. Ankara.
- Young RF, Severson RK. Breast screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Research and Treatment* 2005; 89: 111-118.
- Yu MY, Wu TY. Factors influencing mammography screening of Chinese American women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2005; 34: 386-394.
- Zapka JG, Berkowitz E. A qualitative study about breast cancer screening in older women: Implications for research. *Journals of Gerontology* 1992; 47: 93–100.
- Zhu K, Hunter S, Bernard LJ, Payne-Wilks K, et al. An intervention study on screening for breast cancer among single African-American women aged 65 and older. *Preventive Medicine* 2002; 34: 536– 545.
- Zollinger TW, Champion VL, Monahan PO, Steele-Moses SK, Effects of personal characteristics on African-American women's beliefs about breast cancer. *Am J Health Promot* 2010; 24(6): 371-7.

8. EKLER

EK 1
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Denek No

Yaş:

Eğitim Durumu:

- 1) Okuryazar değil 2)İlkokul mezunu 3)Ortaokul mezunu
4) Lise mezunu 5)Üniversite mezunu

Medeni Durum:

:

- 1)Evli 2)Bekar

Sosyal Güvencesi:

- 1) Emekli sandığı 2) SSK 3) Bağ –Kur 4) Yeşil kart 5) Diğer

Ekonomik durumu:

- 1) Gelirimiz giderlerimizden az
2) Gelirimiz giderlerimizden fazla
3) Gelirimiz giderlerimize eşit

Kaç çocuğunuz var? :.....

Şu an evde yaşayan bireyler kim/yaş:

EK 2

EĞİTİMLİLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:
Yaş:
Eğitim (yıl):

Tarih:
Meslek:
Aktif El:

Toplam Puan:.....

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz.....()
Hangi mevsimdeyiz()
Hangi aydayız()
Bu gün ayın kaç.....()
Hangi gündeiz()
Hangi ülkede yaşıyoruz()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir()
Şu an bu binada kaçınca kattasınız()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

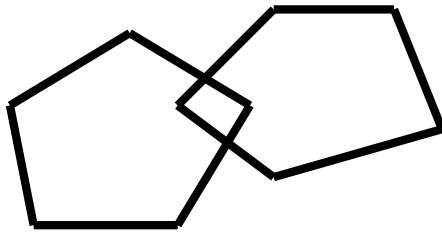
100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut).....()
b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
"Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan.....()
c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan..... ()
d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)
"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada)..... ()
e) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)..... ()
f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



EK 3

EĞİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

Ad Soyad:

Tarih:

Yaş:

Eğitim (yıl):

Aktif El:

Toplam Puan:.....

Oryantasyon-10 puan- Her madde için 1 puan

- 1-Hangi yıl içindeyiz?.....()
- 2-Hangi mevsimdeyiz?..... ()
- 3-Hangi aydayız?..... ()
- 4-Hangi gündeyiz?.....()
- 5-Şu an sabah mı, öğlen mi, akşam mı?.....()
- 6- Hangi ülkede yaşıyoruz?..... ()
- 7-Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?.....()
- 8- Şu an bulunduğunuz semt neresidir?.....()
- 9-Şu an bulunduğunuz bina neresidir?.....()
- 10-Şu an bu binada kaçınca kattasınız?.....()

11- Kayıt hafızası-3 puan-20 saniye süre tanınır, her bir doğru için 1 puan.

Size birazdan söyleyeceğim 3 kelimeyi dikkatlice dinleyip, ben bitirdikten sonra tekrarlayın: **Masa, bayrak, elbise**....()

12- Dikkat ve hesap yapma- 5 puan- Toplam 5 günü sırayla doğru sayması gerekir- Her gün için 1 puan

Haftanın günlerini geriye doğru sayar mısınız? (Örneğin, pazardan önce cumartesi gelir, ondan önce ne gelir?).....()

13- Hatırlama-3 puan- Her doğru isim için 1 puan

Yukarıda tekrar ettiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin..... ()

Lisan- 9 puan

14. Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir?

(saat ve kalem gösterilecek 20 saniye süre tanınır, her doğru için 1 puan.....()

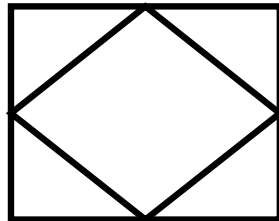
15. Şimdi söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.(10 sn. süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir) “Eğer ve fakat istemiyorum”.....()

16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın(30 saniye süre tanınır,her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam 3 puan) “Masada duran kağıdı sağ/sol elinize alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen”.....()

17. Şimdi yüzüme bakın ve yaptığının aynısını yapın. (Doğru işlem için 1 puan verilir) (Gözlerinizi kapatın).....()

18. Şimdi evinizle ilgili bir şey söyleyin. (30 sn. süre tanınır, anlamlı bir cümle için 1 puan verilir) ()

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 dak. süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir)...()



EK 4

EĞİTİMLİLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST UYGULAMA KLAVUZU

BAŞLANGIÇ

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.
5. Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçim de iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.

UYGULAMA

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözümler için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükûnetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin kare figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.

YÖNELİM

1. Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir.
2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.

KAYIT HAFIZASI

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.
2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.

DİKKAT ve HESAP: 100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir.

HATIRLAMA: Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

LİSAN TESTLERİ

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir. (Toplam puan 2)
2. Yandaki cümlelerin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır (Toplam puan 1) .
3. Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elinin öğrenmek gerekir. Hastaya "Masada duran kağıdı sol/sağ (nondominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmelidir.
4. Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir (Toplam puan 1).
5. Hastaya bir kağıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. 30 saniye süre tanınır. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır).
6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir. (Toplam 1 puan)

EK 5

EĞİTİMSİZLER İÇİN STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST UYGULAMA KLAVUZU

BAŞLANGIÇ

1. Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur.
2. Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır.
3. Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır
4. Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir.

UYGULAMA

1. SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar.
2. Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır.
3. Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir.
4. Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir.
5. Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükunetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin kare figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.
6. "Pazartesi mi yoksa Salı mı" gibi kararsızlık içeren yanıt alındığında hastaya biri hakkında karar vermesi söylenir. Tekrar aynı tür yanıt alındığında puan verilmez.

ORYANTASYON BÖLÜMÜ

1. Hangi yılda olduğu sorulduğunda, yılbaşının bir iki gün sonrasında bulunuyorsa bir önceki yıl doğru olarak kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir. Son günlerde sıra dışı bir hava durumu var ise örneğin yazın yağmur yağıyor ise "yağmurlu mevsim" yanıtı kabul edilmez. "Lütfen yılın hangi mevsiminde olduğumuzu söyler misiniz?" sorusu tekrarlanır. Mevsim dönümlerinde "yaz sonbahar arası" gibi yanıtlar kabul edilir.

Ay sorulduğunda ayın son günü ise, yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. "Haftanın ikinci günü" gibi bir yanıt kabul edilmez. Hastadan günün isminin söylenmesi istenir. Günün bölümü sorulduğunda denek bulunan gün dilimine uygun olarak "sabah öğle arası" ya da "öğlen akşam arası" gibi yanıtlar veriyorsa yanıt doğru olarak kabul edilir. "Saat 10" gibi bir yanıt

alındığında “saati değil günün hangi kısmında olduğumuzu soruyorum, yani sabah mı, öğlen mi, akşam mı” sorusu tekrarlanır. Tekrar “saat 10” gibi bir yanıt alınırsa puan verilmez.

2. Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur. Kırsal alanda bulunuluyor ise bu sıra “ülke, şehir, köy, bina, kat” şeklinde sorulur. Bina için ev yanıtı alınırsa “kimin evi” sorusu sorulur.

KAYIT HAFIZASI

1. Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi (masa, bayrak, elbise) tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez.

2. Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanılır. Deneğe bu kelimeleri akılda tutması, kendisine bir süre sonra tekrar sorulacağı uyarısında bulunulur.

DİKKAT ve HESAP: Hastadan haftanın günlerini geriye doğru sayması istenir. Burada yardımcı olmak amacıyla “Örneğin Pazardan önce Cumartesi gelir. Ondan önce ne gelir? Sırası ile devam edin” denir. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru gün söylenerek devam edilmesi istenir. Örneği hasta “Cuma” ile başlamalıdır. Perşembeden başlar ise düzeltilir ve 1 puan düşülür. Denek toplam 5 gün sayıncaya kadar beklenir.

HATIRLAMA: Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

LİSAN TESTLERİ

1. Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir (Toplam puan 2).

2. Yandaki cümlenin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlenin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır (Toplam puan 1).

3. Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. "Masada duran kağıdı sol/sağ (nondominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" denir. 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmeli (Toplam 3 puan).

4. Hastaya “Şimdi dikkatlice yüzüme bakın ve yaptığımın aynısını ben bitirdikten sonra yapın” cümlesi söylenir ve ardından uygulayıcı gözlerini yumar ve tekrar açar (Toplam 1 puan).

5. Hastaya “Evinizle ilgili bir şey söyleyin” cümlesi söylenir. Hasta “ne söyleyeyim” derse “Önemli değil aklınıza gelen bir şey söyleyin” denir. 30 sn süre tanınır. Bir cümle yeterlidir. Hastanın devam etmesi halinde teşekkür edilerek sözü kesilir. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir (Özne, yüklem, nesne bulunmalıdır) (Toplam 1 puan).

6. Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen bir kare içine başka bir kareyi kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Karelerin kenar sayılarının tam olmasına ve birbiri ile temas etmesine dikkat edilir. Hasta önce beceremem derse “Önemli değil güzel olması gerekmiyor, yapabildiğiniz kadar yapın” denir. İkinci kez reddettiğinde soru geçilir (Toplam 1 puan).

EK 6

KATZ'IN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ (ADL)

	<u>Puan</u>
1- BANYO	
a-Duş, oturarak yıkanma, silinerek temizlenme	(3)
b-Hiç yardıma ihtiyacı yok	(3)
c-Sadece vücudun bir kısmını temizlemede yardım gerekli	(2)
d-Vücudun birden fazla kısmını yıkamada yardım gerekli	(2)
e-Hiç banyo yapamıyorum	(1)
2- GİYİNME	
a-Kıyafetini çekmece ve dolaptan çıkararak	(3)
b-Kıyafetini alıp yardımsız giyinebiliyor	(3)
c-Kıyafetini alıp giyinebiliyor, ayakkabı bağlamaya yardım gerekli	(2)
d-Kıyafetlerini alıp giyinmede yardım, veya kısmen tamamen giyinmemiş kalıyor	(1)
3- TUVALET	
a-Yardımsız gidebiliyor, kendisini temizleyebiliyor ve eşyalarını hazırlayabiliyor	(3)
b-Destek için baston, sandalye kullanıyor	(3)
c-Tuvalete gitmede, temizleme ve eşyalarını hazırlamada yardım gerekiyor	(2)
d-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor	(1)
4-HAREKET	
a-Yatak ve sandalyeye yardımsız oturup kalkabiliyor	(3)
b-Destek için baston, yürüme aracı kullanabilir	(3)
c-Yatak ve sandalyeye yardımla oturup kalkıyor	(2)
d-Yataktan çıkamıyor	(1)
5-KONTİNANS	
a-İdrar ve barsak hareketlerini tamamen kontrol edebiliyor	(3)
b-Ara sıra kaçırma oluyor	(2)
c-Tuvalete gidemiyor veya ihtiyacının farkına varamıyor	(1)
6-BESLENME	
a-Yardımsız kendisi beslenebiliyor	(3)
b-Kendisi beslenebiliyor etleri kesme ve ekmek yağlamada yardım alıyor	(2)
c-Beslenmede yardım gerekiyor veya tüple veya IV besleniyor	(1)

Toplam Puan

EK 7

ÖNCEKİ DAVRANIŞLARLA İLİŞKİLİ BİLGİ FORMU

Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?

1. Hiçbir zaman 2. Ara sıra 3. Her ay düzenli olarak

Klinik meme muayenesi yaptırıyor musunuz?

1. Hiçbir zaman 2. Ara sıra 3. Her yıl düzenli olarak

Mamografi çektiriyor musunuz?

1. Hiçbir zaman 2. Ara sıra 3. Her yıl düzenli olarak

En son mamografiyi ne zaman çektirdiniz?.....

Pap smear testi yaptırıyor musunuz?

1. Hiçbir zaman 2. Ara sıra 3. Her yıl düzenli olarak

En son Pap smear testini ne zaman yaptırdınız?.....

EK 8
TARAMA DAVRANIŞLARI İZLEM FORMU

1. Son 3 ay içinde kaç kez kendi kendinize meme muayenesi yaptınız?

- Hiç Bir kez İki kez Üç kez

2. Programdan sonra 3 ay içinde doktora klinik meme muayenesi yaptırdınız mı?

- Evet Hayır

3. Programdan sonra 3 ay içinde mamografi (meme filmi) çektirdiniz mi?

- Evet Hayır

4. Programdan sonra 3 ay içinde pap smear test yaptırdınız mı?

- Evet Hayır

5. Programdan sonra mamografi çektirdiğinize dair kayıt var mı?

- Evet Hayır

6. Programdan sonra Pap smear testi yaptırdığınıza dair kayıt var mı?

- Evet Hayır

EK 9

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ KONTROL LİSTESİ

Muayene yapılacak odada ayna ve meme maketi bulunmalıdır. Oda uygun ise kişi kendi bedeninde de KKMM yapabilir. Kişiye aynayı kullanması özellikle belirtilmemelidir. Aşağıdaki KKMM yapma beceri formu doldurulur. Her doğru işaretleme 10 puan değerindedir. En iyi puan 100'dür.

Kişi ayna karşısında memelerini kitle ya da şişlik, memelerden birinde normal olmayan büyüme, sarkma, meme cildinde buruşukluk ya da çukurlaşma olması, meme ucunun renginde değişiklik açısından gözledi mi?	
1. Kollar yanda iken	
2. Kollar başın arkasında iken	
3. Öne doğru biraz eğilmiş iken	
Memelerini kitle açısından muayene ederken kişi;	
4. Bir kolunu başının arkasına yerleştirdi mi?	
5. Memenin en üst bölümünden muayeneye başladı mı?	
6. Parmakların iç yüzeyi ile muayene etti mi?	
7. Memeyi dairesel hareketlerle biraz bastırarak muayene etti mi?	
8. Meme ucunun etrafını geniş dairesel hareketle muayene etti mi? (meme ucuna doğru küçük dairesel hareketle)	
9. Tüm memeyi muayene etti mi? (memenin koltuk altından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar olan tüm alanların muayenesi)	
10. Koltuk altını kitle açısından muayene etti mi?	
TOPLAM	
KİTLE BULMA DİAGRAMI	
Toplam bulduğu (doğru olarak) kitle sayısı:	

EK 10

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

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

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Duyarlılık					
1. Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir					
2. Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3. Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum					
Önemseme/ciddiyet					
1. Meme kanserini düşünmek beni korkutur					
2. Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım					
3. Meme kanserini düşünmekten korkarım					
4. Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek					
5. Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişkiyi tehdit eder.					
6. Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek					
Sağlık Motivasyonu					
1. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim					
2. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					
3. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
4. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.					
5. Dengeli beslenirim.					
KKMM Yararları					
1. KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum.					
2. Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.					
3. Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.					
4. Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir.					
KKMM Engelleri					
1. KKMM yapmaktan sıkılıyorum					
2. KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor					

3. Meme muayenesini yapmayı hatırlamak zordur					
4. Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok.					
5. Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, KKMM yapmanız gerekmez.					
6. Rutin mamografi çektiriyorsanız KKMM yapmanız gerekmez					
7. Memelerim bana KKMM yapamayacağım kadar büyük geliyor.					
8. KKMM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var					
KKMM Öz-etkililiği					
1. KKMM nin nasıl yapılacağını biliyorum					
2. KKMM ni doğru bir şekilde yapabilirim.					
3. KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim					
4. Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
5. Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
6. Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
7. KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum					
8. KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
9. Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
10. Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim.					
Mamografi Yararları					
1. Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.					
2. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.					
3. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.					
4. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.					
5. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.					
Mamografi Engelleri					
1. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.					
2. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım					
3. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum					
4. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.					
5. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır					
6. Mamografi çektirmek çok acı vericidir.					
7. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.					
8. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak					
9. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam					
10. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var.					
11. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.					

EK 11

“SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİ”

“Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği” Özmen tarafından geliştirilmiştir (Özmen ve Özsoy, 2009). Ölçekteki maddeler Sağlık İnanç Modeli’nin 4 alt boyutunu araştırmak amacıyla yapılandırılmıştır. Ölçekte algılanan duyarlılık alt boyutu için 9 madde, algılanan ciddiyet alt boyutu için 8 madde, algılanan engel alt boyutu için 7 madde, algılanan yarar alt boyutu için 6 madde bulunmaktadır. **DUYARLILIK** alt boyutu; 8, 9, 12, 14, 15, 19, 21, 24, 28. maddeler, **CİDDİYET** alt boyutu; 1, 2, 5, 7, 10, 18, 26, 29. maddeler, **ENGEL** alt boyutu; 11, 13, 17, 20, 23, 25, 30. maddeler ve **YARAR** alt boyutu; 3, 4, 6, 16, 22, 27. maddelerden oluşmaktadır.

Likert tipi ölçekleme kullanılan ölçekte yer alan maddeler (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum şeklindeki ifadeler ile değerlendirilmiştir. Ölçekteki 30 maddenin 22 tanesi olumlu, 8 tanesi olumsuz ifadedir. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersten yapılıdır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30’dur. Ölçeğin uygulanma süresi ortalama 10 dakikadır.

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

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.					
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.					
3. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.					
4. Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.					

5. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.					
6. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.					
7. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.					
8. Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.					
9. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.					
10. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.					
11. Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.					
12. Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için Düzenli olarak muayene olurum.					
13. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım.					
14. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.					
15. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.					
16. Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.					
17. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı Kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor.					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.					
20. Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
21. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.					
22. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.					
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım.					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar.					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum.					
29. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.					
30. Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım.					

EK 12

ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

Öz etkililik ölçeği 7 maddeden oluşmuştur ve 7'li likert tipi bir ölçektir ($\alpha = .90$). Türkiye'de güvenilirlik geçerlilik çalışması Beşer, Bahar, Aydoğdu, Kıssal ve Ersin (2012) tarafından yapılmış olup Cronbach Alpha katsayısı .84'dür. Ölçekte katılımcılara ölçek maddelerinde belirtilen koşullarda taramaya katılmak isteyip istemeyecekleri ile ilgili farklı durumlar verilmiştir. Taramaya katılmayı düşünür müsünüz sorusuna yanıtlara -3 (=kesinlikle hayır) ve +3 (=kesinlikle evet) arasında puanlar verilmektedir. Yanıtlar -21'den +21'e doğru giden toplam bir skor aralığından oluşmaktadır. Yüksek puan, spesifik bir davranışın geliştiği yönünde daha yüksek bir öz etkililiğin göstergesidir.

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

EK 13

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II/

SAĞLIK SORUMLULUĞU

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

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

EK 14

MEME KANSERİ TARAMA DAVRANIŞI GÖRÜŞME FORMU

Araştırma Sorusu: Yaşlı Kadınların Meme Kanseri Tarama Davranışına İlişkin Bilgi, Engel ve Motivasyonu Nasıldır?

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma yaşlı bireylerin kendi kendine meme muayenesi, klinik muayenesi, mamografi çektirme tarama davranışları ile ilgili gerçek deneyimlerini detaylı olarak inceleyecektir. Bu çalışma 60-75 yaş arasındaki yaşlı bireylerin KKMM, KMM, mamografi çektirme tarama davranışları ile ilgili deneyimlerini ve algıladıkları engelleri SİM ve SGM teorik yapısı içinde incelemek amacı ile yapılmıştır.

GİRİŞ

Merhaba, adım Aygül KISSAL. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda doktora öğrencisi ve aynı zamanda araştırma görevlisiyim. Kadınların meme kanserinde erken tanı uygulamaları ile ilgili bir araştırma yapıyorum. Sizlerin meme kanseri erken tanısına ilişkin açık olarak bizimle paylaştığınız görüşleriniz gelecekte sizin problemlerinizi çözecek yöntemleri belirlemede ve bundan sonra vereceğimiz hizmetlerin kalitesini artırmada bize yardımcı olacaktır. Görüşmeye geçmeden önce, yaptığımız görüşmede kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, konuşulanları benim dışımda kimse bilmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacak ve sizinle sonuçlarını tekrar paylaşacağım. İzin verirseniz görüşmeyi teybe kaydetmek istiyorum. Arkadaşım izniniz olursa bazı yerleri unutmamak için kısa notlar alacak. Böylece hem zamanı daha iyi kullanırız hem de sorulara vereceğiniz yanıtların ayrıntılarını kaydetme fırsatı bulurum. Görüşmemiz yaklaşık kırk dakika sürecektir. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim. Görüşmeye başlamadan önce bana sormak istediğiniz herhangi bir sorunuz var mı? Teşekkür ederim.

ARAŞTIRMA SORULARI:

Ana Araştırma Sorusu

-Yaşlı kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını yeterli düzeyde göstermemesinin nedenleri nelerdir?

Alt Araştırma Soruları

- Yaşlı kadınların meme kanseri ile ilgili erken tanı davranışına katılım engelleri nelerdir?

- Yaşlı kadınların meme kanseri ile ilgili erken tanı davranışına katılımlarında bekledikleri kolaylaştırıcılar nelerdir.

Görüşme Soruları:

1. Meme kanseri hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. Meme kanseri belirtileri hakkında ne düşünüyorsunuz?
3. Meme kanseri erken belirlenebilir mi? Nasıl?
4. Kadınların meme kanseri olmasının bazı nedenleri nedir?
5. Hiç meme taraması yaptınız/yaptırdınız mı? (KKMM, KMM, Mamografi)
6. Bana meme taraması yaptıрма ile ilgili önceki deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?
7. Taramalara katılmada seni neyin motive ettiğini/neyin cesaretlendirdiğini düşünüyorsun?
8. Bu taramaları yapmaktan/yaptırmaktan seni neyin alıkoyduğunu/engellediğini düşünüyorsun?
9. Meme taramalarına katılman için hangi koşulların sağlanması sana kolaylık sağlar?

EK 15

SERVİKS KANSERİ TARAMA DAVRANIŞI GÖRÜŞME FORMU

Araştırma Sorusu: Yaşlı kadınların serviks kanseri tarama davranışına ilişkin bilgi, engel ve motivasyonu nasıldır?

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma ile yaşlı bireylerin serviks kanseri erken tanısı için pap smear testi yaptırmaya yönelik gerçek deneyimlerini detaylı olarak inceleyecektir. Bu kalitatif araştırmanın amacı 60-75 yaş arasındaki yaşlı kadınların serviks kanseri erken tanı davranışları ile ilgili algıladıkları engeller ve kolaylaştırıcıları SİM ve SGM teorik yapısı içinde incelemektir.

GİRİŞ

Merhaba, adım Aygül KISSAL. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda doktora öğrencisi ve aynı zamanda araştırma görevlisiyim. Kadınların rahim ağzı kanserinde erken tanı uygulamaları ile ilgili bir araştırma yapıyorum. Sizlerin rahim ağzı kanseri erken tanısına ilişkin açık olarak bizimle paylaştığınız görüşleriniz gelecekte sizin problemlerinizi çözecek yöntemleri belirlemede ve bundan sonra vereceğimiz hizmetlerin kalitesini artırmada bize yardımcı olacaktır. Görüşmeye geçmeden önce, yaptığımız görüşmede kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, konuşulanları benim dışımda kimse bilmeyecektir. Verdiğiniz bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacak ve sizinle çıkan sonuçları tekrar paylaşacağım. İzin verirseniz görüşmeyi teybe kaydetmek istiyorum. İzniniz olursa ben bazı yerleri unutmamak için kısa notlar alacağım. Böylece hem zamanı daha iyi kullanırız hem de sorulara vereceğiniz yanıtların ayrıntılarını kaydetme fırsatı bulurum. Görüşmemiz yaklaşık kırk dakika sürecektir. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim. Görüşmeye başlamadan önce bana sormak istediğiniz herhangi bir sorunuz var mı? Teşekkür ederim.

ARAŞTIRMA SORULARI:

Ana Araştırma Sorusu

-Yaşlı kadınların yeterli düzeyde Pap smear test yaptırmaya davranışlarını göstermemesinin nedenleri nelerdir?

Alt Araştırma Soruları

- Yaşlı kadınların serviks kanseri ile ilgili erken tanı davranışına katılımda algıladıkları engeller nelerdir?

- Yaşlı kadınların serviks kanseri ile ilgili erken tanı davranışına katılımlarında algıladıkları kolaylaştırıcılar nelerdir?

Görüşme Soruları

1. Rahim ağzı kanseri hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. Rahim ağzı kanseri hakkında neler biliyorsunuz?/duydunuz?
3. Rahim ağzı kanserinin erken dönemde tespit edilebilmesi için bildiğiniz yöntemler var mı?/Rahim ağzı kanserini belirlemenin en iyi yolu nedir?
4. Bir kadının Rahim ağzı kanseri olma nedeni sizce nedir?
5. Kimler sence daha sık rahim ağzı kanserine yakalanabilir?
6. Rahim ağzı kanseri için kendi riskini nasıl görüyorsun?
7. Hiç Rahim ağzı kanseri taraması yaptırdınız mı? (Sürüntü, pap smear)
8. Son üç yıl içinde kaç kez sürüntü testi yaptırdınız?
9. Sürüntü testi yaptırma konusunda ne düşünüyorsunuz?/kadınların jinekolojik muayene yaptırması ne kadar önemli?
10. Bana Sürüntü testi yaptırma ile ilgili önceki deneyimlerinizi anlatabilir misiniz?
11. Sürüntü testi yaptırmasının kadına yararı hakkında ne düşünüyorsunuz?
12. Kadınların sürüntü testini hangi sıklıkta yaptırması gerektiği ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
13. Kadınların sürüntü testini yaptırmamasının nedeni hakkında ne düşünüyorsunuz?
14. Sizin sürüntü testi yaptırmama nedenleriniz nelerdir?
15. Sürüntü testi yaptırmanıza sizi motive eden şeyler nelerdir?
16. Sürüntü testi yaptırma konusunda size engel olan durumlar nelerdir?
17. Sürüntü testi yaptırmak için hangi koşulların sağlanması size kolaylık sağlar?
18. Her yıl sürüntü testini yaptırmak sizin için ne kadar kolay veya ne kadar zordur?
19. Kendinde rahim ağzı kanseri riskini nasıl değerlendiriyorsun?
20. Bir kadın rahim ağzı kanserine yakalansa onun hayatında yapacağı değişikliklerin ne kadar ciddi olacağı ile ilgili ne düşünüyorsun?

EK 16
BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın.....

Bu araştırma Balçova Belediyesi bölgesinde yaşayan yaşlı kadınların sosyo-demografik özellikleri ve meme/serviks kanserini erken dönemde tanılamaya yönelik davranışlarında engelleyici faktörleri belirlemek ve sağlığı koruma ve geliştirme davranışları üzerinde hemşirelik girişimlerinin etkinliğini göstermek amacı ile yapılmaktadır.

Bunun için size önce Standartize Mini Mental Test ve Günlük Yaşam Ölçeği uygulanacaktır. Daha sonra meme/serviks kanserini erken dönemde tanılamaya yönelik davranışlarınızda engelleyici faktörleri belirlemek için bazı sorular yöneltilecektir. Bu çalışmada verdiğiniz tüm bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Çalışma verileri herhangi bir yayım ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar gelecekte size verilecek hizmetlerin planlanmasında bize yol gösterici olacaktır. Katılımlarınız için teşekkür ederim.

Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen tüm sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ter tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızam ile hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Ad-Soyadı:

Adres/ Tel:

İmza:

Tarih:

Açıklamayı Yapan: Araş. Gör. Aygül KISSAL

EK 17
SİM ve SGM KULLANILARAK YAPILAN
MEME VE SERVİKS KANSERİ EĞİTİMİ/SUNUM

DUZLU EYLULI UNIVERSITESI
1988-1982

DEU HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
1994-1998

MEME ve RAHİMAĞZI KANSERİNDE ERKEN TANI

Danışman: Doç. Dr. Ayşe BEŞER

SUNUM: Aygül KISSAL

KASIM 2011



SUNUM İÇERİĞİ

- Memenin yapısı nasıldır?
- Kanser nedir?
- Meme kanseri nedir?
- Meme kanseri neden önemlidir?
- Meme kanserinin görülme sıklığı nedir?
- Meme kanseri risk faktörleri nelerdir?
- Meme kanseri erken tanı yöntemleri nelerdir?
- Kendi kendine meme muayenesi nasıl yapılır?
- Rahim ağzı kanseri nedir?
- Rahim ağzı kanseri risk faktörleri nelerdir?
- Rahim ağzı kanseri erken tanı yöntemleri nelerdir?

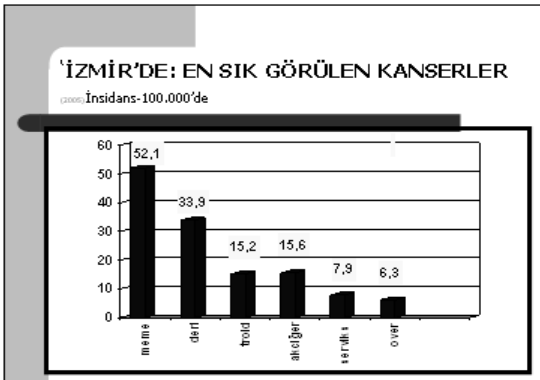
MEME KANSERİ NEDEN ÖNEMLİ ?

- Dünyada, Türkiye'de ve İzmir'de kadınlar arasında en sık görülen kanser tipidir.
- Çok nadir olmakla birlikte erkeklerde de görülebilir (yüzde bir).
- Tek bir kanser hücresinden 1 cm'lik ele gelen kitle oluşana kadar geçen süre, en hızlı büyüyen tümörlerde dahi 3 ile 5-8 yıldır.

DÜNYADA MEME KANSERİ GÖRÜLME SIKLIĞI



Dünyada 8 KADINDAN BİRİNİN meme kanseri olma olasılığı vardır.



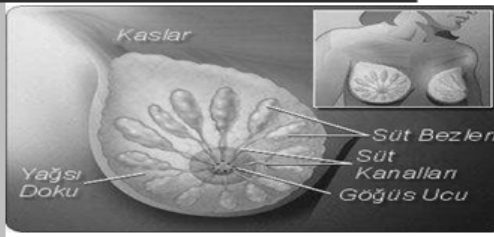
AMACIMIZ !

Hasta olmadan sağlıklı korumak ve geliştirmek

KADINLAR
Kendi vücudunun sorumluluğunu almalı
Kendi meme yapısını tanımalı
Çeşitli değişiklikleri fark edebilmeli

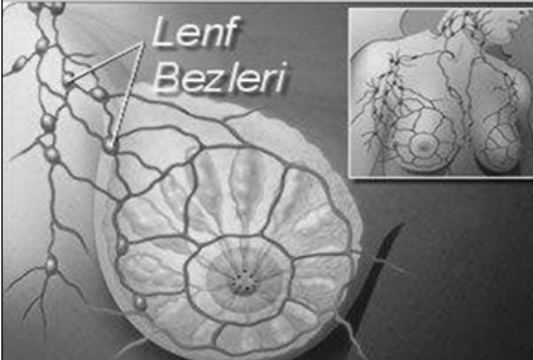
KÖTÜ HUYLU TÜMÖR OLABİLECEK KİTLELERİ ERKEN DÖNEMDE SAPTAYABİLMELİ

MEMENİN YAPISI NASILDIR?



Kaslar
Yağsı Doku
Süt Bezleri
Süt Kanalları
Göğüs Ucu

Lenf Bezleri

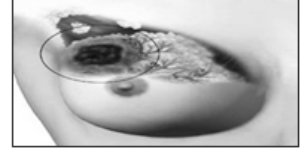


Kanser Nedir?

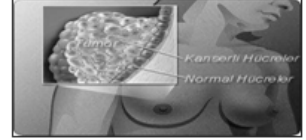


Meme Kanseri Nedir?

Meme dokusunu meydana getiren hücrelerin



Anormal çoğalması sonucunda oluşur



TÜMÖR

İYİ HUYLU
TÜMÖR (Selim)

KÖTÜ HUYLU
TÜMÖR (Habis)

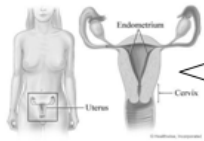
KİMLER RİSK ALTINDADIR?



RİSK FAKTÖRLERİ



Ailede meme kanseri hikayesi olması riski artırır



Rahim veya yumurtalık kanseri bulunması veya önceden meme kanseri hikayesinin olması meme kanseri riskini artırır

RİSK FAKTÖRLERİ



Yaşın artması (50 yaşın üzerinde meme kanseri riski artar)

Erken adet görme (12 yaşından önce)

Geç menopoz (55 yaşından sonra)



RİSK FAKTÖRLERİ

İlk doğum yaşı 35 yaşın üzerinde olan veya doğum yapmamış ya da emzirmemiş kadınlarda meme kanseri riski daha yüksektir.



RİSK FAKTÖRLERİ



On yılın üzerinde hormon ilaçları kullanmak meme kanseri riskini artırır.



Vücuttaki yağ oranının fazla olması meme kanseri riskini artırır

RİSK FAKTÖRLERİ

Sigara-Alkol kullanımı

Yıyone radyasyon



MEME KANSERİ BELİRTİLERİ



Meme Kanseri Belirtileri

Memede yada koltuk altında kitle



Meme Kanseri Belirtileri

Portakal kabuğu görünüm



Meme Kanseri Belirtileri

Meme başında çekilme



Meme Kanseri Belirtileri

Meme Başı Akıntısı



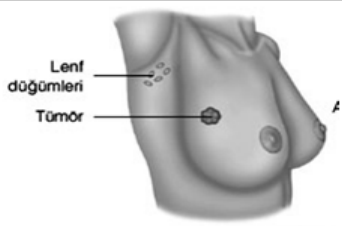
Meme Kanseri Belirtileri

Meme derisinde kızarıklık, şişlik, ödem



Meme Kanseri Belirtileri

Lenf Bezlerinde Şişlik



Lenf düğümleri

Tümör

Meme Kanseri Belirtileri

Ağrı



Meme kanserinde ölüm oranını düşürmenin ve kaliteli yaşam elde etmenin en iyi yolu

Erken Tanı ve Erken Tedavidir

Erken Tanı Yöntemleri;

Kendi Kendine Meme Muayenesi



Klinik Meme Muayenesi (memenin sağlık çalışanı tarafından elle muayenesi)



Mammografi



Erken Tanı Yöntemleri

YAŞ GRUBU	YÖNTEM	UYGULAMA SIKLIĞI
20-39 Yaş Kadınlar	KKMM Klinik Muayenesi	Her Ay 3 Yılda Bir
40-49 Yaş Kadınlar	KKMM Klinik Muayenesi Mammografi	Her Ay Her Yıl 1 Kontrol Mammografisi
50 Yaş ve Üzeri Kadınlar	KKMM Klinik Muayenesi Mammografi	Her Ay Her Yıl Her Yıl

Özellik arz eden kadınlarda muayene aralığı doktor tarafından değiştirilebilir.

ERKEN TANI NEDEN ÖNEMLİ ?

Erken tanı ile İYİLEŞME ORANI

YÜZDE 90

Taramaların maliyeti düşük, kolay uygulanır, güvenilirdir. Kolay ulaşabilirsiniz.

Yaşam süreniz ve yaşam kalitenizi artırabilir

Kitle elinize gelmeden tanı konabilir

Doku ve organ kaybı azalabilir

Tedavi şansınız artar

Tedaviniz kolaylaşır

Tedavi masraflarınız azalır

Erken tanı hayat kurtarır MUTLAKA MUAYENEYE ZAMAN YARATIN

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

AMACIMIZ

Kendi meme dokunuzu tanımanız ve değişiklikleri erken dönemde fark edebilirsiniz...Sizde memelerinizi tanyacak ve değişimi fark edeceksiniz.

Kadınların %90'ını meme kanserini kendileri tanımakta ve kitleyi kendisi bulmaktadır.

Sizde Muayene yaparak erken dönemde kitleyi belirleyebilirsiniz.

ANCAK ERKEN TEŞHİSİN ÖNEMİNİN FARKINDA DEĞİLİZ



KKMM'SİNİ NEDEN YAPMALIYIZ? YARARI VAR MI?

KKMM'SİNİN YARARI

- Meme kanseri hakkında endişeleriniz azalacak
- Memelerinizi muayene ederseniz kendinizi çok daha iyi hissedeceksiniz.
- Meme kanserinden ölme olasılığınız azalacak
- Meme muayenesi yapmak kitlelerin erken bulunmasına neden olacak
- Eğer herhangi bir kitle bulunursa memenizin tümünün alınması ya da şekil bozukluğu yapacak ameliyat olma olasılığınız azalacak

Düzenli ve doğru uygulanan kendi kendine meme muayenesi

erken dönemde
meme kanserinin
saptanmasında

- En ekonomik, basit, etkili bir yöntemdir ve
- Toplumda meme kanseri evresini düşeceği ve yaşam süresini ve sürecini olumlu yönde etkileyebileceği bildirilmiştir.

MEME KANSERİNİN ERKEN
TANISINDA EN ETKİLİ ARAÇ;



KENDİ ELLERİNİZ

Adet görüyorsanız

- 20 yaşında başlanır.
- Her ay, adet başlangıcından 5. - 7. günde yapılır.

Hiç adet görülüyorsa her ayın aynı günü yapılır.



KKMM' nin iki aşaması vardır

Gözle
Muayene

Elle
Muayene
A-Ayakta
B-Yatarak

KKMM' nin iki aşaması vardır

Gözle
Muayene

MEMENİN GÖZLE MUAYENESİ

Neye bakmalıyım ?

Meme başı veya görünüşünde herhangi bir değişiklik

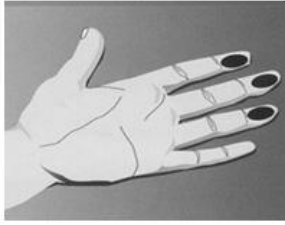
- Kızarıklık, gamzeleşme,
- Belirgin kitle / yara,
- Portakal kabuğu görünümü,
- Meme başında çekilme,
- Yön değişikliği,
- Egzemaya benzer lezyon



KKMM' nin iki aşaması vardır

Elle
Muayene
A-Ayakta
B-Yatarak

Muayene ederken hangi parmaklarınızı kullanmanız gerekiyor?



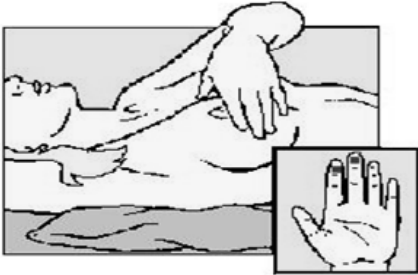
Basınç

- **Hafif** – alttaki dokuyu hareket ettirmeden cilt üzerine
- **Orta** – o bölgedeki dokuya
- **Güçlü** – kaburgalara doğru



2 cm boyunda derin dairesel hareketler
Meme başını sıkın ve akıntı olup olmadığını bakmayı UNUTMA.

Yerde Yatarak Meme Muayenesi



Kendi Kendine Meme Muayenesi



Her bir meme için **5 dakika**

Her iki memenin **incelenmesi ve dokunulması** toplam 10 dakika

AYDA 1 KEZ SADECE 5 DAKİKA...

SAĞLIĞINIZ PARMAKLARINIZIN UCUNDA...

Eline gelen şişlik-sertlik-kitle olağan mı? değil mi
ANLAYACAKSIN...

Elle Meme Muayenesinde



Olası iyi huylu;
Düzensiz sınırlı, lastik kıvamında, yuvarlak, mobil kitle

Olası kötü huylu;

Sert, ağrısız, cilde/göğüs duvarına Sabit-hareketsiz, meme başında Çekilme/kanlı akıntı, Ciltte gamzeleşme

Koltuk altı lenf bezlerinin elle muayenesini UNUTMAYIN

NE ZAMAN DOKTORA BAŞVURALIM ?



Elinize kitle geldiyse...

Hemen Korkmayın!

- 9/10 kitle kanser değil
- Kontrol için doktorunuza başvurun.

"Klinik Meme Muayenesi"

Memenizin sağlık çalışanı tarafından elle muayenesi (KKM)



Mammografi

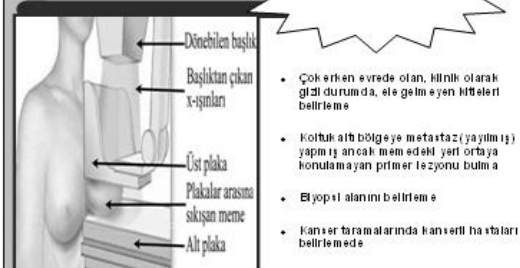


Meme Kanseri için Erken Tanı Uygulamalarında

MAMMOGRAFI

- Mammografi ile periyodik meme taramasının etkinliği kanıtlanmıştır.
- Son 20 yıldaki çalışmalar, mammografi ile yapılan toplum taramalarının, kadınlarda meme kanseri ölümünü % 30-50 kadar düşürmektedir.

MAMMOGRAFI



MAMMOGRAFI



Mammografiyi bir kez çektirmek yeterli mi?

Hayır.

İlk mammografisi normal olanların bir kısmında yıllar içerisinde kanser çıkabilir. Bu nedenle düzenli, her sene mammografi yaptırmanız gerekir.

En küçük değişikliğin erken dönemde yakalanmak için değişik merkezlerde yaptırmanız mammografileri mutlaka her kontrolünüze getirmenizdir.



Mammografinin zararı var mı?

Mammografi işlemi sırasında dış veya göğüs filmi çekiminde alınan radyasyondan çok daha az radyasyon alınmaktadır.



Mammografi zor bir işlem mi?

Hayır.

Sıkıştırma işlemi sırasında biraz ağrı duyabilirsiniz. Mammografinin çekilmesi için gerekli olan kısa bir süre içinde sona erecektir. **Ancak işlemin yararı daha fazladır.**



Hiçbir yakınması olmayan hastanın KMM, KKMM ve mammografiye ihtiyacı var mıdır ?

EVET

- Kanser belirti ve bulgu verdiği zaman tedavisi zordur
- Tarama olmayan kadınlarda risk artar.
- Hasta olmadan, şikayetiniz olmasa bile düzenli olarak bu erken tanı testlerini yaptırın.

Bende hiçbir risk faktörü yok...Yinede meme kanseri olabilir miyim?

- Tanı konulan kadınların büyük çoğunluğunda bu risk faktörlerinin bulunmadığını bilmiyoruz...
- Ailesinde meme kanseri olmayan kadınların %75'i meme kanseri tanısı almıştır.
- Gelecekte hepimizde meme kanseri olma olasılığı var.

Nerede nasıl yaptıracağımı bilmiyorum. Ne yapmalıyım ?

- Nerede nasıl yaptırabileceğinizi şimdi öğreneceğiz. Kolay randevu alabileceğiniz yerler var.
- Nasıl randevu alabileceğinizi sağlık personeline sorun, yardım isteyin. Çekinmeyin...

Meme kanserinde erken tanıda geç kalmamak için elinizden geleni yapın...

***Korkmayın. Mammografiyi (meme röntgeni) yaptırduğunuzda kendinizi daha iyi hissedeceksiniz.**

***Ailede meme kanseri yok, zamanım yok demeyin. Yıllık hekim muayenesi olun ve mammografinizi mutlaka çektirin.**

***İhmal/erteleme/Utanma ve unutmaya gibi nedenler geç kalmamıza neden olabilir. Bir yere not alın. HATIRLAYIN...**

***Hekiminiz size söylememiş olsa bile siz talep edin. Unutmayın sağlığınızdan siz de sorumlusunuz.**

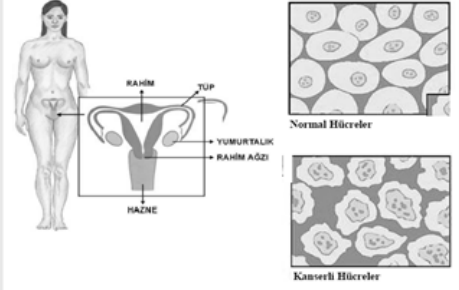
ERKEN TANI ÖNEMLİ Mİ ?

Uzun seyirli ve sinsi ilerleyen bir hastalık. Erken tanı ile İYİLEŞME ORANI YÜZDE 90

Erken tanı konulan hastalarda meme kanserinin vereceği zararlardan önemli ölçüde korunulabilir. Meme kanserinden ölme ihtimaliniz önemli ölçüde azalır.

RAHİM AĞZI KANSERİ

Rahim Ağzı Neresidir?



Normal rahim ağzı



"Rahim Ağzı Kanseri"

Kadınlarda 2. Sıklıkla Görülen Kanser Türü



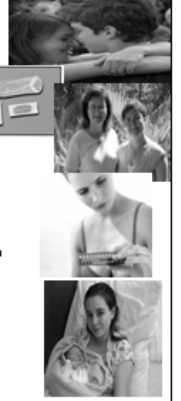
"Rahim Ağzı Kanseri"



Rahim Ağzı Kanseri nedeniyle her 2 dakikada 1 kadının hayatını kaybediyor.

RİSK FAKTÖRLERİ

- HPV enfeksiyonu en önemli risk faktörü
- Erken yaşta ve korunmasız cinsel ilişki
- Birden fazla partner
- Sigara kullanımı
- 5 yıldan uzun süre doğum kontrol haplarının kullanımı
- Çok doğum yapma
- Kadın organları enfeksiyonu ile karşılaşma
- HIV
- Ailede olması



RAHİM AĞZI KANSERİNİN BELİRTİLERİ

- Erken evrede hiçbir belirti olmaz
- İlerlemiş kanserlerde anormal kanamalar özellikle cinsel ilişki sonrası kanama
- Ağrılı cinsel ilişki
- Artmış sulu, kötü kokulu akıntı
- Kasık ağrısı

"Rahim Ağzı Kanseri"

Bazı tarama testleri sayesinde; henüz kanser aşamasına gelmeden önce yakalanabilen ve etkili bir şekilde tedavi edilebilen bir kanser türüdür.

Yılda bir; 'pap smear' (Sürüntü testi)



Sürüntü testi yoluyla korunma:

Henüz rahim ağzı kanseri gelişmemiş ancak kanserin öncü lezyonları dediğimiz, yıllar içinde müdahale edilmediği takdirde rahim ağzı kanserine dönüşebilen hastalıkların tanısı koyulmaktadır.

Erken evrede yakaladığımız bu hastalıkların tedavisi hem manevi hem de maddi anlamda kanserin tedavisinden çok daha kolaydır.

Gelişmiş ülkelerde rahim ağzı kanserlerinden ölümler son 40 yılda sürüntü testi ile % 90 azalmıştır.

Pap smear testi,

- Basit, ağrısız bir testtir.
- Rahim ağzında oluşan anormal hücrelerin kansere dönüşmeden saptayarak zamanında tedavi edilmesini sağlar.
- Kanserden sağ kalım şansını artırır.

Pap test yaptırmak için en uygun zaman nedir ?

Testten önceki iki gün içinde cinsel ilişki, vajinal duş ve vajinal tampon, fitil/ krem kullanımı olmamalıdır

➤ Pap smear testinden önce vajina sabun veya benzeri maddelerle yıkanmamalı

Neden Pap smear testini yaptırmıyoruz?

- Kanser olma ihtimali korkusu,
- Belirti-bulgu olmaması,
- Ailede/çevrede kanser olmaması,
- Bilgisizlik,
- Utanma/mahremiyet,
- Önceki sağlık hizmeti deneyimi,
- Yaşlı olma,
- Sağlık çalışanın bilgi ve cesaret vermemesi
- Eşlerin izin vermemesi,

Erken tanı ile hayata zaman tanı

- **Korkmayın... Bu günkü tanı ve tedavi olanakları ile kanser tedavi edilebilir bir hastalıktır. Sanıldığı gibi kanser mutlak ölümcül bir hastalık değildir.**
- **Erken tanı için şikayetiniz olmasa, ailenizde olsada/olmasa da her yıl mutlaka düzenli muayene olun.**

Erken tanı ile hayata zaman tanı

- **Sağlığınızı korumak, geliştirmek sizin elinizde. Yaşınız kaç olursa olsun sağlıklı –kaliteli, kimseye muhtaç olmadan yaşamak istiyorsanız doktorunuzdan (kadın veya erkek) test yapması için talepte bulunun. Biliyorsunuz sağlıkta namahrem yoktur.**
- **Yalnız gidemiyorsanız aileniz ve çevrenizden yardım isteyin ...size yardım edeceklerdir. ihmal etmeyin...**

Hiçbir yakınması olmayan hastanın Pap test ihtiyacı var mıdır ?

EVET

- Kanser belirti ve bulgu vermediği zaman tedavisi zordur
 - İlişki sonrası kanama
 - Kötü kokulu akıntı
 - Düzensiz kanama
 - Ağrı v.d.
- Tarama olmayan kadınlarda risk 3-10 kat artar.

Pap test yaptırmak ağırlı bir işlem midir ?

KESİNLİKLE HAYIR !

- Jinekolojik muayene pozisyonunda hazırlanırsınız
- Rahim ağzını görmek için spekulum yerleştirilir
- İşlem 15-30 saniye sürer ve tümüyle ağrısızdır. İşleme bağlı olarak ve özellikle enfeksiyonu olanlarda hafif kanama olsa da kısa zamanda kendiliğinden durur.

Neden sürekli Pap test tekrarlanmalıdır ?

- Anormallikler son testten sonra oluşabilir
- Anormalliklerin oluşması ve saptanabilmesi birçok yılı alabilir
- Yeni cinsel partner varsa risk de değişmiştir

Pap teste ne zaman son verilmelidir ?

Son on yılda üç kez arka arkaya test sonuçları

normal olan 70 yaş ↑

artık smear test yapılmayabilir

KANSERDEN KORKMAYIN

**GEÇ KALMAKTAN
KORKUN**

**MEME KANSERİ VE SERVİKS KANSERİNİN ERKEN
TANISI İÇİN GİDİLEBİLECEK
MERKEZLER**

(KETEM)
KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE GÖTÜRME MERKEZİ

ÜCRETSİZ

Adres : Eski Narlıdere belediyesi binası



Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
Adres: İnciraltı/ Balçova
Cerrahi Kliniği veya Meme Polikliniğine
başvurabilirsiniz.



**Sağlık Bakanlığı Dr. E. Hayri Üstündağ
Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi:**
Menopoz ve Onkoloji Polikliniklerine
başvurabilirsiniz.
Adres: Sümer Mh. 453 sk. No:2



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA ATATÜRK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**

Basın Sitesi - İZMİR



**İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma
Hastanesi**
Adres: Gaziler Caddesi No: 468



Urla Devlet Hastanesi
Adres: İskele Mah. Ada Yolu/Urla



Balçova Semt Polikliniği

Ücretli olarak özel polikliniklerde de yaptırabilirsiniz ...



Teşekkürler

6 3 2005

EK 18
MEME KANSERİ
BROŞÜR

Meme Kanserinden Korunmak Elinizde



DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Araş. Gör. **ÖZGE KISSAL**



MEME KANSERİ
ÖNLENEBİLİR
VE
ERKEN TANISI
OLAN BİR HASTALIKTIR.

Meme kanseri nedir?

Meme kanseri meme dokusundaki hücrelerin kontrol dışı çoğalması ile oluşur. Tedavi edilmezse başka organlara yayılabilir.

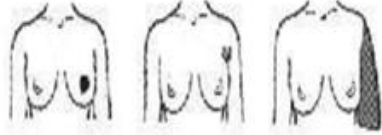
Meme kanseri ne kadar sıklıkla görülür?

**Meme kanseri; Türkiye'de ve İzmir'de kadınlar arasında en sık görülen kanser tipidir.

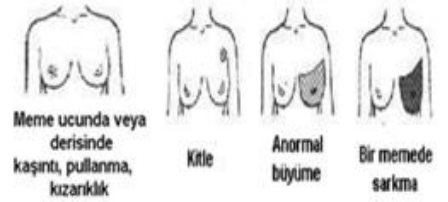
Dünyada **8 KADINDAN BİRİNİN yaşamı boyunca meme kanseri olma olasılığı vardır.

Başlıca belirtileri nelerdir?

Bu belirtiler her zaman kanser anlamına gelmez.



Cilt renginde değişiklik
Lenf bezlerinde büyüme
Kolda anormal şişme



Meme kanseri riskini neler artırır?

- *Ailenizde meme kanseri olması
- *50 yaşın üzerinde olmanız
- *Hiç çocuğunuzun olmaması
- *İlk çocuğunuzu 30 yaşlarından sonra doğurmanız
- *Çocuğunuzu emzirmemeniz
- *On yıldan uzun süre hormon tedavisi almanız
- *Özellikle menopoz döneminde şişmanlık
- *Aşırı alkol tüketimi
- *İlk adetinizin erken yaşta olması,
- *Menopoza geç girmeniz

EN İYİ KORUNMA ERKEN TEŞHİSTİR

UNUTMAYIN
Meme kanserinde erken tanı hayat kurtarır...

BİLİYORMUSUNUZ?

Bu tarama testleri
size
ÜCRETSİZ
olarak sunulmaktadır.

Meme kanserinde erken tanı mümkün müdür? (Kanser tarama yöntemleri)

Mammografi, kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (Memenin sağlık çalışanı tarafından elle muayenesi) yöntemleri ile meme kanserinin erken tanısı mümkündür.

YAS GRUBU	YÖNTEM	UYGULAMA SIKLIĞI
20-39 Yaş Kadınlık	KJMM Klinik Muayene	Her Ay 5 Yılda Bir
40-49 Yaş Kadınlık	KJMM Klinik Muayene Mammografi	Her Ay Her Yıl 1 Kontrol Mammografi
50 Yaş ve Üzeri Kadınlık	KJMM Klinik Muayene Mammografi	Her Ay Her Yıl Her Yıl

Meme kanseri tedavi edilebilir mi?

Tüm meme kanserlerinin %90'ında tedavi mümkündür. Erken tanı için...

- Kitle elinize gelmeden tanı konabilir.
- Tedavi şansınız artar.
- Tedaviniz kolaylaşır.
- Tedavi masraflarınız azalır.
- Yaşam süreniz ve yaşam kaliteniz arttırabilir.
- Doku ve organ kaybınız azalabilir.

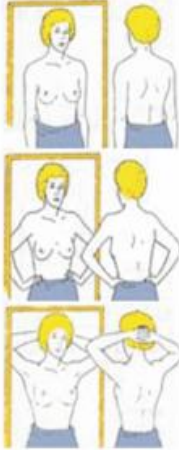
Kendi Kendine Meme Muayenesi nasıl yapılır?



Kadınların %90'nı meme kanserini kendileri tanımakta ve kitleyi kendisi bulmaktadır.

Kendi kendine meme muayenesi, adet gören kadınlarda her ay adet başlangıcından beşinci-yedinci günde, adet görmeyen kadınlarda ise kişinin kendi saptadığı günde, ayda bir kez yapılmalıdır. Muayenede şüpheli bir bulgu saptadığınızda vakit geçirmeden uzman bir hekime başvurun.

1. AYNADA GÖZLE MEME MUAYENESİ



Bir aynanın önünde durun.

Ellerinizi yanda, belde kalçanızın üzerinde, kollarınız yukarıda ve öne doğru eğilmiş iken memelerinizi;

-Meme başı veya görünüşünde herhangi bir değişiklik

-Kızarıklık,

gamzeleşme,

-Belirgin kitle / yara,

-Portakal kabuğu

görünümü,

-Meme başında çekilme,

Yön değişikliği,

-Egzemaya benzer lezyon var mı? İnceleyin.



3

MAMMOGRAFI

Mamografi, meme filminin özel bir cihaz ile çekimidir.



- Cihaz düşük dozda radyasyon verir.
- 50 yaşın üzerinde düzenli olarak her sene mamografi incelemesi yaptırılmalıdır.

Yılda bir defa

*Doktorunuza meme muayenesi olmayı

* Mamamografi yaptırmayı

UNUTMAYIN...

4

2. YATAKTA EL İLE MEME MUAYENESİ

Unutmayın işlemin bu kısmında hissedilen kitlelerin çoğunluğunun normaldir. Kişisel kontrol size **meme dokunuzu daha iyi tanıyıp, oluşabilecek farklılıkları erken belirleyebilmeniz**de yardım edecektir.



*Sirtinizin altına bir yastık koyun.

*Sağ elinizi başınızın altına koyun.

*Koltuk altından göğüs kemiğine,

köprücük kemiğinden

memenin alt sınırına

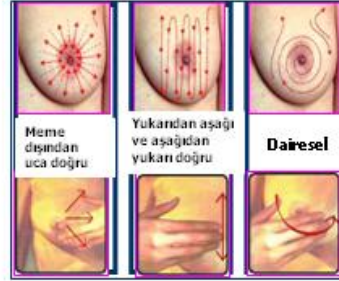
kadar tüm memenizi

dikkatlice muayene

ediniz. Aynı yöntemle

sağ elinizi kullanarak

sol memenizi muayene edin.



3. AYAKTA EL İLE MEME MUAYENESİ



Sol memenizi muayene edilecekseniz o taraftaki kolu başınızın arkasına koyun ve sağ elin üç parmağınızla iki cm'lik daireler çizerek tüm memenizi muayene edin.



UNUTMAYIN

*Koltuk altı lenf bezlerinin muayenesini unutmayın.

*Her iki meme başını sıkıp meme başında akıntı olup olmadığına bakın.

Kayganlaştırıcı olarak sabun veya krem kullanılması daha rahat bir muayene imkanı sağlar.

ŞİMDİ MEME KANSERİ İÇİN

NE ZAMAN VE NE YAPACAĞINIZI BİLİYORSUNUZ...

SAĞLIĞINIZ DEĞERLİDİR...

KORKMAYIN

İHMAL EDİP BELİRTİM YOK DİYE

ERTELEMİYİN

AİLENİZDE MEME KANSERİ OLMASA DA

ZAMAN YARATIN

TESTLERİNİZİ YAPTIRIN...

ZOR DEĞİL...

Kansere karşı bilinçli olun...

Hekiminiz ve hemşirenize soru sormaktan çekinmeyin. Onlar size bilmek istediğiniz konularda danışmanlık yapacaklardır.

İZMİRDE ÜCRETSİZ BAŞVURU

YAPABİLECEĞİNİZ BAZI YERLER

Telefonla randevu verilmemektedir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

Adres: İnönü / Balçova

Cerrahi Kliniği veya Meme Polikliniğine başvurabilirsiniz...

Sağlık Bakanlığı Dr. E. Hayri Üstündağ Kadın

Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Menopoz ve

Onkoloji Polikliniklerine başvurabilirsiniz.

Adres: Sümer Mh. 453 ş. No:2

İzmir Tepeköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Adres: Gaziler Caddesi No: 468

Hastane Adı: Urla Devlet Hastanesi

Adres: İskele Mah. Ada Yolu,Urla

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Basın

Sitesi – İZMİR

BALÇOVA SEMT POLİKLİNİĞİ

İzmir TULAY AKTAŞ KANSER ERKEN TANI VE

EĞİTİM MERKEZİ (KETEM): Eski Narlıdere belediyesi

binası

Ücretli olarak özel polikliniklerde de yaptırabilirsiniz...

Ek bilgi için: AYGÜL KISSAL - 0 505 645 1072

aygul.kissal@deu.edu.tr

2011 Kendi Kendine Meme Muayenesi TAKVİMİ

Nisan							Mayıs							Haziran						
Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa
13			1	2	3		17					1		22	1	2	3	4	5	
14	4	5	6	7	8	9 10	18	2	3	4	5	6	7 8	23	6	7	8	9	10	11 12
15	11	12	13	14	15	16 17	19	9	10	11	12	13	14 15	24	13	14	15	16	17	18 19
16	18	19	20	21	22	23 24	20	16	17	18	19	20	21 22	25	20	21	22	23	24	25 26
17	25	26	27	28	29	30	21	23	24	25	26	27	28 29	26	27	28	29	30		
							22	30	31											
Temmuz							Ağustos							Eylül						
Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa
26			1	2	3		31	1	2	3	4	5	6 7	35		1	2	3	4	
27	4	5	6	7	8	9 10	32	8	9	10	11	12	13 14	36	5	6	7	8	9	10 11
28	11	12	13	14	15	16 17	33	15	16	17	18	19	20 21	37	12	13	14	15	16	17 18
29	18	19	20	21	22	23 24	34	22	23	24	25	26	27 28	38	19	20	21	22	23	24 25
30	25	26	27	28	29	30 31	35	29	30	31				39	26	27	28	29	30	
Ekim							Kasım							Aralık						
Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa
38			1	2			44	1	2	3	4	5 6	48		1	2	3	4		
40	3	4	5	6	7	8 9	45	7	8	9	10	11 12 13	49	5	6	7	8	9	10 11	
41	10	11	12	13	14	15 16	46	14	15	16	17	18 19 20	50	12	13	14	15	16	17 18	
42	17	18	19	20	21	22 23	47	21	22	23	24	25 26 27	51	19	20	21	22	23	24 25	
43	24	25	26	27	28	29 30	48	28	29	30			52	26	27	28	29	30	31	
44	31																			

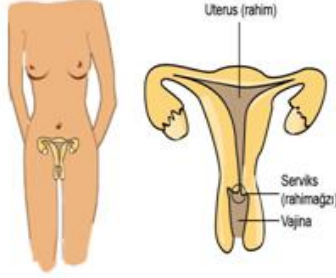
2012 Kendi Kendine Meme Muayenesi TAKVİMİ

Ocak							Şubat							Mart						
Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa
52						1	5	1	2	3	4	5	9		1	2	3	4		
1	2	3	4	5	6	7 8	6	6	7	8	9	10	11 12	10	5	6	7	8	9	10 11
2	9	10	11	12	13	14 15	7	13	14	15	16	17	18 19	11	12	13	14	15	16	17 18
3	16	17	18	19	20	21 22	8	20	21	22	23	24	25 26	12	19	20	21	22	23	24 25
4	23	24	25	26	27	28 29	9	27	28	29				13	26	27	28	29	30	31
5	30	31																		
Nisan							Mayıs							Haziran						
Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa
13						1	18	1	2	3	4	5 6	22		1	2	3			
14	2	3	4	5	6	7 8	19	7	8	9	10	11	12 13	23	4	5	6	7	8	9 10
15	9	10	11	12	13	14 15	20	14	15	16	17	18 19 20	24	11	12	13	14	15	16 17	
16	16	17	18	19	20	21 22	21	21	22	23	24	25 26 27	25	18	19	20	21	22	23 24	
17	23	24	25	26	27	28 29	22	28	29	30	31			26	25	26	27	28	29	30
18	30																			
Temmuz							Ağustos							Eylül						
Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa	Pt	Sa	Ça	Pe	Cu	Ct	Pa
26						1	31	1	2	3	4	5	35		1	2				
27	2	3	4	5	6	7 8	32	6	7	8	9	10	11 12	36	3	4	5	6	7	8 9
28	9	10	11	12	13	14 15	33	13	14	15	16	17	18 19	37	10	11	12	13	14	15 16
29	16	17	18	19	20	21 22	34	20	21	22	23	24	25 26	38	17	18	19	20	21	22 23
30	23	24	25	26	27	28 29	35	27	28	29	30	31		39	24	25	26	27	28	29 30
31	30	31																		

EK 19
SERVİKS KANSERİ
BROŞÜR

Rahim ağzı (serviks) kanseri

Kadınlarda 2. sıklıkla görülen, bazı tarama testleri sayesinde henüz kanser aşamasına gelmeden önce yakalanabilen ve etkili bir şekilde tedavi edilebilen bir kanser türüdür.

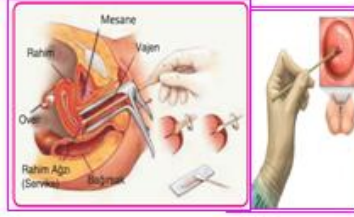


Rahim ağzı kanseri belirtileri nelerdir?

- Erken evrede hiçbir belirti olmaz
- İlerlemiş kanserlerde anormal kanamalar özellikle cinsel ilişki sonrası kanama
- Ağrılı cinsel ilişki
- Artmış sulu, kötü kokulu akıntı
- Kasık ağrısı

Sadece 10 dakikada Pap smear testi ile Rahim ağzı (serviks) kanseri erken tanılabilir.

Pap smear Jinekolojik muayenenin bir parçasıdır ve muayenenin metal aletle (spekulumla) inceleme aşamasında serviks ve iç kısmına yerleştirilen genellikle fırça şeklindeki özel bir çubuk yardımıyla serviks salgısı ve beraberinde hücre alınmasından ibarettir. İşlem 15-30 saniye sürer ve tümüyle ağrısızdır.



Anormalliklerin oluşması ve saptanabilmesi birçok yılı alabildiği ve son testten sonra oluşabileceği için **hiçbir yakınmanız olmasa da yılda bir kez pap smear testinizi yaptırmayı ihmal etmeyin...**

RAHİM AĞZI (SERVİKS) KANSERİ YENEMEZ BİZİ



DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Araş. Gör. Öğr. Dr. KISSAL

Pap Smear Testinden Önce Dikkat Etmeniz Gereken Bir Kaç Durum

- Pap smear testinden önce vajina sabun veya benzeri maddelerle yıkanmamalı,
- Kullanılıyorsa vajinal ovül (fital) veya kremlerin kullanımı bırakılmalı,
- İşlemden bir gün önce cinsel ilişkiye girilmemeli,
- Mümkünse adet dönemlerinde pap smear testi yapılmamalıdır.

Taramayı Kimler Yaptırmalıdır?

- 20 ve 65 yaş arasındaki bütün kadınlar pap smear testi yaptırmalıdır.
- Son on yılda üç kez arka arkaya test sonuçları normal olan 70 yaş ve üzeri kadınlardan artık pap smear testi yapılmayabilir.

Pap Smear Testi Ne Zaman Yapılmalı?

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

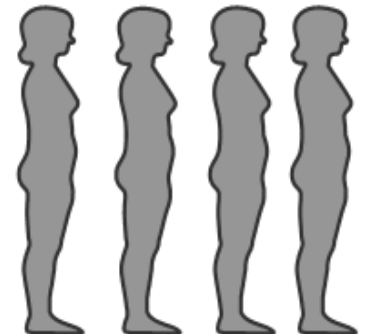
Serviks Kanserinin Erken Tanısı İçin Gidilebilecek Merkezler

1. Atatürk Hastanesi Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
2. Aile Sağlık Merkezleri
3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
4. Diğer Devlet Hastanelerinin Kadın Doğum Polikliniklerinin

Kimler Risk Altındadır?

- Erken yaşta ve korunmasız cinsel ilişki
- Birden fazla partner
- Tütün kullanımı
- 5 yıldan uzun süre doğum kontrol haplarının kullanımı
- Çok doğum yapma
- Kadın organları enfeksiyonu ile karşılaşma
- HIV
- Ailede olması

Her gün 4 kadın rahim ağzı kanserine yakalanıyor.



EK 20
ETİK KURUL VE İZİN BELGELERİ



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

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/763

Tarih: 17/7/2007

Etik Kurul Üveleri

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

Etik Kurul Sekreteri

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

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

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

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Etik Kurul Başkanı

EK 21

**KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ KONTROL LİSTESİ'NİN
ÇALIŞMADA KULLANIM İZİNİ**

Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Sağlık Geliştirme Programının Tarama Davranışlarına Etkisi Monday, May 25, 2009 1:11 AM
From: This sender is DomainKeys verified
"Selda Merey" vsmerey@yahoo.com Add sender to Contacts
To: "Aygül KISSAL" akssal2000@yahoo.com

Sayın KISSAL, Çalışma sonuçlarınızı okumaktan memnuniyet duyacağımı belirtmek isterim. Tez çalışmanızda "KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ KONTROL LİSTESİ"NI kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Aras. Gör. Dr. Selda SECGINLI

IUFNHYO Halk Sağlığı ABD.

Çağlayan-Sisli-İstanbul

tlf is: 0212 4400000-27120

"Robin Wood" [<woodr@bc.edu>](mailto:woodr@bc.edu)

[Add sender to Contacts](#)

On Wed, 27 May 2009 10:53:46 -0700 (PDT)

To: "Aygül KISSAL" [<akssal2000@yahoo.com>](mailto:akssal2000@yahoo.com)

Message contains attachments

[Reliability and Validity of a Breast Self Examination Proficiency Rating Instrument. pdf](#)

Hello--attached is the pdf file of the article you requested. You may use the instrument if you will kindly cite my work as a reference and forward your results to me if published. All the best with your research.

EK 22
TEZİN SCI KAPSAMINDA YAYINA KABUL EDİLEN MAKALESİ

RESEARCH COMMUNICATION

Knowledge, Facilitators and Perceived Barriers for Early Detection of Breast Cancer among Elderly Turkish Women

Aygul Kissal*, Ayşe Beşer

Abstract

This article deals with elderly Turkish women's experiences with breast self examination, clinical breast examination and mammography screening, as well as perceived barriers and facilitators in the theoretical framework of the Health Belief Model and the Health Promotion Model. This is a qualitative study performed on 46 elderly women aged 60-75 years. Data were collected with focus group interviews and analyzed systematically with qualitative analysis techniques to determine themes concerning knowledge and facilitators of and perceived barriers to early detection of breast cancer among elderly women. Barriers to screening were insufficient knowledge, fear, neglect/postponement, embarrassment/religious beliefs, inability to make an appointment, lack of a physician's recommendation and health professionals' attitudes. Facilitating factors were being informed about screening, fear, awareness of cancer screening, familial history of breast cancer and social support, making an appointment, health professionals' communication and physicians' recommendations. Public health nurses and health professionals from other health disciplines should be aware of elderly women's need for knowledge about screening, understand elderly women's fear and worries about their health and know barriers to and facilitators of screening.

Keywords: Breast cancer - early detection - elderly Turkish women

Asian Pacific J Cancer Prev, 12, 975-984

Introduction

Twenty-three percent of the women with cancer have breast cancer (Anderson and Jakesz, 2008) and about half of the women aged 65 years and older have breast cancer and 13% of them die (Mandelblatt and Yabroff, 2000). It has been reported from Turkey that the most frequent type of cancer among women is breast cancer, which appears in 34.73 out of every 100.000 women (<http://www.saglik.gov.tr>). The incidence of breast cancer is 20/100.000 in the eastern part of Turkey and 40-50/100.000 in the western part of Turkey. The difference between the regions is explained by education, financial reasons, opportunities for clinical breast examination and mammography, menopause clinics and people's priorities. The rate of the women diagnosed with early breast cancer is higher than 50% in İzmir, a city in the western part of Turkey (Özmen, 2006) and breast cancer is the most frequent cancer among women at all ages (about one fourths or 26.7% of the women) and among the women aged 65-74 years (Fidaner et al., 2001).

The most effective way of health promotion and decreasing mortality and morbidity in patients with breast cancer is early diagnosis of breast cancer. The disease can be diagnosed earlier with mammography, breast self examination (BSE) and clinical breast examination (CBE). Although BSE has not been shown to decrease mortality

from breast cancer in the literature, women's awareness of breast cancer, BSE, CBE and mammography are considered health promotion activities which should not be separated, which help to make early diagnosis of the disease and which promote health (McCready et al., 2005). It is important to know why elderly women do not have breast cancer screening since it can be used to motivate them to adopt health promoting activities. In this context, Champion's Health Belief Model (HBM) and Pender's Health Promotion Model (HPM) can be effectively used to determine barriers to early detection of breast cancer among elderly women.

HBM was developed by Hochbaum and Rosenstock in the early 1950's to explain why the number of people participate in screening programs, which help prevent diseases and diagnose them early, is low (Champion and Skinner, 2008; Gasalberti, 2002). The model is used to explain changes in health behaviors, to maintain good health and to plan interventional studies about disease prevention behaviors. Key terms concerning HBM propose that if individuals perceive disease as susceptibility, believe in the outcomes concerning disease severity and are aware of both benefits of and barriers to screening and there are positive activators for screenings such as education, media and reminders for screening, relevant health behaviors will emerge. The most distinctive characteristic of the model is reported

*Nursing Department, Dokuz Eylül University of Public Health, İzmir, Turkey *For correspondence: aygul.kissal@deu.edu.tr*

to be perceived barriers (Champion and Skinner, 2008; Gasalberti, 2002).

Pender's HPM, based on Social Learning Theory, was first developed in 1980 and revised in 1987 and 1996. It is a model which describes factors which have direct and indirect effects on health behavior and which basically focus on health promotion (Pender, 2006; Gasalberti, 2002). Cognitive-perceptive factors in HPM are importance placed on health, self-efficiency, perception of health control, perception of health status, perception of benefits of health promoting behaviors and perception of barriers to and facilitating health behaviors. Pender claims that perceived health and perceived barriers directly or indirectly affect maintenance of health behavior (Pender, 2006).

Although Pender's HPM has been reported to be used in a limited number of studies about early screenings for breast cancer (Dula, 1996; Gasalberti, 2002), HBM has been shown to be suitable in understanding breast cancer screening behaviors (Champion and Skinner, 2008; Sadler et al., 2007). Dula (1996) in a study on women aged 64 years and older revealed that the women not performing BSE experienced more barriers and had less self confidence and fewer perceived benefits than those performing BSE. Gasalberti (2002) did not find a relation between perceived health and performing BSE, but found a negative relation between perceived barriers and performing BSE. Among barriers to breast screening and seeing a doctor are lack of knowledge about practices of early diagnosis, transportation facilities, lack of social support from family, friends and spouses, lack of health insurance and beliefs (Nahcivan and Secginli 2007; Garbers et al., 2003; Lamyian et al., 2007; Zapka and Berkowitz, 1992; Kearney, 2006; Buki, Borrayo and Feigal, 2004), fear of removal of breasts, fear of death, fear of a change in body image, reluctance and shyness (Taplin et al., 2000; Borrayo et al., 2005; Ogedegbe et al., 2005; Young and Severson, 2005; Remennick, 2006; Park et al., 2007).

Although it is important to determine barriers to and facilitators of breast cancer screenings, there have been few qualitative studies about the issue among elderly women (Zapka and Berkowitz, 1992; Phillips et al., 2001; Borrayo et al., 2005; Ogedegbe et al., 2005; Coughlin et al., 2007). In Turkey, a quite low rate of the women had health behaviors concerning early detection of breast cancer and there is limited information about its causes (Nahcivan and Secginli, 2007). Karayurt in one study (2003) showed that as perceived barriers increased, the frequency of BSE decreased and that a higher rate of the women with high perceived susceptibility, perceived seriousness, perceived benefits, self-efficacy and health motivation performed BSE as recommended. Dündar et al. (2006) found a positive relation between knowledge of breast cancer and performing BSE, perceived benefits of BSE, motivation for BSE and perceived benefits of mammography. It has been reported that appropriate education programs can eliminate barriers to screenings and increase the rate of the women receiving screenings (Lee et al., 2007; Coughlin et al., 2007; Wood et al., 2002). However, to our knowledge, there have not been any

studies on barriers to and facilitators of early detection of breast cancer in elderly women in Turkey. This study is important in that the results will reveal internal and external barriers to early detection of breast cancer in elderly women, guide education programs which will decrease the barriers and help elderly women benefit from screening programs. In addition, gaining insight into the factors which play a role in early detection of breast cancer among elderly women can increase the number of elderly women receiving screening.

The aim of this study was to investigate experiences of BSE, CBE and undergoing mammography and perceived barriers among elderly women aged 60-75 years in the theoretical framework of HBM and HPM. The research questions were as follows:- Why do not elderly women exhibit behaviors of early breast cancer detection sufficiently? What are the barriers to early breast cancer detection among elderly women? What facilitators of early breast cancer detection do elderly women expect?

Materials and Methods

Study Design

This is a qualitative study performed on elderly women aged 60-75 years to investigate perceived factors likely to affect early breast cancer screening behaviors in Balçova district of İzmir, Turkey. Data were collected with focus group interviews.

Study Setting and its Characteristics

By the time the study started, there had been seven "district homes" in Balçova, İzmir. They had been supported by the municipality for five years to help women to cope with a wide variety of issues including adapting to their social life and current living conditions. Focus group interviews were conducted in the "district homes". Participants were seated around a round or square table and the interviews were arranged by the investigator beforehand to avoid any interruptions.

Study Population and Sample

According to the WHO, chronological aging is divided into three: i.e. the elderly (60-74 years), the aged (75 years or older) and the very old (90 years or older) (Skeet, 1983). Therefore, the participants of this study, aged 60 years and older were considered as the elderly. The study population was composed of all elderly women aged 60-75 years and living in Balçova, İzmir. Purposeful sampling was used. A total of 46 elderly women were interviewed at six focus group interviews. The women not needing assistance in their daily living activities and those not diagnosed with dementia, Alzheimer's disease and cancer were included into the sample. Addresses of the women aged 60-75 years were obtained from Balçova Municipality and family physicians.

The women were asked questions about early breast cancer screening behaviors and barriers to and facilitators of screenings at focus group interviews. Based on HBM and HPM, the following standard questions were asked and other questions were added during interviews. To determine what elderly women know about breast

cancer, such questions as “What do you think of breast cancer?” and “What do you think of symptoms of breast cancer?”, to determine elderly women’s knowledge and awareness of breast cancer and mammography, BSE and CBE, such questions as “Is it possible to diagnose breast cancer in its early stages?” and “How can it be diagnosed?”, to determine elderly women’s knowledge of causes of breast cancer, the question “What are some causes of breast cancer in women?”, to determine elderly women’s knowledge of breast cancer screenings, the questions “Have you ever had a breast cancer screening?” and “How often do you think breast cancer screenings should be performed?” and to determine barriers to and facilitators of breast cancer screenings, such questions as “Could you please tell about your experiences with breast cancer screenings?” and “What has prevented you from receiving breast cancer screenings?” were asked. Expert opinions about the questions were requested from two nurse academicians specializing in qualitative research. In addition, a PhD proficiency jury of five academicians was requested to provide their opinions and recommendations.

Data Collection

Focus group interviews are preferable to individual interviews in that they help to provide detailed information about attitudes, beliefs and behaviors and help to elicit additional comments which cannot be obtained at individual interviews (Yıldırım and Şimşek, 2006). In this qualitative study, based on HBM and HPM, focus group interviews and a semi-structured interview form were used to collect data about breast cancer screening behaviors from elderly women aged 60-75 years. Interview questions were open-ended and were prepared in such a way to have elderly women explain and give details in order to reveal knowledge of, barriers to and facilitators of breast cancer screening. Each interview was conducted at only one session and the stage where new knowledge was no longer elicited was considered as saturation and the interview ended.

Conduction of Focus Group Interviews

First, the women’s addresses were determined and they were visited at their homes. The women giving informed consent were invited to the “district houses” at a predetermined time and date. The participants were called and reminded of time in the morning of the day when interviews would take place. They came to the “district houses” by themselves. Two PhD students writing their thesis at the time of the study were available at the interviews and they did not interrupt the participants as much as possible during the interviews and encouraged the participants to interact with each other. At the beginning of the interviews, the aim of the study was explained and oral informed consent was obtained from the participants to record the interviews. In addition, one research assistant as an observer wrote interactions. Six focus group interviews were conducted. Four to eleven participants attended each interview, which lasted for a mean of 45 min.

Analyses of Data

At interviews, a semi-structured interview form was

used and additional questions were used. The questions did not have an order and were asked in accordance with responses from the participants. The researcher repeated and summarized what the participants said and thus prevented misunderstandings and checked whether the participants understood each other in order to achieve internal validity. Data recorded were transcribed by two researchers separately in one week. Recordings were played for the second time to ensure that transcribed data were complete and thus reliable data were obtained.

Crude data were analyzed and interpreted with content analysis. Transcribed data were coded in accordance with predetermined themes from the literature and emergent themes and subthemes (Yıldırım and Şimşek, 2006). An interview coding key including these themes and subthemes was prepared by two researchers separately. Data transcribed and the key prepared were compared and conflicting issues were discussed and a consensus was reached.

Data analyses included three steps, i.e. description, analysis and interpretation. First, themes were determined (description) and relationships between the themes were sought (analysis) and researcher’s comments about them were added (interpretation). To increase internal validity and reliability of the research findings, comments made by the participants were quoted. Six participants were presented with the results of the study and they approved the results.

Characteristics of Focus Group Interviewees

This study included a total of 46 elderly women aged 60-75 years and assigned into 6 focus groups: Group 1 (n=5), Group 2 (n=4), Group 3 (n=8), Group 4 (n=9), Group 5 (n=11) and Group 6 (n=9). The mean age of the participants was 65.2 ± 4.16 years, the participants had a mean of 3 children, 52.2% of the participants had an income lower than their expenses, 13% of the participants were high school or university graduates, 39.1% of the participants never had mammography and 78.3% of the participants had at least one chronic disease (diabetes mellitus, hypertension and osteoporosis etc.). All but one had a health insurance and 39% had never undergone mammography.

Results

Qualitative data analyses revealed three main themes concerning facilitators of and barriers to early diagnosis of breast cancer: 1) Personal factors; 2) Cultural factors; 3) Offering health care. Table 1 shows themes and subthemes concerning facilitators of and barriers to early diagnosis of breast cancer based on qualitative data analyses.

Barriers to Early Breast Cancer Screening Behaviors

Personal Factors. The theme personal factors was categorized into sources of knowledge concerning elderly women’s knowledge and awareness of breast cancer screening, symptoms and signs, etiology, risk factors, knowledge of diagnosis and treatment, times of screening, fear (possibility of having a tumor, diagnosis of cancer, removal of breast(s) and harmful effects of

Table 1. Barriers to and Facilitators of Early Breast Cancer Screening among Elderly Women

Main theme	Subthemes	Barriers	Facilitators	
I. Personal factors	Knowledge and awareness	Insufficient information	Being informed	
				Source of information
	Media	Wrong information		
				Family and friends
	Doctors	Lack of information		
				Information
	Signs and symptoms			
				Etiology
	Risk factors			
				Diagnosis and treatment
Time of screening				
			Fear	
	Neglect and Postponement	Absence of physical signs	Fear (having breast cancer and metastasis to other organs, need for assistance in self-care)	
				Feeling well
	Priorities in life	Discomfort due to mammography	Positivity of cancer screening	
				Cancer in a family member/relative
		Presence of other problems	Familial history of breast cancer and social support	
				Having no time for oneself
II. Cultural factors		Embarrassment		
				Religious beliefs
III. Offering health care		Difficulties in making an appointment	Ease of making an appointment	
				Overcrowded clinics
				Long waiting hours
				Lack of physicians' recommendations
		Health professionals' attitudes	Health professionals' communication skills and physicians' recommendations	

mammography), neglect (lack of physical signs, feeling well, discomfort due to mammography, lack of familial history of cancer), cultural factors (embarrassment and religious beliefs) and priorities (not having health problems and not having free time).

At all six focus group interviews, most of the women reported that they did not have knowledge of symptoms and signs, etiology, risk factors and screenings of breast cancer. They commented “I suppose breast cancer causes pain, doesn’t it?”, “What do you think causes cancer?”; “Most of us are not aware of it. Most of the women are not aware of it. They cannot receive care since they do not know how to get it”, and “What causes breast cancer. What should we do?”

More than half of the elderly women reported that the most frequent source of knowledge of breast cancer and screening was the media followed by a relative or a friend and a doctor. Almost all of the women said that they did not receive knowledge from nurses. They attributed their limited knowledge about breast cancer to receiving knowledge and guidance from few health professionals. However, they commented that doctors started to talk to their patients about breast cancer more clearly in recent years. One woman said “My sister had mammography and she told me about breast cancer”, another woman said, “Doctors talk about breast cancer on TV programs. There are many TV programs which encourage women to have clinical breast examination.” Another woman said, “I received knowledge about breast cancer from my doctor”. Most of the women admitted that they did not have knowledge about the signs of breast cancer. Few women,

who talked about the signs of breast cancer, reported that breast cancer usually causes a mass, discharge, redness and nipple deformities.

Most of the women reported that breast cancer is caused by stress, eating habits and genetic transmission. One woman said, “There is only one cause of breast cancer; that is, stress”. Another woman said, “We can only get fruit and vegetables grown through conventional agriculture. In other words, there is no organic food. All of it contains hormones”. Another woman said, “Genetic transmission –familial history– is the leading cause of breast cancer”. Several women emphasized that smoking, air pollution and wearing bras lead to breast cancer. While some women admitted that they did know causes of breast cancer, others were confused about them. Several women had wrong information about etiopathology of breast cancer. They thought that crashing, smashing, hitting and squeezing the breasts as well as plastic equipment used causes cancer. One woman talked about a woman with breast cancer and said, “The woman claimed that her husband squeezed her breasts and that she had breast cancer later. People say hitting and squeezing the breasts cause cancer”.

Very few women commented about risks of breast cancer. Two women noted that breast cancer appeared at young ages. Several women commented that genetic transmission, breastfeeding and not giving birth were risk factors for breast feeding. Advanced age as a risk factor was not mentioned at none of the focus group interviews. Most of the women noted that breast cancer is curable, while several women said it is incurable. One woman said,

"I know many women with breast cancer who survive without any health problems". Another woman said, "As far as I know, there is no cure for cancer".

None of the women gave correct information about the times of breast screening. One woman told that mammography should be started at menopause. Another woman told that it should be started at teenage. Another woman said, "I think mammography should be performed once a month doesn't it? All women have to have clinical examination". Another woman said, "I have no idea about it."

Most of the women did not know exactly when, how and how often they should perform BSE. They explained "they performed BSE every day, every time they had a bath and every time they remembered it". Some women were worried that they failed to detect masses. One woman said "I don't know how to perform BSE. That's why I don't do it" and another woman said, "I can't find any masses. I mean I can't distinguish what is a mass and what is not". Almost none of the women had CBE or knowledge about CBE. One woman asked "what is CBE?" and added "I only have mammography. I didn't have CBE".

Most of the women perceive cancer as a dreadful disease. They attributed their inability to have early breast screening to fear of cancer. They were most frequently concerned about the likelihood to have a mass, followed by diagnosis of cancer, removal of their breasts and harmful effects of mammography. A few women believed that mammography was harmful to the breasts and caused cancer. Only one woman mentioned fear of death. One woman said "I don't have CBE for fear that I will have breast cancer", another woman said, "I fear that I may detect a lump", another woman said "It can be cured in its early stages, but when it is diagnosed in its late stages, I know that the breasts can be removed", another woman said "I don't have mammography since it may give harm to my breasts", another woman said "Radiation from mammography can be harmful", "The mammogram squeezes and smashes the breasts, which may even lead to cancer in some cases".

Another most frequently mentioned barrier to early breast screenings was neglect which results in postponement of the screening. The women noted that they did not have early breast cancer screening behavior since there were no physical signs of the disease and since they had good health. Although a few women reported that they were encouraged by their friends and relatives, they neglected mammography. One woman said, "I prefer to go to the doctor whenever the signs of the disease appear", another woman said "I have realized that I had not had mammography for the last four years. My daughter is telling me to have mammography. I am neglectful" and another woman said "I think I'm healthy and I don't live in fear of having breast cancer".

Mammography related discomfort was discussed in focus group interviews. Most of the women emphasized that they themselves and other women felt pain and had ache during mammography and therefore they did not want to undergo mammography. A few participants recommended development of a new mammography system. One woman said "I had mammography years ago.

It hurt. I no longer had it", another woman said "I swear it's true that mammography squeezes the breasts. No way. It should be eliminated. Women having mammography feel pain. For this reason, I didn't undergo mammography".

Several women reported that lack of familial history of breast cancer was a barrier to early breast screening. One woman said "None of my relatives had breast cancer or any other type of cancer. Therefore, I never think about it".

Several women noted that health problems and having no time for themselves due to their roles were barriers to breast screening. One woman said "I haven't had mammography for the last three years. I've had other health problems, which were more important than having mammography. Therefore, I haven't undergone mammography", another woman said "At present women are so busy. I have to do all household chores. This is true for my neighbors as well. Our husbands just have a rest and watch TV at home. We are always in a rush. We don't have time to take care of ourselves. This is true for all the women I know. I have done nothing for myself so far. I have always looked after my children, husband and grandchildren. We have no time of taking care of ourselves".

Cultural Factors. The women frequently mentioned cultural factors as barriers to breast screening. Several women noted that the female body and the breasts are taboo subjects in Turkish culture and according to religious beliefs in the society and therefore that women feel embarrassed to have breast screening. Several women suggested that female doctors encourage women to have breast screening. However, several women noted that they did not mind whether physicians were male or female. In addition, several elderly women believed that having breast cancer was decided by God. One woman said "Female physicians should examine patients, which is acceptable in Turkish culture", another woman said "Most of the women do not have breast screening since they are embarrassed". However, another woman said "There is not a relation between privacy and physicians' gender". Another woman said "We had diseases if God decided it".

Offering Health Care. Concerning provision of health care services, inability to make an appointment, long waiting times, lack of physicians' recommendations and health staff's attitudes were considered as barriers to breast screening.

At four focus group interviews out of six interviews, the problems inability to make an appointment and waiting long for appointments due to the high number of patients were frequently mentioned. Several women said "They gave me an appointment at a time one year later. In the end, my cousin, who is a doctor, made an earlier appointment for me. I'll take the results of mammography to my doctor. It is impossible to make an appointment at an earlier time. If anything bad happened, it might be too late to intervene" and one woman said "The reason why we don't want to go to hospital is that we have to wait in a long queue".

Many women reported that lack of physicians'

recommendations were a barrier to breast screening. One woman said "None of the doctors has told me to have mammography so far, so I haven't had mammography". Another woman said "I went to the doctor for pain in my armpit. The doctor explained there was nothing wrong and the pain was due to a boil. He told me not to watch programs about cancer, not to read news about cancer and not to listen to people talking about cancer. He told me to take it easy. Fortunately, neither I have had mammography for ten years nor the doctor told me to have mammography".

The quality of relationships between patients and physicians and other health staff is important. Several women noted that their experiences with health staff's attitudes were barriers to breast screening. One woman said "When I first had mammography, the mammographer were giving me orders and pulling and pushing me since I didn't know how to approach the device", another woman said "Patients are not treated gently. The tone of voice is important. Patients are already stressed out. Impolite treatment prevents people from going to hospital" and another woman said "I would like doctors to treat us politely as in European countries and to take care of us well".

Facilitators of Early Diagnosis of Breast Cancer Behavior

Personal Factors. Personal factors concerning facilitators of breast cancer screening were found to involve being informed about breast cancer and breast cancer screening behavior, fear (having breast cancer and its spread to the body and needing assistance), perception of cancer screening, familial history of breast cancer and social support.

Several women thought that few women had breast cancer screening since women did not have sufficient information about breast cancer and screening. The women recommended that informing women through education, pamphlets and the media and information provided by health professionals might encourage women to have screening. One woman said, "If you explain clearly, we will probably learn about breast cancer and screening. We don't know exactly how screening is performed", another woman said "There should be TV programs about breast cancer and screening and health professionals could provide large groups of people with information" and another woman said, "Brochures with pictures should be distributed and women should be encouraged to post them in their home so that they always remember it".

Most of the women claimed fear was not only a barrier to but also a facilitator of screening. They mentioned likelihood to have breast cancer and its spread to the body if its diagnosis is delayed, resultant pain and need for assistance in taking care of themselves as sources of fear. Several women commented that they did not fear that their breasts are removed and attributed this to their old age. Some elderly women recommended that fear of breast cancer can be used as a facilitator for screening. One woman said, "If treatment fails, cancer invades the whole body. Suffering due to this invasion is dreadful. Seeking for help from doctors and need for relatives' assistance. I don't care about removal of my breasts at this old age."

Another woman said, "I'm only worried that it can spread the whole body, which is dangerous. No way"

Although most women including educated ones mentioned being misinformed about breast cancer screening, lack of physicians' advice to have screening and insufficient knowledge and awareness of breast cancer screening, many women thought early diagnosis was important. Positivity of perceived cancer screening is thought to facilitate having screening. However, the results of this study revealed that few women turned out to have regular screening although most of the women knew that they had to have regular screening. One woman said, "We should have regular screening despite lack of suspicion of cancer." Another woman said, "Based on what we heard, it is true that women should have regular breast cancer screening".

History of breast cancer in a family member is an important factor in receiving early breast cancer screening. Several women commented that familial history of breast cancer was a motivating factor for having mammography. One woman said, "Women thinking that they might have breast cancer should undergo mammography. My daughter-in-law had mammography every six months since her mother had breast cancer." Another woman said, "My uncle's daughter had cancer and her breast was removed. To be frank, I feel uneasy. I check my breasts. Women with a family member with breast cancer should have regular screening."

Social support encouraged a few women to receive early breast screening. In addition, during discussions, the women undergoing mammography encouraged women not undergoing mammography to receive screening. One woman said to another, "You must have mammography!" Another woman said, "It is worth suffering from pain. Once you have mammography, you get rid of suspicion of having breast cancer." Another woman said, "My daughter-in-law goes to undergo mammography with her aunt every six months." Another woman said, "My son used to tell me to have mammography. He is a doctor. He often forced me to receive mammography. However, I haven't had it for the last three years when my son moved to another city. I gave it up."

Offering Health Care. Under the theme of offering health care, the subthemes ease of making an appointment, health professionals' communication skills and physicians' advice turned out to be facilitators of receiving screening. Several women reported that ease of making an appointment and being telephoned were facilitating factors. One woman noted, "Inviting through letters increase the number of women having screening abroad". Many elderly women recommended letters of reminder, ease of making an appointment and telephoning to increase mammography rates. Some women said, "It was difficult to make an appointment for mammography. However, when I went to have mammography one year later, I found out that the records about my condition were prepared. Then, I understood that they take their job serious and I felt that I had to go to receive screening regularly." Another woman said, "Why don't family practitioners call us or send us a letter to remind our appointments?" Another woman

said, "It can be easy to make an appointment if physicians refer us to centers specializing in mammography. Then everyone can be more eager to receive screening since they do not have to join the queue."

The women emphasized that effective communication between patients and physicians and other health professionals and physicians' recommendations can play a role in receiving screening. One woman said, "If a doctor had told me to have mammography, I would have had it without doubt", another woman said, "I like my doctor much. He performs a detailed physical examination and offers guidance and I do what he tells me to do", another woman said, "The doctor told me to have BSE and check my breasts every month and see him even if I have a small lump. He also told that if they had found a lump, we would have asked you to have more frequent screenings. He told me to have screening every two years since I did not have any suspicious lumps. When I went to see the doctor after I got retired, he told me to receive yearly screening."

Discussion

Consistent with the results of other studies, the results of this study about knowledge and awareness of breast cancer and screening revealed that the elderly women had insufficient knowledge of breast cancer and screening which they received from the media, friends and relatives (Coughlin et al., 2007; Dişçigil et al., 2007; Park et al., 2007; Sadler et al., 2007). However, in a study by Zapka and Berkowitz (1992), the women noted that they received the knowledge they had from their doctors. Dişçigil et al. (2007) reported that a higher rate of the women informed by their doctors utilized all screening methods. Grunfeld et al. (2002) recommended that elderly women who have insufficient knowledge of breast cancer and therefore present for screening late and higher risk of breast cancer should be given priority in terms education and screening programs of breast cancer. Elderly women's insufficient and wrong information might have decreased the perception of disease, susceptibility and seriousness and therefore formed a barrier to breast cancer screening. This may support HBM. Elderly women's obtaining knowledge from the media instead of health professionals underlines the idea that health professionals' attitudes towards preventive medicine should be investigated. In fact, none of the women participating in the study had CBE and were eager to learn about breast cancer from health professionals. Although receiving knowledge from the media, friends and relatives are considered as activators of behaviors in HBM (Champion and Skinner, 2008), this study revealed that most of the women received knowledge from these sources but did not have regular screening. This suggests that receiving knowledge from the media, friends and relatives failed to motivate the elderly women to exhibit regular screening habits and that there were more barriers than motivators. However, the frequency of the elderly women's exposure to motivators might have also played a role.

Consistent with the literature, this study showed that fear of breast cancer was both a facilitator of and barrier to screening (Ogedegbe et al., 2005; Lamyian et al., 2007;

Borrayo, Buki and Feigal, 2005; Buki, Borrayo and Feigal, 2004; Kwok, Cant and Sullivan, 2005). While some women mentioned fear of lumps and cancer as a barrier to screening, other women noted that they received screening for fear that they might have been diagnose as breast cancer, which would metastasize, and had to ask help with their health care. In fact, fear might have been a barrier to screening in some women since it might have created the feeling of inability to cope with disease outcomes while it might have encourage some women to have screening since it might have increased the perception of disease, susceptibility and seriousness. According to HBM, the perception of susceptibility and seriousness create the perception of threats. Women aware of seriousness of breast cancer and considering that they are at risk more frequently have BSE, CBE and mammography than other women at the same age (Champion and Skinner, 2008; Nahcivan and Seçginli, 2003).

Compatible with the literature, this study indicated that discomfort caused by mammography, failure to have screening before symptoms arise and perception of good health are among the causes of neglect and postponement (Kwok, Cant and Sullivan, 2005; Ogedegbe et al., 2005). Montazeri et al. (2003) found that about 25% of the patients with symptoms of breast cancer had a three-month delay in their presentation to a health center. Ogedegbe et al. (2005) reported that presence of disease symptoms motivated having screening, but that perception of good health, insufficient knowledge of breast cancer screening and fear of screening tests were barriers to screening. Borrayo, Buki and Feigal (2005) reported that fear of being diagnosed as cancer, perception of good health and absence of symptoms of breast cancer were barriers to screening. The elderly women participating in this study might not have received screening since they thought that they had good health and were worried that their health would become poor if they were diagnosed with cancer (lose of a positive perception). The elderly women's belief that they may have breast cancer only if they have overt symptoms of the disease and their perception of good health give a hint about their perception of disease. Pender explained that importance placed by individuals on their health directly influence their health behaviors. She underlined that how individuals define health plays a role in their health promoting behaviors and that individuals are aware of the importance of health only when they become ill or suffer fear of death (Pender, 2006). However, Walter, Lindquist and Covinsky (2004) did not find a significant difference in receiving mammography between differing age groups of women having perception of poor health although aging caused a decrease in mammography rates.

Consistent with the results of several studies, this study showed that familial history of breast cancer is of importance in terms of receiving screening (Lee et al., 2007; Zapka and Berkowitz, 1992; Lamyian et al., 2007; Dişçigil et al., 2007). In the present study, 28 women had familial history of cancer. Out of 28 women, 19 had had mammography. Consistent with HBM and HPM, this high rate of women having mammography might have been due to their increased perception of susceptibility and seriousness depending on the presence of familial

history of breast cancer (Pender, 2006; Champion and Skinner, 2008).

Congruent with the results of a number of studies, this study found that embarrassment, which belongs to the main theme of cultural factors, was a barrier (Borrayo, Buki and Feigal, 2005; Ogedegbe et al., 2005; Kwok, Cant and Sullivan, 2005). While one study showed that religious beliefs discouraged women from having breast cancer screening (Borrayo, Buki and Feigal, 2005), several studies showed the opposite (Lamyian et al., 2007; Phillips, Cohen and Tarzian, 2001; Lee et al., 2007). Despite ongoing changes in Turkish culture, elderly women may depend on social values and religion more than other age groups. Therefore, they may have some taboos. It may be that embarrassment was one of the most frequent barriers. Since women are not willing to have physical examination, there may be a delay in their presentation for screening even if they have symptoms of breast cancer. In this study, several participants noted that they had few screenings and they believed that disease were caused by the God and added that even healthy women receiving screening had the disease. Fatalism in Islam suggests that people do not have control over their health, which may have discouraged the women from receiving screening. This should be taken into account in health promotion education programs.

In the present study, how health care is offered in Turkey turned out to be a barrier to the elderly women's receiving screening. Difficulties in making an appointment, lack of physicians' advice for screening and health professionals' attitudes were the most frequently expressed barriers. However, costs and difficulties in transportation were not frequently mentioned barriers, consistent with several studies (Young and Severson, 2005; Wu and Bancroft, 2006; Zapka and Berkowitz, 1992). It may be that the elderly women participating in the study had health insurance and that the municipalities helped them with their transportation fees. Besides, the hospitals were not too far to go.

Compatible with the literature, physicians' advice to have screening and health professionals' effective communicative skills were found to be facilitators of having screening (Lamyian et al., 2007; Phillips, Cohen and Tarzian, 2001; Coughlin et al., 2007; Young and Severson, 2005; Borrayo, Buki and Feigal, 2005; Dişçigil et al., 2007). Based on the results of this study, it is clear that physicians' guidance enabled the women to have screening earlier and that the women expected the physicians to provide them with guidance. It can be suggested that the quality of health care as an external factor should be investigated and that deficiencies, if present, should be eliminated to increase rates of screening.

The results of this study are consistent with the results of the studies about attitudes towards breast cancer screening in other age groups. In a qualitative study by Park et al. (2007), on Korean women aged 28-60 years, lack of knowledge, awareness of breast cancer and time were reported to be barriers to BSE. Paskett et al. (2006) in their randomized controlled study on women aged over 40 reported lack of a belief of having regular

mammography (87%), lack of a person encouraging receiving mammography (45%) and having had to wait for long to have mammography (41%) to be barriers to having mammography. Maxwell et al. (2003) found that high costs of mammography fear of exposure to radiation, likelihood of being diagnosed as cancer, pain felt during the procedure and shyness were barriers to having mammography among Philipino-American women aged over 40. This suggests that women from different cultures may experience similar barriers independent of age.

Consistent with the results of a longitudinal randomized controlled study by Taplin et al. (2000) the participants of this study recommended that women should be telephoned and sent letters to remind them the time of screening. Kwok, Cant and Sullivan (2005) also noted that written invitations were facilitators of having screening.

Consistent with both HBM and HPM, the results of this study revealed that perceived barriers were important variables in terms of exhibition of breast cancer screening behaviors. In both models, it is postulated that breast cancer screening behaviors appear when perceived susceptibility, seriousness and benefits decrease the effects of perceived barriers (Champion and Skinner, 2008; Pender, 2006). Gasalberti (2002) found a negative relation between complete fulfillment of BSE and perceived barriers and reported that this finding supported HPM. Karayurt (2003) also found that as perceived barriers increased, the frequency of BSE decreased and that a higher rate of the women with higher perceived susceptibility, seriousness and benefits performed BSE as recommended. In the present study, the elderly women discussed barriers rather than facilitators. This may explain why the rate of women having screening is low.

The results of the present study give hints about barriers and facilitators of breast cancer screening among elderly women to health professionals. One-thirds of the participants reported that they never had mammography and most of the rest did not have regular screening for breast screening. Professionals from different health disciplines (physicians, radiologists, midwives, etc.), especially public health nurses should know these tips since they may play a role in disease prevention and health promotion in elderly women. Health professionals, using pamphlets, visual aids and breast manikins, should provide elderly women with education to compensate their insufficient knowledge and revise their wrong information, to increase the number of women receiving screening, to make early diagnosis of cancer and to offer effective treatment. Health professionals should also be aware that fear can be both facilitator and barrier. In addition, elderly women's relationships with health professionals may either facilitate or discourage having screening. Therefore, it is of great importance that health professionals should be thoughtful and trustworthy and respect women. Elderly women may also feel disturbed since they have to reveal their breasts. In order to eliminate this disturbance, physicians and other health professionals should take appropriate precautions to avoid violation of privacy and make appropriate explanations to encourage women to have CBE and mammography. Furthermore, concerning effects of religious beliefs on screening, responsibilities

for good health given to individuals by religions can be included into education. Further studies using face to face extensive interviews are needed to investigate how perceived health status and religious beliefs influence having screening.

The limitation of the present study is that early breast screening behaviors might not have been discussed extensively since the women were more eager to talk about their current problems such as their chronic diseases during focus group interviews. In addition, since purposeful sampling was used, the results of the study cannot be generalized to other contexts.

In conclusion, public health nurses and other health professionals should be aware of elderly women's insufficient knowledge of having screening, understand their worries and fears and know facilitators of and barriers to screening. The results of this study can be utilized in planning and writing the content of education programs directed towards increasing early screening and diagnosis of breast cancer. The most important strength of this study is that the results can be used in practice and for research purposes.

References

- Anderson BO, Jakesz R (2008). Breast cancer issues in developing countries: an overview of the Breast Health Global Initiative. *World J Surg*, **32**, 2578-2585.
- Borrayo EA, Buki LP, Feigal BM (2005). Breast cancer detection among older Latinas: is it worth the risk? *Qualitative Health Research*, **15**, 1244-1263.
- Buki LP, Borrayo EA, Feigal B (2004). Are all Latinas the same? Perceived breast cancer screening barriers and facilitative conditions. *Psychology of Women Quarterly*, **28**, 400-412.
- Champion VL, Skinner CS (2008). The Health Belief Model. In: Glanz K., Rimer B. K., Viswanath K. V., eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. *San Francisco: Jossey-Bass*, 46-65.
- Coughlin SS, Berkowitz Z, Hawkins NA, et al (2007). Breast and colorectal cancer screening and sources of cancer information among older women in the United States: results from the 2003 Health Information National Trends Survey. *Preventing Chronic Disease*, **4**, 57.
- Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, et al (2007). Breast health: knowledge, behaviour and performance in a group of women living in the Aegean region. *Marmara Medical Journal*, **20**, 29-36.
- Dula DL (1996). Factors which influence self breast examination in women aged sixty five and older. Unpublished master's thesis, School of Nursing College of Health, Education, and Social Welfare University of Alaska Anchorage in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Science. *Nursing Science*.
- Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, et al (2006). The knowledge and attitudes of breast self examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC Cancer*, **6**, 43.
- Fidaner C, Eser SY, Parkin DM (2001). Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir cancer registry. *Eur J Cancer*, **37**, 83-92.
- Garbers S, Jessop DJ, Foti H, et al (2003). Barriers to breast cancer screening for low-income Mexican and Dominican women in New York City. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, **80**, 81-91.
- Gasalberti D (2002). Early detection of breast cancer by self-examination: The influence of perceived barriers and health conception. *Oncol Nursing Forum*, **29**, 1341-1347.
- Grunfeld EA, Ramirez AJ, Hunter MS, et al (2002). Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. *Br J Cancer*, **86**, 1373-78.
- Karayurt Ö (2003). Adaptation of Champion's Health Belief Model scale to Turkish women and examination of the factors influencing the frequency of breast self examination. Ege University Institute of Health Sciences. Department of Surgical Nursing, doctoral dissertation, Izmir.
- Kearney AJ (2006). Increasing our understanding of breast self-examination: women talk about cancer, the health care system, and being women. *Qualitative Health Research*, **16**, 802-820.
- Kwok C, Cant R, Sullivan G (2005). Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Health Educ Res*, **20**, 739-747.
- Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F, et al (2007). Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal. La revue de santé de la Méditerranée orientale*, **13**, 1160-1169.
- Lee EE, Tripp-Reimer T, Miller A, et al (2007). Korean American women's beliefs about breast and cervical cancer and associated symbolic meanings. *Oncology Nursing Forum*, **34**, 713-720.
- Maxwell AE, Bastani R, Vida P, et al (2003). Results of a randomized trial to increase breast and cervical cancer screening among low-income Filipino-American women. *Preventive Medicine*, **37**, 102-109.
- McCready T, Littlewood D, Jenkinson J (2005). Breast self-examination and breast awareness: a literature review. *J Clin Nursing*, **14**, 5, 570-578.
- Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, et al (2003). Delayed presentation in breast cancer: A study in Iranian women. *BMC Women's Health*, **3**, 4.
- Mandelblatt JM, Yabroff KR (2000). Breast and cervical cancer screening for older women. Recommendations and challenges for the 21st century. *J American Medical Women's Association*, **55**, 210-215.
- Nahcivan N, Secginli S (2007). Health beliefs related to breast self examination in a sample of Turkish women. *Oncology Nursing Forum*, **34**, 425-432.
- Nahcivan ÖN, Seçginli S (2003). Attitudes and behaviors toward breast cancer early detection: Using the health belief model as a guide. *Cumhuriyet University School of Nursing Journal*, **7**, 33-38.
- Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, et al (2005). Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *J Natl Med Assoc*, **97**, 162-170.
- Özmen V (2006). Breast cancer screening and recording programs in the World and the Turkey. *J Breast Health*, **2**, 55-58.
- Park SM, Hur HK, Kim GY, et al (2007). Knowledge, barriers, and facilitators of Korean women and their spouses in the contemplation stage of breast self-examination. *Cancer Nursing*, **30**, 78-84.
- Paskett E, Tatum C, Rushing J, et al (2006). Randomized of an Intervention to Improve Mammography Utilization Among a Triracial Rural Population of Women. *J Natl Cancer Inst*, **98**, 1226-1231.
- Phillips JM, Cohen MZ, Tarzian AJ (2001). African American women's experiences with breast cancer screening. *J Nursing Scholarship*, **33**, 135-140.

- Pender N, Murdaugh CL, Parsons MA (2006). Health Promotion in Nursing Practice, Fifth Edition, Pearson Education, New Jersey.
- Remennick L (2006). The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *The Breast Journal*, **12**, 103-110.
- Sadler GR, Ko CM, Cohn JA, et al (2007) Breast cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors among African American women: the Black cosmetologists promoting health program. *BMC Public Health*, **7**, 57.
- Skeet M (1983). Protecting the health of the elderly. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Taplin SH, Barlow WE, Ludman E, et al (2000). Testing reminder and motivational telephone calls to increase screening mammography: a randomized study. *Journal of the National Cancer Institute*, **92**, 233-242.
- The Ministry of Health of Turkey Cancer Control Department. Cancer statistics for 2004, Turkey, <http://www.saglik.gov.tr> accessed: 21.10.2010
- Walter LC, Lindquist K, Covinsky KE (2004). Relationship between health status and use of screening mammography and Papanicolaou smears among women older than 70 years of age. *Annals of Internal Medicine*, **140**, 681-8.
- Wood RY, Duffy ME, Morris SJ, et al (2002). The effect of an educational intervention on promoting breast self-examination in older African American and Caucasian women. *Oncology Nursing Forum*, **29**, 1081-1090.
- Wu TY, Bancroft J (2006). The perceptions and experiences of breast cancer screening for Filipino American women. *Oncology Nursing Forum*, **33**, 71-78.
- Yıldırım A, Şimşek H (2006). Qualitative research methods in social sciences, Seçkin Publishing, Ankara.
- Young RF, Severson RK (2005). Breast screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Research and Treatment*, **89**, 111-118.
- Zapka JG, Berkowitz E (1992). A qualitative study about breast cancer screening in older women: Implications for research. *J Gerontology*, **47**, 93-100.

EK 23

TEZDEN YAPILAN DİĞER YAYINLAR

***Kıssal A**, Beşer A. Yaşlı Kadınlarda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Arttırılabilir mi? Sağlık Çalışanlarının Sorumlulukları, DEUHYO ED 2012; 5(3): 116-128.

Özet

Pek çok çalışmada meme kanseri erken tanı davranışlarının arttırılması için sağlık davranış modellerinin kavramsal temelleri kullanılmıştır. Bu derlemede yaşlı kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını arttırmada en sık kullanılan iki modelin (Sağlık İnanç Modeli ve Transteorik Model) etkisi incelenmektedir. Derleme özellikle sağlığı geliştirme modelleri ile meme kanseri erken tanı davranışlarında azalmaya neden olan engeller ve taramalara katılımı arttırmada kullanılan yöntemlerin etkinliği hakkında görüş sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: Meme Kanseri, Sağlık Çalışanı, Yaşlı, Sağlığı Geliştirme Modelleri.

*Beşer A, Bahar Z, Aydoğdu NG, Ersin F, **Kıssal A**. Validity And Reliability Study for The Self-Efficacy Scale, Health Med 2012; 6(1): 195-200.

Abstract

Aim: The aim of this methodological study was to analyze the validity and reliability of the Turkish adaptation of the Self-Efficacy Scale originally developed by Lechner, de Vries, and Offermans. **Methods:** The adapted scaled was administered to 92 women, grouped according to age and educational status. The data was collected using a socio-demographic data form and a seven item modified Self-Efficacy Scale.

Results: Cronbach's Alpha coefficient was .84, indicating high internal consistency in responses. Both the validity and reliability of the modified Self-Efficacy Scale were found to be high.

Conclusions: We propose that this scale can be used in the evaluation of self-efficacy perception in Turkish society. Self-efficacy scores may be predictive of participation in early diagnosis screening programs. Moreover, this scale could be used to help design programs and develop strategies to increase early detection behaviors like breast selfexamination, mammography, and Pap smears.

Key words: self-efficacy, breast and cervical cancer, early detection, Turkish women.

EK 24
ÖZGEÇMİŞ

Araştırma Görevlisi Aygül KISSAL

T.C. Kimlik No/Pasaport No:	39361750026
Doğum Yılı	06.05.1975
Yazışma Adresi:	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İnciraltı/İzmir
Telefon:	0.232.4124783
Fax:	0.232.4124798
E-posta:	akssal2000@yahoo.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Cumhuriyet Üniversitesi	Hemşirelik Yüksek Okulu	Hemşirelik Bölümü	Lisans	1997
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Yüksek Lisans	2008
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Halk Sağlığı Hemşireliği	Doktora	2012

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum/ Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi	Türkiye	Sivas	Göğüs Kalp Damar Cerrahisi	Hemşire	1997-2000
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Türkiye	Tokat	Hemşirelik	Hemşirelik Bölüm Başkanlığı	2000-2003
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Türkiye	Tokat	Hemşirelik	Öğretim Görevlisi Araştırma Görevlisi	2000-2006
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Türkiye	İzmir	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Araştırma Görevlisi	2006-.....

UZMANLIK ALANLARI

Uzmanlık Alanı
Halk Sağlığı Hemşireliği
Hemşirelik Eğitimi
Yaşlılık
Meme ve serviks kanseri erken tanısı

YAYINLARI

SCI, SSCI, AHCI İndekslerine Giren Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Kıssal, A., Beşer, A. Elder Abuse and Neglect in a Population Offering Care by a Primary Health Care Center in Izmir, Turkey, <i>Social Work in Health Care</i> , 2011, 50(2), 158-175.
Kıssal, A., Beşer, A. Knowledge, Facilitators and Perceived Barriers for Early Detection of Breast Cancer among Elderly Turkish Women, <i>Asian Pacific J Cancer Prev</i> , 2011, 12, 975-984.
Beşer, A., Bahar, Z., Gördes Aydoğdu, N., Ersin, F. Kıssal, A. Validity and Reliability Study for the Self-Efficacy Scale, <i>HealthMED</i> , 2012, 6(1), 195-200.
Özbiçakçı, Ş., Çapık, C., Gördes Aydoğdu, N., Ersin, F., Kıssal, A. Bir Okul Toplumunda Gürültü Düzeyi Tanılaması ve Duyarlılık Eğitimi, <i>Eğitim ve Bilim</i> , 2012, 37, 165.
Bahar, Z., Beşer, A., Ersin, F., Kıssal, A., Aydoğdu, NG. Traditional and Religious Death Practices in Western Turkey. <i>Asian Nursing Research</i> , 2012, 6, 107-114.
Bahar, Z., Kızılcı, S., Beşer, A., Büyükkaya Besen, D., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. Çapık C., Herbal Therapies Used by Hypertensive Patients in Turkey. <i>Afr J Tradit Complement Altern Med</i> . 2013, 10(2), 000-000 (yayına kabul)

Diğer Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, Aydoğdu, N., Kıssal, A., Ersin F. Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Alan Çalışması, <i>STED</i> , 2007;16(11)
Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, <i>C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi</i> 2008, 12(1),1-12
Bahar, Z., Beşer, A., Kıssal, A., Gördes Aydoğdu, N., Ersin, F. "PDÖ'de Yönlendirici Performansının Öğrenciler ve Yönlendiriciler Tarafından Değerlendirilmesi: Karşılaştırmalı Çalışma, <i>DEUHYO ED</i> 2009, 1 (1), 30-45
Beşer, A., Kıssal, A. "Critical Thinking Dispositions and Problem Solving Skills Among Nursing Students", <i>DEUHYO ED</i> 2009, 2 (3), 88-94
Kıssal A., Beşer A. Yaşlı İstismar ve İhmalinin Değerlendirilmesi. <i>TAF Prev Med Bull</i> . 2009; 8(4), 357-364.

Kıssal, A., Beşer, A. Yaşlı Kadınlarda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Arttırılabilir mi? Sağlık Çalışanlarının Sorumlulukları, DEUHYO ED, 2012, 5(3), 116-128.

Kongre-Sempozyum Sunumları

Bahar, Z., Kızılcı, S., Beşer, A., Besen, D., Gördes, N., Ersin, F., **Kıssal, A.,** Çapık C. “Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalıklarına Uyumluluğu ve Kan Basınçlarını Düzenlemeye Yönelik Geleneksel Uygulamaları”, V. Ulusal Geriatri Kongresi, 6-10 Eylül 2006, Antalya (Poster Bildiri).

Beşer, A., **Kıssal, A.** “İzmir’de Bir Hemşirelik Yüksek Okulunda Öğrencilerin Eleştirel Düşünme Eğilimi ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi”, 10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 6-8 Eylül 2006, Van (Poster Bildiri)

Beşer, A., **Kıssal, A.** “Critical Thinking Disposition and Problem Solving Skills Among Nursing Students”, 10th International Nursing Research Conference, November 22nd to 25th, 2006, Albacete (Poster Presentation)

Özbiçakçı, Ş., Çapık, C., Aydoğdu, N., Ersin, F., **Kıssal A.** “Bir Okul Eğitiminde Gürültü Düzeyi Tanılaması ve Duyarlılık Eğitimi” XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23-26 Ekim 2007, Denizli, s. 229-230 (Poster Bildiri)

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., **Kıssal A.** “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23-26 Ekim 2007, Denizli, s.433 (Poster Bildiri)

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., **Kıssal, A.,** Ersin F. “Public health nursing practices at Dokuz Eylül University School of Nursing” 2 nd International Nursing Conference in Kosovo, 2nd European Nursing Student Congress, 23-26 May , 2007, s. 63-64, Prishtina, Kosovo. (Oral Presentation)

Kıssal A., Beşer A. “Abuse and neglect among elderly people living in a primary health care center area in Izmir and evaluation of factors associated with elder abuse” 1 st European Transcultural Nurses’Association (ETNA) International Conference June 4-6, 2008 Çesme, Izmir, Türkiye (Oral Presentation)

Beşer, A., Bahar, Z., **Kıssal, A.** "Occupational Health Nursing Practices For Undergraduates", Scientific Committee Education & Training in Occupational Health: The 8th International Conference, İskoçya, April 2008 (Oral Presentation)

Bahar, Z., Kızılcı, S., Beşer, A., Besen Büyükkaya, D., Aydogdu Gordes, N., Ersin, F., **Kıssal A.,** Çapık, C. “Traditional Therapies Used By Hypertensive Patients in Turkey Background” 1 st European Transcultural Nurses’Association (ETNA) International Conference June 4-6, 2008 Çesme, Izmir, Turkey, (Oral Presentation)

Kaya, H., Ergün, B., Çay, Z., Erol, F., Ergün, S., Erol, F., Eskiizmirli, H., Kuzu, P., Tozcuoğlu, H., Bahar, Z., Beşer, A., Kıssal, A. “Susuzluğun Çaresi Siziniz” V. Aktif Eğitim Kurultayı, 7–8 Haziran 2008, İzmir, (Sözel Bildiri)
Bahar, Z., Beşer, A., Kıssal, A. , Aydoğdu G. N., Ersin, F. “Comparison of Perceived Tutor Performance Between Students and Tutors”, 7th European Conference of Nurse Educators, Plovdiv, 9-10 October, 2008, (Oral Presentation)
Budak, P., Cihan, F., Gökçe, G., Sarıgül, S., Onbaşı, Z., Arslan, T., İkiz, E., Evcil, P., Yıldırım, Z., Gündüz, Y., Güler, A., Kösem, G., Bahar, Z., Beşer, A., Kıssal, A. “Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Alan Çalışması”, 8. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi. Kongre Kitabı. s. 157, Gata Hemşirelik Yüksekokulu. 04-06 Haziran 2009 (Poster Bildiri)
Bahar, Z., Beşer, A., Ersin, F., Kıssal, A. , Gördes, N. “Investigation of Death Related Traditional and Religious Practices in Narlıdere, İzmir”, 1st International Congress on Nursing Education, Research & Practice, October 15-17 2009, Grand Hotel Palace, Thessaloniki/ Greece. (Poster Presentation)
Bahar, Z., Gözüm, S., Beşer, A., Çapık, C., Kıssal, A. , Gördes Aydoğdu N., Ersin F. “Barriers to and Factors Affecting Use of Research Findings by Nurses in University Hospitals in Two Different Regions of Turkey”, 1st International Congress on Nursing Education, Research & Practice, October 15-17 2009, Grand Hotel Palace, Thessaloniki/ Greece. (Oral Presentation)
Durmaz, Z., Yanık, Z.T., Günay, S., Mustu, B., Bahar, Z., Özbiçakcı, F., Öztürk, M., Kıssal, A. "Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı İntörn Öğrencileri Gözüyle Halk Sağlığı Uygulaması", 10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Öğrenci Kongresi, Gaziantep, Nisan 2011, Uluslararası Hakemli organizasyon. (Poster Bildiri)
Akpınar, B., Kıssal, A. , Mete, S. "Doctoral Program at Dokuz Eylül University School of Nursing", 6th ORPHEUS Conference-PhD Quality Indicators for Biomedicine and Health Sciences, BALÇOVA, Nisan 2011, Uluslararası organizasyon. (Poster Bildiri)
Kıssal A. , Beşer A. “Yaşlı Kadınların Servikal Kanser Erken Tanı Davranışında Engel Ve Kolaylaştırıcı Algıları: Kalitatif Bir Çalışma”, Sağlıkın Geliştirilmesi ve Hemşirelik Sempozyumu, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 12-13 Ocak 2012. (Sözel Bildiri)
Kıssal A. , Beşer A. “Yaşlı Kadınların “Meme Kanseri Erken Tanı Davranışına” İlişkin Bilgi, Engel ve Kolaylaştırıcıları Nedir?” Sağlıkın Geliştirilmesi ve Hemşirelik Sempozyumu, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 12-13 Ocak 2012. (Sözel Bildiri)
Bahar, Z., Beşer, A., Kıssal, A. , Ersin, F., Gördes Aydoğdu, N., Yılmazmış, F., Cin, S., Ateş, A. ve ark. “Nursing Intervention Aimed at Preventing the Sharp Object Injuries: Dokuz Eylül University Hospital Case”. The Ist International Clinical Nursing Research Congress. 29 May-I June 2012. (Sözel İkincilik Ödülü).

Kıssal, A., Beşer A. “Yaşlı Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesini Yapma Becerisine Hemşirelik Girişimlerinin Etkisi” 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi “Sağlık Reformları”, Bursa, 2-6 Ekim, 2012 (Sözel Bildiri).

Görev Aldığı Projeler

Meme ve Servikal Kansere Yönelik Sağlığı Geliştirme Modeli ve Hemşirelik Girişimlerinin Etkinliği, DEÜ Araştırma Fon Saymanlığı Münferit Proje, Proje Koordinatörü: Prof. Dr. Zühal Bahar. 2009 (Proje Çalışanı).

Tezle İlgili Katıldığı Kongre-Sempozyum ve Kurslar

“The Value of Nursing Research Based on Models and Theories”, Workshop, İzmir, 10 Temmuz, 2008.
“Niteliksel Araştırmalar” Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu ve Akseki Sağlık Yüksekokulu, Antalya, 12-14 Ocak, 2009.
“VII Araştırma Yöntemleri Semineri- NVivo8 İle Nitel Veri Analizi, Seminer, Antalya, 28 Ocak-1 Şubat, 2009.
“Kalitatif Araştırma Yöntemleri Kursu” Yeditepe Üniversitesi ve Sağlık için Sosyal Bilimler Derneği (SASBİL), Yeditepe Üniversitesi 26 Ağustos Yerleşimi İstanbul, 26-28 Şubat, 2009.
X. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Hemşirelikte Yenilikler Sempozyumu, Çeşme, Sheraton Otel, İzmir, 3 Ekim, 2009.
“Hemşirelikte Kavramsal Model Kullanımı” Çalıştay, Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu, Antalya, 18-19 Aralık, 2009.
“Qualitative Research,” kursu, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, 3-5 Ekim 2011, (Dinleyici-katılımcı)
“Sağlığın Geliştirilmesi ve Hemşirelik Sempozyumu”, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul, 12-13 Ocak 2012.
“V. Meme Kanseri Eğitimcinin Eğitimi Kursu”, Onkoloji Hemşireliği Derneği, Ankara, 16-22 Ocak 2012.
Niteliksel Araştırma Kursu, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir, 4-6 Haziran 2012.