

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME
MUAYENESİ EĞİTİMİNİN MEME KANSERİ
KORKUSU
VE SAĞLIK İNANÇLARINA ETKİSİ**

Nermin KAYAR

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

**Bu araştırma Ordu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından B-1838 proje numarası ile desteklenmiştir.**

ORDU-2019

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Nermin KAYAR tarafından hazırlanan ve Prof. Dr. Nülüfer ERBİL danışmanlığında yürütülen “*Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Meme Kanseri Korkusu ve Sağlık İnançlarına Etkisi*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 26/08/2019 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....


Jüri Üyesi : Doç. Dr. Songül AKTAŞ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Karadeniz Teknik Üniversitesi

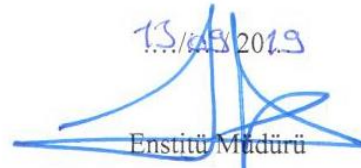
İmza.....


Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....


ONAY

11/09/2019 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 13/09/2019 tarih ve 2019/124 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

13/09/2019

Enstitü Müdürü
Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Nermin KAYAR



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, zamanını ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen, hoşgörüsü ile desteğini her anlamda ve her zaman hissettiren değerli danışmanım, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Nülüfer ERBİL'e ,

Yüksek Lisans eğitimime bilgi ve deneyimleriyle katkı sağlayan Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ebru ŞAHİN'e,

Tez çalışmama bilgi ve önerileriyle katkı sağlayan Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Dr. Öğr. Üyesi Songül AKTAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince katkıları ve desteği bulunan Ordu Üniversitesi ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakülte'lerinin öğretim elemanlarına,

Eğitim hayatım boyunca her daim beni destekleyen, hayatımın her anında yanımda olan, yardımlarını, sevgilerini ve destekleri hiçbir zaman esirgemeyen sevgili anneme, babama ve kardeşlerime,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni manevi olarak destekleyen tüm dostlarıma,

Tez çalışmasına katılarak akademik bilginin gelişmesine katkı sağlayan değerli katılımcılara,

Araştırmayı B-1838 Nolu Proje ile maddi olarak destekleyen Ordu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'ne,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkür ederim.

Nermin KAYAR

ÖZET

MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ EĞİTİMİNİN MEME KANSERİ KORKUSU VE SAĞLIK İNANÇLARINA ETKİSİ

Amaç: Bu çalışma kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitiminin meme kanseri korkusu ve sağlık inançlarına olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Randomize kontrollü deneysel araştırmaya, 20 yaş üzerindeki 177 kadın alınmıştır. Katılımcılar deney ve kontrol grubuna tek kör randomize yöntem ile ayrılmışlardır. Eğitim deney grubuna verilmiştir. Veriler, eğitim programını vermeden önce ve eğitim verildikten 6 ay sonra toplanmıştır. Araştırma 16 Ekim 2017-15 Nisan 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler, kişisel bilgi formu, “Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” ve “Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği” ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı, ki kare ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Deney grubundaki kadınlara, ön test sonrası verilen eğitim ve 6 aylık izlemden sonra yapılan son testte, CSİMÖ “yarar algısı” ($p=0.010$) ve “güven” ($p<0.001$) alt ölçekleri puan ortalamasının arttığı “engel algısı” ($p<0.001$) alt ölçeği puan ortalamasının azaldığı ve deney grubu puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ puan ortalamalarının ise, istatistiksel olarak farklı olmadığı ($p>0.05$); bununla birlikte deney grubundaki kadınların CMKKÖ puanlarına göre meme kanseri korku düzeyi, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, son testte arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.048$). Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön teste göre son testte, KMM yaptırma ($p=0.003$) ve mamografi yaptırma ($p=0.040$) ve KKMM’yi bilme ($p<0.001$) ve KKMM uygulama ($p<0.001$) oranlarının arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitimi ile izlemin, kadınların meme kanseri bilgi, uygulama ve sağlık inançlarına olumlu etkisi olduğu, meme kanseri korku düzeyini artırdığı bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Kendi kendine meme muayenesi, Sağlık inanç modeli, Meme kanseri, Meme kanseri korkusu.

ABSTRACT

THE EFFECT OF EDUCATION ABOUT BREAST CANCER AND SELF-BREAST EXAMINATION ON BREAST CANCER FEAR AND HEALTH BELIEFS

Aim: The objective of this study was to determine the effect of breast cancer and BSE education on breast cancer fear and health beliefs.

Materials and Methods: 177 women over 20 years of age were included in the randomized controlled experimental study. Participants were assigned to the experimental and control groups with a single blind randomized method. The breast cancer and BSE educational program was given to the experimental group. Data were collected before and 6 months after educational program. The research was conducted between 16 October 2017-15 April 2019. Data were collected with questionnaire form, "Champion Health Belief Model Scale" and "Champion Breast Cancer Fear Scale". Cronbach's alpha reliability coefficient, chi-square and t-test were used to evaluate the data.

Results: After the pre-test training and 6-month follow-up, the BSE benefit perception ($p = 0.010$) and BSE confidence ($p < 0.001$) subscales means scores of CHBMS of the women in the experimental group increased in the post-test, BSE barrier perception subscale mean score ($p < 0.001$) decreased and when experimental group mean scores were compared with control group, the differences were statistically significant. In the post test, the mean CBCFS mean scores of the women in the experimental and control groups was not statistically different ($p > 0.05$); however, when compared with the control group, the breast cancer fear level of women in the experimental group was found to be increased in the posttest and the difference was statistically significant ($p = 0.048$). In the post test, it was found that the rates of clinical breast examination ($p = 0.003$) and mammography screening ($p = 0.040$) and BSE information ($p < 0.001$) and BSE application ($p < 0.001$) increased in the experimental according to control groups and the differences were statistically significant. .

Conclusion: It was found that breast cancer and BSE education given to women had a positive effect on breast cancer knowledge, BSE practice and health beliefs and increased breast cancer fear level.

Key words: Breast self-examination, Health belief model, Breast cancer, Breast cancer fear

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK SAYFASI.....	
ONAY.....	
TEZ BİLDİRİMİ.....	I
TEŞEKKÜR.....	II
ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ.....	X
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	XII
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Memenin Yapısı.....	6
2.2. Memenin Kanlanması.....	7
2.3. Memenin Lenf Yolları.....	7
2.4. Memenin İnnervasyonu.....	8
2.5. Kanserin Tanımı.....	8
2.6. Meme Kanserinin Tanımı.....	9
2.7. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	9
2.8. Meme Kanseri Etiyolojisi.....	10
2.8.1. Cinsiyet.....	10
2.8.2. Yaş.....	10
2.8.3. Aile Öyküsü.....	11
2.8.4. Irk.....	11

	Sayfa No
2.8.5. Genetik Mutasyon.....	11
2.8.6. Yoğun Meme Dokusu.....	12
2.8.7. Hormonlar.....	12
2.8.8. Daha Önce Malign ya da Benign Meme Hastalığı Öyküsünün Olması.....	12
2.8.9. Göğüs Duvarına Yüksek Doz Radyasyon.....	13
2.8.10. Çocuk Sahibi Olma.....	13
2.8.11. Emzirme.....	13
2.8.12. Alkol ve Sigara Kullanımı.....	13
2.8.13. Oral Kontraseptif Kullanımı ve Hormon Replasman Tedavisi.....	14
2.8.14. Beslenme ve Fiziksel Aktivite.....	14
2.8.15. Kozmetik Ürünler.....	14
2.9. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları.....	15
2.9.1. Kitle.....	15
2.9.2. Ağrı.....	15
2.9.3. Meme Başı Akıntısı.....	15
2.9.4. Meme Başında Retraksiyon.....	15
2.9.5. Meme Derisinde Ülser ve Eritem.....	16
2.9.6. Lenf Nodlarında Büyüme.....	16
2.9.7. Meme Derisinde Çukurlaşma.....	16
2.9.8. Forgue Belirtisi.....	16
2.9.9. Meme Üzerindeki Deride Ödem, Portakal Kabuğu Görünümü...	16
2.10. Meme Kanserinden Korunma.....	16
2.10.1. Birincil Korunma.....	17
2.10.2. İkincil Korunma.....	17

	Sayfa No
2.10.3. Üçüncül Korunma.....	18
2.11. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri.....	18
2.11.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	18
2.11.1.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapılma Zamanı.....	19
2.11.1.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapılma Teknikleri.....	19
2.11.2. Klinik Meme Muayenesi.....	23
2.11.3. Mamografi.....	23
2.12. Sağlık İnanç Modeli.....	24
2.12.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Majör Kavramları.....	24
2.13. Meme Kanseri Korkusu.....	26
2.14. Meme Kanseri Erken Tanısında Hemşirenin Rolü.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Türü.....	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	31
3.4. Araştırmanın Kontrol Değişkenleri.....	32
3.5. Verilerin Toplanması.....	33
3.5.1. Veri Toplama Araçları.....	34
3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	34
3.5.1.2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	34
3.5.1.3. Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği.....	35
3.5.2. Girişimler.....	36
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
3.7. Etik İlkeler.....	38
3.8. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	39

	Sayfa No
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	39
4. BULGULAR.....	41
4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Bulguları.....	41
4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kansere Tarama Yöntem Bilgi ve Uygulama Durumları.....	42
4.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test ve Son Test Bulguları.....	45
5. TARTIŞMA.....	53
5.1. Kadınların CSİMÖ puan ortalamalarının ön test ve son test karşılaştırmasına ait bulguların tartışılması.....	53
5.2. Kadınların CMKKÖ Ön-Test ve Son-Test Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	59
5.3. Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntem Bilgi ve Uygulama Durumlarına Ait Özelliklerinin Tartışılması.....	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
6.1. Sonuçlar.....	63
6.2. Öneriler.....	66
KAYNAKLAR.....	67
EKLER.....	83
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	83
Ek 2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	85
Ek 3. Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği.....	88
Ek 4. CSİMÖ ve CMMKÖ İzin Yazıları.....	89
Ek 5. Kurum İzin Yazısı.....	91
Ek 6. Etik Kurul Onayı.....	92
Ek 7. Fındık Fabrikası İzin Yazısı.....	93
Ek 8. Aydınlatılmış Onam.....	94
ÖZGEÇMİŞ.....	95

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1.1. Memenin Yandan Görünümü.....	7
Şekil 1.2. Memenin Lenfatik Sistemi ve Aksiller Lenf Nodülleri.....	8
Şekil 1.3. Memelerin Kollar Serbestçe Yanlarda Gözlemlenmesi.....	20
Şekil 1.4. Memenin Kollar Yukarı Kaldırıldıktan Sonra veya Her İki Kol Başın Arkasında Gözlemlenmesi.....	20
Şekil 1.5. KKMM'de Muayene Edilmesi Gereken Bölgenin Belirlenmesi.....	21
Şekil 1.6. KKMM'de Muayene Şekilleri.....	22
Şekil 1.7. KKMM'de Koltuk Altı Muayenesi.....	23
Şekil 3.1. Araştırma Akış Diagramı.....	40

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 3.1 DeneY ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kontrol Değişkenleri	32
Tablo 4.1 Kadınların Sosyo–Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	42
Tablo 4.2 DeneY ve Kontrol Grubundaki Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntem Bilgi ve Uygulama Durumlarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.3 DeneY ve Kontrol Grubundaki Kadınların CSİMÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.4 DeneY ve Kontrol Grubundaki Kadınların CSİMÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.5 DeneY Grubundaki Kadınların CSİMÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.6 Kontrol Grubundaki Kadınların CSİMÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.7 DeneY ve Kontrol Grubundaki Kadınların CMKKÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.8 DeneY ve Kontrol Grubundaki Kadınların CMKKÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.9 DeneY ve Kontrol Grubundaki Kadınların CMKKÖ Ön Test Puan Ortalamalarına Göre Korku Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.10 DeneY ve Kontrol Grubundaki Kadınların CMKKÖ Son Test Puan Ortalamalarına Göre Korku Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.11 DeneY Grubundaki Kadınların CMKKÖ Öntest ve Son test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.12 Kontrol Grubundaki Kadınların CMKKÖ Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51

Tablo 4.13	Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test Kanser Tarama Yöntem Bilgi ve Uygulama Durumlarına Göre Dağılımı.....	52
-------------------	---	----

SİMGELER VE KISALTMALAR

WHO	: World Health Organization
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
ACS	: American Cancer Society
CSİMÖ	: Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
CMKKÖ	: Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
BSE	: Breast Self Examination

1.GİRİŞ

1.1. Problemin tanımı ve önemi

Kanser görülme sıklığının her geçen gün giderek artış göstermesi, hem dünya hem de Türkiye için önemli bir sağlık problemidir. Kanser vakalarının artışıdaki hızın aynı şekilde devam etmesi durumunda 2030 yılı dolayında her yıl 27 milyon yeni kanser tanısı konulacağı, her yıl 17 milyon kişinin kansere bağlı olarak yaşamını yitireceği ve kanserle mücadele eden kişi sayısının 75 milyona yükseleceği düşünülmektedir (Kaya, 2009; Tuncer, 2009). Uluslararası Kanser Ajansı'nın (GLOBOCAN) 2012 yılı verileri incelendiğinde toplam 14.1 milyon yeni kanser vakasının geliştiği ve 8.2 milyon kansere bağlı ölümün meydana geldiği belirlenmiştir. Dünya kanser raporu ve Sağlık Bakanlığının verilerine bakıldığında ise Türkiye'de kanser nedeniyle ölümün, tüm ölüm nedenleri arasında ikinci (%19.71) sırada yer aldığı belirtilmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanserdir ve her yıl 2.1 milyon kadını etkilemektedir. Meme kanseri, kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin en fazla olduğu kanser türü olup, kadınlar arasında tüm kanser ölümlerinin yaklaşık %15'ini meme kanserli kadınlar oluşturmakta, tüm dünyada, 2018'de 627.000 kadının meme kanserinden öldüğü tahmin edilmektedir (World Health Organization [WHO], 2019). Meme kanseri, daha gelişmiş bölgelerdeki kadınlar arasında daha yüksek oranda olmakla birlikte, küresel olarak hemen hemen her bölgede görülme sıklığı artmaktadır (WHO, 2019).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılı verilerine göre, meme kanseri kadınlar arasında görülen ilk 10 kanser arasında, ilk sırada yer almaktadır. Meme kanserinin görülme sıklığı yüz binde 43.8'dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). Uluslararası Kanser Ajansı özellikle meme kanserindeki artış hızına dikkat çekmekle beraber, kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının %20, meme kanserinden ölümlerin ise %14 arttığını belirtmiştir. Kanser tanısı alan her 4 kadından 1'i meme kanseridir. Türkiye'de meme kanseri tanılı kadınların %44.5'inin 50-69 yaş aralığında olduğu, %40.4'ünün ise 25-49 yaş aralığında olduğu, invaziv vakaların %11.1'inin ileri evrede olduğu belirtilmektedir (The International Agency for Research on Cancer, 2014).

Meme kanserinin kadınlar arasında en sık görülen kanser olması ve ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alması, tedavi seçeneklerinin kadın hayatına olan sosyal, psikolojik ve fiziksel etkileri sebebiyle erken tanı ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Meme kanserinde erken tanı, diğer tüm kanser türlerinde olduğu gibi morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yoludur. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi kadının yaşam süresini uzatmakta ve kadının yaşam kalitesini arttırmaktadır (Yeşerenoglu, 2005).

Meme kanserinde uygulanan erken tanı çalışmalarının amacı kanser belirti ve bulgularının açığa çıkmadan önce belirlenmesidir. Kendine kendine meme muayanesi (KKMM), klinik meme muayanesi (KMM) ve mamografi meme kanserinin erken tanısında uygulanan başlıca yöntemlerdendir. Özellikle KKMM uygulaması kolay, ucuz, noninvaziv bir işlem olması sebebiyle diğer tanı yöntemlerine göre üstün özellik gösterir. KKMM, kadının kendi bedenini tanmasını, kendi sağlığını kontrol altına almasını ve bedeninde normal olmayan bulguları önceden tanmasını sağlayan, kolay öğrenilebilen ve uygulaması zaman almayan bir fiziksel muayene yöntemidir (Gümüş, 2006).

Ülkemizde ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre; kadınların 20 yaşından sonra düzenli olarak her ay kendi kendine meme muayanesini yapması, 20-40 yaş arasındaki kadınların 2 yılda bir, 40-69 yaş arasındaki kadınların her yıl klinik meme muayenesi yaptırması ve iki yılda bir mamografi çektirmesi önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Buna karşın kadınların meme kanserine karşı erken tanı davranışlarını gösterme oranları düşük olduğu belirtilmektedir (Adams ve ark. 2006; Sönmez ve ark., 2012; Akhtari-Zavare ve ark., 2013; Fouladi ve ark., 2013). Subramanian ve ark.'nın (2013) yapmış olduğu çalışmada ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların %92.4'nün KKMM ve %87.8'inin ise mamografi ile ilgili bilgi sahibi olmasına rağmen, 40-60 yaş arasındaki kadınların %64.1'nin KKMM yapmadığını, %68.1'inin mamografi yaptırmadığını saptamışlardır. Ayrıca bu çalışmada kadınların yaş, eğitim durumu ile KKMM arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, gelir durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Donnelly ve ark.'nın (2013) yapmış olduğu bir başka çalışmada ise, kadınların %41.8'inin KMM hakkında bilgi sahibi olmasına rağmen %31.3'ünün KMM yaptırdığını saptamışlardır. Koreli Amerikalı kadınlar üzerinde

yapılan bir araştırmada kadınların KKMM, KMM ve mamografi yapma oranı sırasıyla %19.8, %46.2, %51.6 olarak saptanmıştır (Han ve ark., 2008)

Türkiye’de yapılan birçok çalışmada kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarının yeterli olmadığı bildirilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2016 yılı verilerine göre 15 yaş ve üzeri kadınların KKMM yapma oranı ayda bir % 19.7, üç ayda bir yapma oranı %7.9 ve hiç yapılmama oranı %60.6 bulunmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016). Diğer kanser türlerinde olduğu gibi erken tanı ve teşhisin bu kadar önemli olduğu meme kanseri verilerinde görüldüğü üzere, kadınların erken tanı davranışlarının ciddi oranda yetersiz olduğu görülmektedir. Kadınların meme kanseri erken tanı davranışında bulunmama nedenleri arasında; unutkanlık, eğitim durumunun düşük olması, bilgi eksikliği, muayenenin utanılması/mezhebi inançları, sağlık hizmetlerine ulaşım yetersizliği, zaman kısıtlılığı, taramalara karşı ihmaller, gelir durumunun yeterli olmaması, ailenin destek olmaması, sağlık sigortasının olmaması, randevu alamama durumu, sağlık personelinin önerisinin olmaması, kadercilik inancı gibi faktörler yer almakla birlikte tarama yöntemlerine karşı korku, meme kanseri tanısı alma ve memeyi kaybetme korkusu kadınların erken tanı davranışlarını belirlemede önemli etkindir (George, 2000; Garbers ve ark., 2003; Parsa ve ark., 2006; Ersin ve Bahar, 2011; Kıssal ve Beşer, 2011).

Meme kanseri korkusunun erken tanı davranışlarını olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmaların yanında erken tanı davranışlarını etkilemediği veya olumlu etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Champion ve ark., 2004; Yavan ve ark., 2010). Champion ve ark. (2004), orta düzey meme kanseri korkusu yaşayan kadınların erken tanı davranışı gösterme oranlarının yüksek olduğunu, buna karşın düşük ve yüksek korku düzeyinin davranış üzerinde olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Yavan ve ark.’nın (2010), 188 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %21.3’ünün düzenli olarak KKMM, %33’ünün KMM, %8.5’inin bir sene içinde ve %12.8’inin iki seneden fazla süre içerisinde mamografi yaptırdığı, %78.7’sinin hiç mamografi yaptırmadığı saptamışlardır. Ayrıca araştırmaya alınan kadınların %85.1’i ailede meme kanseri öyküsü varlığı, meme kanseri tanısı alma ve risk faktörlerinin varlığından dolayı meme kanseri korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmalarda olduğu gibi literatürde birçok çalışmaya göre meme

kanseri korkusunun tarama programlarına katılmayı etkileyen önemli bir faktör olduğu, erken tanı davranışlarını olumlu veya olumsuz yönde etkilediği görülmektedir (Lee, 2011; Karabaş, 2013; Norouznia, 2014).

Meme kanseri teşhisi alan bir kadını zor bir dönem bekler. Meme kanseri tedavisinde uygulanan yöntemler ve beden imajındaki değişimler çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (Arıkan, 2000; Elbi, 2001; Akçay, 2005). Meme kanseri tedavisinde kemoterapi, hormonoterapi, radyasyon tedavisi, cerrahi ve hedefe yönelik tedaviler yaygın olarak kullanılmakla birlikte, bu tedavi yöntemlerinin birey üzerinde sağlığı olumsuz yönde etkileyen önemli yan etkileri de bulunmaktadır. Meme kanserinin tedavi seçenekleri arasında kemoterapi ve radyoterapiye bağlı olarak bulantı-kusma, saç dökülmesi, cilt reaksiyonları, yorgunluk, anemi; cerrahi tedaviye bağlı beden imajında bozulma, psikolojik sıkıntılar (depresyon, anksiyete), lenfödem, cinsel yaşamda değişiklik, ağrı, sosyal yaşamda bozulma; hormonoterapiye bağlı vajinal kuruluk, sıcak basması, osteoporoz gibi ya etkiler görülebilmektedir. Bu tedavi seçenekleri arasında en sık uygulanan yöntem cerrahi tedavi seçeneğidir (Uras, 2006). Cerrahi tedavi uygulanması yani mastektomi ameliyatı kadının kimliği için önem taşıyan, cinselliğin, doğurganlığın ve anneliğin simgesi olan “meme” kaybı beden imgesindeki zedelenmeye bağlı olarak birçok problemin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Gümüş, 2006). Meme kanseri tedavisinde bu tedavi seçeneklerinden hangisi kullanılırsa kullanılsın, görülebilecek olan yan etkiler kişinin psikolojik ve işlevsel durumunda değişikliklere yol açarak bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Yıldırım ve ark., 2009; Karayurt, 2012; Özbayır ve ark., 2012).

İnançların sağlık davranışları üzerinde olan etkisi, KKMM ve mamografi gibi meme kanseri tarama davranışlarını araştıran çalışmalarda kuramsal çatıyı oluşturmuştur. Bu sebeple inançların sağlık davranışlarına olan etkisini belirlemede Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİM) kullanılmıştır. Yapılan birçok çalışmada, farklı yöntemlerle verilen eğitimlerin, sağlık inançlarını ve meme kanseri tarama programlarına yaklaşımlarını etkilediği, özellikle inançların ve verilen eğitimlerin duyarlılık, öz-etkililik, yarar ve sağlık motivasyonu boyutlarını geliştirdiğini ve bu alt boyutların son testte daha yüksek algılandığını göstermiştir (Janda ve ark., 2002; Thomas ve ark., 2002; Wood, 2002; Zhu ve ark., 2002).

Mortalite ve morbidite oranının yüksek olduğu meme kanserinin özellikle kadınların sağlığı/yaşamı yönünden taşıdığı risk sebebiyle erken evrede teşhis, doğru ve etkili tedavi, iyi prognoz ilişkisi dikkate alındığında, erken tanı çalışmalarının arttırılması ve yaşama geçirilmesinin önemi açıkça ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışma kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitiminin kadınların meme kanseri korkusu ve sağlık inançlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmanın hipotezleri:

H₀: Kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitimi, kadınların sağlık inançlarına, meme kanseri korkusuna ve meme kanseri tarama bilgi ve davranışlarına etki etmez.

H₁: Kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitimi, kadınların sağlık inançlarına etki eder.

H₂: Kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitimi, kadınların meme kanseri korkusuna etki eder.

H₃: Kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitiminin kadınların meme kanseri tarama bilgi ve davranışlarına etki eder.

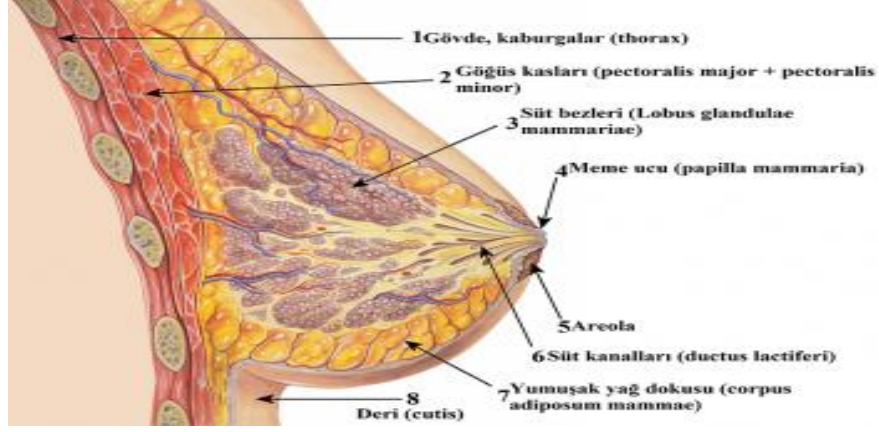
2.GENEL BİLGİLER

2.1. Memenin Yapısı

Meme üreme sisteminin fonksiyonel açıdan bir parçası olmakla beraber, yapı ve gelişim açısından deriye bağlı apokrin bir bezdir. Puberte döneminde ortaya çıkan progesteron ve östrojen hormonları memelerin gelişimine etki eder (Yıldırım, 2012). Erişkin kadın memesi üstte, ikinci ya da üçüncü kosta'nın üst sınırından başlayıp altta, altıncı kosta hizasında sonlanır. Medial sınırı sternumun kenarında, lateral sınırı orta veya ön aksiller hattadır. Meme dokusu, cilt, cilt altı yağ dokusu ve meme dokusu (parankim ve stroma) olmak üzere üç temel yapıdan oluşur (Ross ve Romrell, 1989; Osborne, 1996).

Yüzeyel fasya içinde, yuvarlak bir kitle halinde bulunan memelerin üç bölümü vardır: Corpus, aerola ve papilla mammae (Şekil 2.1). Corpus mammae, memeyi çevreleyen yumuşak yağ dokusuna denir. Aerola mammae, papillayı çevreleyen pigmente alandır. Burada büyük yağ bezlerinin boşaltım kanallarının delikleri bulunur. Papilla mammae, meme cisminin ön yüzünün merkezinden aşağıya-dışarıya doğru uzanan yaklaşık 1 cm yüksekliğinde silindirik veya konik bir yapıdadır. Bunun tepesinde, loblara ait süt kanallarının ağızları (15-20 adet delik) bulunur (Smeltzer ve Bare, 2005).

Erişkin sağlıklı bir kadının memeleri simetriktir. Meme dokusu intrauterin hayatta gelişmeye başlar ve fetal hayat, çocukluk, puberte, adölesan dönem, her ay adet döneminde, gebelikte, lohusalıkta ve menopoza kadara geçen sürede önemli değişiklikler görülür (Ünal, 2001). Memenin gelişim ve fonksiyonunda rol alan hormonlar, progesteron, östrojen ve prolaktindir. Östrojen duktal gelişimde rol oynarken, progesteron hormonu epitelin farklılaşmasından ve lobüler gelişmesinden sorumludur. Prolaktin hormonu ise gebeliğin geç evresinde ve doğum sonrası dönemde laktogenez için birincil uyarıcıdır, hormon reseptörlerinin artışı düzenleyerek epitelial gelişmeyi uyarır (Brunicardi, 2009).



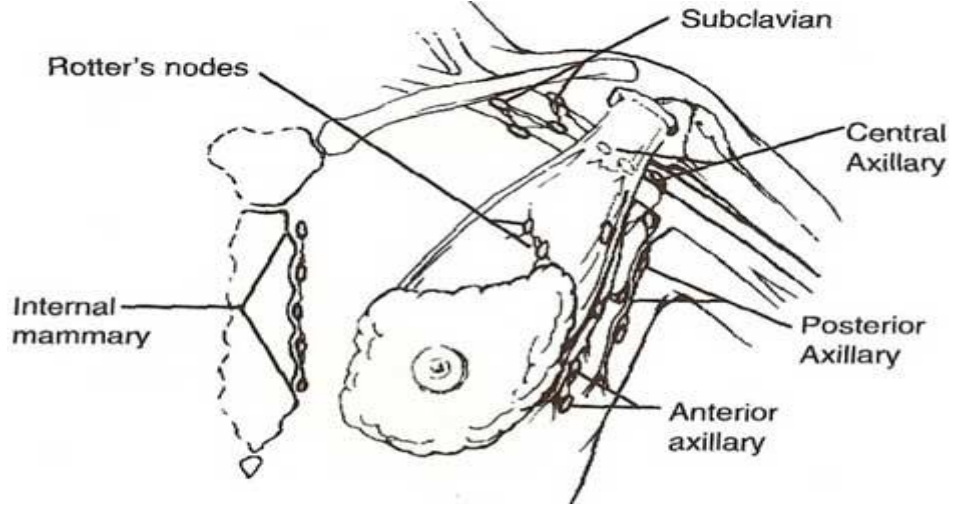
Şekil 1.1. Memenin Yandan Görünümü (Smeltzer ve Bare, 2005)

2.2. Memenin Kanlanması

Memenin kanlanmasını sağlayan damarlar, lateral torasik, internal torasik ve interkostal arterlerdir. Memenin venleri ise; torasik internal ven, aksiler ven ve interkostal vendir (Darendeliler ve Ağaoğlu, 2003).

2.3. Memenin Lenf Yolları

Lenfatik sistem vasküler sistemin bir parçası olmakla beraber kanserin yayılımı açısından çok önemlidir. İnterstisyel boşlukta toplanan lenf sıvısı lenfatik kapillere, lenfatik kapillerden önce toplayıcı lenf damarlarına ve daha sonra da lenf nodlarına drene olur. Lenf nodundan çıkan lenf damarları genişler ve daha sonra birleşerek venöz dolaşıma karışır. Lenf akımının %75'i aksillaya, %25'i internal mammae lenf nodlarına olur (Akkaş Gürsoy, 2005). Memenin lenfatikleri; yüzeysel lenfatikler (deri lenfatikleri) ve derin lenfatikler (parankimal lenfatikler) olmak üzere ikiye ayrılır. Memenin lenf nodları: eksternal mamarial, interpektoral, aksillar, skapular, internal mamarial, subklavikular ve santral lenf nodlarıdır (Darendeliler ve Ağaoğlu, 2003; Smeltzer ve Bare, 2005)



Şekil 2.2. Memenin Lenfatik Sistemi ve Aksiller Lenf Nodülleri

(Türkiye Kanser Kurumu Halk Sağlığı Başkanlığı: www.kanser.gov.tr 2014 kaynağından alınmıştır)

2.4. Memenin İnervasyonu

Memenin duysal inervasyonu başlıca 2.,3.,4.,5.,ve 6. interkostal sinirlerin anterior kutanöz dalları ile sağlanır (Rombrell ve Bland,1995; Ung ve ark., 2006). Memenin üst bölümünün duysunu ikinci ve üçüncü interkostal sinirlerinin kutanöz dalları sağlarken, asıl duyu sinirleri dördüncü, beşinci ve altıncı interkostal sinir dallarıdır. Servikal pleksustan gelen dallar ise memenin üst bölümünün sınırlı alanının duysunu sağlamaktadır. Meme ve yüzeyindeki cilde sempatik sinir lifleri gönderen bu sinirlerin, cildin ter bezlerinin sekretuar fonksiyonları ve damarlardaki kan akımında etkisi vardır. Ayrıca memenin sekretuar fonksiyonları hipofiz ve over hormonlarının kontrolü ile sağlanmaktadır (Haagensen, 1986).

2.5. Kanser Tanımı

Malign tümörler olarak da bilenen kanser hastalığı, hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalması ile meydana gelmektedir. Latince yengeç anlamına gelen kanser çağımızın en sık görülen ve en korkulan hastalıklarından birisidir. Kanser hastalığında, kanser hücreleri sınırsız bir şekilde çoğalma eğilimi gösterdiğinde anormal gen ekspresyonu gözlenir ve bu durum hücre üzerinde bazı etkilere neden olur. Hücrelerin bu anormal büyümesi nedeniyle, çok hücreli organizmalar doğru bir şekilde çalışamaz ve işletim sisteminin faaliyetlerini gerçekleştiremez. Kanser hücreleri organizma ile iş birliği içinde çalışmadığı için tek hücreli gibi

davranmaya başlar (Ruddon, 1995; El-Metwally, 2009). Hızla çoğalan bu hücrelerin oluşturduğu tümoral yapı önce yakın çevreye (lokal) daha sonra kan ve lenf yolu ile uzak organlara yayılım (metastaz) gösterir (Harris ve ark., 1993; Albert ve ark., 2003).

2.6. Meme Kanserinin Tanımı

Meme kanseri, memedeki hücrelerden kaynaklanan malign bir tümörü ifade eder. Her meme loblar olarak adlandırılan 15 ila 20 bölüme sahiptir ve bu loblar lobüller olarak adlandırılan çok daha küçük bölümlere sahiptir. Loblar ve lobüller kanal olarak adlandırılan ince tüplerle bağlanır (Akkaş Gürsoy, 2005). Meme kanseri başlangıçta süt aktaran kanal sistemi (duktus) içerisinde sınırlı iken tümoral hücreler sonradan kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine geçmektedir. Meme kanseri memenin farklı bölgelerinde başlayabilir, ancak genellikle süt kanallarının veya kanallara süt sağlayan lobüllerin iç astarında başlar. Ortalama bir gram meme kanseri dokusunun sekiz yılda geliştiği tahmin edilmektedir (Aydıntuğ, 2004).

2.7. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünyada yeni kanser tanısı alan ve kanser hastalığına bağlı ölümlerin sayısı giderek daha da artış göstermektedir. GLOBOCAN 2018 yılı verilerine göre, toplam 18.1 milyon yeni kanser vakası ortaya çıkmış ve 9.6 milyon kansere bağlı ölüm meydana gelmiştir. Dünya’da en çok tanı alan kanser vakaları, akciğer (%11.6), meme (%11.6) ve kolon (%10.2) kanseridir (GLOBOCAN, 2018).

Meme kanserinin Türkiye’deki durumu Sağlık Bakanlığı’nın 2015 yılı verilerine bakıldığında kadınlar arasında görülen ilk 10 kanser sıralaması arasında ilk sırada yer almaktadır. Meme kanserinin görülme sıklığı yüz binde 43.8’dir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017).

Uluslararası Kanser Ajansı kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının bir önceki tahminlere göre %20, meme kanserinden ölümlerin ise %14 arttığını belirtmiştir. Kanser tanısı alan her 4 kadından 1’i meme kanseridir. Ülkemizde meme kanseri tanısı alan kadınların istatistiki verilerine bakıldığında %44.5’i 50-69 yaş, %40.4 ünün ise 25-49 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Meme kanseri evreleri

incelendiğinde veri tabanında yer alan invaziv vakaların %11.1'i ileri evrededir (The International Agency for Research on Cancer, 2014).

2.8. Meme Kanseri Etiyolojisi

Kanser türlerinin birçok çeşidinde olduğu gibi meme kanserinde de tek bir etkenden söz etmek mümkün değildir (Dean, 2008; Kaymakçı, 2011; Karayurt, 2014). Hastalığın gelişmesine neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Hastalığın oluşmasına neden olan herşey meme kanserinde risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bunlardan bazıları değiştirilemeyen risk faktörleri olmakla beraber bazıları da çevrede bulunan kansere yol açan maddelerdir. Diğer risk faktörleri ise kişinin kendi yaşam tarzı ve kişisel davranışları ile ilişkili olan değiştirilebilir risk faktörleridir (Karayurt, 2014).

Meme kanseri için risk faktörleri;

2.8.1. Cinsiyet

Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yer alan kadın cinsiyetine sahip olma durumu en büyük risk faktörüdür. 100 kat artmış riski ifade eder. Erkeklerde nadir olarak görülmesine karşın kliniklerde her 100-200 kadında meme kanseri görülürken bu oran erkeklerde %1'den daha düşüktür (Özmen ve ark., 2009). Bunun sebebi ise kadınların erkeklere oranla daha fazla meme dokusuna sahip olması ve kadınların intrauterin hayattan menopoza dönemine kadar olan meme gelişimsel döneminde progesteron ve östrojen hormon düzeylerinde meydana gelen değişimdir (Karayurt, 2014).

2.8.2. Yaş

İkinci en önemli değiştirilemeyen risk faktörüdür. Over hormonlarına maruz kalma süresi ile ilgili bir durumdur. 12 yaşından önce erken menarş görülmesi ya da 55 yaşından sonra geç menopoza döneminin görülmesi meme kanseri riskini artırır. Meme kanseri 20 yaşından önce çok az oranda görülmekle beraber yaş ilerledikçe görülme oranı artmaktadır (Arsan, 1999; Sağlık Bakanlığı, 2000). Bu artışın sebebi HRT kullanımında artış, erken adet olmak ya da geç menopoza döneminde uzun süre östrojen hormonuna maruz kalınması, obezite ve yaşam süresinin uzaması ile ilişkilendirilmektedir. Amerika'da yeni vakaların %79'u ve meme kanserinden ölümlerin %88'i 50 yaş ve üzerinde olmaktadır. Meme kanserinin görülme sıklığı 85

yaşından sonrasında azalmaktadır. Bu durum, 80 yaş sonrasında tarama amaçlı mamografi çekiminin, azalması ile açıklanmaktadır (Karayurt, 2014).

2.8.3. Aile Öyküsü

Kanser türleri arasında yapılan aile çalışmalarında ailesinde meme kanseri olanlarda meme kanserine yakalanma riskinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Murff ve ark., 2004). Kadınların birinci derece yakınlarından birinde (anne, kızkardeş, kız çocuğu) meme kanseri öyküsünün bulunması riski iki kat artırırken, birinci derece yakınlarından iki kişide bulunması riski üç katına çıkarmaktadır. İkinci derece akrabasında (hala, teyze, babaanne, anneanne) meme kanseri öyküsünün bulunması riski daha az yükseltmektedir. Ancak meme kanseri teşhisi konulan kişi anne tarafından akraba ise, teşhis 50 yaşından önce konulduysa ve bilateral meme tutulumu varsa bu risk yükselmektedir. Anne veya kızkardeşinde meme kanseri öyküsü olan bir genç kadında yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski yüzde ellidir (Bavbek, 2003).

2.8.4. Irk

Beyaz tenli kadınlarda zencilere göre meme kanseri görülme oranı %20 daha fazladır. Fakat mortalite oranı siyah ırkta daha yüksektir. Bu durumun en önemli sebebinin siyah ırktaki insanların yaşadığı ülkelerdeki sosyoekonomik durum ve yaşam tarzı kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Özmen ve ark., 2009).

2.8.5. Genetik Mutasyon

Kalıtsal meme kanserlerinin çoğunluğu (%50-60) 17 numaralı kromozomda bulunan Breast Cancer-1(BRCA-1) ve Breast Cancer-2 (BRCA-2) genlerinden birini etkileyen mutasyona bağlıdır. BRCA-1 östrojen hormonunun reseptör aktivitesini düzenler ve meme dokusunun profilerasyonuna neden olan östrojeni kontrol eder. DNA kromatininin yeniden şekillenmesini ve DNA'daki hasarların onarılmasını sağlar. BRCA-2 ise sadece DNA'yı onarır ve kromatinin yeniden şekillenmesini sağlar. BRCA-1 ve BRCA-2 genleri normalde tümör baskılayıcı bir genidir. Hücrelerin anormal şekilde büyümelerini önler. BRCA-1 ya da BRCA-2 genlerinde mutasyon bulunan kadınların, meme ya da over kanserine yakalanma risklerinin mutasyon bulunmayan kadınlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Smeltzer ve Bare 2005; ACS 2013, 2015). Aynı ailede BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonlarının

varlığında meme kanseri riski yaklaşık %80 daha fazladır (Öztürk, 2006; Kaymakçı, 2011).

2.8.6. Yoğun Meme Dokusu

Yoğun meme dokusuna sahip olan kadınlarda daha fazla meme dokusu (parankim dokusu) ve daha az yağ dokusuna sahip olduğu için meme kanserine yakalanma oranları daha yüksektir. Yoğun meme dokusunun bulunduğu kadınlarda meme kanseri riskinin 4-5 kat artmış olduğu düşünülür (Özmen, 2008).

2.8.7. Hormonlar

Erken menarş (12 yaşından önce), geç menopoz, hiç doğum yapmamış ve ilk gebeliğin 35 yaşından sonra olması, meme kanserinin gelişmesinde etkili faktörlerdir. İlk adet yaşı 16 olan kızlar, ilk menarş yaşı kendisinden iki-dört yaş daha küçük olan kızlara oranla meme kanserine yakalanma riski %10-30 daha azdır (McPherson ve ark., 2000; Vogel, 2003). Genel olarak menarşın bir yıl bile daha geç olmasının, meme kanserine yakalanma riskinin %20 azalttığı kabul edilmektedir. Menopoza 45 yaşından önce giren kadınların, menopoza 55 yaşında giren kadınlara oranla meme kanseri riski daha azdır. Overlerin 45 yaşından önce cerrahi olarak çıkarılmasının da meme kanseri risk oranını %75 azalttığı bildirilmektedir (American Cancer Society, 2008).

Geç doğum yapmış veya hiç doğum yapmamış kadınların yaşam boyu meme kanserine yakalanma riski yüksektir. Hiç doğum yapmamış kadınlara oranla ilk doğumunu 35 yaşından sonra yapan kadınlar meme kanseri olma açısından daha risklidir. İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan kadınlar, daha genç kadınlara göre iki kat daha yüksek riske sahiptirler. Erken yaşta ikinci doğumunu yapan kadınların meme kanseri olma riski daha da azdır (McPherson ve ark., 2000).

2.8.8 Daha Önce Malign ya da Benign Meme Hastalığı Öyküsünün Olması

Bir memede kanser olması diğer memede kanserin gelişme riskini 2-6 kat, atipik hiperplazi ise 4-5 kat artırmaktadır. Fibrokistik meme hastalığı gibi iyi huylu meme hastalığının meme kanseri oluşturma riski tartışmalıdır (ACS, 2010).

2.8.9. Göğüs Duvarına Yüksek Doz Radyasyon

İkinci dünya savaşı sırasında 13-19 yaş arasındaki radyasyona maruz kalan genç kızlar üzerinde yapılan araştırmada meme kanseri gelişme riskinin iki kat arttığı gözlemlenmiştir. Radyasyon tedavisinin alınmasından 8 sene sonra meme kanseri riski başlamakta ve 25 yıl sonrasında en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. 40 yaşından sonra alınan radyasyon tedavisinin ise meme kanserinin gelişmesinde fazla risk taşımadığı gözlemlenmiştir (Travis ve ark., 2003). Tanı ve tarama amaçlı uygulanan mamografinin meme kanserini artırıcı bir risk taşımadığı belirtilmiştir (Kaymakçı, 2011).

2.8.10. Çocuk Sahibi Olma

Çocuk sahibi olmayan kadınların, çocuk sahibi olan kadınlara göre meme kanseri olma riski daha yüksektir. Çocuk sahibi olma ve genç yaşta gebe kalınması meme kanseri olma riskini azaltmaktadır. Bu durum gebeliğin yaşam boyu toplam menstrual döngü sayısını azaltarak riski de azaltması ile açıklanmaktadır (ACS, 2014).

2.8.11. Emzirme

Emzirmenin meme kanseri üzerindeki etkisi henüz tam olarak bilinmemesine rağmen, emzirme ile ovuluar dönemde kısalmanın meme kanseri riskini azalttığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmaların birçoğunda bir yıl ve daha uzun süreli emziren kadınlarda emzirmenin meme kanseri riskini azaldığı göstermektedir (ACS, 2014)

2.8.12. Alkol ve Sigara Kullanımı

Alkolün günde 2-5 kadeh tüketilmesinin meme kanserinde belirgin bir artışa sebep olduğu belirtilmektedir (Smeltzer ve Bare, 2005; Lester, 2007). Özellikle 30 yaşından önce alkol tüketiminin artması ve günde bir bardaktan fazla tüketilmesi riski arttırmaktadır (Veronesi ve ark., 2005).

Sigara tüketiminin meme kanseri insidansı ile pek ilişkili olmadığı belirtilse de ACS tarafından yapılan bir meta analizde sigara tüketen kadınların sigara tüketmeyen kadınlara göre %12 daha fazla risk taşıdığı bulunmuştur (Gaudet, 2013).

2.8.13. Oral Kontraseptif Kullanımı ve Hormon Replasman Tedavisi

Progesteron ve östrojen gibi steroid hormonlar, hücre membranını geçerek, hücre çekirdeğindeki reseptörlere bağlanır ve DNA transkripsiyonuna etki eder. Steroid hormonların mutajen olup olmadığı bilinmemekle beraber, tümör hücrelerine uyarıcı etki yaparak, bölünerek çoğalmasına neden olduğu düşünülmektedir. Erken yaşta ya da uzun süreli oral kontraseptif kullanımının (10-15 yıl üzeri) riski arttırdığı belirtilmiştir. Özellikle 20 yaşından önce kullanmaya başlayan kadınların 20 yaşından sonra kullanmaya başlayanlara oranla daha fazla risk taşıdıkları belirtilmektedir (Gross, 2000; McPherson ve ark., 2000; Dozier ve Mahon, 2002).

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

2.8.14. Beslenme ve Fiziksel Aktivite

Meme kanseri ile beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma yapılmasına karşın, diyetin meme kanseri üzerindeki etkilerini gösteren kesin bir kanıt yoktur (Thomson, 2012; Vera-Ramirez, 2013).

Egzersiz ise östrojen hormonunun düzeyini azaltır, bağışıklık sistemini iyileştirir, vücut yağ oranını düşürür ve hücre çoğalmasına neden olan bazı hormonların etkisini azaltır. Aynı zamanda kız çocuklarında ilk adeti geciktirir. 12-24 yaş grubu arasında düzenli egzersiz yapılmasının meme kanseri riskini %20 azalttığı saptanmıştır. Adolesan dönemde, fiziksel aktivitelerde her 1 saatlik artışta meme kanserinde ek %3 azalma sağladığı saptanmıştır. Erişkinlerde haftada beş gün 30 dakikalık yürüyüş, ideal egzersiz olarak önerilmektedir (Veronesi, 2005).

2.8.15. Kozmetik Ürünler

Deodorant gibi kozmetik ürünlerin içerisinde bulunan parabenin, östrojenik etkisi olduğu ve meme kanseri dokusunda tespit edilip, meme kanserinin gelişimde rol oynadığı belirtilmiştir. Ancak uzun süreli bu kimyasal maddelerinin kullanımının güvenli olduğu ve meme kanserine neden olacak düzeyde etkinlik göstermediği belirtilmektedir. Bu sebeple, kozmetik ürünlerinin kullanımında dikkatli olunması, gelişigüzel kullanılmaması yararlı olabilir. Aynı zamanda kullanılacak olan kozmetik ürünlerin kaliteli ve güvenilir olmasına dikkat edilmelidir (Haneweer ve ark., 2005)

2.9. Meme Kanseri Belirtileri ve Bulguları

Meme kanserinin erken tanısında kadınında en az hekim kadar rolü vardır. Yapılan birçok çalışmada kadınların memedeki değişiklikleri %90 oranında kendilerinin fark ettikleri ve kliniklere başvurdukları bilinmektedir (Gümüş, 2006). Bu belirti ve bulgular şu şekildedir;

2.9.1. Kitle

Memede görülen birçok hastalığın ortak özelliğidir. Hareketsiz ve genellikle ağrısızdır. Tek taraflı, zor palpe edilebilen, sınırları belirlenebilen, şekilsiz yapıdadır. Birçok araştırma sonuçlarına göre elle hissedilen kitlelerin en az 1 cm olduğunu göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2000; Smeltzer ve Bare 2005; ACS, 2013; 2015). Memede kitle birçok meme hastalıklarının ortak belirtisi olmasına rağmen, her kitle kanserle ilgili olmayabilir.

2.9.2. Ağrı

Meme kanserinin başlangıcında ağrı olmayabilir, fakat meme kanserinin son dönemlerinde, hasta bıçak saplanır tarzda, kitlenin olduğu bölgede keskin ve aralıklı ağrıdan söz edebilir (ACS, 2015).

2.9.3. Meme Başı Akıntısı

Meme ucundan akıntı gelmesi kadınların yaklaşık olarak %20'sinde görülür. Genelde temiz sütlü, sarımtırak ya da yeşile kaçan renkte akıntı gelmesi sıkıntılı bir durum değildir. Kanlı ya da sulu akıntı gelmesi, tek memeyi veya tek meme kanalında görülüyorsa anormal olarak kabul edilir ve anormal akıntıların %10'u meme kanseridir (Sağlık Bakanlığı, 2000).

2.9.4. Meme Başında Retraksiyon

Tümör büyüdükçe ve etrafındaki dokulara yayıldıkça retraksiyon belirtileri görülmeye başlar. Memenin subareolar kısmında görülen kanserlerde meme başı içeri çekilir (Parlar ve ark., 2005).

2.9.5. Meme Derisinde Ülser ve Eritem

Kanserin ileri evrelerinde kanser hücrelerinin ilk olarak derin fasyaya sonra pektoral kasa ve göğüs duvarına ilerlemesi ile oluşur (Ünal, 2001).

2.9.6. Lenf Nodlarında Büyüme

Kanser hücrelerinin lenf nodüllerine doğru ilerleyerek metastaz yapması sonucu lenf nodüllerinin tıkanmasına bağlı olarak gelişir (ACS, 2013; 2015).

2.9.7. Meme Derisinde Çukurlaşma

Kanser hücrelerinin deriye ulaşarak ve deriyi içeri çekmesi sonucu oluşur (ACS, 2013; 2015).

2.9.8. Forgue Belirtisi

Kanserin bulunduğu göğsün dik, dolgun ve daha yukarıda olmasıdır. Memenin üst kadranında meydana gelen kanserlerinde meme başının kitleye doğru çekilmesi sonucu oluşur (Ünal, 2001).

2.9.9. Meme Üzerindeki Deride Ödem, Portakal Kabuğu Görünümü (Paud'orange)

Meme kanseri hücreleri, Cooper ligamentindeki lenf damarlarına doğru ilerleyerek yüzeysel lenf damarlarına ulaşması sonucu lenf dolaşımı bozulur ve ödem gelişir. Lenf akımının yavaşlamasına bağlı olarak deri ve deri altı dokusunun beslenmesi bozulur. Deri kalınlaşır, kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalır ve bu durum deride portakal kabuğu görünümüne neden olur (Romieu, 1996).

2.10. Meme Kanserinden Korunma

Meme kanserinin görülme sıklığının artması ile beraber meme kanserinden korunma yolları da büyük önem kazanmıştır. Epidemiyolojik veriler, meme kanserinin kadınların yaşamını tehdit eden en önemli risk unsurlarından birisi olduğu göstermektedir. Bu sebeple risk seviyesini azaltmak için, tutum ve davranışlar ile kanserden korunma, erken tanı ve tedavi ile yaşam süresinin uzatılması gerekmektedir. Bu durum ise birincil, ikincil ve üçüncül korunma yöntemleri ile sağlanabilmektedir (Abaan, 1996; Lester, 2007).

2.10.1. Birincil Korunma

Birincil korumada amaç, kansere yönelik tüm risk etmenlerine karşı önlem almak ve kanserin gelişmesini engellemektir. Birincil korumada kontrol altına alınabilecek risk faktörleri, sağlıklı kiloyu koruyacak yiyeceklerin seçilmesi, haftada en az beş gün en az otuz dakikalık egzersiz yapılması, aşırı kilolu ise kilo vermek, 30 yaş sonrası gebeliklerin en aza indirilmesi, yeni doğanın en az altı ay emzirilmesi şeklinde sıralanabilir (Parlar ve ark., 2005; Smeltzer ve Bare, 2005). Amerikan Kanseri Derneği (2015)'nin birincil korumaya yönelik beslenme ve fiziksel aktivite rehberi şu şekildedir;

Yaşam boyu ideal kilonun korunması

- Fiziksel aktivite yapmakla birlikte dengeli kalori alımını sağlamak
- Obez ise kilo vermek
- Yaşam boyu aşırı kilo almaktan kaçınmak

Yaşam biçimi olarak fiziksel aktivitenin seçilmesi

- Haftada en az beş gün 30 dakika egzersiz yapmak
- Yapılan egzersizin en az 45-60 dakika yapılması

Sağlıklı diyet uygulamak

- Sağlıklı kiloyu korumaya yönelik yiyecekleri seçmek
- Günde beş veya daha fazla porsiyon meyve ve sebze tüketmek
- İşlenmiş tahıl yerine tam tahıl tercih etmek
- İşlenmiş yiyecek, kızartma ve kırmızı et tüketimini sınırlamak

Alkol kullanımını sınırlamak

- Günlük alınan alkol miktarını bir bardakla sınırlamak

2.10.2. İkincil Korunma

Tarama yöntemleri ile erken teşhisi ve etkili tedaviyi sağlayarak kanserin daha fazla ilerlemesinin önlenmesidir. İkincil korumada kullanılacak tarama yöntemleri; kendi kendine meme muayenesi, mamografi ve klinik meme muayenesidir. Meme kanserinin klinik belirtileri ortaya çıkmadan önce erken dönemde saptanması ve bireyin iyileşme şansının artırılması, yaşam kalitesi ve süresini yükselterek morbidite ve mortalite oranının düşürülmesi amaçlanmaktadır (Smeltzer ve Bare, 2005).

2.10.3. Üçüncül Korunma

Üçüncül korumanın amacı, kanser tanısı almış bireylerin komplikasyonlarla ilgili tedaviyi ve ikinci primer kanserin önlenmesini ve erken tanısını sağlamaktır. Özel tanı ve tarama testlerin uygulanması, yeni kanser gelişimi önlemek için kimyasal ilaçların kullanımı üçüncül koruma içerisinde yer alır. Ayrıca kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonu, ikincil malignensiler için risk faktörlerini, ikincil meme kanserinin erken tanılanmasını ve diğer uzun süreli komplikasyonların mümkün olduğunca azaltılması stratejilerini de içerir (Mahon, 2005)

2.11. Meme Kanseri Tarama Yöntemleri

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı'na önerilen ve ülkemizde kullanılan ulusal kanser tarama protokolüne göre;

- 20-40 yaş: Her ay KKMM, 2 yılda bir KMM,
- 40-69 yaş: Ayda bir KKMM, yılda bir KMM, 2 yılda bir Mamografi çektilmesi önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Meme kanserinin erken tanısında KKMM oldukça önem taşımaktadır. Ucuz, zaman almayan ve noninvaziv bir işlem olan KKMM her ay yapılan kontrole kadınların meme kanseri kitle oluşumlarını kendileri saptayarak erken tanı konulmasını sağlamaktadır. Bu işlemin doğru olarak uygulanabilmesi için deneyimli sağlık personelleri tarafından eğitimin verilmesi ve bu konuda kadınların bilinçlendirilmesi gerekmektedir (Açıkgöz ve Ergör, 2013; Karayurt, 2014).

2.11.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

1900'lü yıllarda Amerikalı cerrah William Halsted'in "lokal belirtilerle başlayan meme kanseri erken dönemde tanı konulursa, tedavi edilmesi daha kolay olur" görüşü ile; yine Amerikalı bir cerrah olan Hugh Auchincloss'un 1927'de kadınların KKMM yapmalarının önemini kavraması ve düşüncelerini "*kadınlar büyük bir olasılıkla memelerindeki kitleleri, hekim tarafından gerçekleştirilen fizik muayeneden çok daha önce fark edebilirler. Meme kanserine bağlı ölümlerin azaltılmasında en önemli yol budur. 20 yaş ve üzerindeki her kadın yaşamı boyunca her beş haftada bir memesinde kitle olup olmadığını düşünerek kontrol etmelidir*"

şeklindeki açıklamasıyla KKMM'nin temelleri atılmıştır (Akyolcu, 1988; Gürsoy, 2008). Kendi kendine meme muayenesi ilk olarak 1950'li yıllarda Kuzey Amerika, Avustralya ve Avrupa'da başlayarak bugüne kadar sürmüştür. Bu süreçte KMMM ile ilgili birçok kitapçık, el broşürü, video gibi eğitim materyalleri hazırlanarak KKMM'nin önemi anlatılmış verilen eğitimlerle ve basın aracılığı ile yaygınlaştırılması sağlanmıştır (Gürsoy, 2008).

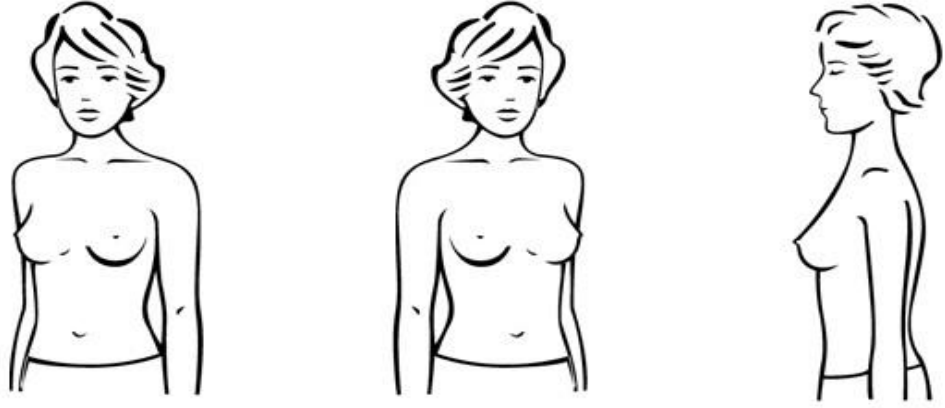
2.11.1.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapılma Zamanı

KMMM her ay düzenli olarak yapılan bir muayene tekniğidir. KMMM için en uygun zaman, memelerin hassasiyetinin ve gerginliğinin en az olduğu döneme denk gelen menstruasyondan 5-7 gün sonrasıdır. Adet kanamasından önceki dönemlerde hormonal etkilere bağlı olarak memeler daha hassas, konjesyone, dolgun ve gergin olacağı için bu zamanlarda yapılan muayenede palpasyon bulguları yanıltıcı olabilir. Postmenopozal dönemde olan ya da adetleri düzenli olmayan kadınların KKMM'yi her ay aynı günde (örn: ayın birinci günü) yapması gerekir. Emziren anneler, kendi kendine meme muayenelerini memeleri boşken yapmalıdırlar (Carney ve ark., 2006; ACS, 2010; 2013; 2015).

2.11.1.2. Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapılma Teknikleri

Gözle Yapılan Meme Muayenesi

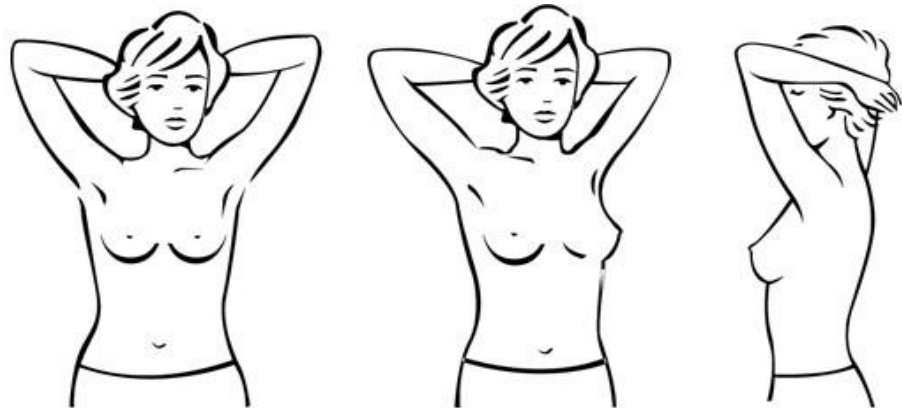
Gözle değerlendirme KKMM'nin ilk basamağını oluşturur. Bu meme muayenesi şeklinde belden yukarı çıplak olarak yeterli ışık kaynağında ayna karşısına geçilir. Daha sonraki aylık kontrollerde oluşabilecek değişikliklerin farkına varılması için ilk muayenede ki memenin normal durumunu, duruş şeklini memelerin şekil ve büyüklerinin kayıt edilmesi gerekir. Ayna karşısında her muayenede, memelerin büyüklüğündeki ve şeklindeki değişimler, meme başında içe çekilme, şişkinlik, meme derisinde çukurlaşma ve renk değişikliği bulguları olup olmadığı kontrol edilir. İlk olarak kollar her iki yana gevşek bir şekilde bırakılır ve memenin görünüşü incelenir. Memeler büyüklük ve şekil değişikliği, meme derisinde kaşıntı eritem, göğüs ucunun şekli ve duruşu bakımından incelenir (Şekil 1.3), (Aktan ve İnan, 2004; Avcı ve Işıklı, 2006).



Şekil 1.3. Memelerin Kollar Serbestçe Yanlarda Gözlemlenmesi

(http://www.memeder.org/kkm_nedir.htm)

Daha sonra kollar yukarı kaldırılır ve memenin görünüşü incelenir. Özellikle meme başının hizası ya da iki meme arasında şekil ve büyüklük bakımından farklılıklar gözlemlenir (Şekil 1.4). Kollar aşağıda olacak şekilde vücut öne doğru eğilir. Kollar ve dirsekler dışarı doğru döndürülerek meme kasları sıkılır. Meme bu esnada öne doğru düşer ve memede şekil ve dış hat değişikliklerinin olup olmadığına bakılır (Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği, 2013). Pektoral kasların gerilmesi için eller kalçalara koyulup bastırılır. Bu duruş şeklinde iken meme uçlarının her ikisinde içe çekilme, meme derisinde büzülme bulgusu varlığı kontrol edilir. Bu pozisyonda iken meme kenarları şekil bozukluğu açısından incelenir (Kaymakçı, 2001).



Şekil 1.4. Memelerin Kollar Yukarı Kaldırıldıktan Sonra veya Her İki Kol Başın Arkasında Gözlemlenmesi (http://www.memeder.org/kkm_nedir.htm)

Elle Yapılan Meme Muayenesi

İkinci aşama memelerin dokunarak muayene edilmesidir. Bu muayene duşta su ve sabun ile meme dokusunun daha kaygan olması sağlanarak yapılabileceği gibi ayna karşısında su ve sabun yardımı ile kayganlaştırılabilir. Meme dokusunun yoğunluğu çeşitlilik göstermektedir. Genç kadınlarda meme dokusu sıkı ve elastik iken, yaşlılarda gevşek ve modüler olabilmektedir. Hastanın kendi meme dokusuna aşina olması oldukça önemlidir ve aylık düzende meme muayenesi ile kazanılmaktadır (Görgülü, 2014).

Memenin elle muayenesinde dikkat edilmesi gereken en önemli hususlardan birisi muayene edilecek alanın belirlenmesidir. Muayene edilecek alan, göğüs kemiğinin ortasından koltuk altının orta hattına kadar, yukarıda köprücük kemiğinden aşağıda memeden birkaç santimetre aşağıya kadar olan bölgedir. Özellikle koltuk altında bir şişlik ya da kalınlaşma olup olmadığı muayene esnasında kontrol edilmelidir. Muayene esnasında her iki taraf için de köprücük kemiğinin altı ve üstü muayene edilir. Bir el ile göğüs desteklenirken diğer el ile de meme dokusu hissedilmeye çalışılır. Başparmak hariç elin diğer üç parmağı kullanılarak muayene işlemi gerçekleştirilir (ACS, 2015), (Şekil 1.5).

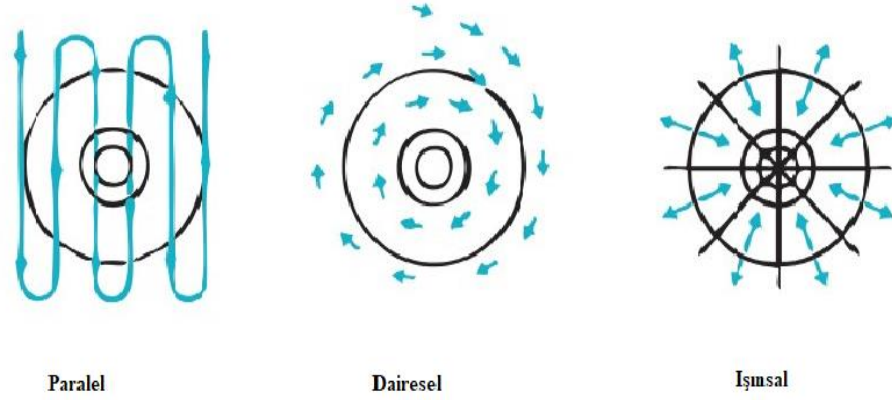


Şekil 1.5. KKMM’de Muayene Edilmesi Gereken Bölgenin Belirlenmesi

(Parlar ve ark., 2005).

Elle muayene esnasında üç çeşit muayene şekli kullanılabilir. Kişi kendini hangi muayene şeklinde rahat hissederse o yöntemi kullanabilir. Muayene şekilleri,

dairesel, paralel ve ışınsal tarzdadır. Bu muayene şekli gerçekleştirilirken önce yüzeysel daha sonra derin palpe edilir (Şekil 1.6).

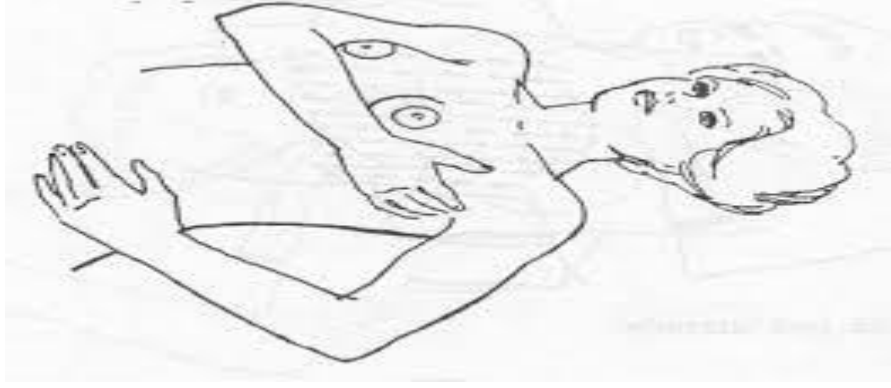


Şekil 1.6. KKMM'de Muayene Şekilleri (ACS, 2015)

Muayene esnasında Meme bir saat yüzeyi gibi düşünülerek saat 12 yönünde 1'e doğru küçük dairesel hareketlerle meme dokusu palpe edilir. Daha sonra aynı işlem meme başına yakın olan çevre için küçük bir daire gibi düşünülerek aynı saat 12 yönünden 1'e doğru ilerletilir ve tekrar 12'ye gelinceye kadar devam edilir. En son meme başı için aynı işlem yapılır. Bu işlem tüm meme yüzeyi taranincaya kadar devam edilir. Her yerin iyice palpe edildiğinden emin olunur. Koltuk altı ve yukarıya doğru olan bölümlerde palpe edilir. Parmaklar düz olacak şekilde meme başına yerleştirilir. Çevresinde herhangi bir değişiklik olup olmadığı kontrol edilir. Meme başı nazıkçe içeri doğru bastırılır. Normalde meme başı kolaylıkla hareket olması gerekir. Her iki meme muayenesi gerçekleştirildikten sonra işlem sonlandırılır (Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği, 2013).

Yatar pozisyonda elle değerlendirme

Daha sonra sırtüstü uzanılır. Sağ omuz altına katlanmış havlu ya da ince bir yastık koyulur. Sağ el avuç içi yukarı bakacak şekilde başın altına yerleştirilir. Tüm parmaklar düz ve bir arada olacak şekilde sol el ile sağ meme dokusu palpe edilir. Muayeneyi kolaylaştırmak için vücut losyonu kullanılabilir. Sağ meme dokusunun muayenesi gerçekleştirildikten sonra aynı işlem sol meme için tekrar edilmelidir (Şekil 1.7), (World Health Organization, 2012).



Şekil 1.7. KKMM’de Koltuk Altı Muayenesi

(Parlar ve ark., 2005)

2.11.2. Klinik Meme Muayenesi

KMM, meme kanserinin erken teşhisi için önerilen başlıca diğer tarama yöntemlerinden birisidir. Meme dokusu yoğun olan kadınlarda (emziren ve hamile kadınlarda, yaşı genç olanlarda) mamografi çektirmek sınırlı olacağından dolayı önerilmektedir.

Türkiye’de ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre 20-40 yaş arasındaki kadınlarda iki yılda bir, 40-69 yaş arasındaki kadınlarda ise yılda bir kez yapılmasını önermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

KMM, hasta oturur ve yatar pozisyonda olmak üzere iki aşamada yapılmaktadır. Kullanılan muayene teknikleri ise inspeksiyon ve palpasyon yöntemleridir. Bu fiziksel muayene esnasında; meme derisinde çukurlaşma, şişkinlik, meme ucunda içe çekilme, renk değişikliği, memelerin şekil ve büyüklüğü ve koltuk altı muayenesi yapılarak hasta gözlemlenir ve palpasyon yöntemiyle meme dokusu meme kanseri belirtileri açısından kontrol edilir (Albert, 2003; Eti Aslan ve Gürkan, 2007; Ferlay ve ark., 2012; Bray ve ark., 2013; ACS, 2015).

2.11.3. Mamografi

Mamografi, düşük doz x ışınları ile, meme dokusunun röntgen filmi üzerine görüntüsünün çekilmesidir. Mamografi memede muayene esnasında ele gelmeyen kitlelerin tanısında kullanılan önemli bir görüntüleme yöntemidir. Ancak tespit edilen kitlenin malign ya da benign olduğu hakkında güvenilir bir bilgi vermemektedir (Hacıyanlı ve Göksel, 2005). Mamografi tanı için kullanıldığı kadar tarama içinde kullanılmaktadır. Taramada amaç, meme kanseri yönünden hiçbir

bulgusu olmayan kadınlarda var olan oluşumların, olabildiğince erken aşamada yakalanıp ortaya çıkarılmasıdır. Türkiye’de 40-69 yaş arası tüm kadınların her iki yılda bir mamografi çekmesini önermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.12. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli (SİM), ilk olarak 1950 yılında bireylerin kendi sağlıklarını korumada sorumluluk almalarını sağlarken, kendilerini korumada sorumluluk almama nedenlerini anlamak için kavramsal çerçeve oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir (Avcı ve Işıklı, 2006). Model, 1950’lerin başında, hastalığın önlenmesi ve erken tanıda yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak amacıyla, Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Beji ve Başgöl, 2016). Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ile ilgili belirleyicilerin açıklanmasıdır (Glanz ve ark., 2002; Beji ve Başgöl, 2016). Sağlık ile ilgili girişimlerin geliştirilebilmesi ve istendik sağlık davranışlarının oluşması için, sağlık davranışına yönelik tutumların tanımlanması ve bu tutumlarda değişiklik meydana getirilmesi ile sağlanabilir. Sağlık İnanç Modeline göre davranış değişikliği oluşturmak için bireyin kişisel inançlarını değiştirmek gereklidir (Özvarış, 2001; Çenesiz, 2007).

2.12.1. Sağlık İnanç Modeli’nin Majör Kavramları

Sağlık inanç modelinin major kavramları 6 alt başlığa ayrılır:

Duyarlılık algısı: Bireyin sağlık ya da hastalık konusunda kendisini nasıl algıladığı, kendisini belli koşullarda incinebilir ve hassas hissetmesi durumudur (Mutlu, 2007; Champion, 2008). Algıda etkisi olan psikososyal, demografik, sosyoekonomik ve hastalıkla ilgili değişkenler algıda etkin rollere sahip faktörlerdir. Örneğin; ailesinde kanser öyküsü bulunan ve kanser vakaları gelişen birey ile kanser vakaları görünmeyen bireyin hastalığı tehdit olarak algılamaları farklıdır. Ailesinde kanser vakaları görülen birey bu hastalığı kendisi için yüksek oranda bir tehdit unsuru olarak algılayabilir (Clemen ve ark., 2002; Champion, 2008).

Ciddiyet algısı: Bireyin hastalığa yakalanması durumunda ne kadar ciddi sonuçları olduğunu ve tedaviyi kabul etmeme durumunda ortaya çıkabilecek sonuçları değerlendirmelerini içerir. Bireyin koruyucu sağlık davranışlarını sergilemesi hastalığı algıladığı ciddiyet ile ilişkilidir (Nahçıvan ve Seçginli, 2003).

Yarar algısı: Ciddi olduğuna inanılan bir duruma duyarlı olunduğunun kabulü, kişiyi davranışa zorlar. Bu sayede birey tarafından yapılacak davranış sonrası, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yararadır. Birey, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmekte ve önerilen koruyucu davranışların hastalığın şiddetini azaltacağına inanmaktadır (Nahçıvan ve Seçginli, 2003).

Engel algısı: Bireyin hastalığın gelişmesinin önlenmesinde, sağlığın korunması ve sürdürülmesine yönelik olarak koruyucu davranışların eyleme dönüştürülmesinde tanımladığı engellerdir. Engelleyen durumlar arasında, “ağrı, maliyet, utanma ve zahmet” olabilir (Uzun ve ark., 2004). Kişi, çeşitli nedenlere bağlı olarak, koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirirken bireysel ve toplumsal düzeyde, çeşitli engeller algılayabilir. Koruyucu sağlık davranışlarının eyleme dönüştürülmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan yarar ve algılanan engel arasındaki farktır (Baltaş, 2004).

Eyleme yöneltenler: Hastalığın bir tehdit unsuru olarak algılanmasında rol alan ve eyleme yönelten faktörler kapsamında, gazete ve dergiler, sağlık kontrolü için hatırlatıcı uyarılar, büyük medya kampanyaları, arkadaş veya aile üyelerinden birinin hastalanması yer almaktadır. Eyleme yönelten en etkili yöntemlerden biri de eğitimidir (Topal, 2005).

Öz-etkililik/yeterlilik: Kişinin bir eylemi başarı ile gerçekleştirmeye olan inancıdır. Bireyin kendi etkililiğine/yeterliliğine olan inançlarını; davranış değiştirme amacını, amacına ulaşma gayretini, motivasyonunu zayıflatan sorunlar ve engellerle mücadele etme gücünü etkiler. Öz-etkililik/yeterlilik algısı yüksek olan bireyler eylemi gerçekleştirmede veya başarmada öz-etkililik/yeterlilik algısı düşük olanlara göre daha fazla çaba harcarlar ve sonuçta eylemi gerçekleştirmede daha fazla etkin olurlar (Karayurt ve Dramalı, 2007).

2.13. Meme Kanseri Korkusu

Kanserle ilgili korku tanımı ilk olarak 1940’larda tanımlanmıştır. Sağlıkla ilgili davranışların temel parçası kabul edilmektedir. Bu kavram modeli 1992 yılında Witte tarafından geliştirilmiştir. Bu modele göre korku; kişisel olarak algılanan bir tehdit nedeniyle olumsuz duyguların eşlik ettiği yüksek düzeyde fizyolojik uyarılma olarak tanımlanmaktadır (Witte, 1992). Korku bir duruma karşı değil, içinde

bulunulan duruma karşı geliştirilen düşüncelerden meydana gelmektedir. Korku içerdiği tehlike nedeniyle kaçma davranışının oluşmasına neden olabilmektedir (Gençöz, 1998).

Meme kanseri korkusu; meme kanseri tehdidine karşı bireylerin verdiği duygusal ve fizyolojik tepki anlamına gelmektedir. Meme kanseri erken tanı davranışlarını yapmaya engel olan korku, meme kanseri tanısı alma, memeyi kaybetme düşüncesi, acı, ölüm, ağrı hissi gibi düşünceler ile ortaya çıkmaktadır (Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği, 2013). Kişiler bu duruma yönelik korkularının kaynağı olan düşüncelerini gerek sosyal çevresinden, gerekse medya yoluyla geliştirirler. Bu sebeple korkuya karşı verilen davranışsal ve fizyolojik tepkinin gelişmesinde, bireyin olayı doğrudan yaşaması gerekmez, çevreden edinilen bilgi ve deneyimler de aynı reaksiyonların gerçekleşmesine neden olabilmektedir (Gençöz, 1998).

Meme kanseri korkusu yaşayan bireyler, korku ile baş edebilmek için erken tanı davranışı göstermeyebilirler. Bu kişiler tıbbi protokollere uymayı ve koruyucu sağlık hizmetlerini kullanmayı reddederler. Yapılan çalışmalar da korkunun erken tanı davranışlarını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Afro-Amerikalı kadınlar ile yapılmış olan bir araştırmada meme kanseri korku düzeyi ile erken tanı davranışlarını ve önerileri yerine getirme arasında ilişki olduğu, korku düzeyi yükseldikçe tarama davranışlarının azaldığı ve önerilere daha az uyulduğu bulunmuştur (Talbert, 2008).

Zhang ve ark.'nın (2012) ailesel meme kanseri öyküsü olan bir grup kadınlarla yaptığı çalışmada, meme kanseri korku seviyesi kadınların % 18'inde "yüksek" seviyede, % 48'inde "orta" seviyede ve %34'ünde ise düşük seviyede bulunmuş, yüksek ve düşük seviyede meme kanseri korkusu yaşayan kadınların, orta düzeyde meme kanseri korkusu yaşayan kadınlara oranla daha az KMM ve mamografi yaptırdıkları belirtilmiştir. Gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise kadınların meme kanseri korkusu ile mamografi çektirme durumu arasında istatistiksel bağlamda anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Miller ve ark., 2011). Lamyian ve ark.'nın (2007), yapmış oldukları çalışmada, kadınlar meme kanseri erken tanı davranışlarını etkileyen en önemli nedenin korku olduğunu belirtmiş, acı çekme, radyasyona maruz kalma, meme kanseri teşhisi konulması, ölümcül olması sebebiyle korkuyu daha çok

yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Aro ve ark.'nın (2001), yapmış olduğu çalışmada ise kadınların mamografi çektirmelerini etkileyen korku kavramının, meme kanseri erken tanı davranışlarını %21 civarında negatif yönde etkilediği ve mamografi çektirme esnasında ağrı ve radyasyona maruz kalma korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların meme kanseri konusunda bilgi sahibi olma istekleri ile meme kanseri korkusu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Meme kanseri korkusu yüksek olan kadınların kanserle ilgili bilgi sahibi olmak istemedikleri ve erken tanı tarama programları ile ilgili yeniliklere açık olmadıkları saptanmıştır (Miles ve ark., 2008).

Türkiye'de ise meme kanseri korkusunun kadınların erken tanı davranışları üzerinde etkisini gösteren çalışmalar sınırlıdır. Gürsoy (2011), meme kanseri erken tanı tarama davranışlarını etkileyen etmenleri inceleyen çalışmasında, kadınların çoğunun meme kanserini ölümcül bir hastalık olarak algıladıkları ve meme kanseri korkusu yaşadıklarını belirtmiştir. Aydoğdu (2012), kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına etki eden faktörleri incelediğinde, kadınların KKM ve mamografi sonucunun kötü çıkmasından ve KKMM yaparken eline bir kitle gelmesinden korktuklarını belirtmişlerdir. Ayrıca kadınların kanser olma ihtimalinin getirdiği korkuyu yaşamamak için erken tanı uygulamalarını bilmeden yaşayarak ölmeyi tercih ettiklerini saptamışlardır. Başka bir çalışmada kadınların % 51.9'unun KKMM yapmadıkları ve bunların %5.2'sinin kitle bulma korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada kadınların KKMM yapmama nedenleri arasında, %24.7 bilgisizlik, % 24.8 ihmal ve % 5.2 oranında hastalık tanısı alma korkusu olduğu belirtilmiştir (Rızalar ve Altay, 2010).

Meme kanseri korkusu yaşayan bazı bireyler duygusal rahatlama sağlamak amacıyla erken tanı davranışında bulunmazken, bazıları ise diğer bir baş etme yöntemi olan problem çözmeye odaklanarak erken tanı davranışı gösterirler. Literatürde meme kanseri korkusunun erken tanı davranışlarını etkilemediği veya olumlu etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Meechan ve ark., 2003; Miles ve ark., 2008; Koç ve Sağlam, 2009). Tuzcu ve Bahar (2014), göçmen kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların hem kitle bulma, meme kaybı, radyasyona maruz kalma ve meme kanseri tanısı alma korkusu sebebiyle erken tanı

uygulamalarını engellediği hem de geç kalındığında tedavinin zor olacağı korkusu nedeniyle erken tanı uygulamalarının kolaylaştırıcı etkisi olduğu belirtilmiştir.

2.14. Meme Kanserinden Korunma ve Erken Tanıda Hemşirenin Rolü

Sağlık profesyonellerinin, meme kanseri belirti ve bulgularını tespit etmede, meme kanseri risk gruplarını belirlemede, meme kanserini tanılama ve kadınlara meme kanseri tarama yöntemlerinin önemi hakkında kadınların eğitilmesinde vazgeçilmez bir rolü vardır. Kanser görülme sıklığının her geçen gün giderek artış göstermesi, hem Dünya hem de Türkiye için önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Kanser vakalarının artış göstermesi ve kansere bağlı ölüm oranlarının artması, kanserle mücadele edebilmek için erken tanıyı önemli kılmaktadır.

Meme kanserinin kadınlar arasında en sık görülen kanser olması ve ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alması, tedavi seçeneklerinin kadın hayatına olan sosyal, psikolojik ve fiziksel etkileri sebebiyle erken tanı ve tedavisi büyük önem taşımaktadır. Meme kanserinde erken tanı diğer tüm kanser türlerinde olduğu gibi morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkin yoludur. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi kadının yaşam süresini uzatmakta ve kadının yaşam kalitesini arttırmaktadır (Yeşerenoglu, 2005).

Türkiye’de yapılan birçok çalışmada kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarının yeterli olmadığı bildirilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) 2016 yılı verilerine göre 15 yaş ve üzeri kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma oranı ayda bir %19.7, üç ayda bir yapma oranı %7.9 ve hiç yapılmama oranı %60.6 bulunmuştur (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016). Diğer kanser türlerinde olduğu gibi erken tanı ve teşhisin bu kadar önemli olduğu bir kanser çeşidinde istatistiki verilerde görüldüğü üzere kadınların erken tanı davranışlarının ciddi oranda yetersiz olduğu görülmektedir.

Önemli bir sağlık sorunu olan meme kanserinin erken tanısı için meme kanseri tarama programları konusunda kadınların eğitimde hemşirelere büyük bir sorumluluk düşmektedir. Hemşireler eğitici-danışmanlık rollerini kullanarak kadınların kendi meme dokusunu tanımlarını, doğru ve etkin bilgi verme, erken tanı yöntemlerinin yararları ve sınırlılıkları hakkında bilgi vererek erken tarama programları konusunda kadınları bilgilendirme çalışmalarını sürdürmelidir.

Meme kanserinin erken tanı davranışlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu sebeplerden biri olan meme kanseri korkusu kadınların erken tanı davranışını olumsuz yönde etkileyebildiği gibi kolaylaştırıcı etkisi de bulunmaktadır. Hemşire meme kanseri erken tanı davranışlarını olumsuz yönde etkileyen bu sebepleri bularak ve bu sebeplerle başa çıkma yollarını harekete geçirecek danışmanlık vermeli ve desteklemelidir.

Yapılan bazı çalışmalarda KMMM düzenli olarak uygulayan kadınların duyarlılık algılarının KKMM yapmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Jironjwong ve Maclellan (2002) Avustralya'daki göçmen kadınlara, Seçginli ve Nahçıvan (2006)'ın İstanbul'da yaşayan 40 yaş üzerindeki kadınlarda, Karayurt ve ark.'nın (2008) üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yaptıkları çalışmada, meme kanserine duyarlılık algılarının yüksek olduğu bildirmektedir.

Araştırma verilerinin bazılarına bakıldığında KKMM yapan kadınların engel algılarının KKMM yapmayan kadınlardan daha düşük olduğu belirtilmektedir (Jironjwong and Maclellan, 2002; Dündar ve ark., 2006; Seçginli ve Nahçıvan, 2006; Beydağ ve ark., 2007). Ülkemizde SİM kullanılarak meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan çalışmalarda, KKMM yapan kadınların KKMM engel algısının düşük olduğu ve KKMM yarar algısının yüksek olduğu görülmektedir (Seçginli ve Nahçıvan, 2006; Dündar ve ark., 2006; Beydağ ve ark, 2007).

Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik olarak KKMM yapan kadınların sağlık motivasyonu algılarının KKMM yapmayanlardan daha yüksek olduğu, KKMM yapan kadınların KKMM'ne öz etkililik/ güven algılarının KKMM yapmayanlardan daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Beydağ ve ark, 2002; Jironjwong and Maclellan, 2002; Merey, 2002; Petro-Nustas ve ark., 2002; Dündar ve ark., 2006; Seçginli ve Nahçıvan, 2006).

Araştırma sonuçlarında da görüldüğü üzere KKMM'ni düzenli uygulayan kadınlarda özellikle öz-etkililik, yarar ve sağlık motivasyonunun yüksek olduğu ve kadınların düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi eğitimi konusunda alışkanlık kazanmalarının önemini açığa çıkarmaktadır.

Literatür çalışmalarında planlı sağlık eğitimlerinin, kadınlarda meme kanseri farkındalık oranlarını, erken tanı ve tarama programlarına katılım oranlarının arttırdığını göstermektedir. Hemşirenin meme kanseri risk faktörlerini, korunma

yolları, semptomları, erken tanı ve tarama konularında yapacağı sağlık eğitimi ile kadınlarda meme kanserine y6nelik farkındalık yaratarak klinik bulgusu olan veya olmayan kişilerin, hastalığın erken d6neminde sağlık kuruluşlarına başvurmasını sağlama da b6y6k sorumlulukları ve g6revleri bulunmaktadır (Koca, 2010; Aıkg6z ve Erg6r, 2013; Aıkg6z ve ehreli, 2015)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışmanın türü, tek kör randomize kontrollü ön test ve son test deneysel tasarımıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ordu ili Milli Eğitim Müdürlüğü Halk Eğitimi Merkezi ve bir fındık fabrikası'nda yürütülmüştür. Halk eğitim merkezinde 350'ye yakın kursiyer eğitim almakta ve fındık fabrikasında 200 kadın çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Ordu ili Milli Eğitim Müdürlüğü Halk Eğitimi Merkezi'nde çeşitli kurslara katılan kursiyer kadınlar ve bir fındık fabrikasında çalışan 20 yaş üzerindeki kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme Ordu ili Milli Eğitim Müdürlüğü Halk Eğitimi Merkezi'nde eğitim gören 42 kursiyer ve fındık fabrikasında çalışan 135 kadın olmak üzere 177 kadın alınmıştır.

Araştırmanın deney ve kontrol grubuna alınacak örneklem sayısı güç analizi yapılarak belirlenmiştir. Gürsoy ve ark.'nın (2008) çalışmasında iki grup arasında grup eğitimi öncesi ve sonrası fark 0,23, bireysel eğitim öncesi 0,07'dir. Bu sonuçlara göre, bu çalışmada 1.tip hata miktarı 0.05, testin gücü 0.80 alınarak her grup için minimum denek sayısı 77 olarak belirlenmiştir. Araştırmada kayıplar olabileceği göz önüne alınarak, deney grubuna 89 ve kontrol grubuna 88 kadın alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar, randomize yöntem ile deney ve kontrol grubuna atanmışlardır. Randomizasyon bilgisayar programında gerçekleştirilmiştir (<https://www.randomizer.org/>).

Ancak, 10 kadın deney grubu, 7 kadın kontrol grubundan olmak üzere toplam 17 kadın telefon numarasını değiştirmesi, kurs süresinin dolması, işten ayrılması, eğitime katılmak istememesi nedeniyle, son test verileri 79 deney ve 81 kontrol grubu olmak üzere araştırma 160 kadın ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Araştırmada kullanılan ölçekler, kadınların kendileri tarafından doldurulacağı için kadınların ilkokul mezunu olması,

- Kendisinde meme kanseri hikâyesi olmaması,
- İletişim engeli olmaması,
- Gebe ya da laktasyon sürecinde olmaması,
- Verilen randevuya sadık kalabilmesi,
- Araştırmaya katılmaya istekli olması ve kabul etmesi.

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Kendisinde meme kanseri hikâyesinin bulunması
- Mental bir hastalığın bulunması
- Gebe veya laktasyon döneminde olması

3.4. Araştırmanın Kontrol Değişkenleri

Araştırmanın kontrol değişkenleri

Araştırmanın kontrol değişkenleri; yaş, eğitim düzeyi, birinci derece yakınında meme kanseri varlığıdır. Deney ve kontrol grubunun, kontrol değişkenleri açısından istatistiksel olarak farklı olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 3.1**).

Tablo 3.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kontrol Değişkenleri

Kontrol Değişkenleri	Deney (n=79)		Kontrol (n=81)		χ^2	p
	N	%	n	%		
Yaş						
21-30 yaş	12	15.2	8	9.9	$\chi^2=4.522$	0.210
31-40 yaş	22	27.8	30	37.0		
41-50 yaş	30	38.0	35	43.2		
51 ve üzeri yaş	15	19.0	8	9.9		
Eğitim düzeyi						
İlkokul mezunu	31	39.3	41	50.7	$\chi^2=3.838$	0.280
Ortaokul mezunu	14	17.7	15	18.5		
Lise mezunu	20	25.3	18	22.2		
Üniversite	14	17.7	7	8.6		
Birinci derece yakında meme kanseri öyküsü						
Var olan sayısı	75	94.9	75	92.6	$\chi^2=0.375$	0.540
Olmayan sayısı	4	5.1	6	7.4		

Araştırmanın bağımsız değişkeni

Kadınlara verilen meme kanseri ve KMMM eğitimi araştırmanın bağımsız değişkenidir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni

Kadınların CSİMÖ ve CMKKÖ puanları ile meme kanseri tarama davranışları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın birinci aşamasında ön-test verileri, araştırma probleminin tanımlanması için araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulan kişisel bilgileri içeren soru formu, Champion Sağlık İnanç Modeli ve Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği ile toplanmıştır. Araştırmanın ön test verileri, Halk Eğitim Merkezindeki kursiyer kadınlardan 16 Ekim 2017- 5 Ocak 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Ancak yeterli örneklem sayısına ulaşamaması nedeniyle findık fabrikasında çalışan kadınların örnekleme alınması için izin alınmış ve buradaki ön test verileri 1 Mart 2018- 21 Mart 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Ön-test verileri toplandıktan sonra kadınlar tek kör randomize yöntem ile deney ve kontrol grubuna ayrılmıştır.

Araştırmanın girişimsel aşamasında, araştırmacı tarafından deney grubundaki kadınlara, 7-9 kişilik gruplar halinde toplam 10 grup oluşturulmuş ve meme kanseri ve KMMM eğitimi verilmiştir. Eğitimde, meme kanseri ve tarama yöntemlerine ilişkin slayt sunumu yapılmış ve meme muayene maketi ile kendi kendine meme muayenesi eğitimi verilmiştir. Eğitimin sonunda ayrıca kadınlara meme kanseri ve KMMM'sini içeren broşür verilmiştir. Deney grubundaki kadınlara eğitimden sonra Ekim 2018-Mart 2019 tarihleri arasında 6 ay süresince telefonla her ay KMMM yapması hakkında hatırlatma yapılmış ve kadınların KMMM yaptığı tarihleri bir takvime işaretlemesi istenmiştir.

Araştırmanın son aşamasında, ilk eğitimden altı ay sonra deney ve kontrol grubundan “klinik meme muayenesi, mamografi yaptırma durumu ve KMMM yapma durumunu” içeren üç sorudan oluşan soru formu, Meme Kanseri Korku Ölçeği ve Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Son test sonrası kontrol grubuna, deney grubuna verilen slayt sunumu, meme muayene maketi ve

broşür ile meme kanseri ve KKMM eğitimi verilmiştir. Son test verilerinin toplanması Nisan/2019 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu (EK-1), Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (EK-2) ve Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği (EK-3) ile toplanmıştır.

3.5.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Kadınların tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Seçginli ve Nahçıvan, 2006; Karayurt ve Dramalı, 2007; Karayurt ve ark. 2008; Erbil ve Bölükbaş 2014). Kişisel bilgi formunda, yaş, boy, kilo eğitim durumu, medeni durumu, evlilik süresi, sosyal güvencesi, çocuk sayısı, ilk adet yaşı, doğum kontrol hapi kullanma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, meme kanserine sahip yakın akraba bulunma durumu, sigara kullanma süresi, mamografi çekirme durumu, klinik meme muayenesi yaptırma durumu, kendi kendine meme muayenesi uygulama durumuna ait sorular yer almaktadır (EK-1). Kişisel bilgi formu ve ölçekler yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış ve katılımcının kendisi tarafından doldurmaları istenmiştir.

Kişisel bilgi formunun anlaşılabilirliği belirlemek amacıyla evrenden seçilen 20 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası gerekli düzeltmeler yapılmış, ön uygulama yapılan kadınlar araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.5.1.2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ), kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili inanç ve tutumlarını saptamak için, Victoria Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiş, daha sonraki çalışmalarında (1993, 1997, 1999) yeniden düzenlenmiş olup 42 madde içermektedir (EK-2).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Karayurt ve Dramalı (2007) tarafından yapılmıştır (Karayurt ve Dramalı, 2007). CSİMÖ'nün 6 alt boyutu vardır ve maddeler ölçekte aşağıda veriler sırayla yer almaktadır. Meme kanseri ile ilgili "duyarlılık algısı" alt boyutu meme kanserine yakalanmada algılanan bireysel riskleri ifade eder ve 3 maddeden oluşmaktadır. Meme kanseri ile ilgili "ciddiyet algısı" alt

boyutu kişinin meme kanserinden algıladığı bireysel tehdidin derecesini tanımlar ve 7 maddeden oluşmaktadır. KKMM uygulamaya yönelik “yarar algısı” alt boyutu KKMM ile ilgili algılanan avantajları ifade eder ve 4 maddeden oluşmaktadır. KKMM uygulamaya ilişkin “engel algısı” alt boyutu KKMM ile ilgili algılanan engelleri tanımlar ve 11 maddeden oluşmaktadır. KKMM uygulamaya ilişkin “güven” alt boyutu anormal meme kitlelerini saptayabilmek için KKMM uygulama becerisinde algılanan bireysel yeterliliği ifade eder ve 10 maddeden oluşmaktadır. “Sağlık motivasyonu” alt boyutu bireylerin sağlık durumları hakkında ilgi ve endişelerini ifade eder ve 7 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyutu ayrı değerlendirilir, ölçeğin tamamının dahil edildiği toplam puanı hesaplanmamaktadır. “Engel algısı” alt ölçeğinden düşük puan alan ve diğer alt ölçeklerde yüksek puan alan kadınlarda meme kanseri ve KKMM uygulamaları konusunda olumlu tutum ve inançlara sahip olduğunu gösterir (Karayurt ve Dramalı, 2007). Orijinal ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Champion (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı; alt boyutlar için 0.69 ile 0.90 arasında bulunmuştur (Champion, 1993;1997;1999). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları alt boyutlar için 0.58 ile 0.89 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayıları “duyarlılık” alt boyutu için 0.84, “ciddiyet” alt boyutu için 0.81, “yarar algısı” alt boyutu için 0.90, “engel algısı” alt boyutu için 0.73, güven alt boyutu için 0.87 ve sağlık motivasyonu alt boyutu için 0.84 olarak bulunmuştur.

3.5.1.3. Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği

Champion meme kanseri korku ölçeği (CMKKÖ) Champion ve ark. (2004) tarafından geliştirilen 8 maddelik bir ölçme aracıdır. Bu ölçek, meme kanseri ve mamografi davranışı ve kadınların emosyonel cevapları arasındaki ilişkiyi belirler ve meme kanseri korkusu davranışının taranmasında kullanılır (EK-3). Ölçekteki maddeler, meme kanseri düşünüldüğünde yaşanan korku, üzüntü, tedirginlik, sinirlilik, huzursuzluk ve endişe gibi duygular, depresif olma ve kalp atış hızında artış gibi durumları inceler. Ölçek, beşli Likert tiptedir. Ölçeğe verilen cevaplar, “kesinlikle katılmıyorum” 1 puan, “katılmıyorum” 2 puan, “kararsızım” 3 puan, “katılıyorum” 4 puan, “tamamen katılıyorum” 5 puan şeklinde puanlanır. Ölçekten

alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 40'tır. Puan düzeyinin yüksek olması, meme kanseri korku düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Meme kanseri hakkındaki korku düzeyleri tanımlanması; “*düşük düzeyde korku*” 8-15 puan, “*orta derecede korku*” 16-23 puan ve “*yüksek düzeyde korku*” 24-40 puan şeklindedir. Ölçeğin özgün çalışmasında Cronbach alfa katsayısı Afrikalı-Amerikan ve beyaz kadınlar için .91, Afrikalı-Amerikan kadınlar için .94 (Champion ve ark., 2004; 2008); Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ise Cronbach alfa katsayısı .90 bulunmuştur (Seçginli, 2012). Bu çalışmada ise, Cronbach alfa katsayısı .91 bulunmuştur.

3.5.2. Girişimler

Veri toplama süreci Ordu ili Milli Eğitim Müdürlüğü Halk Eğitimi Merkezi'nde çeşitli kurslara katılan kursiyer kadınlar ile başlanmıştır. Ancak araştırma için yeterli sayıya ulaşamaması nedeniyle bir fındık fabrikasında çalışan kadınlar gerekli izinler alınarak araştırmaya dahil edilmiştir. Veri toplama süreci, 16 Ekim 2017- 15 Nisan 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya katılan kadınların kendileri tarafından anket ve ölçekler yaklaşık 15 dakikada doldurulmuştur. Araştırmaya başlamadan önce, kadınlara araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı onam alındıktan sonra araştırmaya dahil edilmiştir.

Eğitimden önce araştırmanın *birinci aşamasında*; kişisel bilgileri içeren soru formu, Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği ön-test olarak uygulanmıştır. Ön test verilerinin toplanmasına 16 Ekim 2017 tarihinde başlanmıştır. Kadınların meme kanseri risk düzeyleri, KKMM bilgi düzeyi, eğitim almadan önce tarama davranışları, meme kanseri korku düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır. Ön-test verileri toplandıktan sonra kadınlar tek kör randomize yöntem ile deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır.

Araştırmanın *ikinci aşamasında*; Araştırmanın deney grubundaki kadınlara, araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim sunulmuştur. Eğitimde kullanılan sunum; meme kanseri, meme kanseri tarama programları ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgileri içermektedir. Kadınlara meme kanseri ve KKMM hakkında slayt sunumunun yanı sıra meme muayene maketi ile kendi kendine meme muayenesi

eğitimi verilmiş ve eğitim sonunda broşur dağıtılmıştır. Eğitimler yaklaşık olarak 40-50 dakika sŸrmuřtŸr. Kadınlarnn meme kanseri, meme kanseri belirtileri ve erken teşhisi, meme kanseri tarama programları ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgilendirerek ve yanlış bilinen bilgilerin dŸzeltilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Eğitim, 7-9 kişilik gruplar halinde, 2 Nisan 2018-30 Nisan 2018 tarihleri arasında yŸrŸtŸlmŸřtŸr.

Deney grubundaki kadınlara eğitim verilmesinden sonraki 6.aya kadar, her ay telefonla konuşularak, KKMM yapması hakkında hatırlatma yapılmıştır.

Araştırmanın *son aşamasında*; İlk eğitimden altı ay sonra deney ve kontrol grubundaki kadınlara son test uygulanmıştır. Son testte, soru formu, CSİMÖ ve CMKKÖ ikinci kez uygulanmıştır. Verilen eğitimlerin etkinliği ve kendi kendine meme muayenesinin ne kadarının alışkanlığa dŸnuřtŸđŸ ve sağlık inançlarına olan etkisi belirlenmeye çalışılmıştır.

Kontrol grubundaki kadınlara da; “*Yeterli ve Doğru Bakım GŸrme*” ilkesine dayanarak son test verileri toplandıktan sonra, 7-9 kişilik gruplar halinde meme kanseri ve KKMM hakkında eğitim verilmiş ve eğitim sonunda el brořŸrŸ dağıtılmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerinin analizi, SPSS 20.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Veriler bilgisayar ortamına aktarılmış, hatalı girilen veriler veri kontrolŸ yapılarak dŸzeltilmiřtir.

Verilerin istatistiksel analizi yapılmadan Ÿnce Ÿrneklem bŸyŸklŸđŸ, normal dağılıma uygunluk ve varyansların homojenik Ÿzellik gŸsterme durumları incelenmiş ve parametrik koşulları sağladığı bulunmuştur.

Verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yŸntemler olarak sayı, yŸzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum kullanılmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınlarnn meme kanseri tarama yŸntem bilgi ve uygulama durumlarına gŸre karşılaştırılmasında ki-kare testi,

Deney ve kontrol grubu Ÿn test ve son test CSİMÖ alt boyutları ve CMKKÖ bulgularını karşılaştırma bağımsız gruplarda t testi,

Deney grubunun Ÿn test ve son test CSİMÖ alt boyutları ve CMKKÖ bulgularını karşılaştırma bağımlı gruplarda t testi,

Kontrol grubunun ön test ve son test CSİMÖ alt boyutları ve CMKKÖ bulgularını karşılaştırma bağımlı gruplarda t testi,

Deney ve kontrol grubu kategorik değişkenler arasındaki farkın değerlendirilmesinde ki-kare testi,

Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ ön test ve son test puan ortalamalarına göre belirlenen korku düzeylerinin karşılaştırılması ki-kare testi ile yapılmıştır.

Ölçeklerin güvenirlik analizi Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ile değerlendirilmiş ve sonuçların yorumlanmasında anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3.7. Etik İlkeler

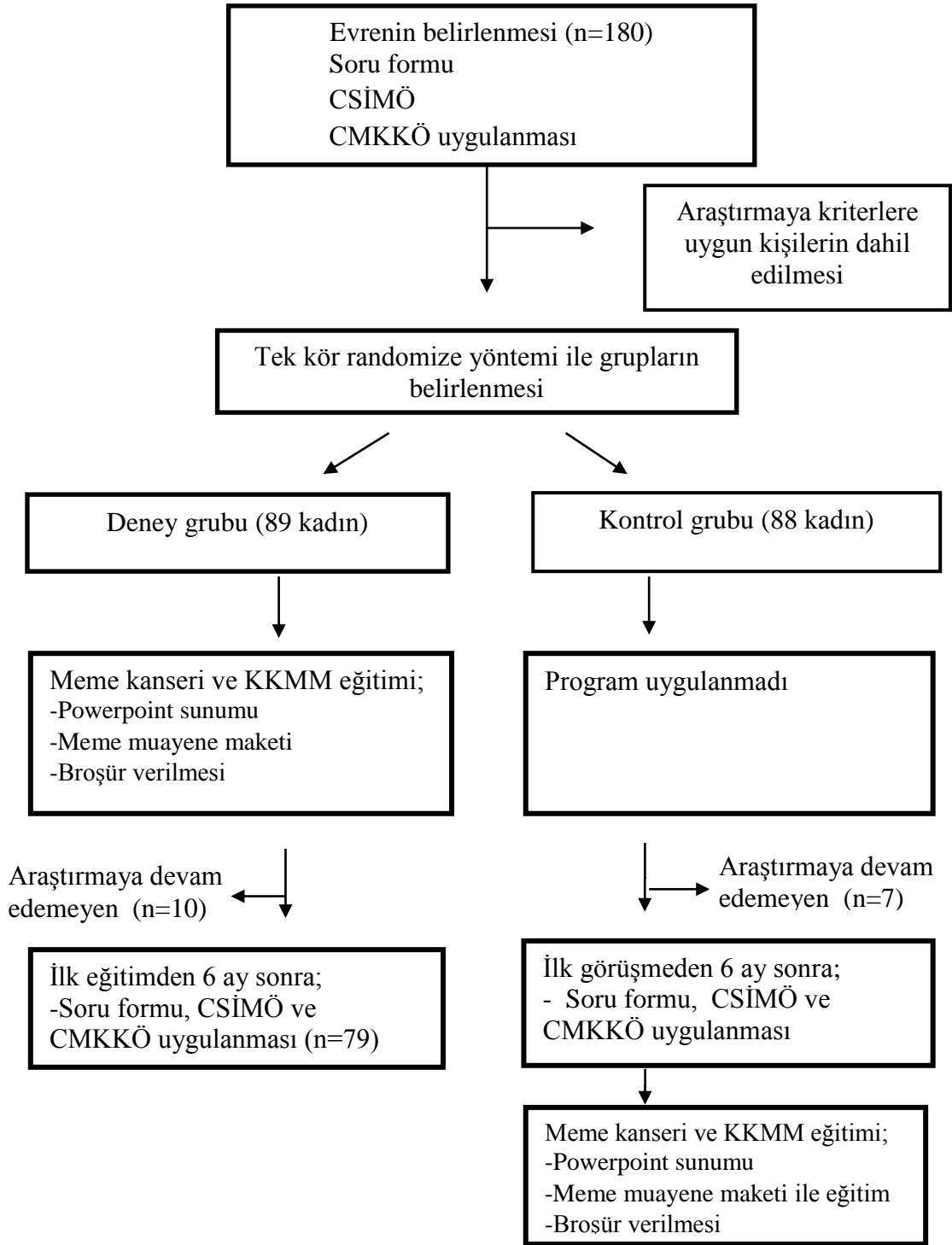
Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini (CSİMÖ) Türk toplumuna uyarlayan yazarlardan biri olan Prof. Dr. Özgül Karayurt'tan ve Champion Meme Kanseri Korku Ölçeğini (CMKKÖ) uyarlayan Doç.Dr. Selda Seçginli'den kullanımı için e-posta ile izin alınmıştır (EK-4). Tez önerisinin kabulünden sonra Ordu İli Milli Eğitim Müdürlüğü'nden araştırma izni alınmıştır (EK-5). Ordu Üniversitesi İnvaziv Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12/10/2017 tarih ve 2017/120 nolu kararı ile Etik Kurul Onayı alınmıştır (EK-6). Ayrıca, Ordu İli Milli Eğitim Müdürlüğü Halk Eğitimi Merkezi'ndeki kursiyer kadınların katılımında isteksiz olması nedeniyle yeterli sayıya ulaşamaması nedeniyle, bir fındık fabrikasında çalışan kadınlardan veri toplamak için izin alınmıştır (EK-7). Araştırmaya katılan kadınlardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır (EK-8). Araştırma kapsamındaki kadınların haklarının korunması için çalışmanın her iki aşamasında; araştırma verileri toplanmaya başlanmadan önce kadınlara, araştırmanın süresi, yapılma amacı ve araştırma süresi boyunca yapılacak işlemler açıklanarak "*Aydınlatılmış Onam*" ilkesine uyulmuştur. Kişisel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*" ilkesine, kadınların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "*Özerklik*" ilkesine uyulmuştur. Araştırmaya katılan her bireye eşit davranılarak deney grubundaki kadınların eğitim programı tamamlandıktan ve son test verileri toplandıktan sonra kontrol grubundaki kadınlara da eğitim verilerek "*Yeterli ve Doğru Bakım Görme*" ilkesine uyulmasına dikkat edilmiştir (Kişnişçi ve ark., 1999; Bayık, 2002).

3.8. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Ön testin uygulanmasına ilk olarak Ordu İli Milli Eğitim Müdürlüğü Halk Eğitim Merkezi'ndeki kursiyer kadınlar ile başlanmıştır. Ancak kursiyer kadınların isteksiz olması ve araştırmaya katılmak istememesi sebebiyle yeterli örneklem sayısına ulaşamadığından çalışmaya bir fındık fabrikasında çalışan işçi kadınlar dahil edilmiştir. Bu durum veri toplama sürecini uzatmıştır. Araştırmada deney grubundaki kadınların ilk eğitim sonrası altı ay boyunca telefon ile aranarak KKMM uygulamasının hatırlatılması aşamasında, fındık fabrikasındaki kadınların iş saatleri içerisinde telefon kullanımının yasak olmasından dolayı telefon ile ulaşım probleminin yaşanması karşılaşılan güçlüklerdir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan araştırmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Bu sınırlılıklar kadınların ilkokul mezunu olması, kendisinde meme kanseri hikâyesi olmaması, iletişim engeli olmaması, gebe ya da laktasyon sürecinde olmaması, verilen randevuya sadık kalabilmesi, araştırmaya katılmaya istekli olması ve kabul etmesi özelliklerinin taşıyan kadınların alınmasıdır. Deney ve kontrol grubunda olan kadınların aynı birimlerden alınması nedeniyle birbirinden etkilenme olasılığı olması da bu araştırmanın sınırlılıklarındandır. Bu sınırlılıklardan dolayı araştırmanın sonuçları sadece araştırma yapılan kadınlara genellenebilir, tüm topluma genellenemez.



Şekil 3.1. Araştırma Akış Diagramı

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları üç bölüm halinde sunulmuştur. Birinci bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik bilgilerine ait bulgular, ikinci bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların kanser tarama yöntem bilgi ve uygulama bulgularına ait bulgular, üçüncü bölümde ise deneysel bölüme ait bulgular yer almaktadır.

4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Bulguları

Araştırma kapsamındaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de sunulmuştur. Araştırmanın deney grubunda olan kadınların %38’sinin 41-50 yaş grubunda olduğu, %39.3’ünün ilkokul mezunu, % 78.5’inin evli ve %35.4’ünün 2 çocuğa sahip olduğu, %78.5’inin maddi gelir durumunun “orta” düzeyde olduğu ve %58.2’sinin ilde yaşadığı belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların ise %43.2’sinin 41-50 yaş grubunda olduğu, %50.7’sinin ilkokul mezunu, %30.9’unun 3 ve daha fazla sayıda çocuğa sahip olduğu, %84’ünün evli olduğu, %88.9’unun maddi durumunun “orta” düzeyde olduğu ve %59.2’sinin ilde yaşadığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, medeni durum, maddi gelir düzeyi, ve yaşadıkları yere göre karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Kadınların Sosyo–Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	Deney		Kontrol		χ^2	p
	n (79)		n (81)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
21-30 yaş	12	15.2	8	9.9	4.522	0.210
31-40 yaş	22	27.8	30	37.0		
41-50 yaş	30	38.0	35	43.2		
51 ve üzeri yaş	15	19.0	8	9.9		
Eğitim düzeyi						
İlkokul mezunu	31	39.3	41	50.7	3.838	0.280
Ortaokul mezunu	14	17.7	15	18.5		
Lise mezunu	20	25.3	18	22.2		
Üniversite mezunu	14	17.7	7	8.6		
Çocuk Sayısı						
Hiç yok-bekar	19	24.1	15	18.5	1.114	0.774
1 çocuk	12	15.2	11	13.6		
2 çocuk	28	35.4	30	37.0		
3 çocuk ve üzeri	20	25.3	25	30.9		
Medeni Durum						
Bekâr	17	21.5	13	16.0	0.785	0.376
Evli	62	78.5	68	84.0		
Maddi Gelir Düzeyi						
İyi	14	17.7	7	8.6	3.255	0.196
Orta	62	78.5	72	88.9		
Kötü	3	3.8	2	2.5		
Uzun Süre Yaşanılan Yer						
Köy	15	19.0	19	23.5	0.988	0.610
İlçe	18	22.8	14	17.3		
İl	46	58.2	48	59.2		

4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kanser Tarama Yöntem Bilgi ve Uygulama Bulguları

Deney ve kontrol grubundaki kadınların kanser tarama yöntem bilgi ve uygulama bulgularına göre dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur. Deney grubundaki kadınların %68.4’ünün doğum kontrol hapı kullandığı, %5.1’inin ailede birinci derece yakınında meme kanseri öyküsüne sahip bireyin bulunduğu, %13.9’unun meme ile ilgili bir rahatsızlığı olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki kadınların meme kanser tarama yöntemleri bilgi ve uygulama durumları incelendiğinde;

%53.2'sinin KMM hakkında bilgi sahibi olduğu, %45.6'sının KMM yaptırdığı, %84.8'inin mamografi hakkında bilgi sahibi olduğu, %55.7'sinin mamografi çektirmediği, %67.1'inin KKMM hakkında bilgi sahibi olduğu ve %62'sinin KKMM uyguladığı belirlenmiştir. KKMM hakkında bilgi alan kadınların %73.1'inin bu bilgiyi sağlık ekibinden aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Kontrol grubundaki kadınların ise %77.8'inin doğum kontrol hapı kullandığı, %7.6'sının ailede birinci derece yakınında meme kanseri öyküsüne sahip bireyin bulunduğu, %6.2'nin meme ile ilgili bir rahatsızlığı olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların meme kanser tarama yöntemleri bilgi ve uygulama durumları incelendiğinde; %51.9'u KMM hakkında bilgi sahibi olduğu, %29.6'sının KMM yaptırdığı, %76.5'i mamografi hakkında bilgi sahibi iken, %67.9'unun mamografi çektirmediği, %66.7'sinin KKMM hakkında bilgi sahibi olduğu ve %59.3'ünün KKMM uyguladığı belirlenmiştir. Daha önce KKMM hakkında nereden bilgi aldıklarına bakıldığında %66.7'sinin sağlık ekibinden aldığı bulunmuştur (Tablo 4.2).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların doğum kontrol hapı kullanma durumu, ailede meme kanseri olan birey olma durumu, meme ile ilgili rahatsızlık durumu, meme ile ilgili rahatsızlık çeşidi, KMM'ni bilme durumu, mamografi bilgi durumu, mamografi uygulama durumu, KKMM bilgi durumu, KKMM uygulama durumu, daha önce KKMM hakkında bilgi alma durumu kaşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), sadece KMM uygulama durumuna göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntem Bilgi ve Uygulama Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Deney		Kontrol		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Doğum kontrol hapi kullanma durumu						
Evet	54	68.4	63	77.8	1.807	0.179
Hayır	25	31.6	18	22.2		
Ailede meme kanserine sahip birey durumu						
Var	4	5.1	6	7.4	0.375	0.540
Yok	75	94.9	76	92.6		
Meme ile ilgili rahatsızlık durumu						
Var	11	13.9	5	6.2	2.607	0.102
Yok	68	86.1	76	93.8		
Meme ile ilgili rahatsızlık çeşidi*						
Meme ucu akıntısı	-	-	1	20.0	3.045	0.385
Meme kisti	5	45.6	1	20.0		
Memede iyi huylu kitle	3	27.2	1	20.0		
Diğer	3	27.2	2	40.0		
KMM'ni bilme durumu						
Evet	42	53.2	42	51.9	0.028	0.868
Hayır	37	46.8	39	48.1		
KMM yaptırma durumu						
Evet	36	45.6	24	29.6	4.336	0.037
Hayır	43	54.4	57	70.4		
Mamografiyi bilme durumu						
Evet	67	84.8	62	76.5	1.750	0.186
Hayır	12	15.2	19	23.5		
Mamografi taraması yaptırma durumu						
Evet	35	44.3	26	32.1	2.525	0.112
Hayır	44	55.7	55	67.9		
KKMM'yi bilme durumu						
Evet	53	67.1	54	66.7	0.955	0.544
Hayır	26	32.9	27	33.3		
KKMM uygulama durumu						
Evet	49	62.0	48	59.3	0.128	0.720
Hayır	30	38.0	33	40.7		
KKMM bilgi kaynağı						
Televizyon	9	17.3	10	20.8	3.031	0.553
Radyo	1	1.9	-	-		
Gazete ve dergi	2	3.8	1	2.1		
Sağlık ekibi	38	73.2	32	66.7		
Diğer	2	3.8	5	10.4		

*Deney grubu n=11, Kontrol grubu n=7

4.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Ön Test ve Son Test Bulguları

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test CSİMÖ ve CMKKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Deney grubundaki kadınların CSİMÖ; “duyarlılık” alt ölçeğinden 8.00 ± 2.67 , “ciddiyet algısı” alt ölçeğinden 19.67 ± 5.50 , “yarar algısı” alt ölçeğinden 14.48 ± 4.25 , “engel algısı” alt ölçeğinden 25.67 ± 5.72 , “güven” alt ölçeğinden 31.72 ± 7.26 , “sağlık motivasyonu” alt ölçeğinden 24.63 ± 5.94 puan aldıkları belirlenmiştir. Madde puan ortalaması en yüksek yarar algısı alt ölçeğinden (3.62), en düşük engel alt ölçeğinden (2.33) alınmıştır (Tablo 4.3).

Kontrol grubundaki kadınların, CSİMÖ; “duyarlılık” alt ölçeğinden 7.64 ± 2.70 , “ciddiyet algısı” alt ölçeğinden 18.11 ± 5.56 , “yarar algısı” alt ölçeğinden 13.53 ± 4.17 , “engel algısı” alt ölçeğinden 27.01 ± 6.83 , “güven” alt ölçeğinden 30.04 ± 7.46 , “sağlık motivasyonu” alt ölçeğinden 24.01 ± 5.04 puan aldıkları belirlenmiştir. Madde puan ortalaması en yüksek yarar algısı alt ölçeğinden (3.38), en düşük ise engel algısı alt ölçeğinden (2.46) alınmıştır (Tablo 4.3).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön-test CSİMÖ alt ölçekleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında; duyarlılık, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven ve sağlık motivasyonu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olarak bulunmuştur ($p > 0.05$), (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların CSİMÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMÖ Alt Ölçekleri	Deney (n=79)		Kontrol (n=81)		t	p
	Madde Puan Ortalaması	$\bar{X} \pm SD$	Madde Puan ortalaması	$\bar{X} \pm SD$		
Duyarlılık	2.67	8.00 ± 2.67	2.55	7.64 ± 2.70	0.842	0.401
Ciddiyet algısı	2.81	19.67 ± 5.50	2.59	18.11 ± 5.56	1.783	0.077
Yarar algısı	3.62	14.48 ± 4.25	3.38	13.53 ± 4.17	1.427	0.155
Engel algısı	2.33	25.67 ± 5.72	2.46	27.01 ± 6.83	-1.345	0.180
Güven	3.17	31.72 ± 7.26	3.00	30.04 ± 7.46	1.447	0.150
Sağlık Motivasyonu	3.52	24.63 ± 5.94	3.43	24.01 ± 5.04	0.713	0.477

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de sunulmuştur. Deney grubundaki kadınların CSİMÖ; “duyarlılık” alt ölçeğinden 7.86±2.25, “ciddiyet algısı” alt ölçeğinden 18.57±4.06, “yarar algısı” alt ölçeğinden 16.08±0.96, “engel algısı” alt ölçeğinden 23.97±2.40, güven alt ölçeğinden 37.51±4.28, “sağlık motivasyonu” alt ölçeğinden 24.18±3.15 puan aldıkları belirlenmiştir. Madde puan ortalaması en yüksek “yarar algısı” alt ölçeğinden (4.02), en düşük “engel algısı” alt ölçeğinden (2.18) alınmıştır (Tablo 4.4).

Kontrol grubundaki kadınların CSİMÖ; “duyarlılık” alt ölçeğinden 8.40±2.32, “ciddiyet algısı” alt ölçeğinden 18.35±3.92, “yarar algısı” alt ölçeğinden 15.52±1.65, “engel algısı” alt ölçeğinden 25.72±3.51, güven alt ölçeğinden 29.88±7.76, “sağlık motivasyonu” alt ölçeğinden 23.43±3.65 puan aldıkları belirlenmiştir. Madde puan ortalaması en yüksek KKMM “yarar algısı” alt ölçeğinden (3.88), en düşük ise “ciddiyet algısı” alt ölçeğinden (2.62) alınmıştır (Tablo 4.4).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test CSİMÖ; “yarar algısı” (**p=0.010**), “engel algısı” (**p<0.001**) ve “güven” (**p<0.001**) alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; “duyarlılık”, “ciddiyet algısı”, “sağlık motivasyonu” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında farklar istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların CSİMÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Deney (n=79)		Kontrol (n=81)		t	p
	Madde Puan ortalaması	$\bar{X}\pm SD$	Madde Puan ortalaması	$\bar{X}\pm SD$		
Duyarlılık	2.62	7.86±2.25	2.80	8.40±2.32	1.479	0.141
Ciddiyet algısı	2.65	18.57±4.06	2.62	18.35±3.92	0.35	0.723
Yarar algısı	4.02	16.08±0.96	3.88	15.52±1.65	2.619	0.010
Engel algısı	2.18	23.97±2.40	2.34	25.72±3.51	3.672	<0.001
Güven	3.75	37.51±4.28	2.98	29.88±7.76	7.724	<0.001
Sağlık Motivasyonu	3.45	24.18±3.15	3.35	23.43±3.65	1.381	0.169

Deney grubundaki kadınların ön test ve son test CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması bulguları Tablo 4.5’de sunulmuştur. Deney grubundaki kadınların ön test ve son test CSİMÖ alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında; “yarar algısı” ($p<0.001$), “engel algısı” ($p=0.014$) ve “güven” ($p<0.001$) alt ölçekleri puan ortalamaları farkları istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, duyarlılık, ciddiye ve sağlık motivasyonu alt ölçekleri puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Deney Grubundaki Kadınların CSİMÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMÖ alt ölçekleri	Ön-test (n=79)		Son-test (n=81)		t	p
	Madde Puan ortalaması	$\bar{X}\pm SD$	Madde Puan ortalaması	$\bar{X}\pm SD$		
Duyarlılık	2.67	8.00±2.67	2.62	7.86±2.24	0.438	0.662
Ciddiyet algısı	2.81	19.67±5.50	2.65	18.57±4.06	1.715	0.090
Yarar algısı	3.62	14.48±4.24	4.02	16.07±0.96	-3.406	<0.001
Engel algısı	2.33	25.67±5.72	2.18	23.97±2.40	2.517	0.014
Güven	3.17	31.72±7.26	3.75	37.51±4.28	-6.849	<0.001
Sağlık Motivasyonu	3.52	24.63±5.94	3.45	24.18±3.15	0.672	0.504

Kontrol grubundaki kadınların ön test ile son test CSİMÖ puan ortalama değerleri karşılaştırması Tablo 4.6’da sunulmuştur. Kontrol grubundaki kadınlarda ön teste göre son testte “duyarlılık” alt ölçeği, “ciddiyet algısı” alt ölçeği ve “yarar algısı” alt ölçeği puan ortalamalarının yükseldiği, “engel algısı” alt ölçeği puan ortalamasının düştüğü, duyarlılık alt ölçeği ($p<0.001$) ve yarar algısı alt ölçek ($p<0.001$) ön test ve son test puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların, ciddiye algısı, engel algısı, güven ve sağlık motivasyonu alt ölçekleri, ön test ve son test puan ortalamaları farkları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Kontrol Grubundaki Kadınların CSİMÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

CSİMÖ alt ölçekleri	Ön-test (n=79)		Son-test (n=81)		t	p
	Madde Puan ortalaması	$\bar{X}\pm SD$	Madde Puan ortalaması	$\bar{X}\pm SD$		
Duyarlılık	2.55	7.64±2.70	2.80	8.40±2.32	-3.529	<0.001
Ciddiyet						
algısı	2.59	18.11±5.56	2.62	18.35±3.92	-0.420	0.675
Yarar algısı	3.38	13.53±4.17	3.88	15.52±1.65	-4.488	<0.001
Engel algısı	2.46	27.1±6.83	2.34	25.72±3.51	1.931	0.057
Güven	3.00	30.04±7.46	2.98	29.88±7.76	0.191	0.849
Sağlık Motivasyonu	3.43	24.01±5.04	3.35	23.43±3.65	1.186	0.239

Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ ön test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’te sunulmuştur. Deney grubundaki kadınların CMKKÖ puan ortalaması 22.24±7.32; kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ puan ortalaması 22.71±6.9 bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında ise, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların CMKKÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Deney (n=79)		Kontrol (n=81)		t	p
	Madde Puan ortalaması	$\bar{X}\pm SD$	Madde Puan ortalaması	$\bar{X}\pm SD$		
CMKKÖ	2.78	22.24±7.32	2.84	22.71±6.91	t=-.423	0.673

Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de sunulmuştur. Son testte deney grubundaki kadınların CMKKÖ puan ortalamasının (23.18±5.54), kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ puan ortalamasından (22.07±6.46) daha yüksek olduğu, deney ve kontrol grubunda CMKKÖ puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$), (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların CMKKÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Deney (n=79)		Kontrol (n=81)		t	p
	Madde Puan ortalaması	$\bar{X}\pm SD$	Madde Puan ortalaması	$\bar{X}\pm SD$		
CMKKÖ	2.90	23.18±5.54	2.76	22.07±6.46	1.159	0.248

Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ ön test puan ortalamalarına göre korku düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.9’da sunulmuştur. Kadınların meme kanseri korkusu yaşama düzeyi değerlendirildiğinde; deney grubundaki kadınların ön testte %44.3’ünün “yüksek düzeyde”, %41.8’inin “orta düzeyde”, %13.9’unun ise “düşük düzeyde” meme kanseri korkusu yaşadığı belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların ön test meme kanseri korku düzeyleri incelendiğinde ise; %50.6’sının “yüksek düzeyde”, %42.0’inin “orta düzeyde”, %7.4’ünün “düşük düzeyde” meme kanseri korkusu yaşadığı bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ ön test puan ortalamalarına göre meme kanseri korku düzeyleri karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0.380), (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların CMKKÖ Ön Test Puan Ortalamalarına Göre Korku Düzeylerinin Karşılaştırılması

CMKKÖ puanına göre korku düzeyleri	Deney (n=79)		Kontrol (n=81)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Düşük (8-15 puan)	11	13.9	6	7.4	1.935	0.380
Orta (16-23 puan)	33	41.8	34	42.0		
Yüksek (24-40 puan)	35	44.3	41	50.6		
Toplam	79	100.0	81	100.0		

Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ son test puanlarına göre korku düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 4.10’da sunulmuştur. Deney grubundaki

kadınların %55.7'si “yüksek düzeyde”, %43'ü “orta düzeyde”, %1.3'ü ise “düşük düzeyde” meme kanseri korkusu yaşamaktadır.

Kontrol grubundaki kadınların korku düzeyleri incelendiğinde; %45.7'si “yüksek” düzeyde, %44.4'ü “orta” düzeyde, %9.9'u ise “düşük” düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığı bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test CMKKÖ puanlarına göre belirlenen meme kanseri korku düzeyi karşılaştırıldığında, deney grubundaki kadınların meme kanseri korku düzeyinin arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.048$), (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların CMKKÖ Son Test Puan Ortalamalarına Göre Korku Düzeylerinin Karşılaştırılması

CMKKÖ puanına göre korku düzeyleri	Deney (n=79)		Kontrol (n=81)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Düşük (8-15 puan)	1	1.3	8	9.9		
Orta (16-23 puan)	34	43.0	36	44.4	6.082	0.048
Yüksek (24-40 puan)	44	55.7	37	45.7		

Deney grubundaki kadınların CMKKÖ ön test son test puan ortalamalarının karşılaştırılması bulguları Tablo 4.11'da sunulmuştur. Deney grubunun ön-test CMKKÖ puan ortalaması 22.24 ± 7.32 , son test puan ortalaması 23.18 ± 5.54 bulunmuştur. Deney grubunun CMKKÖ puan ortalaması ön teste göre son testte daha yüksek olduğu, ancak ön test ve son test puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$), (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Deney Grubundaki Kadınların CMKKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Ön-test (n=79)		Son-test (n=81)		t	p
	Madde Puan ortalaması	$\bar{X} \pm SD$	Madde Puan ortalaması	$\bar{X} \pm SD$		
CMKKÖ	2.78	22.24 ± 7.32	2.90	23.18 ± 5.54	-1.069	0.288

Kontrol grubundaki kadınların ön test ile son test CMKKÖ puan ortalama değerleri karşılaştırması Tablo 4.12’de sunulmuştur. Kontrol grubundaki kadınların ön test CMKKÖ puan ortalamasının 22.72±6.91 iken, son test CMKKÖ puan ortalamasının 22.07±6.46 olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır (p=0.380), (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Kontrol Grubundaki Kadınların CMKKÖ Ön Test Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Ön-test (n=79)		Son-test (n=81)		t	p
	Madde Puan ortalaması	$\bar{X} \pm SD$	Madde Puan ortalaması	$\bar{X} \pm SD$		
CMKKÖ	2.84	22.72±6.91	2.76	22.07±6.46	0.883	0.380

Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test kanser tarama yöntem bilgi ve uygulama durumlarına göre dağılımı Tablo 4.13’te sunulmuştur. Son testte deney grubundaki kadınların %63.3’ünün KMM ve, %58.2’sinin mamografi yaptırdığı, %97.5’inin KKMM’yi bildiği ve %91.1’inin KKMM’ni uyguladığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların %39.5’inin KMM, %58’inin mamografi yaptırdığı, %66.7’sinin KKMM’yi bildiği ve %66.7’sinin KKMM’yi uyguladığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların KMM yaptırma (p=0.003) ve mamografi yaptırma (p=0.040) ve KKMM’yi bilme (p<0.001), KKMM uygulama (p<0.001) durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Son Test Kansere Tarama Yöntem Bilgi ve Uygulama Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Deney		Kontrol		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
KMM yaptırma durumu						
Evet	50	63.3	32	39.5	9.056	0.003
Hayır	29	36.7	49	60.5		
Mamografi yaptırma durumu						
Evet	46	58.2	34	58.0	4.226	0.040
Hayır	33	41.8	47	42.0		
KMMM'yi bilme durumu						
Evet	77	97.5	54	66.7	23.569	<0.001
Hayır	2	2.5	27	33.3		
KKMM uygulama durumu						
Evet	72	91.1	54	66.7	14.313	<0.001
Hayır	7	8.9	27	33.3		

5. TARTIŞMA

Araştırmanın birinci aşamasında durum saptamaya ait bulgular araştırmaya yön verilmesi amacıyla kullanılmış ve bu bölümde tartışılmamıştır. Araştırmanın deneysel bölümüne ait bulgular olan;

- Deney ve kontrol grubundaki kadınların CSİMÖ ön test ve son test bulguları (Tablo 4.3, Tablo 4.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6),
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ ön test ve son test bulguları (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11, Tablo 4.12) ve,
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların meme kanseri tarama davranışlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır (Tablo 4.13).

5.1. Kadınların CSİMÖ puan ortalamalarının ön test ve son test karşılaştırmasına ait bulguların tartışılması

Sağlık inanç modeli, kişinin yetmezlik veya hastalık durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl etkilendiğini ve şekillendiğini açıklamaktadır. Aynı zamanda model kişiyi sağlığa yönelik davranışları yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (Karabaş, 2013).

Bu araştırmada, deney ve kontrol grubundaki kadınların ön-test CSİMÖ alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; “duyarlılık”, “ciddiyet algısı”, “yarar algısı”, “engel algısı”, “güven” ve “sağlık motivasyonu” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız iken ($p>0.05$); son testte deney grubunun kontrol grubuna göre CSİMÖ alt boyutlarından “yarar algısı” ve “güven” alt boyutlarının puanlarının daha yüksek, “engel algısı” puanlarının daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p=0.010$, $p<0.001$, $p<0.001$), (Tablo 4.4). Deney ve kontrol gruplarındaki kadınların, diğer alt boyutlar olan “duyarlılık”, “ciddiyet algısı” ve “sağlık motivasyonu” son test puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.001$), (Tablo 4.4).

Bu araştırmada deney grubundaki kadınların ön teste göre son testte CSİMÖ alt boyutları olan “yarar algısı” ve “güven” puan ortalamalarının yükseldiği, “engel

algısı” puan ortalamalarının düştüğü ve farkın anlamlı olduğu belirlenirken (sırasıyla, **p<0.001, p<0.001, p=0.014**); diğer alt boyutlar olan “duyarlılık”, “ciddiyet algısı”, “sağlık motivasyonu” alt boyutlarında farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Kontrol grubunun ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında; CSİMÖ alt boyutları olan “duyarlılık” ve “yarar algısı” puan ortalamalarının yükseldiği ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenirken (sırasıyla, **p<0.001, p<0.001**), diğer alt boyut puanlarında farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

Duyarlılık algısı, sağlık inanç modelinin alt boyutlarından biri olmakla beraber, bireyin sağlık ya da hastalık konusunda olası bir riski algılamasıdır.

Araştırmada ön test ve son test CSİMÖ “duyarlılık algısı” alt boyut puanları farkı deney grubundaki kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı değilken; kontrol grubundaki kadınlarda son testte daha yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.6).

Karabaş’ın (2013), öğretim görevlileri üzerinde yaptığı çalışmada duyarlılık algısının yüksek olduğu, benzer olarak Yılmaz’ın (2012) çalışmada, bazı durumların duyarlılık algısını arttırdığı belirlenmiştir. Seçginli ve Nahçıvan’ın (2006) çalışması ile Karayurt ve ark.’nın (2007) hemşirelerde yaptığı çalışmada, KKMM yapan kadınların duyarlılık algılarının yüksek olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızın sonuçları ile benzer olarak Güney’in (2009) çalışmada, meme kanseri erken tarama yöntemlerini (KKMM, KMM, mamografi) uygulayan ve uygulamayan kadınların duyarlılık algısında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Petro-Nustas ve Mikhail (2002), KKMM uygulayan kadınların meme kanseri duyarlılık algılarının KKMM uygulamayanlardan düşük olduğunu vurgulamaktadır. Ceylan’ın (2017), çalışmada KKMM uygulayan sağlık personelinin duyarlılık algısının, KKMM yapmayan gruba daha düşük olduğu bulunmuştur.

Deney grubundaki kadınların son test “duyarlılık algısı”nda istatistiksel olarak anlamlı fark olmaması, meme kanserinin tehlike olarak algılanmadığı ve bu nedenle duyarlılık davranışının farklı olmadığı şeklinde açıklanabilir. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak, Olgun’un (2015), KKMM ön test duyarlılık algısı alt boyut puan ortalamaları ile son testte duyarlılık algısı alt boyut puan ortalamalarında, artışın olduğu fakat bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların son test “duyarlılık” puanlarının ön test puanlarına göre yüksek ve farkın anlamlı olması, kadınların ön testten sonra meme kanserini risk olarak görme ve konuya duyarlı hale gelmiş olması, çalışma süresi boyunca kontrol edilemeyen medya, basılı materyal ve Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan herhangi bir meme kanseri kampanyası gibi diğer bilgi kaynaklarına maruz kalmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir (Akhtari ve ark., 2016).

Ciddiyet/önemseme algısı, bireyin hastalığın doğurduğu zararlı sonuçları nasıl algıladığı ile ilgilidir. Araştırmada ön test ve son test CSİMÖ “ciddiyet algısı” alt boyut puan ortalamaları farklarının hem deney, hem de kontrol grubundaki kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Chuntharapat ve ark.’nın (2005) yaptıkları çalışmada, son test katılımcıların meme kanseri önemseme algılarında bir artma olduğunu ve bunun KKMM uygulamalarını arttırdığını tespit etmişlerdir. Elik’in (2006) yaptığı çalışmada eğitimin meme kanserini önemseme algısına etkisinin değerlendirilmesinde; ön test deney grubu ile kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız iken, son testte fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Güney (2009), çalışmasında KKMM yapan ve yapmayan kadınların ciddiyet algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını, Karayurt ve ark. (2007), KKMM yapan ve yapmayan hemşirelerin ciddiyet puanlarında anlamlı fark olmadığını belirlemiştir. Çalışmamız ile benzer olarak Olgun’un (2015) çalışmasında, birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınlara verilen eğitimde, ciddiyet algısının ön test alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda deney grubundaki kadınların son test ciddiyet algısında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın oluşmaması, kadınların birinci derece yakınında meme kanseri olma durumunun oldukça az olması nedeniyle, hastalığı bir tehdit unsuru olarak görmemeleri, son testte kadınların altı ay boyunca telefon ile KKMM uygulaması hatırlatılması ile meme kanserine yönelik endişe ve kaygılarının azalmış olabileceği, erken teşhisle bu hastalığın yenilebileceği bilgisi, meme kanserine yönelik ciddiyet algılarında azalmaya sebep olabileceği düşünülmektedir.

Yarar algısı; koruyucu davranışın gelişmesinde algılanan olumlu yönlerdir. Araştırmada hem deney grubundaki kadınların ön test ve son test “yarar algısı” alt boyut puan ortalaması, hem de kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test

“yarar algısı” alt boyut puan ortalaması farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.5, Tablo 4.6). Lu’nun (2001), çalışmasında eğitim girişimi sonrasında yarar algısında artma olduğu, Merey’ in (2002), yaptığı çalışmada KKMM konusunda bilgi alan kişilerin KKMM yarar algısının anlamlı ölçüde yüksek bulunduğu, Umeh ve Gibson’ un (2001), çalışmasında KKMM yararları arttıkça KKMM olasılığının arttığı tespit edilmiştir. Petro-Nustas ve Mikhail’ in (2002), çalışmasında yarar algısı ile KKMM sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve Graham’ın (2004), sağlık inançları ve KKMM arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, yarar algısı ile KKMM sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptanmıştır. Kadınlara verilen eğitimin yarar algısına olumlu etkisinin olduğu, KKMM uygulamanın önemini, aşamalarını, doğru zamanda ve sıklıkta yapmayı eğitimle kavradıkları düşünülmektedir. Kontrol grubundaki kadınların ise yarar algılarının yüksek olmasının nedenini, deney grubundaki kadınlar ile iletişim halinde olmaları, ön testin merak duygusunu uyandırarak koruyucu sağlık davranışını geliştirmelerine katkı sağladığı şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmanın bulguları literatüre benzerdir (Umeh ve Gibson, 2001; Graham, 2004).

Engel algısı; meme kanseri taramalarında, mamografi çekirme, KKMM ve KMM yapılması ile algılanan içsel ve dışsal engelleri belirler. Araştırmada deney grubundaki kadınların “engel algısı” alt boyut puan ortalaması ön testte 25.67 ± 5.72 iken, son testte 23.97 ± 2.40 olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p = 0.014$), (Tablo 4.5). Başka bir ifade ile meme kanseri ve KKMM eğitimi sonrası engel algısı azalmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ise ön test CSİMÖ engel algısı alt boyut puan ortalaması 27.1 ± 6.83 iken, son testte 25.72 ± 3.51 bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$), (Tablo 4.6).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test “engel algısı” alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, son testte farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$), (Tablo 4.4). Sadler ve ark.’nın (2001) çalışmasında, kadınların KKMM uygulamada en büyük engelin zaman kısıtlılığı olduğunu ifade ettikleri, Seçginli ve Nahçıvan’ın (2006) çalışmasında, gelirini düşük düzeyde gören kadınların, düşük eğitim düzeyindeki kadınların ve ailesinde meme kanseri olanların KKMM engel algılarının yüksek

olduğu belirtilmektedir. Güney'in (2009), çalışmasında engel algısının KKMM uygulamayan kadınların, KKMM uygulayan kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, Petro-Nustas ve Mikhail'in (2002) çalışmasında KKMM yapan kadınların engel algısının düşük olduğu bildirilmektedir. Dündar (2006), Karayurt (2008), Merey'in (2002) çalışmalarında ise KKMM'ni düzenli olarak uygulayan kadınların engel algılarının, KKMM uygulamayan kadınlara oranla anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. SİM'e göre, meme kanserinden korunmaya yönelik erken tanı davranışlarının önemini kavrayan ve bu davranışları sergilemede daha az engelle karşılaşan bir kadının, istedik sağlık davranışını gösterme oranının da yüksek olması beklenmektedir. Ashton ve ark.'nın (2001), çalışmalarında engel algısının yükseldiği durumda KKMM sıklığının düştüğü tespit edilmiştir. Bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde, Akhtari-Zavare ve ark.'nın (2016) çalışmasında, verilen eğitimle engel algısı puanlarının deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düştüğü, kontrol grubunda ise aynı şekilde kaldığı bulunmuştur.

Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını sergilemelerinde sağlık güvencesinin olmaması, zaman kısıtlılığı, ulaşım olanaklarının yetersizliği, erken tanı uygulamaları hakkında bilgisinin olmaması, davranışı yapmak için kendine güvenememe, meme kanseri korkusu, unutma, aile, arkadaş ve eş desteğinin olmaması, sağlık personelin cinsiyeti gibi engellere sık rastlanmaktadır. Araştırmada eğitim sonrası KKMM engel algısı alt boyut puan ortalamaları, eğitim öncesine kıyasla düşmüştür. Bu düşüşün kadınlara KKMM yapmadaki engellerinin neler olduğunun belirlenip, ona göre eğitim verilmesi, KKMM'nin önemini kavranmasının sağlanması, bilgi eksikliklerinin giderilmesi, KKMM hakkındaki yanlış bilinenlerin düzeltilmesi ile sağlandığı düşünülmektedir.

Güven algısı; bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade etmektedir. Araştırmada deney grubundaki kadınların "güven" alt boyut puan ortalaması ön testte 31.72 ± 7.26 iken, son testte 37.51 ± 4.28 bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 4.5). Kontrol grubundaki kadınların ise ön test CSİMÖ "güven" alt boyut puan ortalaması 30.04 ± 7.46 iken, son test 29.88 ± 7.76 bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$), (Tablo 4.6). Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test "güven" alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmazken (Tablo 4.3), son test sonrası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. ($p < 0.05$) (Tablo 4.4).

Araştırmada deney grubundaki kadınlarda son test güven algısı alt boyut puan ortalamaları, ön teste kıyasla yükselmiştir. Lu (2001)'nin çalışmasında, eğitim girişimi sonrasında öz-etkililik (güven) algısında artma olduğu tespit edilmiştir. Petro-Nustas ve Mikhail' in (2002) çalışmasında, KKMM öz-etkililiği (güven) arttıkça KKMM sıklığının da arttığı tespit edilmiştir. Literatürde yapılan çalışmaların ve bu çalışmaların sonucu olarak eğitim girişiminin KKMM güvenini arttırdığını ve bu yolla KKMM uygulamalarını geliştirdiği belirlenmiştir (Gözüm ve Aydın, 2004; Dündar ve ark., 2006; Seçginli ve Nahçıvan, 2006; Karayurt ve ark., 2008). Bu çalışmanın sonuçları literatüre benzerdir. Bu çalışmada verilen eğitim ve telefonla arayarak yapılan hatırlatmalarla kadınların erken tanının önemine inandıkları, KKMM'yi düzenli ve doğru bir şekilde yapmak için motive oldukları, tüm bunların sonucunda da güven algısında artış olduğu düşünülmektedir.

Sağlık motivasyonu; sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde davranışların oluşması için genel istek ve niyet durumudur. Sağlık motivasyonu algısı yüksek olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarını sergileme oranlarının yüksek olacağı belirtilmektedir (Yılmaz, 2012). Bu çalışmada hem deney hem de kontrol grubundaki grubundaki kadınların ön test ve son test “sağlık motivasyonu” alt boyut puan ortalaması farklarının anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Akhtari-Zavare ve ark. (2016), Olgun (2015) ve Güney (2009)'in yaptığı çalışmalarda, ön test ve son test sağlık motivasyonu puanları arasında fark olmadığı belirtilmektedir. Literatür bulguları bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Güney, 2009; Olgun, 2015; Akhtari-Zavare ve ark., 2016). ***Bu çalışmada, kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitiminin SİM'in tüm alt boyutlarına olmasa da, sağlık inançlarından yarar algısı, engel algısı ve güvene olumlu etki ettiği belirlenmiştir (H₁ kabul edilmiştir).***

5.2. Kadınların CMKKÖ Ön-Test ve Son-Test Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test CMKKÖ puan ortalaması farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Ayrıca, hem deney hem de kontrol grubundaki kadınların ön test ve son test CMKKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Bu çalışmada ayrıca, deney ve kontrol grubu CMKKÖ ön test puan ortalamalarına göre korku düzeyleri değerlendirildiğinde; deney grubundaki kadınların %44.3'ünün "yüksek" düzeyde, %41.8'inin "orta" düzeyde, %13.9'unun ise "düşük" düzeyde korku yaşadığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların korku düzeyleri incelendiğinde ise; %50.6'sının "yüksek" düzeyde, %42.0'inin "orta düzeyde", %7.4'ünün "düşük" düzeyde korku yaşadığı bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ ön test puan ortalamalarına göre korku düzeyleri karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0.380$), (Tablo 4.9).

Deney ve kontrol grubu CMKKÖ son test puan ortalamalarına göre korku düzeyleri değerlendirildiğinde; deney grubundaki kadınların %55.7'si "yüksek" düzeyde, %43'ü "orta" düzeyde, %1.3'ü ise "düşük" düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığı; kontrol grubundaki kadınların ise, %45.7'sinin "yüksek" düzeyde, %44.4'ünün "orta" düzeyde, %9.9'unun ise "düşük" düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığı bulunmuştur. Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.048$), (Tablo 4.10). ***Kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitiminin, kadınların meme kanseri korku puan ortalamaları aynı iken, meme kanseri korku düzeyini artırdığı bulunmuştur (H_2 kabul edilmiştir).***

Korku, toplumların çoğunda kanserin ölümcül ve ciddi bir hastalık olarak görülmesi sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Lee (2011) yaptığı çalışmada, kadınların %55.6'sının orta düzey meme kanseri korkusu yaşadığını belirtmiştir. Garbers ve ark. (2003) kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarında bulunmama nedenleri arasında yer alan korku faktörünün %44.6 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Türkiye'de yapılan çalışmalardan Yavan ve ark. (2010) çalışmalarında, kadınların

%85.1'inin meme kanseri korkusu yaşadıklarını saptamışlardır. Bu çalışmada kadınların yüksek düzeyde meme kanseri korkusu yaşamasının nedeni meme kanseri ciddiyet algılarının yüksek olmasından kaynaklanabilir. Başka bir çalışmaya göre 20-65 yaş grubu kadınların meme kanseri korkusu yaşadığı ve bu korkunun kadınların meme kanserini acı verici, ölümcül bir hastalık olarak algıladıklarından kaynaklandığı belirtilmiştir (Taha, 2012). Aydoğdu ve Bahar (2012)'in çalışmasında, kadınların KKMM yaparken ele kitle gelme korkusu sebebiyle KKMM yapmadıkları belirtilmiştir. Norouznia (2014), meme kanseri korkusu ile KKMM yapma davranışı durumu arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmuştur. Ayrıca meme kanseri korku düzeyi orta seviyede olan kadınların, meme kanseri korkusu düşük ve yüksek seviyede olan kadınlara oranla daha çok KKMM yaptıkları saptanmıştır. Donnelly ve ark.'nın (2013), yapmış olduğu çalışmada yüksek seviyede meme kanseri korkusu yaşamının mamografi çekirme davranışını negatif yönde etkilediğini belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada kadınların %74.8'i meme kanseri olmaktan korktuğu için KKMM yaptığını, korkmayanların ise %74.7'si KKMM yapmadığı belirtilmiş olup korku ile KKMM yapma davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadığı belirtilmiştir (Karabaş, 2013). Chalmers ve Thomson'un makalelerinde, yüksek kanser korkusunun, KKMM yapmama ya da sık sık KKMM yapmayla sonuçlandığı bildirilmektedir (Chalmers ve Thomson 1996; 2000; 2001; 2003). Literatürde çalışmamız ile benzer olarak Miller ve ark.'nın (2011), meme kanseri korkusu ile mamografi yaptırma durumu karşılaştırıldığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, meme kanseri korkusunun yüksek olmasının mamografi çekirme davranışını arttırdığı saptanmıştır. Ersin ve ark.'nın (2011), yapmış oldukları çalışmalarında da mamografi yaptıran kadınların mamografi yaptırmayan kadınlara oranla meme kanseri korku ölçek puan ortalaması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan araştırmaların sonuçları bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik gösterdiği gibi farklılıkta gözlenmekte ve meme kanseri korkusunun erken tanı ve uygulamaları olan etkisinin olumlu ya da olumsuz yönde olduğu gözlenmektedir. Deney grubundaki kadınların meme kanseri korku oranının artmasında, eğitim sonrası, meme kanserine karşı kadınların farkındalıklarının artması ve bilinçlenmesi ile açıklanabilir.

5.3. Kadınları Meme Kanseri Tarama Yöntem Bilgi ve Uygulama Durumlarına Ait Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmada deney grubundaki kadınların ön test meme kanseri tarama yöntemleri bilgi ve uygulama durumları incelendiğinde; %53.2'si KMM hakkında bilgi sahibi olduğu, %45.6'sının KMM yaptırdığı, %84.8'i mamografi hakkında bilgi sahibi iken, %55.7'sinin mamografi yaptırmadığı, %74.7 KKMM hakkında bilgi sahibi olduğu ve %62'sinin KKMM uyguladığı belirlenmiştir. Kadınların daha önce KKMM hakkında bilgiyi nereden aldıklarına bakıldığında %73.1'inin sağlık ekibinden aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Kontrol grubundaki kadınların ön test meme kanser tarama yöntemleri bilgi ve uygulama durumları incelendiğinde; %51.9'u KMM hakkında bilgi sahibi olduğu, %29.6'sının KMM yaptırdığı, %76.5'i mamografi hakkında bilgi sahibi iken, %67.9'u mamografi yaptırmadığı, %64.2'sinin KKMM hakkında bilgi sahibi olduğu ve %59.3'ünün KKMM uyguladığı belirlenmiştir. Daha önce KKMM hakkında nereden bilgi aldıklarına bakıldığında %66.7'sinin sağlık ekibinden aldığı bulunmuştur (Tablo 4.2). Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test KKM uygulama durumu karşılaştırıldığında, kontrol grubundaki kadınların KMM'ni daha düşük oranda yaptırdığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Deney grubundaki kadınların son test KMM'ni %63.3'ü, mamografiyi %58.2'si ve KKMM'ni %91.1'i uyguladığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ise %39.5'i, mamografiyi %58'i ve KKMM'ni %66.7'sinin uyguladığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki kadınların KMM uygulama durumu, mamografi ve KKMM uygulama durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13).

Literatürdeki benzer çalışmalara bakıldığında; Umeh ve Gibson (2001) genç kadınlarda SİM doğrultusunda KKMM ile ilgili sağlık algılamalarının değerlendirildiği bir çalışmada, KKMM düzenli olarak uygulayanların oranı %41 bulunmuştur. Çadır ve ark.'nın (2004), yaptıkları araştırmada önerilen sıklıkta KKMM'yi uygulayan kadınların oranı %37.4 olarak saptanmıştır. Al-Dubai ve ark.'nın (2012) 222 kadın ile Malezya kırsalında yapmış oldukları bir çalışmada, KKMM'nin nasıl uygulandığı bilmeyen kadınların %79.8 olduğu belirlenmiştir. Merey'in (2002), kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarının tespit edilmesine

yönelik çalışmasında KKMM'yi düzenli olarak uygulayanların oranı %5.5 olarak tespit edilmiştir. Atlı'nın (2002) yetişkin kadınların meme kanserine yönelik bilgi düzeyleri ve risk algılamaları ile KKMM eğitiminin değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada, düzenli olarak KKMM yaparak memesinde kitleyi tespit eden kadınların oranını %5.3 olarak bulmuştur.

Kadınlara verilen KKMM eğitiminin etkinliği gösteren literatürdeki araştırmalara bakıldığında; Parlar ve ark.'nın (2005), aile planlaması hizmeti almak için bir sağlık merkezine başvuran toplam 101 kadının katıldığı araştırmada, kadınlara uygulanan ön testte 18 kadının (%33.9) KKMM uyguluyor iken; eğitim verildikten sonra son test birinci ayda 48'e (%90.6) yükseldiği, aynı araştırmada eğitimden önce sadece 7 kadın (%13.2) KKMM uygulamasını doğru olarak yapabilmiş iken; son test sonrası birinci ayda bu sayının 39'a (%73.5) çıktığı belirlenmiştir. Erkoç ve ark.'nın (2011), 20 yaş ve üzeri toplam 172 kadın ile yürütülen çalışmada, bilgi düzeyinin KKMM yapma durumunu etkilediği ve bilgi düzeyi daha iyi olanların KKMM yapma oranlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Yarbro (2003) çalışmasında, KKMM eğitiminin bilgi düzeyini etkilediğini ve olumsuz davranışların değiştirilmesinde önemli etkiye sahip olduğunu bulmuştur. Yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde, bu araştırmada olduğu gibi benzer sonuçlar elde edildiği, KKMM eğitiminin kadınlarda olumlu sağlık davranışı geliştirdiği ve KKMM'nin önemini anladıkları ve alışkanlık haline getirdikleri düşünülmektedir.

Kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitiminin kadınların KMM, mamografi yaptırma ve KKMM uygulama oranlarını artırdığı bulunmuştur (H₃ kabul edilmiştir).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kadınlara verilen meme kanseri ve KKMM eğitiminin, sağlık inançlarına ve meme kanseri korkusuna olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada bulunan sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Deney grubunda olan kadınların %38'sinin 41-50 yaş grubunda olduğu, %39.3'ünün ilkokul mezunu, %78.5'inin evli ve %35.4'ünün 2 çocuğa sahip olduğu, %78.5'inin maddi gelir durumunun “orta” düzeyde olduğu ve %58.2'sinin ilde yaşadığı belirlenmiştir.
- Kontrol grubundaki kadınların ise %43.2'sinin 41-50 yaş grubunda olduğu, %50.7'sinin ilkokul mezunu, %30.9'unun 3 ve daha fazla sayıda çocuğa sahip olduğu, %84'ünün evli olduğu, %88.9'unun maddi durumunun “orta” düzeyde olduğu ve %59.2'sinin ilde yaşadığı belirlenmiştir.
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, medeni durum, maddi gelir düzeyi, ve yaşadıkları yere göre karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).
- Deney grubundaki kadınların %68.4'ünün doğum kontrol hapı kullandığı, %5.1'inin ailede birinci derece yakınında meme kanseri öyküsüne sahip bireyin bulunduğu, %13.9'unun meme ile ilgili bir rahatsızlığı olduğu bulunmuştur.
- Deney grubundaki kadınların %53.2'sinin KMM hakkında bilgi sahibi olduğu, %84.8'inin mamografi hakkında bilgi sahibi olduğu, %45.6'sının KMM yaptırdığı, %55.7'sinin mamografi çekmediği, %67.1'inin KKMM hakkında bilgi sahibi olduğu ve %62'sinin KKMM uyguladığı, %73.1'inin sağlık ekibinden KKMM hakkında bilgi aldığı belirlenmiştir.
- Kontrol grubundaki kadınların %77.8'inin doğum kontrol hapı kullandığı, %7.6'sının ailede birinci derece yakınında meme kanseri öyküsüne sahip bireyin bulunduğu, %6.2'nin meme ile ilgili bir rahatsızlığı olduğu belirlenmiştir.
- Kontrol grubundaki kadınların meme kanser tarama yöntemleri bilgi ve uygulama durumları incelendiğinde; %51.9'u KMM hakkında bilgi sahibi olduğu, %29.6'sının KMM yaptırdığı, %76.5'i mamografi hakkında bilgi sahibi iken, %67.9'unun mamografi çekmediği, %66.7'sinin KKMM hakkında bilgi sahibi

olduğu ve %59.3'ünün KKMM uyguladığı, KKMM hakkında %66.7'sinin sağlık ekibinden bilgi aldığı bulunmuştur.

- Deney ve kontrol grubundaki kadınların doğum kontrol hapi kullanma durumu, ailede meme kanseri olan birey olma durumu, meme ile ilgili rahatsızlık durumu, meme ile ilgili rahatsızlık çeşidi, KMM'ni bilme durumu, mamografi bilgi durumu, mamografi uygulama durumu, KKMM bilgi durumu, KKMM uygulama durumu, daha önce KKMM hakkında bilgi alma durumu kaşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), sadece KMM uygulama durumuna göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test CSİMÖ duyarlılık, ciddiye algısı, yarar algısı, engel algısı, güven ve sağlık motivasyonu alt ölçekleri puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların son test CSİMÖ yarar algısı ($p=0.010$), engel algısı ($p<0.001$) ve güven ($p<0.001$) alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken; “duyarlılık”, “ciddiyet algısı”, “sağlık motivasyonu” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında farklar istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Deney grubundaki kadınların ön test ve son test CSİMÖ alt ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yarar algısı ($p<0.001$) ve güven ($p<0.001$) alt ölçekleri puanının yükseldiği, engel algısı ($p=0.014$) puanının düştüğu ve puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu; duyarlılık, ciddiye ve sağlık motivasyonu alt ölçekleri puan ortalamalarının farklarının istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).
- Kontrol grubundaki kadınlarda ön teste göre son testte duyarlılık alt ölçeği, ciddiye alt ölçeği ve yarar algısı alt ölçeği puan ortalamalarının yükseldiği, engel algısı alt ölçeği puan ortalamasının düştüğu, duyarlılık alt ölçeği ($p<0.001$) ve yarar algısı alt ölçek ($p<0.001$) ön test ve son test puan ortalamaları farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki kadınların, ciddiye algısı, engel algısı, güven ve sağlık motivasyonu alt ölçekleri, ön test ve son test puan ortalamaları farkları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

- Deney ve kontrol grubundaki kadınlarda CMKKÖ ön test ve son test puan ortalaması farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).
- Deney grubu ön test verilerine göre, kadınların %44.3'ünün "yüksek" düzeyde, %41.8'inin "orta" düzeyde, %13.9'unun ise "düşük" düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığı belirlenmiş; deney grubu son test verilerine göre kadınların %55.7'sinin "yüksek" düzeyde, %43'ünün "orta" düzeyde, %1.3'ünün ise "düşük" düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığı belirlenmiştir.
- Kontrol grubu ön test verilerine göre, kadınların %50.6'sının "yüksek" düzeyde, %42.0'nin "orta düzeyde", %7.4'ünün "düşük" düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığı bulunmuş; kontrol grubu son test verilerine göre kadınların %45.7'sinin "yüksek" düzeyde, %44.4'ü "orta" düzeyde, %9.9'u ise "düşük" düzeyde meme kanseri korkusu yaşadığı bulunmuştur.
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların CMKKÖ ön-test puan ortalamalarına göre korku düzeyleri karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p=0.380$); son test CMKKÖ puanlarına göre meme kanseri korku düzeyinin deney grubundaki kadınlarda arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.048$).
- Deney grubunun ön test CMKKÖ puan ortalaması 22.24 ± 7.32 , son test puan ortalaması 23.18 ± 5.54 bulunmuştur. Deney grubunun CMKKÖ puan ortalaması ön teste göre son testte daha yüksek olduğu, ancak ön test ve son test puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$),
- Kontrol grubundaki kadınların ön test CMKKÖ puan ortalamasının 22.72 ± 6.91 iken, son test CMKKÖ puan ortalamasının 22.07 ± 6.46 olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p=0.380$).
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test kanser tarama yöntemleri davranışları değerlendirmesinde, %45.6'sının KMM yaptırdığı, %44.3'ünün mamografi taraması yaptırdığı, %62'sinin KKMM uyguladığı belirlenirken; kontrol grubundaki kadınların ise %29.6'sının KMM yaptırdığı, %32.1'inin mamografi taraması yaptırdığı, %59.3'ünün KKMM uyguladığı belirlenmiştir.
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların ön test mamografi taraması yaptırma durumu, KMM've KKMM uygulama durumu karşılaştırıldığında farkın

istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), KMM uygulama durumuna göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

- Deney ve kontrol grubundaki kadınların kanser tarama yöntemleri davranışlarının son test değerlendirmesinde, kadınların %63.3'ünün KMM ve, %58.2'sinin mamografi yaptırdığı, %97.5'inin KKMM'yi bildiği ve %91.1'inin KKMM'ni uyguladığı belirlenirken; kontrol grubundaki kadınların %39.5'inin KMM, %58'inin mamografi yaptırdığı, %66.7'sinin KKMM'yi bildiği ve %66.7'sinin KKMM'yi uyguladığı belirlenmiştir.
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların son testte KMM yaptırmama ($p=0.003$) ve mamografi yaptırmama ($p=0.040$) ve KKMM'yi bilme ($p<0.001$), KKMM uygulama ($p<0.001$) durumu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- Kadınların meme kanseri ve kanser tarama yöntemleri konusunda farkındalığının artırılması, önemseme/ciddiyet, duyarlılık, sağlık motivasyonu, güven ve yarar algılarının artırılması, KKMM engellerinin azaltılmasına yönelik girişimlerin yapılması ve sürekliliğinin sağlanması,
- Kadınların meme sağlığının korunması, geliştirilmesi, erken tanı için farkındalık ve eğitim programlarının ilgili sağlık kuruluşları tarafından oluşturulması ve bu konuda uzman sağlık personelleri tarafından eğitimlerin verilmesi,
- Kadınların meme kanseri korkusunun kanser tarama davranışlarına olan etkisinin çeşitli çalışmalarla araştırılması,
- Meme kanseri konusunda farkındalığının sağlanması için geniş kitlelere ulaşabilen yaygın etkisi olan kampanyaların düzenlenmesi,
- Farklı eğitim modelleri kullanılarak, meme kanseri hakkında bilgilendirme ve davranış kazandırmak için araştırmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abaan S. (1996). Kanserin Önlenmesi ve Kanser Riskinin Azaltılması. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. 1. Baskı, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, 31-40.
- Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. (2015). Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *The Journal of Breast Health*, 11, 31-8.
- Açıkgöz A, Ergör G. (2013). Kadınlarda meme kanseri risk algısını etkileyen etmenler ve Gail modeli ile risk düzeyinin karşılaştırılması. *Journal of Breast Health*, 9(3), 156-162.
- Adams EK, Breen N, Joski PJ. (2006). Impact of the national breast and cervical cancer early detection program on mammography and Pap test utilization among White, Hispandic, and African American women 1996-2000. *American Cancer Society*, 109(2), 348-358.
- Akçay D. (2005). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Eğitim ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Akhtari-Zavare M, Juni MH, Said S, Ismail IZ. (2013). Belief and behavior of Malaysia undergraduate female students in a pubic university toward breast self examination practice. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 14(1), 57-61.
- Akhtari-Zavare M, Juni MH, Said S, Ismail IZ, Latiff LA, Eshkoor SA. (2016). Result of randomized control trial to increase breast health awareness among young females in Malaysia. *BMC Public Health*, 16(738), 1-11.
- Akkaş Gürsoy A. (2005). Meme Kanserinde Eğitimcinin Eğitimi Programı II Kitapçığı, Trabzon.
- Aktan M, İnan A. (2004). Hastaneye başvuran kadınların ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesi. *Klinik Bilimler*, 10(6), 642- 647.
- Akyolcu N, Kanan N. (1988). Kadınlarda kendi kendine meme muayenesinin yaşam süresine olumlu etkisi. *Hemşirelik Bülteni*, 2(8), 72-74.

- Al-Dubai SA, Ganasegeran K, Alabsi AM, Abdul Manaf MR, Ijaz SK. (2012). Exploration of barriers to breast-self examination among urban women in Shah Alam, Malaysia: a cross sectional study. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 13(4), 162-732.
- Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts R, Walter P. (2003). Molecular Biology of the Cell. Alberts B, Johnson A, Lewis J, Raff M, Roberts R, Walter P (Ed.). Garland Science. New York: P: 313-1362.
- American Cancer Society.(2008). Cancer Facts&Figures 2008. Atlanta (GA): Erişim: 31 Aralık 2018,
<https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2008.html>
- American Cancer Society (2010). Cancer Facts&Figures 2010. Erişim: 07 şubat 2019,
<https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-factsfigures/cancer-facts-figures-2010.html>
- American Cancer Society (2013). Breast Cancer Facts&Figures. Erişim: 07 Ocak 2019,
<https://www.cancer.org/research/cancer-acts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2013.html>
- American Cancer Society. (2014). What are the risk factors for breast cancer? Erişim:31 Aralık 2018,
<http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-risk-factors>.
- American Cancer Society.(2015). Cancer Facts and Figures .Atlanta, Ga: Erişim: 07 şubat 2019,
<https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2015.html>
- Arıkan RN. (2000). Travmatik bir yaşantı: meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9(1), 39-46.
- Aro AR, Koning HJD, Absetz P, Schreck M. (2001). Two distinct of non-attenders in an organized mammography screening program. *Breast Cancer Research Treatment*, 70, 145-53.

- Arsan M. (1999). Meme hastalıkları. *Actual Medicine*, 7(8), 67-73.
- Ashton L, Karnilowicz W, Fooks D. (2001). The Incidence and belief structures associated with breast-self examination. *Social Behavior and Personality*. 29(3), 223-230.
- Atlı Ö. (2002). Yetişkin Kadınların Meme Kansere Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Risk Algılamaları ile Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Avcı İ, Işıklı Z. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 16, 91-94.
- Aydıntuğ S. (2004). Meme kanserinde erken tanı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(6), 226-229.
- Aydoğdu NG, Bahar Z. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Kadınların Meme ve Serviks Kansere Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Baltaş Z. (2004) Sağlık Psikolojisi. Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Bavbek S. (2003). Meme Kanserinde Prognostik Faktörler. Topuz E, Aydın A, Dinçer M. (Ed.). Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 72-89.
- Bayık A. (2002). Hemşirelik araştırmalarında etik. Erefe İ. (Ed.). Hemşirelikte araştırma ilke, süreç ve yöntemleri. İstanbul: Ofset Baskı, 27-48.
- Beji NK, Başgöl Ş. (2016). Pelvik Taban Disfonksiyonunda Yaşam Tarzı Değişiklikleri. Karan A. (Ed.). Urojinekolojide Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. S:49-61.
- Beydağ KD, Karaoğlan H. (2007). Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2), 106-111.
- Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. (2008) Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in. *International of Journal Cancer*, 2013, 132(5), 1133–1145.
- Brunnicardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Matthews RE. ve ark. (2009). Schwartz's Principles of Surgery. 8th ed. 473-519.

- Carney PA, Tosteson AN, Titus-Ernstoff L, Weiss JE, Goodrich ME, Manganiello P. ve ark. (2006). Hormone therapies in women aged 40 and older: prevalence and correlates of use. *Maturitas*, 53(1), 65-76.
- Ceylan S. (2017). Kadın Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamalarına Sağlık İnanç Düzeylerinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Chalmers K, Thomson K. (1996). Coming to terms with the risk of breast cancer: perceptions of women with primary relatives with breast cancer. *Qualitative Health Research*, 6, 256–282.
- Chalmers K, Thomson K, Degner L. (2000). Information, support, and communication needs of women with a family history of breast cancer. *Cancer Nursing*, 19, 204–213.
- Chalmers K, Luker KA, Leinster S, Ellis I, Booth K. (2001). Information and support needs of women with primary relatives with breast cancer: development of the information and support needs questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 497–507.
- Chalmers K, Marles S, Tataryn D, Scott-findlay S, Serfas K. (2003). Reports of information and support needs of daughters and sisters of women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 12, 81–90.
- Champion VL. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*, 42, 139-143.
- Champion VL, Scott C. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief in African American women. *Nursing Research*, 46, 331- 337.
- Champion V. (1999). Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing Health*, 22, 341-348.
- Champion VL, Skinner CS, Menon U, Rawl S, Giesler B, Monahan P. ve ark. (2004). A Breast Cancer Fear Scale: psychometric development. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 753-762.
- Champion VL, Skinner CS, Menon U, Rawl S. (2004). A breast cancer fear scale: Psychometric Development. *Journal of Health Psychology*, 28, 329-336.

- Champion VL, Skinner CS. (2008). Health Belief Model. Glanz K, Rimer BK, Viswanat K. (Ed.). Health behavior and health education. San Francisco: Jossey-Bass, 45-62.
- Champion VL, Monahan PO, Springston JK, Russell K, Zollinger TW, Saywell RM. ve ark. (2008). Measuring mammography and breast cancer beliefs in African-American women. *Journal of Health Psychology*, 13, 827-837.
- Chuntharapat S, Sripotchanart W, Phongthanasarn J. (2005). Effects of Health Belief Model instruction on breast self-examination compliance in perimenopausal women. *Songklanakarind Journal of Nursing*, 20(2), 123-138.
- Clemen SS, Mcguire SL, Eigsti DG. (2002). Comprehensive Health Nursing Family Aggregate and Community Practice. 6. Edition. By Mosby: 386-7
- Çadır G, Eksen M, Bütüner E, Tüzen H, Yetim H, Othan K. ve ark. (2004). Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2), 1-16.
- Çenesiz E. (2007). Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli İle Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Darendeliler E, Yaman Agaoglu F. (2003). Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. Topuz E, Aydınar A, Dinçer M. (Ed.). Meme Kanseri. İstanbul: Nobel Matbaacılık, S:13-33.
- Dean A. (2008). Primary Breast Cancer: Risk Factors, Diagnosis and Management. *Nursing Standard*, 22 (40), 47-55.
- Donnelly TT, Al Khater A, Al Bader SB, AL Kuwari MG. ve ark. (2013). Beliefs and attitudes about breast cancer and screening practice among Arab women living in Qatar: a cross-sectional study. *BMC Women’s Health*, 13(49), 2-16.
- Dozier KJ, Mahon SM. (2002). Cancer prevention, detection, and control: a nursing perspective. Oncology Nursing Society; Pitsburg P: 389–443.
- Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G. ve ark. (2006). The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of woman in rural area in western Turkey. *BMC Cancer*, 6(43), 1-9.
- Elbi H. (2001). Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 5, 5-10.

- Elik Z. (2006) Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- El-Metwally TH. (2009). Cancer biology: An updated global overview. Erişim: 12 Şubat 2019, Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/ebookviewer/ebook/bmx1YmtfXzM1NDMyNF9fQU41?sid=70b3b6a4-0a80-48e1-956&format=EB>
- Erbil N, Bölükbaş N. (2014). Health beliefs and breast self-examination among nursing students in Turkey. *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention*, 15(6), 6525-6529.
- Erkoç A, Oran F, Yorulmaz H. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi durumlarına eğitimin etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 7(2), 101-105.
- Ersin F, Bahar Z. (2011). 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 Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 1849-1854.
- Eti Aslan F, Gürkan A. (2007). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(2), 1-6.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C. ve ark. GLOBOCAN (2012). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11
- Fouladi N, Porfarzi F, Mazaheri E, Alimohammadi H, Minoos R, Fiouz A. ve ark. (2013). Beliefs and behaviors of breast cancer screening in women referring to health care centers in northwest Iran according to the Champion health belief model scale. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(11), 6857-6862.
- Garbers S, Jessop Dorothy J, Foti H, Uribelarrea M, Chiasson Ann M. (2003). Barriers to breast cancer screening for low income Mexican and Dominican women in New York City. *Journal of Urban Health*, 80(1), 81-91.
- Gaudet MM, Gapstur SM, Sun J, Diver WR, Hannan LM, Thun MJ. (2013). Active smoking and breast cancer risk: original cohort data and meta-analysis. *Journal of the National Cancer Institute*, 105(8), 515-25.

- George SH. (2000) Barriers to breast cancer screening an integrative review. *Health Care for Women International*, 21(1), 53-65
- Gençtürk N. (2005). Meme Kanserli Kadınların Birinci Derece Akrabalarının Bilgi Arama Davranışlarının Değerlendirilmesi ve Bilgi Gereksinimlerinin Giderilmesinde Eğitimin Etkinliği. Doktora Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Gençöz T. (1998). Korku: sebepleri, sonuçları ve başatme yolları. *Kriz dergisi*, 6 (2), 9-16.
- Güney E. (2009). İzmir’de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları ile Sosyodemografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Gümüş AB. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler, *Meme Sağlığı Dergisi*, 2(3), 108-113.
- Gürsoy AA. (2008). Kendi Kendine Meme Muayenesi Çelişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletini*, 7(3), 257-260.
- Gürsoy Akkaş A, Mumcu Karadeniz H, Çelik Kıymet Y, Bulut Kobya H, Nural N, Hindistan S. ve ark. (2011). Attitude and health beliefs associated with breast cancer screening behaviors among Turkish women. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 368-375.
- Görgülü RS. (2014). Hemşireler İçin Fiziksel Muayene Yöntemleri, İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Gözüm S, Aydın I. (2004). Validation evidence for Turkish Adaptation of Champion’s Health Belief Model Scales. *Journal of Cancer Nursing*, 27, 491-498.
- Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. (2002). Health Behavior and Health Education. Jossey- Boss CO: San Fransisco.
- Graham ME. (2004). Health beliefs and self breast examination in black women. Erişim:12.02.2019
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0MJU/is_2_9/ai_9361099
- Gross RE. (2000). Breast cancer: Risk factors, screening, and prevention. *Seminars in Oncology Nursing*, 16, 176–184.

- Haagensen CD. (1986). Physicians role in detection and diagnosis of breast disease. Haagensen CD. (Ed.). Disease of the breast. London: W.B.Saunders: 516-76.
- Hacıyanlı M, Göksel HA, Gülay H. (2005). Meme Hastalıkları. Temel ve sistematik cerrahi. İzmir Güven Kitabevi, Birinci basım, S: 941-942.
- Han HR, Lee H, Kim MT, Kim KB. (2008). Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean- American women. *Advance Access Publication*, 24 (2), 318-329.
- Harris JR, Morrow M, Banadonna G. (1993). Cancer of the Breast. De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA. (Ed.). Cancer, Principles and Practice of Oncology. Philadelphia: JB Lippincott Co:1264-1332.
- Heneweer M, Van Den Berg M, De Geest MC, De Jong PC, Bergman A, Sanderson JT. (2005). Inhibition of aromatase activity by methyl sulfonyl pcb metabolites in primary culture of human mammary fibroblasts. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 202, 50–8.
- Janda M, Stanek C, Newman B, Obermair A, Trimmel M. (2002) Impact of videotaped information on frequency and confidence of breast self-examination. *Breast Cancer Research and Treatment*, 73 (1), 37-43.
- Jironjwong S, McLennan R. (2002) Health beliefs, perceived self-efficacy, and selfexamination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 241- 249.
- Karabaş S. (2013). Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Bakışı ve Kanser Korkusunun İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Karayurt Ö. (2003). Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye için Uyarlaması ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Karayurt Ö, Dramalı A. (2007). Adaptation of champion"s health belief model scale for turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing*, 30, 69-77.
- Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. (2008). Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(1), 15-20.

- Karayurt Ö. (2012). Meme Kanseri ve Yaşam Kalitesi. İçinde: Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı. S:29-32.
- Karayurt Ö. (2014). Meme Kanseri. Can G. (Ed.). Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi S:617-649.
- Kaya M. (2009). Halk sağlığı yaklaşımı ile “Servikal Kanser”. Akın A. (Ed.). (HÜKSAM) Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara: HÜKSAM Yayınları, 1 (36), 45-51.
- Kaymakçı Ş. (2001). Meme Hastalıkları Hemşireliği. Ege Üniversitesi. Basımevi: Bornova.
- Kaymakçı Ş. (2011). Meme Hastalıkları. Karadakovan A, Eti A. (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. İstanbul: Nobel Matbacılık. S: 975-987.
- Kıssal A, Beşer A. (2011). Knowledge, facilitators and perceived barriers for early detection of breast cancer among elderly Turkish women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 975-984.
- Kişnişçi H, ve ark. (1996). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara.
- Koca B. (2010). Kendi kendine meme muayenesini bilmenin kadın sağlığı açısından önemi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27, 10-14.
- Koç Z, Sağlam Z. (2009). Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(1), 25-33.
- Lamyian M, Ahmadi F, Faghizadeh S, Vafaie ME (2007). Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13(5), 1160-1169.
- Lee JB. (2011). Breast cancer fear, mammography fear, and mammography adherence of African American women in Bridgeport, Connecticut. Department of Nutrition, Food Studies, and Public Health Doctoral thesis, New York University. P: 1-161.
- Lee-Lin F, Menon U, Pett M, Nail L, Lee S, Mooney K. (2007). Breast Cancer Belief and Mammography Screening Practices Among Chinese American Immigrants. *JOGNN Clinical Research*, 36(3), 212- 221.

- Lester J. (2007). Breast cancer in 2007: Incidence, risk assessment, and risk reduction strategies. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(5), 619–622.
- Lu JZ. (2001). Effectiveness of breast self examination nursing interventions for Taiwanese community target groups. *Journal of Advanced Nursing*, 34(2), 163-170.
- Mahon SM. (2005). Tertiary Prevention: Implication for improving the quality of life of long-term survivors of cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 21(4), 260–270.
- Meehan G, Collins J, Petrie KJ. (2003). The relationship of symptoms and psychological factors to delay in seeking medical care for breast symptoms. *American Health Foundation and Elsevier Science*, 36, 374-378
- Meiser B, Butow P, Barratt A, Friedlander M, Kirk J, Gaff C. ve ark. (2000). Breast cancer screening uptake in women at increased risk of developing hereditary breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 59, 101-111.
- Merey G. (2002). Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Miller SJ, O’Hea EL, Lerner JB, Moon S, Foran-Tuller KA. (2011). The relationship between breast cancer anxiety and mammography: experiential avoidance as a moderator. *Behavioral Medicine*, 37, 113-118.
- Miles A, Voorwinden S, Chapman S, Wardle J. (2008). Psychologic predictors of cancer information avoidance among older adults: the role of cancer fear and fatalism. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 17(8), 1872-1879.
- Murff HJ, Spigel DR, Syngal S. (2004). Does this patient have a family history of cancer? An evidence-based analysis of the accuracy of family cancer history. *JAMA*, 292, 1480-1489
- Mutlu E. (2007). Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yüksek Lisans, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- McPherson K, Steel C, Dixon JM. (2000). Breast cancer: epidemiology, risk factors, and genetics. *British Medical Journal*, 321, 624–628.

- Nahçıvan N, Seçginli S. (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 33- 38.
- New Global Cancer Data: GLOBOCAN 2018. Erişim: 06 Nisan 2019, <https://www.uicc.org/new-global-cancer-data-globocan-2018>
- Norouznia S. (2014). Meme Kanseri Korkusunun Kadınların Erken Tanı Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Okanlı A. (2004). Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-6.
- Olgun Ş. (2015). Meme Kanseri Olan Kadınların Birinci Derece Yakınlarına Verilen Eğitimin Sağlık İnançlarına Olan Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Şifa Üniversitesi, İzmir.
- Osborne MP. (1996). Breast development and anatomy. Haris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S. (Ed.). *Diseases of the breast*. New York: Lippincott-Raven. S: 1–14
- Özbayır T, Köze BŞ, Şancı D, Moradi D. (2012). Meme kanserli hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı*. S:78.
- Özmen V. (2008) Breast cancer in the world and Turkey. *European Journal of Breast Health*, 4, 7-12.
- Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ, Göker E. (2009) Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması: Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(3), 125-134.
- Öztürk M. (2006). Meme Kanserinin Genetiği ve Risk Faktörleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi. S: 15-26
- Özvarış ŞB. (2001). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi (2.Baskı), Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara: 40-59.

- Parsa P, Kandiah M, Abdul Rahman H, Mohd Zulkefli NA. (2006). Barriers for breast cancer screening among Asian women: a mini literature review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 7(4), 509-514.
- Parlar S, Kaydul N, Ovayolu N. (2005). Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesinin önemi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 1-12.
- Petro-Nustas W, Mikhail B. (2002). Factors associated with breast self-examination among Jordanian women. *Public Health Nursing*, 19(4), 263–271
- Rızalar S, Altay B. (2010). Meme kanseri olan kadınların erken tanı uygulamaları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14), 74-87.
- Romieu I, Hernandez-Avila M, Lazcano E, Lopez L, Romero-Jaime R. (1996). Breast cancer and lactation history in Mexican women. *American Journal of Epidemiology*, 143(6), 543–552.
- Romrell LJ, Bland KI. (1995). Anatomy of the breast, axilla, chest wall and related metastatic sites. Bland KI, Copeland EM. (Ed.). *The breast comprehensive management of benign and malignant disease*. London; W.B.Saunders, 16-21.
- Ross MH, Romrell LJ. (1989). *Histology. A text and atlas*. 10th Edition, Lippincott Williams&Wilkins, Baltimore, 2001. S: 1445-1484
- Ruddon RW. (1995). *Cancer Biology*. New York: Oxford University Press.
- Sadler GR, Dhanjal SK, Shah NB, Shah RB. (2001). Asian Indian women: knowledge, attitudes and behaviors toward breast cancer early detection. *Public Health Nursing*, 18, 357- 363.
- Sağlık Bakanlığı. (2000). *Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi*. Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, Damla Matbaacılık. Cilt 1, Ankara.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2016). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1083. Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık. Ankara, 26-27.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1106. Kuban Matbaacılık ve Yayıncılık. Ankara, 40-41.
- Sağlık Bakanlığı. (2019). *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*. Erişim: 18 Ocak 2019. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>.

- Seçginli S, Nahçıvan NO. (2006). Factor associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 161- 171
- Seçginli S. (2012). Mamography self-efficacy scale and Breast Cancer Fear Scale psychometric testing of the Turkish versions. *Cancer Nursing*, 35(5), 365-373.
- Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu A. (2012). Bir sağlık ocağı bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(4), 124-130.
- Subramanian P, Oranye NO, Masri AM, Taib NA, Nora A. (2013). Breast cancer knowledge and screening behavior among women with a positive family history. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(11), 6783-6790.
- Smeltzer SC, Bare BG, Brunner and Suddarth. (2005). *Medical Surgical Nursing*, 10th Edition, Lippincott Williams &Wilkins, USA. 2005; 1445-1484.
- Taha H, Al-Qutob R, Nyström L, Wahlström R, Berggren V. (2012). "Voices of fear and safety" women's ambivalence towards breast cancer and breast health: a qualitative study from Jordan. *BMC Women's Health*, 12(21), 2-10.
- Talbert PY. (2008). An analysis of the relationship of fear and fatalism with breast cancer screening among a selected target population of African American middle class women. Health and Human Services Doctoral Thesis, Walden University, America.
- Türkiye'de Kanser Kontrolü. (2009). Tuncer AM. (Ed.). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ankara: Bakanlık Yayın Numarası: 777.
- Türkiye Kanser Kurumu Halk Sağlığı Başkanlığı (2014). Erişim: 02 Nisan 2019 <http://www.kanser.gov.tr>.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). Dünya'da ve Türkiye'de Meme Kanseri Tarama Programları. Erişim: 08 Mart 2019, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/UlusalKanser_KontrolPlani2013_2018.pdf

- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. (2016). Yeni Dünya Kanser İstatistikleri. Erişim:14 Ocak 2019,
<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yenid%C3%BCnya-kanser>
- Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. (2013). Kendi Kendine Meme Muayenesi. Erişim: 03 Mart 2019,
<http://www.trsgo.org/menu/160/kendi-kendine-meme-muayenesi>
- The International Agency for Research on Cancer (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN. Erişim: 30 Aralık 2018,
[http:// onlinelibrary. wiley.com/doi/10.1002/ijc.29210/abstrac](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29210/abstrac)
- Thomson CA. (2012). Diet and breast cancer: understanding risks and benefits. *Nutrition in Clinical Practice* , 27(5), 636-650.
- Thomas B, Stamler LL, Lafreniere KD, Delahunt TD. (2002) Breast health educational interventions. Changes in beliefs and practices of working women. *American Association of Occupational Health Nurses*, 50(10), 460-760.
- Travis LB, Hill DA, Dores GM, Gospodarowicz M, Van Leeuwen FE, Holowaty E. ve ark. (2003) Breast cancer following radiotherapy and chemotherapy among young women with Hodgkin disease. *JAMA*, 290(4), 465-475.
- Topal U. (2005). Meme Kanseri Taraması. Engin K. (Ed.). Meme Kanseri. Bursa: Nobel Tıp Kitabevleri, 623-627.
- Tuzcu A, Bahar Z. (2014). Barriers and facilitators to breast cancer screening among migrant women within turkey. *Journal of Transcultural Nursing*, 10, 2-10.
- Umeh K, Gibson JR. (2001). Perceptions of threat,benefits, and barriers in breast self-examination amongst young asymptomatic women. *British Journal of Health Psychology*, 6, 361-372
- Ung O, Tan M Chua B, Barraclough B. (2006). Complete axillary dissection: a technique that stil has relevance in contemporary management of breast cancer. *ANZ Journal of Surgery*,76, 518–521.
- Uras C. (2006). Erken Evre Meme Kanserinde Cerrahi Tedavi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 54, 93-97.

- Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z. (2004). Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 33- 41,
- Ünal G. (2001). Memenin Cerrahi Anatomisi. Ünal G, Ünal H. (Ed.). Meme Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. S:10-28.
- Ünal H, Ünal G. (2001). Meme Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi Ltd Şti.
- Vahabi M. (2003). Breast cancer screening methods: a review of the evidence. *Health Care for Women International*, 24, 773-793.
- Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia R, Viale G. (2005). Breast Cancer. *Lancet*. P: 172-741.
- Vera-Ramirez L, Ramirez-Tortosa MC, Sanchez-Rovira P, Ramirez-Tortosa CL, Granados-Principal S, Lorente JA. ve ark. (2013). Impact of diet on breast cancer risk: a review of experimental and observational studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 53(1), 49-75.
- Vogel WH. (2003). The advanced practice nursing role in a high-risk breast cancer clinic. *Oncology Nursing Forum*, 30(1), 115–22
- Witte K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: the extended parallel process modell. *Communication Monographs*.
- World Health Organization. (2012). Guidelines for the early detection and screening ofbreastcancer. ErişimTarihi: 13 Mart 2019, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119811/1/dsa701.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2019). Erişim: 12 Aralık 2018, <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosiscreening/breast-cancer/en/>
- Wood RY, Duffy ME, Morris SJ, Carnes JE. (2002) The effect of an educational intervention on promoting breast self-examination in older African American and Caucasian women. *Oncology Nursing Society*, 29 (7), 1081-90.
- Yarbro CH. (2003). International nursing and breast cancer. *The Breast Journal*, 9 (1-2), 98-100.
- Yavan TE, Tosun N, İyigün Akyüz A. (2010). Women's breast cancer risk perception and attitude toward screening tests. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28, 189-201

- Yeşerenoglu H. (2005). Kadınlara meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında verilen eğitimin bilgi düzeylerine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. 5. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı, 54
- Yıldırım NK, Özkan M, Özkan S, Özçınar B, Güler SA, Özmen V. (2009). Meme Kanseri Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme Sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 175-181.
- Yıldırım M. (2012). Resimli İnsan Anatomisi. 2. Basım. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevi. S: 116-117.
- Yılmaz D. (2012). Bir Yerleşim Bölgesindeki Kadınların Meme Kanseri Taramaları Konusunun Farkındalık Ve Duyarlılıklarının Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.
- Zhu K, Hunter S, Bernard LJ, Payne-wilks K, Roland CL, Elam LC. ve ark. (2002). An intervention study on screening for breast cancer among single African-American women aged 65 and older. *Preventive Medicine*, 34, 536-545.
- Zhang LR, Chiarelli AM, Glendon G, Mirea L, Knight JA, Andrulis IL. ve ark. (2012). Worry is good for breast cancer screening: a study of female relatives from the Ontario site of breast cancer family registry. *Journal of Cancer Epidemiology*, 2012, 1-10.

EKLER

EK-1 Kişisel Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Anket No:

Bu çalışmanın konusu “Kadınlara verilen kendi kendine meme muayenesi eğitiminin, meme kanseri korkusu ve sağlık inancı üzerine etkisi” nin değerlendirilmesidir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak rakamlarla ifade edilecek olup, kişisel olarak kullanılmayacaktır. Tüm soruların içtenlikle ve eksiksiz olarak cevaplanması çalışmanın bilimsel değeri açısından önemlidir.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Nermin KAYAR

Doç.Dr. Nülüfer ERBİL

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

1.Yaşınız:

2.Boyunuz.....

3.Kilonuz.....

4. Eğitimi durumunuz:

1)İlkokul 2)Ortaokul 3) Lise 4)Üniversite 5)Lisansüstü

5. Medeni Durum:

1) Bekar 2)Evlili

6. Kaç yıllık evlisiniz :.....

7. Eğer var ise kaç çocuğa sahipsiniz :.....

8. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?

9. Sosyal güvenceniz nedir?

1) Sosyal Sigortalar Kurumu 2) Emekli Sandığı 3) Yeşil Kart 4) Bağ-kur
5) Sosyal güvencem yok

10. Alkol kullanıyor musunuz?

1) Evet

2) Hayır

EK-1 Kişisel Bilgi Formu (Devam)

11. Sigara kullanma durumunuz?

1) Kullanıyorum 2) Kullanmıyorum 3) gün/ay/yıl önce bıraktım

12. Eğer sigara kullanıyorsanız kaç yıldır içiyorsunuz?yıl

13. İlk adet olduğunuz yaş?

14. Doğum kontrol hapı kullandınız mı?

1) Evet 2) Hayır

15. Ailenizde meme kanserine sahip birey var mı?

1) Var 2) Yok

16. Eğer ailenizde meme kanserine sahip birey var ise yakınlık derecesi:.....

17. Klinik meme muayenesi (KMM) nedir biliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

18. Klinik meme muayenesi daha önce yaptırdınız mı?

1) Evet 2) Hayır

19. Mamografi nedir biliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

20. Daha önce mamografi çektirdiniz mi?

1) Evet 2) Hayır

21. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) nedir biliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

22. Kendi kendine meme muayenesi uyguluyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

23. kendi kendine meme muayenesi ne kadar sıklıkta uygularsınız?

1) Her ay kendi kendine meme muayenesi yapıyorum
2) düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmıyorum

24. Kendi kendine meme muayenesi uygulaması hakkında daha önce bilgi aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

25. Kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgiyi nereden aldınız?

1) Televizyon 2) Radyo 3) Gazete ve dergi 4) Sağlık ekibi
5) Diğer.....

EK-2 Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

TÜRKÇE CHAMPION SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Boş bırakmayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
DUYARLILIK ALGISI	()	()	()	()	()
1-Meme kanseri olma olasılığım çok yüksek	()	()	()	()	()
2-Birkaç yıl içinde meme kanseri olma şansım çok yüksek	()	()	()	()	()
3-Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum	()	()	()	()	()
CİDDİYET ALGISI	()	()	()	()	()
4-Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor	()	()	()	()	()
5-Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim daha hızlı çarpıyor	()	()	()	()	()
6-Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutur	()	()	()	()	()
7-Meme kanseri olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir	()	()	()	()	()
8-Meme kanseri olmam eşim veya erkek arkadaşım ile ilişkiyi kötüleştirebilir	()	()	()	()	()
9-Eğer meme kanseri olursam tüm hayatım değişir	()	()	()	()	()
10-Meme kanseri olursam 5 yıldan fazla yaşayamam	()	()	()	()	()
YARAR ALGISI	()	()	()	()	()
11-Kendi kendine meme muayenesi yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum	()	()	()	()	()
12-Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kitlelerini (bezelerini) erken bulmama yardımcı olur	()	()	()	()	()
13-Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir	()	()	()	()	()

EK- 2 Champion Sağlık İnanç Modeli (Devam)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
14-Kendi kendine meme muayenesi yaparken erken dönemde bir kitle (beze) saptarsam, meme kanseri tedavim kötü olmayabilir	()	()	()	()	()
ENGEL ALGISI	()	()	()	()	()
15-Kendi kendine meme muayenesini doğru olarak yapabildiğimi sanmıyorum	()	()	()	()	()
16-Kendi kendine meme muayenesi yapmak mememde bir sorun olduğunu düşündürerek beni endişelendirir	()	()	()	()	()
17-Kendi kendine meme muayenesi beni utandırıyor	()	()	()	()	()
18-Kendi kendine meme muayenesi çok zamanımı alıyor	()	()	()	()	()
19-Kendi kendine meme muayenesi yapmayı unutuyorum	()	()	()	()	()
20-Kendi kendine meme muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyacak bir yerim yok	()	()	()	()	()
21-Bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırırsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur	()	()	()	()	()
22-Düzenli mammografi (meme filmi) çektirirseniz kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur	()	()	()	()	()
23-Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok büyüktür	()	()	()	()	()
24-Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok yumruludur	()	()	()	()	()
25-Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan daha önemli sorunlarım var	()	()	()	()	()
GÜVEN	()	()	()	()	()
26-Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum	()	()	()	()	()
27-Kendi kendine meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim	()	()	()	()	()

EK- 2 Champion Sağlık İnanç Modeli (Devam)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
28-Kendi kendine meme muayenesi yaparken bir kitle (beze) varsa bulabilirim	()	()	()	()	()
29-Mememde 2,5cm (25 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim	()	()	()	()	()
30-Mememde 1,5 cm (yeni 50 bin lira) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim	()	()	()	()	()
33-Kendi kendine meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim	()	()	()	()	()
34-Aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim	()	()	()	()	()
35-Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim	()	()	()	()	()
SAĞLIK MOTİVASYONU	()	()	()	()	()
36-Sağlık sorunlarını erken saptamak isterim	()	()	()	()	()
37-Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir	()	()	()	()	()
38-Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım	()	()	()	()	()
39-Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum	()	()	()	()	()
40-Dengeli beslenirim	()	()	()	()	()
41-Haftada en az üç kez egzersiz yaparım	()	()	()	()	()
42-Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak yaptırım	()	()	()	()	()

EK-3 Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği

Meme Kanseri Korku Ölçeği	
1	Meme kanseri aklıma geldiği zaman korkarım <input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Tamamen katılıyorum
2	Meme kanserini düşündüğüm zaman sinirlenirim <input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Tamamen katılıyorum
3	Meme kanseri aklıma geldiği zaman üzülürüm <input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Tamamen katılıyorum
4	Meme kanserini düşündüğüm zaman depresif olurum <input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Tamamen katılıyorum
5	Meme kanserini düşündüğüm zaman tedirgin olurum <input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Tamamen katılıyorum
6	Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim hızla çarpar <input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Tamamen katılıyorum
7	Meme kanserini düşündüğüm zaman huzursuz olurum <input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Tamamen katılıyorum
8	Meme kanserini düşündüğüm zaman endişelenirim <input type="checkbox"/> Kesinlikle katılmıyorum <input type="checkbox"/> Katılmıyorum <input type="checkbox"/> Kararsızım <input type="checkbox"/> Katılıyorum <input type="checkbox"/> Tamamen katılıyorum

EK- 4 CSİMÖ ve CMKKÖ İzin Yazıları

20.07.2017

Gmail - CSİMÖ kullanım izni



Nermin Kayar <nerminkayar24@gmail.com>

CSİMÖ kullanım izni

1 mesaj

Prof.Dr. Ozgul Karayurt <ozgul.karayurt@izmirekonomi.edu.tr>
Alıcı: nerminkayar24@gmail.com

18 Haziran 2017 23:08

Sevgili Nermin,
Türkçe'ye uyarladığım Champion Sağlık İnanç Modeli ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Sonuçlarınızı benimle paylaşırsanız sevinirim. Ölçeği ekte gönderiyorum. Kaynak olarak Cancer Nursing'deki yayını göstermeniz uygun olur.
Sevgilerimle

Özgül KARAYURT
Professor Doctor
Izmir University of Economics
Faculty of Health Science
Department of Nursing
Balçova/Izmir/TURKEY
Phone: +90 232 2792525/9844



İZMİR UNIVERSITY OF ECONOMICS

 CSİMÖ Türkçe formu ve Özgül kısa tez.doc
109K

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=f2e2e52e75&jsver=JXwXlgJVLUE.fr.&view=pt&search=imp&th=15cbcd295b#0257&siml=15cbcd295b#...> 1/1

EK-4 CSİMÖ ve CMKKÖ İzin Yazısı (Devam)

20.07.2017

Gmail - meme kanseri korku ölçeği



Nermin Kayar <nerminkayar24@gmail.com>

meme kanseri korku ölçeği

2 ileti

Nermin Kayar <nerminkayar24@gmail.com>
Alıcı: s.secginli@gmail.com

18 Haziran 2017 00:03

Sayın Hocam;

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik (Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları) Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapmış olduğunuz "Meme kanseri korku ölçeği"nizi Danışman Hocam Doç. Dr. Nülüfer ERBİL ile birlikte yapmayı planladığımız tez çalışmasında izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanmama izin vermeniz halinde özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

saygılarımla....

Dr.Selda Secginli <s.secginli@gmail.com>
Alıcı: Nermin Kayar <nerminkayar24@gmail.com>

23 Haziran 2017 03:49

Sayın Kayar,
Ekte ölçeği ve ilgili makaleyi gönderiyorum.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

18 Haziran 2017 00:03 tarihinde Nermin Kayar <nerminkayar24@gmail.com> yazdı:

Sayın Hocam;

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik (Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları) Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapmış olduğunuz "Meme kanseri korku ölçeği"nizi Danışman Hocam Doç. Dr. Nülüfer ERBİL ile birlikte yapmayı planladığımız tez çalışmasında izniniz olursa kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanmama izin vermeniz halinde özgün formunu ve yönergesini e-posta ile gönderebilir misiniz?

saygılarımla....

Doç. Dr.Selda Secginli
Istanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Sisli-Istanbul

2 eklenti

Doc.Dr. Selda Secginli-A1.pdf
157K

Meme kanseri Korku Ölçeği-Türkçe-S.Secginli.pdf
141K

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=f2e2e52e75&jsver=JXwXigJVLUE.fr.&view=pt&search=İmp&th=15cd26cfd2a86511&siml=15cb7de9488... 1/1

EK- 5 Kurum İzin Yazısı



T.C.
ORDU VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 18802389-44-F.15390093
Konu : Araştırma İzin.
(Nermîn KAYAR)

29.09.2017

ORDU ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : a) Milli Eğitim Bakanlığı Yenilik ve Eğitim Teknolojileri Genel Müdürlüğünün
07.03.2012 tarihli ve 3616 sayılı yazısı (Genelge 2012/13)
b) 14/09/2017 tarih ve 129034 sayılı yazımız.
c) 28/09/2017 tarihli ve 15277792 sayılı onay.

İlgi (b) yazımız ekinde yer alan araştırma ilgi (a) genelge hükümleri doğrultusunda incelenmiş ve söz konusu çalışmanın eğitim öğretim faaliyetlerini aksatmamak, uygulamalarda Onay ekinde yer alan mühürlü formun kullanılması, araştırmada elde edilen sonuçların müdürlüğümüze dijital ortamda teslim edilmesi kaydıyla ilgi (c) onayla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gerüğünü rica ederim.

Serdar YURDABAKAN
Vali a.
Müdür Yardımcısı

Ek :
1. İlgi (c) onay ve
Mühürlü Araştırma Formu (... Sayfa)

Bilgi :
- Altınordu Kaymakamlığına (İlçe MEM)

Saray Mah. Ünlükonak Cad. No:5 52089 Merkez/ORDU
Elektronik Ağ: <http://ordu.meb.gov.tr/>
e-posta: irge5@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: M.KURUL VHKJ
Tel: (0452) 223 16 29
Faks: (0452) 225 01 44

Bu e-mek yazısı at-iletildi, imza ile imzalandı. <http://evetbilgi.org.tr> adresinden 7262-1887-309-acece-8889

EK- 6 Etik Kurul Onayı



ORDU
ÜNİVERSİTESİ



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
12/10/2017	20	15.30	120

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yrd.Doç.Dr.Ahmet KARATAŞ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2017/120

Sorumlu yürütücüsü Doç.Dr. Nüfzer ERBİL'in KAEK 129 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "*Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Meme Kanseri Korkusu ve Sağlık İnançlarına Etkisi*" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uyumluluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır

Yrd.Doç.Dr.Ahmet KARATAŞ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK- 7 Fındık Fabrikası İzin Yazısı

HİZMETE ÖZEL



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 36910495-663.08
Konu : Araştırma İzni / Nermin KAYAR

GÜRSOY TARIMSAL ÜRÜNLER GIDA SANAYİ VE TİCARET A.Ş

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Nülüfer ERBİL'in danışmanlığında; 16540200009 nolu yüksek lisans öğrencisi Nermin KAYAR'ın "Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Meme Kanseri Korkusu ve Sağlık İnançlarına Etkisi" başlıklı tez çalışmasını, Gürsoy Tarımsal Ürünler Gıda Sanayi ve Ticaret A.Ş.'de çalışan veri toplama kriterlerine uygun kadınlar üzerinde gerçekleştirebilmesi amacıyla gerekli iznin verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Tefvik NOYAN
Rektör Yardımcısı

EK: Araştırma İzni Dilekçesi

Belgenin Aslı Elektronik İmzalıdır
20
Ahmet ATIKLIK
Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Sekreteri Y.

Cumhuriyet yerleşkesi Cumhuriyet mahallesi 52200 Altınordu Ordu
Telefon:04522265200/6180 Fax:04522265255
E-Posta:fatmapeltek@odu.edu.tr

Bilgi için:Fatma PELTEK
Sekreter
Elektronik Ağ: www.odu.edu.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.odu.edu.tr/> adresinden b49f8766-2b40-4722-8ae1-987346c7bb0c kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK- 8 Aydınlatılmış Onam

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Ben Nermin KAYAR, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Doç.Dr.Nülüfer ERBİL danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak "***Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Meme Kanseri Korkusu ve Sağlık İnançlarına Etkisi***" isimli çalışmayı yürütmekteyim.

Bu bilimsel araştırma ile kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi eğitimin kadınların meme kanseri konusundaki sağlık inancı ve meme kanseri korkusu ve üzerine olan etkisini inceleyeceğim. Bu araştırmada, kadınların meme kanseri hakkındaki sağlık inancı ve meme kanseri korkusunu azaltma konusunda önemli sonuçlar elde etmek için yararlı olacağını düşünmekteyim.

Araştırma için Ordu İli Milli Eğitim Bakanlığı'ndan ve Gürsoy Tarımsal Ürünler Gıda Sanayi ve Ticaret A.Ş.'de gerekli izinler alınmıştır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmaya katılmayı kabul etmenizden sonra, istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Size araştırma hakkında detaylı bilgi verilecektir. Bu araştırmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı: Nermin KAYAR

İş Adresi:

Tarih ve İmzası

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Nermin KAYAR
Doğum Yeri : Eminönü/İstanbul
Doğum Tarihi : 18.05.1993
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : nerminkayar24@gmail.com
İletişim Bilgileri :

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2011-2015
Y. Lisans	Hemşirelik Ana Bilim Dalı	Ordu Üniversitesi	2016-2019

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi	2013
Hemşire	Ordu Devlet Hastanesi	2013
Hemşire	Samsun/Bafra Devlet Hastanesi	2019- Halen