

**T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK İNANÇ MODELİ DOĞRULTUSUNDA VERİLEN  
EĞİTİMİN KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME  
MUAYENESİ UYGULAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ**

**Zerrin ELİK**

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin  
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü  
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır

**KOCAELİ  
2006**

**T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK İNANÇ MODELİ DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN  
KADINLARIN KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ UYGULAMALARI  
ÜZERİNE ETKİSİ**

**Zerrin ELİK**

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin  
Halk Sağlığı Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü  
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır

**Danışman  
Prof.Dr.Seçil AKSAYAN**

**KOCAELİ  
2006**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,**

İş bu çalışma, jürimiz tarafından Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof..Dr.Süreyya KARAÖZ.....

Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.Seçil AKSAYAN.....

Üye :Yrd.Doç.Dr.M. Nihal ESİN.....

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

..../..../2006

Prof.Dr.Emin Sami ARISOY

Enstitü Müdürü

## ÖZET

### **Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi**

Bu çalışmanın amacı, Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılandırılmış eğitim ile kadınların kendi kendine meme muayenesini doğru şekilde uygulamalarını sağlamaktır.

Bu çalışmada yarı deneysel tasarımlardan benzer gruplarda ön-test/son-test düzeni kullanılmıştır.

Çalışma 1 Eylül 2004-13 Mayıs 2005 tarihleri arasında Kocaeli ili Santral Sağlık Ocağı bölgesine bağlı Karabaş Mahallesi' nde ikamet eden 20-60 yaş grubu, 42 deney ve 48 kontrol olmak üzere toplam 90 ev hanımı üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Veriler bilgisayar ortamında ki-kare, Kolmogrov Smirnov, bağımsız gruplarda t testi (Independent Samples t Test), bağımlı gruplarda t testi (Paired Samples t Test), Fisher kesin ki-kare testi ve McNemar testi kullanılarak istatistiksel analiz yapılmıştır.

Deney grubundaki katılımcılara Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılandırılmış eğitim ile KKMM ve meme kanseri konusunda eğitim verilmiştir. Eğitimde demonstrasyon yöntemi ve içinde kitleler bulunan meme maketi kullanılmıştır. Ardından Türkiye Meme Vakfı' ndan temin edilen KKMM broşürü verilmiştir. Kontrol grubuna ise herhangi bir girişim uygulanmamıştır.

Verilen eğitimle deney grubunda kontrol grubuna göre, KKMM ve meme kanserine ilişkin bilgi konusunda bir artış olduğu, deney grubunda KKMM basamaklarını doğru uygulayanların oranında anlamlı bir artış tespit edilmiştir.

Yapılan eğitim sonrasında sağlık inançları boyutlarından sağlık motivasyonu ve KKMM yararları dışındaki boyutlarda iki grup arasında anlamlı bir fark oluşmuştur.

Bu çalışma SİM doğrultusunda yapılan eğitimin, KKMM bilgi ve uygulamaları ile meme sağlığı ile ilgili inançları arttırdığını göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kendi kendine meme muayenesi, Sağlık İnanç Modeli, meme kanseri, sağlık inançlar

## ABSTRACT

### **Effect of education based on Health Belief Model on breast-self examination practice**

The aim of this study was to provide effect of breast-self examination by education based on Health Belief Model.

Pre-post test design in similar groups, a quasi-experimental design was used in this study.

The sample of this study include 20-60 age house-wives residence at Karabas Street connected with Santral Health Center in Kocaeli between 1 September 2004 and 13 May 2005 date (n=90). Forty-eight of them were control group and forty-two of them were intervention group.

The collected data were analysed by chi-square test, Kolmogrov Smirnov test, Independent Samples t test, Paired Samples t test, Fisher's exact test and McNemar test.

Education based on Health Belief Model about breast-self examination and breast cancer was given to participations in experimental group. Demonstration method and breast model which include lumps were used in education. After that Turk Breast Foundation's brochures were given. But control group was non any intervention.

There is increase information about breast-self examination and breast cancer in intervention group comparing control group. The rate of increase participations who apply true breast-self examination phases in intervention group was significant ( $p<0.05$ ).

After the education, the differences between control group and intervention group of health belief dimensions except health motivation and breast-self examination's benefits were statistically significant ( $p<0.05$ ).

This study show that education based on Health Belief Model increase information and applications of breast-self examination and believes related to breast health.

**Key words:** Breast-self examination, Health Belief Model, breast cancer, health beliefs.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, desteğini ve ilgisini her zaman gösteren değerli danışman hocam Prof.Dr. Sayın Seçil AKSAYAN' a,

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' ni çalışmamda kullanmama izin verdikleri için, ölçeği geliştiren Sayın Victoria Lee Champion ve Türkçe' ye uyarlayarak geçerlilik ve güvenilirliğini sağlayan Doç.Dr. Sayın Sebahat Gözüm ve Dr. Sayın İlknur Aydın' a,

Çalışmamı gerçekleştirmem için gerekli izinleri veren Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü' ne ve yardımlarından ötürü Santral Sağlık Ocağı çalışanlarına,

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmelerinde yardımlarını esirgemeyen Arş.Gör. Sayın Kader Gürbüz' e,

Kendi Kendine Meme Muayenesi broşürlerini temin etmemde yardımcı olan Türkiye Meme Vakfı' na,

Çalışmaya katılmayı kabul ederek bu araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan tüm kadınlara,

Tüm eğitim hayatımda olduğu gibi, yüksek lisans eğitimimde bana her zaman destek olan ve yardımlarını esirgemeyen sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>ÖZET</b>	IV
<b>ABSTRACT</b>	V
<b>TEŞEKKÜR</b>	VI
<b>İÇİNDEKİLER</b>	VII
<b>KISALTMALAR</b>	XI
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	XII
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	XIII
<b>1.GİRİŞ</b>	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
<b>2.GENEL BİLGİLER</b>	4
2.1.Meme	4
2.1.1.Memenin Anatomik Yapısı	4
2.1.2.Memede Yaşam Boyu Görülen Fizyolojik Değişiklikler	6
2.2.Meme Kanseri	7
2.2.1.Meme Kanserinin Epidemiyolojisi	7
2.2.2.Meme Kanserinin Etyolojisi	8
2.2.3.Meme Kanserinin Gelişimi ve Yayılımı	10
2.2.4.Meme Kanserinin Belirtileri	12
2.2.5.Meme Kanserinin Tanısı	12
2.2.6.Meme Kanserinin Tedavisi	14
2.2.7.Meme Kanserinde Prognoz	15
2.2.8.Meme Kanserinden Primer Korunma	16
2.2.9.Meme Kanserinde Sekonder Korunma	16
2.2.9.1.Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)	18
2.2.9.2.Mammografi	22
2.2.9.3.Klinik Meme Muayenesi	23
2.2.9.4.Kendi Kendine Meme Muayenesinde Hemşirenin Rolü	23
2.3.Sağlık Eğitimiyle Davranış Kazandırma	24

2.4.Sağlık İnanç Modeli	26
2.4.1.Sağlık İnanç Modeli’ni Oluşturan Kavramlar	27
2.4.2.Sağlık İnanç Modeli’nin Sınırlılıkları	32
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>33</b>
3.1.Araştırmanın Şekli	33
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4.Araştırmanın Faaliyet Planı	36
3.5.Veri Toplamada Kullanılan Formlar	38
3.5.1.Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Meme Kanseri Riski Anket Formu	38
3.5.2.Meme Sağlığı Tarama Davranışları Bilgi ve Uygulama Sıklığı Anket Formu	39
3.5.3.Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulama Durumu Kontrol Formu	39
3.5.4. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	40
3.6.Verilerin Toplanması	41
3.7.Araştırmanın Değişkenleri	44
3.8.Araştırmanın Hipotezleri	44
3.9.Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Testler	46
3.10.Etik İlkeler	46
<b>4.BULGULAR</b>	<b>47</b>
4.1.Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	47
4.2.Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Meme Kanseri Risklerine Yönelik Bulgular	47
4.3.Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Meme Sağlığı Tarama Davranışları Bilgi ve Uygulamalarına Yönelik Bulgular	50
4.4.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi KKMM ve Meme Kanseri Bilgi Durumlarına Yönelik Bulgular	52
4.5.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi KKMM’ yi Uygulama Durumlarına Yönelik Bulgular	54



4.6.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi KKMM İnançlarına Yönelik Bulgular	55
4.7.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Sonrası KKMM ve Meme Kanseri Bilgi Durumlarına Yönelik Bulgular	56
4.8.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Sonrası KKMM' yi Uygulama Durumlarına Yönelik Bulgular	58
4.9.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Sonrası KKMM İnançlarına Yönelik Bulgular	59
4.10.Deney Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası KKMM ve Meme Kanseri Bilgi Durumlarına Yönelik Bulgular	60
4.11.Deney Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası KKMM' yi Uygulama Durumlarına Yönelik Bulgular	62
4.12.Deney Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası KKMM İnançlarına Yönelik Bulgular	63
4.13.Kontrol Grubunun Ön-Test/Son-Test KKMM ve Meme Kanseri Bilgi Durumlarına Yönelik Bulgular	64
4.14.Kontrol Grubunun Ön-Test/Son-Test KKMM' yi Uygulama Durumlarına Yönelik Bulgular	66
4.15.Kontrol Grubunun Ön-Test/Son-Test KKMM İnançlarına Yönelik Bulgular	67
<b>5.TARTIŞMA</b>	68
<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	80
6.1.Sonuçlar	80
6.2.Öneriler	81
<b>7.KAYNAKLAR</b>	82
<b>8.EKLER</b>	94
<b>Ek 1:</b> Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Meme Kanseri Riski Anket Formu	94
<b>Ek 2:</b> Meme Sağlığı Tarama Davranışları Bilgi ve Uygulama Sıklığı Anket Formu	97
<b>Ek 3:</b> Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulama Durumu Kontrol Formu	98

<b>Ek 4:</b> Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	102
<b>Ek 5:</b> Meme Şekli	104
<b>Ek 6:</b> Araştırmacı Tarafından Hazırlanmış İçerisinde Kitleler Bulunan Meme Maketi	105
<b>Ek 7:</b> Türkiye Meme Vakfı'ndan Temin Edilen KKMM Broşürü	106
<b>Ek 8:</b> Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden Araştırma İçin Gerekli İzin Belgesi	108
<b>Ek 9:</b> Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ni Geliştiren Victoria Lee Champion' dan Araştırma İçin Gerekli İzin Belgesi	110
<b>Ek 10:</b> Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ni Türkçe' ye Çeviren Sebahat Gözüm ve İlknur Aydın' dan Araştırma İçin Gerekli İzin Belgesi	111

## **KISALTMALAR**

**BRCA:** Breast Cancer

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**CEA:** Karsino Embriyonik Antijen

**DCIS:** Duktal Karsinoma İn Situ

**KKMM:** Kendi Kendine Meme Muayenesi

**LCIS:** Lobüler Karsinoma İn Situ

**SİM:** Sağlık İnanç Modeli

**SİMÖ:** Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

**WHO:** World Health Organization

## **ŞEKİLLER DİZİNİ**

## **Sayfa No**

<b>Şekil 1:</b> Memenin anatomik yapısı	4
<b>Şekil 2:</b> Ayna karşısında gözle değerlendirme	19
<b>Şekil 3:</b> Ayakta meme muayenesi	20
<b>Şekil 4:</b> Elle muayenede kullanılabilir yöntemler	21
<b>Şekil 5:</b> Yatarken meme muayenesi	21
<b>Şekil 6:</b> Mammografi	22
<b>Şekil 7:</b> Sağlık İnanç Modeli	31

## TABLULAR DİZİNİ

Sayfa No

<b>Tablo 1:</b> Dünyada, gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar ve erkekler arasında en sık görülen kanserler	7
<b>Tablo 2:</b> Akrabalık derecelerine göre meme kanseri risk dağılımı	9
<b>Tablo 3:</b> Örneklem grubunun sosyo-demografik özellikleri	35
<b>Tablo 4:</b> SİMÖ' nün her bir boyutunda yer alan madde sayısı ve alınabilecek min-max puanlar	41
<b>Tablo 5:</b> Deney ve kontrol gruplarına göre meme kanseri risk dağılımları	48-49
<b>Tablo 6:</b> Deney ve kontrol gruplarına göre meme sağlığı tarama davranışları bilgi ve uygulamalarının dağılımı	51
<b>Tablo 7:</b> Deney ve kontrol gruplarına göre eğitim öncesi KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumları	53
<b>Tablo 8:</b> Deney ve kontrol gruplarına göre eğitim öncesi KKMM' ye yönelik uygulama basamakları	54
<b>Tablo 9:</b> Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi KKMM ile ilgili SİMÖ' den aldıkları puanların dağılımı	55
<b>Tablo 10:</b> Deney ve kontrol gruplarına göre eğitim sonrası KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumları	57
<b>Tablo 11:</b> Deney ve kontrol gruplarına göre eğitim sonrası KKMM' ye yönelik uygulama basamakları	58
<b>Tablo 12:</b> Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası KKMM ile ilgili SİMÖ' den aldıkları puanların dağılımı	59
<b>Tablo 13:</b> Deney grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumları	61
<b>Tablo 14:</b> Deney grubunun eğitim öncesi ve sonrası KKMM' ye yönelik uygulama basamakları	62
<b>Tablo 15:</b> Deney grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası KKMM ile ilgili SİMÖ' den aldıkları puanların dağılımı	63

<b>Tablo 16:</b> Kontrol grubunun ön-test/son-test KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumları	65
<b>Tablo 17:</b> Kontrol grubunun ön-test/son-test KKMM' ye yönelik uygulama basamakları	66
<b>Tablo 18:</b> Kontrol grubunun ön-test/son-test KKMM ile ilgili SİMÖ' den aldıkları puanların dağılımı	67

# 1.GİRİŞ

## 1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser çağımızda üzerinde önemle durulan bir sağlık sorunudur. Gelişmiş ülkelerde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakla birlikte, gelişmekte olan ülkelerde de benzer eğilimin olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılı verilerine göre tüm dünyada, gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında en sık görülen kanser türü meme kanseri olarak tespit edilmiştir (WHO, 2002; Bilir ve Harmancı, 2004)

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri 1999 yılı verilerine göre; toplam 7878 olgu ile en çok kanser vakasının görüldüğü bölge Marmara Bölgesi olarak tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde ise, en fazla 45-69 yaş aralığında yoğun olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Kadınlarda en çok görülen 10 kanser türüne bakıldığında ise 2390 vaka ile %24.1 oranında büyük bir farkla meme kanseri, ardından 693 vaka ile %6.99 oranında mide kanseri yer almaktadır. Kayıtların yetersizliği de göz önünde tutulduğunda durumun önemliliği bir kez daha ortaya çıkmaktadır ([www.saglik.gov.tr/istatistikler](http://www.saglik.gov.tr/istatistikler)).

Kadınlarda öldürücü olan meme kanseri insidansının günden güne artması önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Meme kanserinin %90'ı hastaların kendileri tarafından tespit edilmektedir. Yaygın ve öldürücü olan bu hastalık erken tanılanarak ölüm oranları azaltılabilir. Ancak Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde teşhiste geç kalınmaktadır. Bunun nedenleri arasında; kadınların erken tanı hakkında bilgi sahibi olmamaları, korkular, utanma ve ekonomik yetersizlikler sayılabilir (Günel ve Günel, 2000; Ünal ve Ünal, 2001; Kalaycı, 2002).

Kanserden korunma programları da diğer hastalıklarda olduğu gibi değişik düzeylerde ele alınmaktadır. Birincil korunma yaklaşımları, uygulaması kolay olmamakla birlikte çok etkilidir. Bu bakımdan kanser oluşumunda büyük rol oynadığı düşünülen sigara ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarına yönelik davranış

değişiklikleri önemli rol oynamaktadır. Bunun yanı sıra ikincil koruma da oldukça yararlı ve başarılıdır. Meme kanserinde ikincil koruma amaçlı erken tanı yöntemleri arasından tanınmış ve araştırılmış olanları; kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mammografidir (Bilir ve Harmancı, 2004).

Meme kanserinin erken tanısı ile ilgili olarak tarama uygulanıp uygulanmayacağına her ülke kendi koşullarını göz önüne alarak karar vermek durumundadır. Bunda meme kanserinin o ülkede görülme sıklığı, var olan tedavi imkanları, teknolojik alt yapı, sağlık insan gücü ve maliyet gibi faktörler etkili olmaktadır. Türkiye’de herkesin sosyal güvencesinin olmaması ve bir çok merkezde mammografi ünitesinin bulunmaması erken tanıda kendi kendine meme muayenesini ön plana çıkarmaktadır (Bilir ve Harmancı, 2004; Günel ve Günel, 2000).

Kronik hastalıkların büyük ölçüde mortalite ve morbiditeye neden olması, iyileştirici tedavilerinin bulunmaması, uzun vadede çok masraf gerektirmesi, kronik hastalıklardan kurtulma ya da en aza indirgenmesi konusunda koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkarmaktadır (Pender and Pender, 1987).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi konularında daha önceleri yapılan araştırmalar, sağlık davranışlarının benimsenmesi, geliştirilmesi ve uygulanmasının belirleyicileri olarak demografik değişkenler üzerinde durmuşlardır. Ancak bu değişkenleri değiştirmek olanaksızdır. Oysa bio-psiko-sosyal bir yaklaşımla bir çok hastalığın biyolojik ve genetik temelleri; inanç, bilme, tutum ve davranış gibi psikolojik öğelerin tüm hastalıkların gelişmesindeki rolü ile sosyo-ekonomik ve kültürel yapının sağlık üzerindeki etkisi tanımlanabilmektedir (Tabak, 2002).

Ülkemizde kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığı ve uygulama sıklığına etki eden faktörlere ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Uzun ve ark., 2004; Çadır ve ark., 2004; Şirin ve Barlas, 1999; Aygün ve ark., 2004; Demirhan ve ark., 2002; Günel ve Günel, 2000; Kum ve ark., 2004; Harmancı ve ark., 2004; Aktan ve ark., 2004). Bu çalışmalarda KKMM uygulama oranları %31 ile %72 gibi değişik düzeylerde tespit edilmiştir. KKMM uygulamaları ile ilgili çok sayıda tanımlayıcı çalışma bulunmasına karşın, koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında kullanılan Sağlık İnanç Modeli’ni temel alan çalışmalar oldukça sınırlıdır (Merey, 2002; Karayurt, 2003; Aydın, 2004).



Yurt dışında Sağlık İnanç Modeli kullanılarak yapılan çalışmalarda, meme sağlığı tarama davranışlarının açıklamaları daha sağlam temeller üzerine oturtulmaya çalışılmaktadır (Attia et.al.,1997; Jane Lu, 2001; Fulton et.al., 1991; Champion and Miller, 1992; Foxall et.al., 1998; Ashton et.al., 2001; Umeh and Gibson, 2001; Norman and Brain, 2004; Umeh and Dimitrakaki, 2003). Yapılan bu çalışmalarda bireylerin meme sağlığını koruma davranışlarına engel olan durumlar, hastalıkla ilgili hassasiyet algılamaları ve sağlık motivasyonları tanımlanmaya çalışılmıştır.

Her ülkede meme sağlığına verilen önem ve uygulamalar değişmektedir. Burada sağlık sisteminin bir parçası olan hemşirenin öncelikle bu konuda kendi bilgi ve becerilerini geliştirmeleri, ardından korunması mümkün olabilen, her kadının kendi başına yapabileceği basit bir muayene ile kolayca teşhis edilebilecek, geç kalındığında ise maddi-manevi büyük kayıplar yaşatabilecek bu hastalıkla mücadelede nc olması ve üzüm nerileri sunması beklenmektedir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmada amaç; kadınların kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamaları ile birlikte meme sağlığı inançlarını ortaya koyarak, Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılan eğitimsel girişimlerle, meme sağlığı inançlarını etkileyerek kendi kendine meme muayenesini doğru şekilde uygulamalarını sağlamaktır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Meme

#### 2.1.1.Memenin Anatomik Yapısı

Meme, derinin bir eki ve modifiye bir dermal bez olarak yüzeysel toraks fasiasının yüzeysel ve derin tabakaları arasında bulunur. Deriden kabarık olan konik kısmı yukarıda 2. kosta, aşağıda 6.-7. kosta, medialde sternum kıyısı ve lateralde de ön aksiller çizgi arasında yerleşir (Kışnişçi ve ark., 1996).

Meme, meme başından başlayarak ışnsal şekilde yerleşmiş 15-20 lobdan oluşan tubulo-alveolar tipte bir bezdir. Meme bezi; glandüler doku, lobları birbirine bağlayan fibröz destek dokusu ve aralarındaki yağ dokusundan oluşmaktadır. Her lob 20-40 lobulus ve her bir lobulus da 10-100 asinustan oluşur. Asinuslar birleşerek terminal kanal adı verilen bir kanala açılırlar. Her bir lobun süt kanalı meme başına doğru birbirine yaklaşarak ilerler ve meme başı tabanından içeri girer girmez genişler. Bu kısma laktifer duktus denir (Şekil 1) (Ünal ve Ünal, 2001; Pernoll, 1994; Atasü ve Şahmay, 2001; Atasü, 2001).



Şekil.1.Memenin anatomik yapısı

Memenin derin yüzeyi göğüs kaslarını kaplayan fasianın üzerindedir. Göğüs duvarının yüzeysel fasiyasından oluşan fasial stroma, bir çok fasial bantlar şeklinde yoğunlaşarak, memeden subkutan dokuların içine ve derinin korium tabakasına doğru yayılır. Bu fasial bantlar (cooper ligament) memeyi göğüs duvarı üzerinde dik tutarlar. Cooper bağları kanserli hücreler tarafından infiltre edildiğinde kısalır ve bu kısalma meme derisinde bir çöküntüye yol açar. Buna retraksiyon adı verilmektedir. Deri çekintisi meme kanseri açısından çok önemli bir bulgudur (Pernoll, 1994; Atasü ve Şahmay, 2001; Bland and Copeland, 1998; Kalaycı, 2002).

Şişmanlık memelerin büyüklük ve şeklinin değişik olmasında çok önemli bir faktördür. Kadın kilo aldıkça memeler daha büyük ve daha sarkık duruma gelmektedir. Genelde her iki meme arasında büyüklük açısından bir fark vardır ve kelimenin tam anlamıyla bir eşitlik söz konusu değildir. Memenin yukarı-aşağı çapı ortalama 10-12 cm ve santral bölgede maksimum kalınlığı yaklaşık 5-7 cm dir (Ünal ve Ünal, 2001; Bland and Copeland, 1998; Kalaycı, 2002).

**Memenin İnnervasyonu;** meme derisinin üst yarısı servikal pleksusun 3. ve 4. dalları, alt yarısı ise torasik interkostal sinirler tarafından innerve edilir. Bu nedenle boyun lezyonlarında ve özellikle servikal omurları ilgilendiren patolojilerde memenin üst dış bölümüne yansıma ağrıları olabilir.

**Memenin Kan Dolaşımı;** memenin medial ve orta kısımları internal torasik arterin perforan dalları tarafından, lateral kısmı ise lateral torasik arter, torakodorsal ve subscapular arter dalları ve interkostal arterlerin perforan dalları tarafından beslenir. Meme venöz sistemi subareolar venöz pleksus ile başlar ve sonuçta interkostal, internal torasik ve aksiller venlere dökülür.

**Memenin Lenfatik Ganglionları;** external meme nodları, skapuler nodlar, santral nodlar, interpektoral nodlar, aksiller ven nodlar ve subklavikular nodlardan oluşmaktadır (Kışnişçi ve ark., 1996; Ünal ve Ünal, 2001; Bland and Copeland, 1998).

Areola meme ucunda koyu renkli bir bölge olup 2-6 cm çapındadır. Areolanın derisi altında sebace bezlerin yarattığı, bir çok küçük kabarık nodül (montgomery bezleri) vardır. Bu bezler meme ucunun yağlanmasıyla sorumludur. Meme ucundaki areolar çatlak ve fissurları önler. Memenin, özellikle de meme başı ve

areolanın, zengin duyuşal innervasyonu fonksiyon bakımından önemlidir. Çocuğun meme emmesi, süt salgılanması ve laktasyonun devam etmesi için esas olan nöral ve nörohumoral olaylar zincirini başlatır (Pernoll, 1994; nal ve nal, 2001; Kalaycı, 2002).

### **2.1.2.Memede Yaşam Boyu Görülen Fizyolojik Değişiklikler**

Kadın memesinde yaşam boyunca önemli değişiklikler olur. Memenin gelişimine ve değişimine etki eden bir takım hormonlar vardır. Bu hormonların en önemlileri; östrojen, progesteron, prolaktin, oksitosin, tiroid hormonları, kortizol ve büyüme hormonlarıdır. Embriyonel dönem, adölesan dönemi, puberte, menstrüel siklus, menapoz, gebelik ve laktasyon memede belirgin değişikliklerin olduğu dönemlerdir (Kişnişçi ve ark., 1996; nal ve nal, 2001).

Memenin gelişimi embriyonel dönemde 6. haftada bir çizgi halinde başlar, adölesan döneminde menstruasyonun başlamasıyla yumurtalıklardan salgılanan östrojenin etkisi ile birlikte yağ ve bağ dokusunda artma olur ve meme büyümeye başlar. Memedeki büyüme puberteyi takiben 4-5 yıl sürebilmektedir. Adet dönemi boyunca östrojen ve progesteron hormonlarının etkileriyle memede gerginlik ve büyüme hissedilebilir. Gerginlik ve hacim adet döneminin 2. yarısında daha fazlalaşır. En yoğun olarak adetten önceki 3.-4. günde hissedilir. Bu dönemde yapılan muayenede saptanan nodularite artışı hastalıkla karıştırılmamalıdır (Kişnişçi ve ark., 1996; nal ve nal, 2001; Kalaycı, 2002).

Gebelikte strojen, progesteron, plasental laktojen, prolaktin ve koryonik gonadotropin gibi hormonların etkisi altında memede belirgin duktal, lobüler ve alveolar gelişmeler olur. Doğuma kadar damarsal dolgunluk, epitel proliferasyonu ve kolostrum birikimiyle meme üç katı kadar bir büyüklüğe erişebilir. Emzirme kesildikten 3 ay sonra memede kalan süt sekresyonu fagositoz ile yok edilir. Laktasyonda olmayan bir memenin ağırlığı 150-200 gr ve laktasyonda iken 400-500 gr dır. Menapoz ile birlikte memede yağ ve destek dokusu azalır, memeler küçülür. Nodlarite genellikle kaybolur, bezlerin sayısı ve büyüklüğü azalır (Kişnişçi ve ark., 1996; nal ve nal, 2001; Bland and Copeland, 1998).

## 2.2.Meme Kanseri

### 2.2.1.Meme Kanserinin Epidemiyolojisi

Meme kanseri gün geçtikçe ağırlığı artan bir sağlık sorunudur. Batı ülkelerinde yaşamı boyunca her 8-9 kadından birisi meme kanserine yakalanmaktadır. Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa ülkelerinde çok fazla görülmekte, Asya ve Afrika ülkelerinde ise çok az rastlanmaktadır. Kore ve Japon kadınlarında çok az görülmekte, Eskimolarda ise hemen hemen hiç rastlanmamaktadır (Aydıntuğ, 2004; Alican, 1996; Kişnişçi ve ark., 1996; Gazioglu, 2005).

Gelişmiş ülkelerde kanser ölüm nedenleri arasında ikinci sırayı alırken, gelişmekte olan ülkelere de benzer eğilim görülmektedir. Dünyadaki tüm ölümlerin %12'si kanser nedeniyledir. Tüm dünyada erkekler arasında en sık görülen kanser türü akciğer kanseri iken, kadınlar arasında en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Dünyada, gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelere kadınlar ve erkekler arasında en sık görülen kanserlerin Tablo 1' de gösterilmiştir (WHO, 2002).

**Tablo 1. Dünyada, gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelere kadınlar ve erkekler arasında en sık görülen kanserler**

	ERKEK			KADIN		
	Sıra	Kanser	Yeni Olgular (Bin)	Sıra	Kanser	Yeni Olgular (Bin)
<b>Dünya</b>	1	<i>Akciğer</i>	902	1	<i>Meme</i>	1050
	2	<i>Mide</i>	558	2	<i>Serviks</i>	471
	3	<i>Prostat</i>	543	3	<i>Kolon/rektum</i>	446
	4	<i>Kolon/rektum</i>	499	4	<i>Akciğer</i>	337
	5	<i>Karaciğer</i>	398	5	<i>Mide</i>	318
<b>Gelişmiş Ülkeler</b>	1	<i>Akciğer</i>	471	1	<i>Meme</i>	579
	2	<i>Prostat</i>	416	2	<i>Kolon/rektum</i>	292
	3	<i>Kolon/rektum</i>	319	3	<i>Akciğer</i>	175
	4	<i>Mide</i>	208	4	<i>Mide</i>	125
	5	<i>Mesane</i>	164	5	<i>Korpus uteri</i>	114
<b>Gelişmekte Olan Ülkeler</b>	1	<i>Akciğer</i>	431	1	<i>Meme</i>	471
	2	<i>Mide</i>	350	2	<i>Serviks</i>	379
	3	<i>Karaciğer</i>	325	3	<i>Mide</i>	193
	4	<i>Özofagus</i>	224	4	<i>Akciğer</i>	162
	5	<i>Kolon/rektum</i>	180	5	<i>Kolon/rektum</i>	154

National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelines, World Health Organization, Geneva, second edition, 2002, s19

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Kanseri İstatistikleri 1999 yılı verilerine göre; toplam 7878 olgu ile en çok kanser vakasının görüldüğü bölge Marmara Bölgesi olarak tespit edilmiştir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde ise, en fazla 45-69 yaş aralığında yoğun olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Kadınlarda en çok görülen 10 kanser türüne bakıldığında ise 2390 vaka ile %24.1 oranında büyük bir farkla meme kanseri, ardından 693 vaka ile %6.99 oranında mide kanseri yer almaktadır (www.saglik.gov.tr/istatistikler).

### 2.2.2.Meme Kanserinin Etyolojisi

Meme kanseri riskini arttırdığı düşünülen bir takım etkenler vardır. Bunlardan en fazla bilinenleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- **Cinsiyet;** meme kanseri erkekte nadir görülür. Kadınlarda 150 kat fazladır (Kışnişçi ve ark.,1996).
- **Yaş;** ileri yaş önemli bir risk faktörüdür. Meme kanseri teşhisi konulan kadınların %70'i, 50 yaş üzerindedir. Yaşı 50'nin üzerinde olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı, yaşı 50'nin altında olan kadınlardan çok daha fazladır (Gürbüz, 2003; Alican, 1993; Atasü, 2001).
- **Kişisel Meme Kanseri Hikayesi;** meme kanserli kadınların yaklaşık %5-10'unda BRCA1 ve BRCA2 genlerinde mutasyon olduğu tahmin edilmektedir. BRCA1 17. kromozom üzerinde yer alır ve mutasyonu sonucu ailevi meme ve over kanseri gelişiminde etkili olur. BRCA2 ise 13. kromozomda yer alır ve mutasyonu bugünkü bilgilere göre daha çok erken yaş meme kanseri ve her iki taraflı meme kanserine yakalanma riski %90 gibi bir orana ulaştırır. Daha önce meme kanseri geçirmiş ve tedavi olmuş kadınlarda, diğer memede meme kanseri gelişme olasılığı diğer kadınlara göre 3-4 kat daha fazladır. Bunun yanı sıra yumurtalık kanseri, kalınbağırsak kanseri ve rahim kanseri geçiren kadınların da meme kanserine yakalanma olasılığı artmaktadır (Gürbüz, 2003; Atasü, 2001; Kalaycı, 2002).

- **Ailede Meme Kanseri Hikayesi;** ailede meme kanseri öyküsü olması nispi olarak meme kanseri riskini arttırır. Anne ve kız kardeşte menapoz öncesi bilateral meme kanseri görülmesi riski çok fazla arttırırken, menapoz sonrası ve tek taraflı olması, hala, büyük anne, teyze gibi akrabalarda görülmesi riskin kısmen azalmasına neden olmaktadır (Gürbüz, 2003; Alican, 1996). Tablo 2’de akrabalık derecelerine göre risk dağılımları görülmektedir.

**Tablo 2. Akrabalık derecelerine göre meme kanseri risk dağılımı**

<b>RİSK FAKTÖRÜ</b>	<b>AİLE BİREYLERİ</b>	<b>RİSK ARTIŞI</b>
Normalin 25 katı	Annede 35 yaşından önce	İki taraflı
Normalin 20 katı	Anne ve kız kardeş	Meme kanseri
Normalin 15 katı	Kız kardeş 40 yaşından	Önce iki taraflı meme kanseri
Normalin 10 katı	Kız kardeş 50 yaşından	Önce iki taraflı meme kanseri
Normalin 5 katı	Anne ya da kız kardeşte	Meme kanseri
Normalin 1.5 katı	Büyük anne, hala, teyze	Meme kanseri

Meme Kanseri,Cüneyt Tuğrul,Boyut Yayıncılık,İstanbul,2005

- **Ailede Kanser Hikayesi;** prostat, kalın barsak, over ve endometriyum kanseri öyküsü bulunanlarda meme kanseri riskinin önemli derecede arttığı bildirilmiştir (Alican, 1996; Tuğrul, 2005).
- **Doğurganlık Süresi ve Hikayesi;** ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran kadınlarda meme kanseri görülme oranı, 20 yaşından önce doğuranlara göre daha fazladır. İlk adet 12 yaşından önce olması ve menapozun 55 yaşından sonra gerçekleşmesinin risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir. Doğurganlık çağı ne kadar uzun ise risk de o ölçüde artmaktadır (Gürbüz, 2003; Alican, 1996; Berek et.al.1998; Yıldırım, 1992).
- **Laktasyon;** laktasyonun meme kanseri riskini azaltıcı etkisi hala tartışmalıdır (Engin, 2000).
- **Sosyo-ekonomik Seviyenin Yüksekliği;** sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olduğu ailelerde kadınlar daha iyi beslendikleri için erken yaşta adet görmeye başlamaktadır. Ayrıca geç evlenmekte ve geç çocuk sahibi olmaktadır. Buna bağlı olarak da meme kanseri riski artmaktadır (Gürbüz, 2003).
- **Östrojen İçeren İlaçların Kullanımı;** menapoz nedeni ile uzun süre (10 yıldan fazla) östrojen tedavisi gören kadınlarda ve oral kontraseptifleri uzun süre (10 yıl) kullanılmasıyla risk artmakta, ancak ilaç kullanımının bıraktıktan

10 yıl sonra risk tamamen ortadan kalkmaktadır (Gürbüz, 2003; Berek et.al., 1998).

- **Alkol Kullanımı;** günde 3 bardak yüksek dereceli alkol içen bir kadının meme kanserine yakalanma riski, hiç içmeyen kadına göre 2 kat daha fazladır (Gürbüz, 2003; Yıldırım, 1992).
- **Sigara Kullanımı;** özellikle pasif içici konumunda olan kadınlar daha fazla meme kanseri riski altındadırlar (Gürbüz, 2003).
- **Beslenme ve Kilo;** menapoz girdikten sonra alınan kiloların meme kanserini arttırdığı ileri sürülmektedir. Menapoz öncesi dönemde Beden Kitle İndeksi'nin 35'in üzerinde olması riski 0.7 oranında arttırırken, menapoz sonrası dönemde Beden Kitle İndeksi'nin 35'in üzerinde olması riski 2 kat arttırmaktadır. Doymuş yağların aşırı miktarda ve sık tüketilmesi de meme kanseri riskini arttırdığı düşünülmektedir (Alican, 1996; Gürbüz, 2003; Cardenas and Frisch, 2003).
- **Radyasyon;** kız çocuklarında ve 10 yaşından önce toraks duvarına yüksek dozda ionizan radyasyon meme kanseri riskini arttırmaktadır. Risk oranı radyasyona maruz kaldıktan 10-15 yıl sonra daha fazla, 40 yaşından sonra radyasyona maruz kalanlarda ise çok az artmaktadır (Alican, 1996; Yıldırım, 1992; Cardenas and Frisch, 2003).
- **Meme Hastalıkları;** fibrokistik hastalık çok kez risk faktörleri arasına girmektedir. Proliferatif meme hastalığı tanısı konan kadın dikkatle izlenmelidir (Alican, 1996; Yıldırım, 1992).

### 2.2.3.Meme Kanserinin Gelişimi ve Yayılımı

Meme, kadınlarda süt üretimi için düzenlenmiş farklılaşmış tubulo-alveolar bir bezdir. Meme kanseri en çok lobül ile terminal duktus birleşme yerindeki epitelden köken alan bir adenokanserdir. %40-50 oranında üst dış kadrandan başlamakta, yavaş büyümekte ve hastanın %70'inde 2-9 ayda hacmini ikiye katlamaktadır. Meme kanseri gelişmeden önce duktus epiteli, atipik duktal



hiperplazi, duktal karsinoma insitu gibi evrelerden geçer ve sonunda meme kanseri gelişir. Bu dönüşüm süreci yıllarca sürer. Başlarda duktus içinde sınırlı olan kanser hücreleri ki; buna (DCIS) duktal karsinoma in situ denir, sonradan kendi bazal membranlarından ilerleyip bağ dokusu içine geçerler. Bu aşamada tümör hücreleri kan damarları ve lenfatiklerle karşılaşarak metastaz yapma yeteneğine sahip olurlar. Eğer kanser süt bezlerinden kaynaklanıyorsa lobüler karsinoma in situ (LCIS) adını alır. Ancak günümüzde lobüler karsinoma in situ kanser olarak kabul edilmemektedir. Çünkü ileri safhalarda süt bezi dışına çıkarak invaziv lobüler karsinomaya dönüşmemektedir (Gürbüz, 2003; Aydınтуğ, 2004; Yıldırım, 1992).

En hızlı büyüyen tümörün dahi klinik olarak palpe edilebilir hale gelebilmesi için 5-8 yıl geçmesi gerekmektedir. Ancak bazı tümörler daha çok küçükken metastaz yapma potansiyeline sahipken, bazı tümörler 3-4 cm çapa ulaştıkları halde aksiller lenf nodu metastazı yapmamaktadırlar. Ölümün büyük çoğunluğu organ metastazlarından olmaktadır. En sık kemik, akciğer, karaciğer metastazları görülmektedir. Bunun yanı sıra deri ve beyin metastazları, perikardiyal effüzyon, plevral effüzyon, lenfödem, spinal kord basısı ve hiperkalsemi meme kanserinin başlıca komplikasyonlarıdır (Moore et.al., 2000; Kişnişçi ve ark., 1996; Sherman et.al., 1990).

Hastalığın evrelendirilmesinde 3 temel faktör göz önünde tutulmaktadır. Bunlar; tümörün boyutu, lenf düğümlerine ve uzak organlara metastaz yapma yapmamasıdır. Bu çerçevede hastalığın evrelendirilmesi şöyledir:

**Evre 0:** Duktal karsinoma in situ safhasındadır. Tümör henüz kanalın dışına çıkmamıştır.

**Evre I:** Tümörün çapı 2 cm den küçüktür ve koltuk altı lenf düğümlerine sığmamıştır.

**Evre II:** Tümörün çapı 2 cm den büyük 5 cm den küçüktür ya da tümörün çapı 2 cm den küçük olup koltuk altı lenf düğümlerine sığmamıştır.

**Evre III:** İki safhaya ayrılır:

Evre III A: Tümörün çapı 5 cm den büyüktür ve koltuk altı lenf düğümleri birbirine yapışmıştır.

Evre III B: Tümörün çapı ne olursa olsun meme derisine ya da meme altındaki kaslara sızramıştır ya da internal lenf düğümlerine sızramıştır.

**Evre IV:** Kanser meme bölgesi dışındaki lenf düğümlerine ya da kemik, akciğer gibi diğer organlara sızramıştır (Gürbüz, 2003).

#### **2.2.4.Meme Kanserinin Belirtileri**

Genel olarak meme kanserinin ilk belirtisi bir sertlik ya da kitlenin ortaya çıkmasıdır. Meme kanserinin diğer klinik belirtileri arasında;

- Meme derisinde kalınlaşma, ödem ve renk değişikliği
- Areolada kalınlaşma, kızarıklık ya da yara
- Memede ya da areolada çekilme
- Meme başlarının duruşunda değişiklik
- Meme ucunda kaşıntı
- Memelerde asimetri
- Meme ucundan kanlı, kahverengi, berrak ya da gri akıntı gelmesi
- Koltuk altında kitle ele gelmesi
- Memedeki damarlarda belirginleşme
- Kitle olan meme tarafındaki kolda ödem
- İleri dönemde sırt ve kemik ağrıları (Gürbüz, 2003; Pernoll, 1994; Kişnişçi ve ark., 1996).

#### **2.2.5.Meme Kanserinin Tanısı**

Meme kanserinin tanısında anamnez ve fizik muayene önemli bir yer tutmaktadır. Anamnezde hastanın meme kanseri riski yaratabilecek hikayesi araştırılırken, fizik muayene ile hekim inspeksiyon ve palpasyon yöntemlerini

kullanarak memede kanser bulgusu araştırmaktadır (Kişnişçi ve ark., 1996; Ünal ve Ünal, 2001).

Bunların dışında teşhis amaçlı kullanılan diğer yöntemler şunlardır:

\* **Laboratuvar parametreleri;** sedimantasyon hızı, serum alkaleen fosfataz, kalsiyum ve serum karsino embriyonik antijen (CEA) bakılmaktadır.

\* **Mammografi;** memenin iki tabaka arasında sıkıştırılarak röntgeninin çekilmesi işlemidir.

\* **Ultrasonografi;** ses dalgalarının memeye gönderilerek meme dokusundaki değişikliklerin görüntüsünü alma işlemidir. Başlıca ultrason endikasyonları şunlardır:

-kitlelerin solid ve kistik ayrımında

-yoğun memelerde mammografi ile görülemeyen palpe edilebilir kitlelerin değerlendirilmesinde

-yerleşim yeri nedeniyle mammografi ile değerlendirilemeyen kitlelerin incelenmesinde

-lenf nodlarının değerlendirilmesinde

-girişimsel radyolojide kullanılmaktadır.

\* **MR(Manyetik Rezonans);** mammografiden daha ayrıntılı bilgi verdiği için tercih edilmektedir. Bilgisayara bağlı güçlü bir mıknatıs meme içindeki dokuların detaylı görüntüsünü almak için kullanılır.

\* **İnce iğne biyopsisi;** 22 numaralı bir iğne ile sitolojik inceleme için memedeki kitleden hücre örneği alınmasıdır.

\* **Kalın iğne (core) biyopsisi;** 14-18 numaralı iğneleri olan biyopsi tabancası ile kitleden küçük bir doku silindiri alınmasıdır.

\* **Cerrahi biyopsi (eksizyonel biyopsi);** memede saptanan kitlenin tümünün ameliyatla çıkarılarak kanser yönünden araştırılmasıdır.

\* **Ensizyonel biyopsi;** memede yer alan büyük lezyonlarda tanıya varmak için, cerrahi yöntemlerle kitleden yeterli doku parçası alınmasıdır.

\* **Bilgisayarlı tomografi;** sadece mastektomi uygulanmış hastalarda göğüs duvarı ve axiller nükslerin saptanmasında yararlı olabilen bir tetkiktir.

\* **Digital mammografi;** normal mammografiden farkı görüntünün bilgisayar ortamında değerlendirilmesi, şüpheli alanların büyütülebilmesidir (Gürbüz, 2003; Alican, 1996; www.memeonkoloji.com; Pernoll, 1994; Engin, 2000; Atasü, 2001).

## **2.2.6.Meme Kanserinin Tedavisi**

Meme kanserinin primer tedavisi lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılabilir. Lokal tedavi yöntemleri cerrahi tedavi ve radyoterapidir. Sistemik tedavi ise sitotoksik kemoterapi ve hormonal tedaviyi içermektedir.

### **A.Lokal tedavi yöntemleri**

1.Cerrahi tedavi; cerrahi tedavide kullanılan başlıca yöntemler şunlardır;

1.a.Lumpektomi; sadece memedeki kitlenin çıkarılmasıdır.

1.b.Segmental mastektomi; memedeki hasta olan bölgenin alınmasıdır.

1.c.Basit mastektomi; Tüm memenin çıkarılmasıdır.

1.d.Modifiye radikal mastektomi; meme dokusunun koltuk altı ile beraber alınmasıdır.

1.e.Radikal mastektomi; ileri evre meme kanserinde meme dokusuyla beraber çevre dokunun da çıkarılması işlemidir (Tuğrul, 2005; www.astrazeneca.com.tr; Gürbüz, 2003).

2.Radyoterapi; yüksek enerjili X ışınlarının belli dozlarda meme dokusuna ya da koltuk altına verilmesidir. Radyasyon ışınları, çoğalmakta olan hücrelerin DNA yapılarını bozarak ölümüne neden olmaktadır. Post-operatif radyoterapinin uzun dönemde yaşama etkisi olmadığı, ancak lokal nüksleri azalttığı görülmüştür (Sherman et.al., 1990; Gürbüz, 2003; Tuğrul, 2005).

### **B.Sistemik tedavi yöntemleri**

1.Kemoterapi; toksik ilaçlarla kanser hücrelerinin yok edilmesidir. Eğer kanser koltuk altı lenf düğümlerine sıçramışsa ya da memedeki tümörün çapı 1 cm den büyükse adjuvant kemoterapi uygulanmaktadır. Kemoterapideki amaç mikroskopik

ve teorik olarak antikanser ajanlara hassas olan gizli metastazların ortadan kaldırılmasıdır (Sherman et.al.,1990; Gürbüz, 2003; Pernoll, 1994).

**2.Hormonal tedavi;** bazı meme kanserleri hormonlardan etkilenir. Bu hormonlar östrojen ve progesterondur. Özellikle östrojen düzeyinin düşürülmesi meme kanseri tedavisinde önemlidir. Menapoz sonrası dönemde ise yine vücutta az da olsa üretilen östrojen hormonunun kanserli hücrelere etkisi bloke edilebilmektedir (Gürbüz, 2003; Tuğrul, 2005).

### **2.2.7.Meme Kanserinde Prognoz**

Bazı insanlarda kanser daha iyi ve yavaş bir seyir izlerken, bazı insanlarda ise süratle ilerlemekte, kısa bir sürede hayatı tehdit etmeye başlamaktadır. Bunun sebebi farklı insanlardaki kanser hücrelerinin farklı özellikler taşıyor olmasıdır.

Hastalığın seyrini belirleyen başlıca faktörler şunlardır;

- Kanserin süt kanalı dışına çıkması
- Koltuk altı lenf düğümlerine metastaz
- Tümörün boyutunun büyük olması
- Tümörün III-IV evrede olması
- Hastalığın 35 yaş altında ortaya çıkması
- Tümörün östrojen ve progesteron reseptörü taşıması
- Tümörün multisentrik olması
- Bireyin bağışıklık sisteminin zayıf olması
- Tümör nekrozu
- Kan damarı ve lenfatik invazyon yapması

kanserin kötü seyredeceğinin birer işaretidirler (Yıldırım, 1992; Engin, 2000; Gürbüz, 2003).

### **2.2.8.Meme Kanserinden Primer Korunma**

Günümüzde meme kanserinden korunmak için verilebilecek kesin bir öneri yoktur. Ancak meme kanseri riskini azalttığı öne sürülen bir takım yaşam biçimi davranışları bulunmaktadır.

Bunlar;

- Dengeli beslenme, sebze, meyve ve lifli gıdaların bolca tüketilmesi
- Alkol ve sigarayı bırakma
- 30 yaşından önce doğum yapmak
- Emzirmek
- Spor yapmak
- Stresini kontrol altına almak
- Kilonun kontrol altında tutulması
- Östrojen içeren ilaçların doktor denetiminde kullanılması
- Göğüs bölgesine gereksiz radyasyondan kaçınılması (Tuğrul, 2005; Koçak, 2003; Yıldırım, 1992).

### **2.2.9.Meme Kanserinde Sekonder Korunma**

İnsanlardaki kanserlerin %75' lik bölümü vücutta gözle görülebilen ve rutin muayene yaklaşımları ile kolaylıkla ulaşılabilen yerlerde ve bu kanserler erken dönemde yakalandığında tedavide çok başarılı sonuçlar sağlanabilmektedir. Meme hastalıklarının en önemlisi meme kanseridir. Kanser vakalarının %90-95'i memede kitle ile kendini göstermektedir. Meme tümörünü palpabl kitle haline gelir gelmez tespit edilmesi önem arz etmektedir. Bu dönemde axiller metastaz oranı oldukça azdır (Kutaniş ve Ataseven, 1990; Bilir ve Harmancı, 2004).

Kadınlar kendi kendine meme muayenesi ile herhangi bir anormallik tespit etseler bile hekime başvurmamaktadırlar. Bunun nedenleri arasında; memesini kaybetme korkusu, ölüm korkusu, beden imajında değişiklik korkusu, ilgisizlik,

utangaçlık, eğitimsizlik ve parasal sorunlar yer almaktadır (Ünal ve Ünal, 2001; Kutaniş ve Ataseven, 1990).

Yetişkin kadınlarda meme kanserinin erken teşhisinde ayda bir kez yapılan kendi kendine meme muayenesinin yardımı büyüktür. Kendi kendine meme muayenesi kolay öğrenilip uygulanması, daha az zaman ve fiziksel enerji harcanması, profesyonel yardım gerektirmemesi, acı vermemesi ve ekonomik olması bu yönüme üstünlük kazandıran özelliklerdir. Ancak bu yöntemin başarılı olabilmesi için sürekli ve periyodik aralıklarla yapılması, kişilerin meme muayenesine istekli olmaları, muayene tekniğinin çok iyi bilinmesi ve kendilerini pratik yapmada sorumlu hissetmeleri gerekmektedir. Kendi kendine meme muayenesi ülkemiz de dahil olmak üzere bir çok ülkede değeri tam olarak anlaşılammış ve uygulaması yaygınlaştırılmamıştır (Bilir ve Harmancı, 2004; Demirhan ve ark., 2002).

Erken evrede teşhis ve tedavi edilen meme kanserli hastalarda iyileşme ve kanserden kurtulma oranı oldukça yüksektir. ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde, meme kanseri görülme sıklığında artma olmasına rağmen, meme kanserinden ölüm oranlarında bir azalma olmuştur. Bunun nedeni; Amerikan ve İngiliz toplumunun meme hastalıkları ve özellikle meme kanseri konularında eğitilmiş olmaları ve hastalığın erken dönemlerinde hekime başvurmalarıdır. Buna paralel olarak ülkemizde de kadınlara kendi kendine meme muayenesi konusunda verilecek eğitim ile meme kanserinin erken teşhisi mümkün olabilecektir (Ünal ve Ünal, 2001; Kutaniş ve Ataseven, 1990).

Amerikan Kanser Derneği tarafından önerilen meme kanseri erken tarama programı şu şekildedir:

**20-39 yaş:** Her 3 yılda 1 klinik meme muayenesi

Ayda 1 kez kendi kendine meme muayenesi

**40 yaş ve üzeri:** Yılda 1 kez mammografi

Yılda 1 kez klinik meme muayenesi

Ayda 1 kez kendi kendine meme muayenesidir

(www.cancer.org).

### 2.2.9.1.Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kendi kendine meme muayenesi; 20 yaşından sonra adet gören kadınlarda ideal olarak adet dönemlerinin 5.-7. günlerinde, menapozdaki kadınların ise her ayın kendi belirledikleri günlerinde ayda bir kez görsel ve elle belli bir sistematik içerisinde memelerini kontrol etmeleridir (www.jinekoloji.net; Ünal ve Ünal, 2001; www.memeonkoloji.com; www.saglik.tr.net; Özkan, 2004).

Adet kanamasının başlamasıyla birlikte kanda östrojen ve progesteron hormonlarının etkinlikleri nispeten azalmakta ve bu şekilde meme dokusunu incelemek kolaylaşmaktadır. Bu günler dışında özellikle de adet kanamasına yakın yapılan muayenelerde bu hormonların etkisiyle memeler dolgun ve bastırmakla ağrılı olmaktadır. Bu da kendi kendine meme muayenesinin etkinliğini önemli ölçüde azaltır (www.jinekoloji.net; Ünal ve Ünal, 2001; www.memeonkoloji.com; www.saglik.tr.net.).

Kendi kendine meme muayenesini her kadın aynı kalitede yapamamakta ve bu konuda eğitim çalışmaları gerekmektedir. Mammografi ile taranan kadınlarda kendi kendine meme muayenesi ile ara dönem kanserleri saptanabilmektedir. Bu nedenle kendi kendine meme muayenesinin erken yaşlardan itibaren öğretilmesi gerekmektedir (Kalaycı, 2002).

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda KKMM' nin değişik düzeylerde uygulandığı tespit edilmiştir. Bu çalışmalarda farklı eğitim yöntemlerinin KKMM uygulamalarını geliştirdiği tespit edilmiştir (Attia et.al.,1997; Jane Lu, 2001; Agars and McMurray, 1993; Lierman et.al., 1994; Öztürk et.al., 2000; Seif and Aziz, 2000; Rao et.al., 2005; Oliver-Vazquez et.al., 2002; Chuntharapat et.al., 2005; Aydın, 2004; Atlı, 2002).

Meme kanserinin erken yaşlarda çok nadiren görülmesi nedeniyle bu yaşlarda KKMM' ye başlamanın gereksiz olduğunu ifade eden dernekler de bulunmaktadır (Özkan, 2004). Ancak ülkemizde meme kanseri tarama programlarının uygulama düzeyi dikkate alındığında KKMM' nin önemli bir yer teşkil ettiği ortaya çıkmaktadır.

Doğru ve yeterli bir kendi kendine meme muayenesi için belirlenmiş üç ayrı aşama vardır:

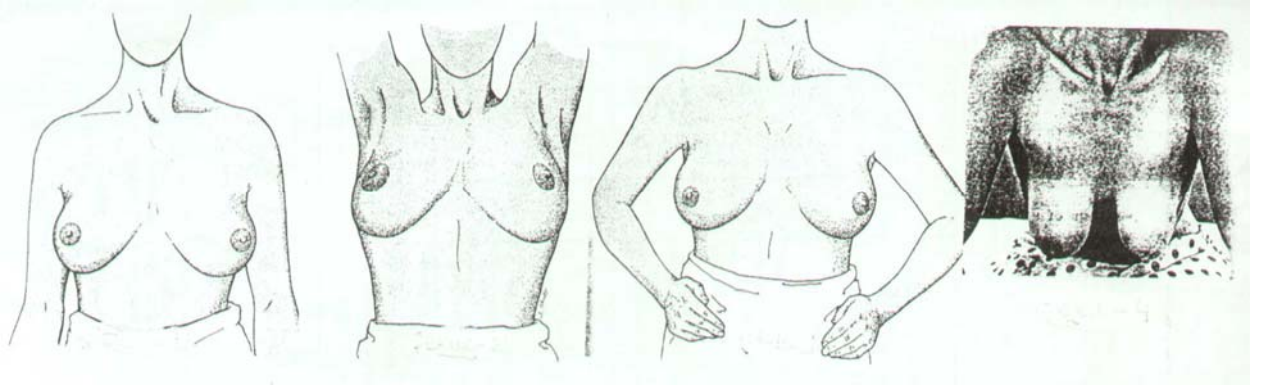


### **a.Gözle Değerlendirme**

Gözle değerlendirme kendi kendine meme muayenesinin ilk basmağıdır. Bunun için aydınlık bir odada belden yukarıdaki kıyafetler çıkarılarak eller her iki yanda serbest vaziyette iken, havadayken, her iki el kalçanın üzerindeyken ve öne doğru eğilerek meme, meme başı ve etraf dokuda;

- şişlik
- çekilme
- renk değişiklikleri
- yüzeysel damarlarda önceden var olmayan belirginleşme hali
- memelerde asimetri
- portakal kabuğu görüntüsü
- kuruma, pullanma, yara
- meme başı akıntısı

olup olmadığına bakılır (Şekil.2).



### **Şekil.2.Ayna karşısında gözle değerlendirme**

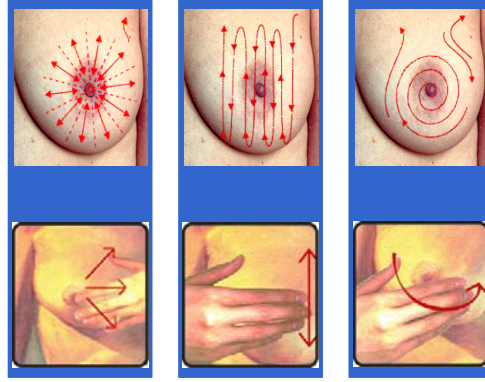
Farklı pozisyonlarda gözle muayene yapmaktaki amaç; meme dokusunun arkasında kalan kasların kasılmasını sağlamak ve böylece meme dokusundaki muhtemel habis oluşumların gözle görülebilir hale gelmesini sağlamaktır. Memedeki habis kitleler çoğu durumda memeye sabit bir duruş kazandıran Cooper bağlarının ve meme arkasındaki kasların işlevlerini bozar ve bu durum memeye çeşitli pozisyonlar verilerek belirgin hale getirilmektedir (Bickley and Hoekelman, 1999; Leasia and Monohan, 1997; www.memeonkoloji.com; www.jinekoloji.net).

### **b.Ayakta Elle Muayene**

Bu muayene basamağı odada yapılabileceği gibi, banyodayken duşun altında eller sabunluyken de gerçekleştirilebilir. Sol meme muayene edilecekse o taraftaki kol başın arkasına konur ve sağ elin 2., 3. ve 4. parmaklarının iç yüzeyleri ile meme ucundan başlayarak 1 cm lik daireler çizerek klavikuladan alt meme çizgisine, sternumdan arka aksiller çizgiye kadar olan kısım muayene edilir. Muayene esnasında aşamalı olarak önce hafif ardından orta ve daha sonra da kuvvetli basınç uygulayarak memenin tüm tabakaları hissedilmeye çalışılır. Meme muayenesinde dairesel yöntem kullanılabileceği gibi, ışınsal ve dikey çizgilerle de muayene edilebilir. Kadın hangi yöntemi kolaylıkla uygulayabilirse onu kullanmalıdır (Şekil 3 ve 4). Her bir memenin muayenesinin sonunda meme uçları sıkılarak akıntı gelip gelmediğine bakılır. Aynı işlem diğer memeye de uygulanır. Ayakta yapılan muayene özellikle üst dış kadrandaki kitlelerin daha iyi fark edilmesini sağlamaktadır. Meme kanserinin %60-70'i meme dokusunun fazla olduğu bu bölümlerde görülmektedir (Bickley and Hoekelman, 1999; Leasia and Monohan, 1997; [www.memeonkoloji.com](http://www.memeonkoloji.com); [www.jinekoloji.net](http://www.jinekoloji.net)).



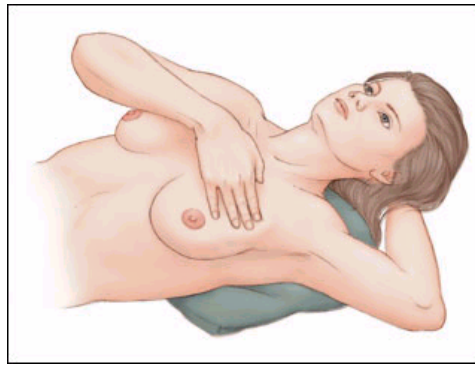
**Şekil.3.Ayakta meme muayenesi**



**Şekil.4.Elle muayenede kullanılabilir yöntemler**

### **c.Yatar Pozisyonda Elle Muayene**

Bu muayeneye başlarken sırt üstü yatılır ve hangi meme muayene edilecekse o taraftaki omuz altına ince bir yastık ya da katlanmış bir havlu yerleştirilerek göğsün daha da belirginleşmesi sağlanır. Sol meme muayene edilecekse sol kol başın arkasına doğru kaldırılır ve sağ elin 2., 3. ve 4. parmaklarının iç yüzeyleri ile meme ucundan başlayarak 1 cm lik daireler çizerek klavikuladan alt meme çizgisine, sternumdan arka aksiller çizgiye kadar olan kısım muayene edilir. Muayene esnasında aşamalı olarak önce hafif ardından orta ve daha sonra da kuvvetli basınç uygulayarak memenin tüm tabakaları ve axilla kontrol edilmelidir. Aynı işlem sağ meme ve axilla için de tekrarlanmalıdır. (Şekil 5) (Bickley and Hoekelman, 1999; Leasia and Monohan, 1997; www.saglik.tr.net; Ünal ve Ünal, 2001).



**Şekil.5.Yatarken meme muayenesi**

### 2.2.9.2.Mammografi

Mammografi meme kanseri tanısında en iyi görüntüleme yöntemlerinden birisi olup, memenin iki tabaka arasına sıkıştırılarak röntgen filminin çekilmesi yöntemidir. Genç kadınlarda meme dokusu diri ve yoğun olduğu için mammografiyle teşhis koymak güçtür. Bu nedenle gençlerde daha çok ultrason yöntemi kullanılmaktadır. Mammografide her iki memenin meme ucundan, pektoral kaslara kadar olan alan taranmaktadır. Mammografinin en büyük avantajı, meme kanserinin elle hissedilebilme ya da palpe edilmesinden önce belirlenebilmesidir (Atasü, 2001; Gürbüz, 2003; İnanç, 1996).



**Şekil.6.Mammografi**

Mammografinin erken yaşlardaki bayanlarda iyonize radyasyon yayması nedeniyle meme kanserine yol açması, kadınlar tarafından ürkütücü bulunması, doktor tarafından herhangi bir hastalık belirtisi olmaksızın tavsiye edilmemesi, bu konu hakkında bilgi sahibi olmama, kolay ulaşılabilir olmaması ve kanser teşhisi konulmasından korkma gibi sebeplerle mammografik tarama oranı da düşük olmaktadır (Abdel Hadi, 2000; Oliver-Vazquez et.al., 2002; Modeste et.al., 1999).

### **2.2.9.3.Klinik Meme Muayenesi**

Meme kanserinin erken tanısında kullanılan yöntemlerden birisi de klinik meme muayenesidir. Memede bulunan bazı kanserlerin mammografi ile saptanması her zaman mümkün olamamaktadır. 1 cm boyutunu geçmiş olan kitlelerin çoğunu klinik muayene ile tespit etmek mümkündür. Bu nedenle klinik muayene önem taşımaktadır. Hekim inspeksiyon ve palpasyon yöntemlerini kullanarak meme, meme ucu ve axiller bölgeyi değerlendirmektedir. Muayenede lenf nodlarının durumu, boyutları, herhangi bir kitlenin varlığı, boyutları, sertliği ve çevre dokuları ile ilişkisi incelenmektedir (Engin, 2000; Gürbüz, 2003).

Pek çok klinisyen, meme kanseri palpasyonunda çok sınırlı deneyime sahip olduğu için, muayene edenin yeteneğinin düzeltilmesi muayenenin değerini arttırmaktadır. Mammografik taramanın ekonomik olarak elde edilemediği ülkelerde meme kanseri taramasında klinik meme muayenesi belirgin bir role sahiptir. Klinik muayenenin başarılı olabilmesi için klinik muayeneyi yapan kişinin istekli olması ve yeterli zaman ayırması gerekmektedir (Özkan, 2004).

Chong ve arkadaşlarının (2002), yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin evli olmaları, aile hikayesinde meme kanseri bulunması ve klinik meme muayenesi yaptırabileceği kadın doktor bulunmalarının klinik meme muayenesi yaptırmada etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Ülkemiz için de bu tür faktörlerin etkili olduğu söylenebilir.

### **2.2.9.4.Kendi Kendine Meme Muayenesinde Hemşirenin Rolü**

Kanser günümüzde yaygın olarak görülmekte ve erken teşhis edildiğinde tedavisi çoğu zaman mümkün olabilen bir hastalıktır. İnsan hayatındaki karsinojen etkenleri tümüyle ortadan kaldırmak mümkün olamayacağından kanserle mücadelede en etkili yolun; kanser belirtileri, erken tanı konusunda bilinçlendirme ve sağlıklı

yaşam biçimi davranışları geliştirme konusunda yapılacak çalışmalar olduğu bilinen bir gerçektir.

Bir çok ülkede yoğun eğitim kampanyaları, afişler, broşür, televizyon ve radyo ile kanserin tehlikeleri konusunda toplum bilinçlendirilmektedir (Barcley, 1987).

Bu çerçevede bakılacak olunursa toplumun her kesimine hizmet sunan hemşirelerin üzerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Kadınlar arasında en sık görülen meme kanseriyle mücadelede kendi kendine meme muayenesinin tekniği ve öneminin sıkça vurgulanması önem arz etmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda hemşirelerin de kendilerinde risk görmedikleri ya da yeterli bilgilerinin olmaması nedeniyle kendi kendine meme muayenesini uygulamadıkları tespit edilmiştir (Bedük ve Şahin, 1992; Topuzoğlu ve Harmancı, 2004; İnanç, 1996).

Bu veriler doğrultusunda öncelikle hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi, beceri ve sorumluluk duygularını arttırmak gerektiği ortaya çıkmaktadır. Ardından da kadınların meme kanserini nasıl algıladıkları, meme kanserinin onlar için ne ifade ettiği ve kadınların bu konu ile ilgili endişeleri ve kendi kendine meme muayenesi bilgi düzeyleri belirlenmesi gerekmektedir (Akyolcu, 1987). Bu konu ile ilgili yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Uzun ve ark. 2004; Çadır ve ark., 2004; Şirin ve Barlas, 1999; Aygin ve ark., 2004; Demirhan ve ark., 2002; Kum ve ark., 2004; Bedük ve Şahin, 1992, Karayurt, 2003; Zincir, 1999). Ancak eğitim ihtiyaçları ve bu doğrultuda yapılan çalışmalar ne yazık ki oldukça azdır (Aydın, 2004; Atlı, 2002)

### **2.3.Sağlık Eğitimiyle Davranış Kazandırma**

Sağlık eğitimiyle kişilerin kendi kendilerine yardım etmeleri konusunda güven ve becerilerini geliştirmek amaçlanmaktadır (Öztürk ve Çetinkaya, 1999).

Her insanın kendisini bir algılama biçimi, buna uygun olarak da sağlık ve hastalık anlayışı vardır. İnsanların bedenleri ya da ruhsal durumlarındaki normal dışı belirti ve duygulara gösterdikleri tepkiler oldukça farklı olabilmektedir. Bu farklılık

kişinin içinde bulunduğu kültürün sağlık ve hastalık anlayışı ile sağlık konusundaki bilgi ve bilinç düzeyinden kaynaklanmaktadır. Sağlık eğitimi, sağlıklı bir yaşam şeklini teşvik etmede kullanmak için hastalığa neden olan ya da önleyen davranışların temelindeki nedenler bilinmek durumundadır (Öztürk ve Çetinkaya, 1999; Tabak, 2002).

Sağlık eğitimi yoluyla kişilere davranışlarını ve bunun sağlığını ne şekilde etkilediğini anlama konusunda yardımcı olabilmek mümkündür. Bu yolla sağlığı geliştiren, hastalıklardan koruyan, hastalıkları tedavi eden ve rehabilitasyon sağlayan davranışlar teşvik edilmektedir (Öztürk ve Çetinkaya, 1999).

Sağlık eğitiminde başarının bir diğer koşulu da eğiticinin niteliğidir. Eğitimin başarılı olabilmesi için eğiticide bulunması gereken nitelikler şunlardır:

\*Eğitici halkın tanıdığı ve inandığı bir kişi olmalıdır.

\*Eğitici halka, sağlık eğitimi yanında, halkın istediği bir hizmeti götüren kişi olmalıdır.

\*İletişimi kolaylaştırmak için eğiticiyle eğittiği kişilerin kültür düzeyleri olarak çerçevesinde birbirine yakın olmalıdır.

\*Eğitici, eğitim yaptığı kişilerin kültürünü, sorunlarını ve beklentilerini çok iyi bilmelidir.

\*Eğitici eğittiği kişilere saygılı olmalı ve onları incitecek, küçük düşürecek davranışlardan kaçınmalıdır ([www.ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr)).

Her hemşire kanserin belirti ve bulgularını ve bunların neden ortaya çıktığını bilmelidir. Hemşireler belirli kanserler için risk etmenlerinin kontrol yollarını ve kendi kendine muayene yöntemlerini ve bunların nasıl uygulanacaklarını bilmelidirler. Ayrıca hemşireler, kanseri önleme ve erken tanı olasılığını arttırmada yaşam biçimi değişikliklerini de kendi ailelerine ve topluma öğretme yönünden avantajlı bir konuma sahiptirler. Amerikan Kanser Birliği, hemşirelerin kanseri önleme ve erken tanı etkinliklerine katılmalarını desteklemektedir (İnanç, 1996).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede bazı davranış modellerinden yararlanılmaktadır. Bu davranış modellerinden birisi de Sağlık İnanç Modeli' dir.

## 2.4.Sağlık İnanç Modeli

Sağlık davranışları ile ilgili tutumların araştırılması hemşireler için önemli bir araştırma alanıdır. Sağlık davranışı ile ilgili tutumlar tanımlanabilirse tutumlarda değişiklik oluşturabilmek için hemşirelik girişimleri geliştirilebilir ve arzu edilen sağlık davranışlarının oluşması artırılabilir (Champion, 1984; Clemen et.al., 2002).

Sağlık davranışlarının açıklanmasında kullanılan Sağlık İnanç Modeli, esas olarak bir hastalıktan kaçınmanın ya da sağlıklı olmanın kişi açısından değeri ve o kişinin belirli bir davranışın hastalığı önleme ya da sağlığı iyileştirmeye yol açacağı beklentisi üzerine kurulmuştur (Erbaydar, 2003; Petro-Nustas and Mikhail, 2002).

Sağlık İnanç Modeli 1950 yılında Hochbaum, Leventhal, Kegeles ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Bu aşamada model algılanan hassasiyet, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar ve algılanan engeller olmak üzere dört kavramdan oluşmaktaydı. Bu dört kavram bir arada ve ayrı olarak değişik zamanlarda test edilmiştir. Ardından Bandura (1977), tarafından öz-etkililik, Rosenstock, Strecher ve Becker (1988) tarafından sağlık motivasyonu algıları modele eklenmiş ve tüm boyutlar değişik çalışmalarda test edilmiştir. Sağlık motivasyonu diğer dört kavrama göre daha az test edilmiştir (Champion, 1984; Clemen et.al., 2002; Pender and Pender, 1987; Erbaydar, 2003; Petro-Nustas and Mikhail, 2002; Champion, 1991; Champion, 1993; Champion and Miller, 1992).

Sağlık İnanç Modeli, KKMM ve meme kanseri tarama davranışlarının açıklanmasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Sağlık İnanç Modeli' ne göre bir kadının meme kanserine yönelik hassasiyeti ve meme kanseri ciddiyetinin düzeyinin yüksek olması KKMM yapma ihtimallerini arttırmaktadır. Yani bir kadın kendini meme kanseri tehdidine ne kadar yakın görürse KKMM uygulama olasılığı o derecede yüksek olmaktadır. Benzer şekilde kadınların KKMM yararlarına ilişkin algıları, KKMM engellerine ilişkin algılarından üstün geldiği takdirde KKMM uygulama oranları artmaktadır ( Petro-Nustas and Mikhail, 2002).



### 2.4.1.Sağlık İnanç Modeli'ni Oluşturan Kavramlar

Sağlık İnanç Modeli'ni oluşturan kavramlar Şekil 7'de gösterilmiştir. Sağlık İnanç Modeli'ni oluşturan başlıca kavramlar şunlardır:

**1-Algılanan Ciddiyet;** sağlık problemini algılama konusundaki ciddiyettir. Bazı organların hassasiyeti kişi için çok belirgin olabilir. Bu ya kendi hayat tecrübelerine dayanarak çıkarttığı sonuçlardır, ya da ailede görülen bir rahatsızlık sebebiyle kendinin de o hastalığa duyarlı olduğu inancıdır. Bazen de kişiler belli hastalıklara karşı daha duyarlı olmaktadır. Çünkü bunların yaşamsal riski konusunda bilinçlenmişlerdir. Algılanan ciddiyetin fazla olması halinde koruyucu sağlık davranışını gösterme olasılığı artmaktadır (Clemen et.al., 2002; Sarafino, 1990; Pender and Pender, 1987; Baltaş, 2000; Tabak, 2002; www.comminit.com; Rees et.al., 2004; Brain et.al., 1999; Cohen, 2002).

**2-Algılanan Hassasiyet;** bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma ya da sağlıkla ilgili bir etkiye maruz kalma olasılığı konusundaki inancıdır. Birey öncelikle problem gelişme olasılığını değerlendirmektedir. Algılanan hassasiyet ne derece yüksek ise koruyucu eyleme geçme olasılığı o derece yüksek olmaktadır. Bu nedenle hastalığın bireylerin hayatında az ya da çok bir olasılıkla her zaman için varolabileceğine inandırmak gerekmektedir (Clemen et.al., 2002; Sarafino, 1990; Pender and Pender, 1987; Champion and Miller, 1992; Baltaş, 2000; Tabak, 2002; www.comminit.com; Umeh and Dimitrakaki, 2003). Bu amaçla eğitimsel girişim uygulanarak hassasiyet algısının artırıldığı çalışmalar yapılmıştır (Agars and McMurray, 1993; Rao et.al., 2005).

**3-Algılanan Tehdit;** algılanan hassasiyet ve algılanan ciddiyet birleşerek bireyde tehdit algısını oluşturmaktadır (Clemen et.al., 2002; Sarafino, 1990; Pender and Pender, 1987; Baltaş, 2000; Tabak, 2002; www.comminit.com).

**4-Değişikliğe Neden Olan Faktörler;** Demografik değişkenler, sosyo-psikolojik değişkenler ve yapısal değişkenler bireyin hastalığı bir tehdit olarak algılanmasını ve istenen davranışı gerçekleştirme olasılığını etkileyen önemli faktörlerdir.

**\*Demografik Değişkenler;** cinsiyet, yaş, gelir, etnik köken ve eğitim demografik değişkenlerden bazılarıdır. Cinsiyet koruyucu davranışlarda en fazla kullanılan değişkendir (Clemen et.al., 2002; Sarafino, 1990; Pender and Pender, 1987; Baltaş, 2000; Tabak, 2002; www.comminit.com).

Fulton ve arkadaşlarının (1991), yaptıkları çalışmada sosyo-ekonomik durumun tavsiye edilen sağlık davranışını gerçekleştirmede önemli bir etken olduğunu tespit etmişlerdir.

**\*Sosyo-Psikolojik Değişkenler;** sosyal sınıf, sosyal baskı ve kişilik yapısı bu değişkenlerden bazılarıdır. Bireyin sağlığını korumak için gerekli davranışsal niyet düşük düzeyde ise sosyal baskı ya da sosyal etki, uygun sağlık davranışının ortaya çıkmasında rol oynamaktadır. Destek gruplarının baskısı bireyin sağlık davranışlarıyla ilgili tutum ve inançlarının değişmesinde ya da grup davranışları normlarına uymasına etki etmektedir (Clemen et.al., 2002; Sarafino, 1990; Pender and Pender, 1987; Baltaş, 2000; Tabak, 2002; www.comminit.com). Örneğin; arkadaş ya da aileden bir bireyin desteğiyle kişinin KKMM yapmaya teşvik edilmesi gibi.

Lierman ve arkadaşlarının (1994), yaşlı kadınlarda eğitim ve akran desteğinin KKMM sıklık ve yeterliliğine etkisini inceledikleri çalışmada, eğitim yapılan grupta anlamlı bir fark tespit etmişlerdir.

**\*Yapısal Değişkenler;** bireyin hastalıkla ilgili bilgisi ve önceki deneyimleri koruyucu davranışlara etki eden iki önemli değişkendir (Clemen et.al., 2002; Sarafino, 1990; Pender and Pender, 1987; Baltaş, 2000; Tabak, 2002; www.comminit.com; Thomas, 2004).

**5-Eyleme Geçiriciler;** eyleme geçiriciler, sağlık davranışının ortaya çıkma insidansına etki eden belli başlı durumlardır. Eyleme geçiriciler internal ya da extenal olabilir. İnternal eyleme geçiriciler hastalığa özgü rahatsızlık belirtilerinin hissedilmesidir. External harekete geçiriciler ise medya kitlesi, öğütler, posterler,

bilboardlar, gazete ve magazin makaleleri ile sağlık profesyonelleri tarafından hazirlanan hatirlaticilardir. Birey potansiyel sağlık problemi ile ilgili ne kadar çok uyarı ya da tavsiye alırsa koruyucu davranışı gösterme olasılığı o derece fazla olmaktadır (Clemen et.al., 2002; Sarafino, 1990; Pender and Pender, 1987; Baltaş, 2000; Tabak, 2002; www.comminit.com).

**6-Algılanan Yarar;** bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar faydalı algıladığı, eğer o davranış değişikliğini gerçekteştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. Bireylere koruyucu çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilir. Böylece kişilerde sağlıkla ilgili davranış ve tutumlar ve koruyucu sağlık uygulamaları yapmanın yararıyla ilgili bilinç alanını geliştirmek mümkün olur. KKMM konusundaki yarar algısı arttıka KKMM uygulamaları o derece artmaktadır (Clemen et.al., 2002; Sarafino, 1990; Pender and Pender, 1987; Baltaş, 2000; Attia et.al., 1997; Jane Lu, 2001; Tabak, 2002; www.comminit.com; Graham, 2002).

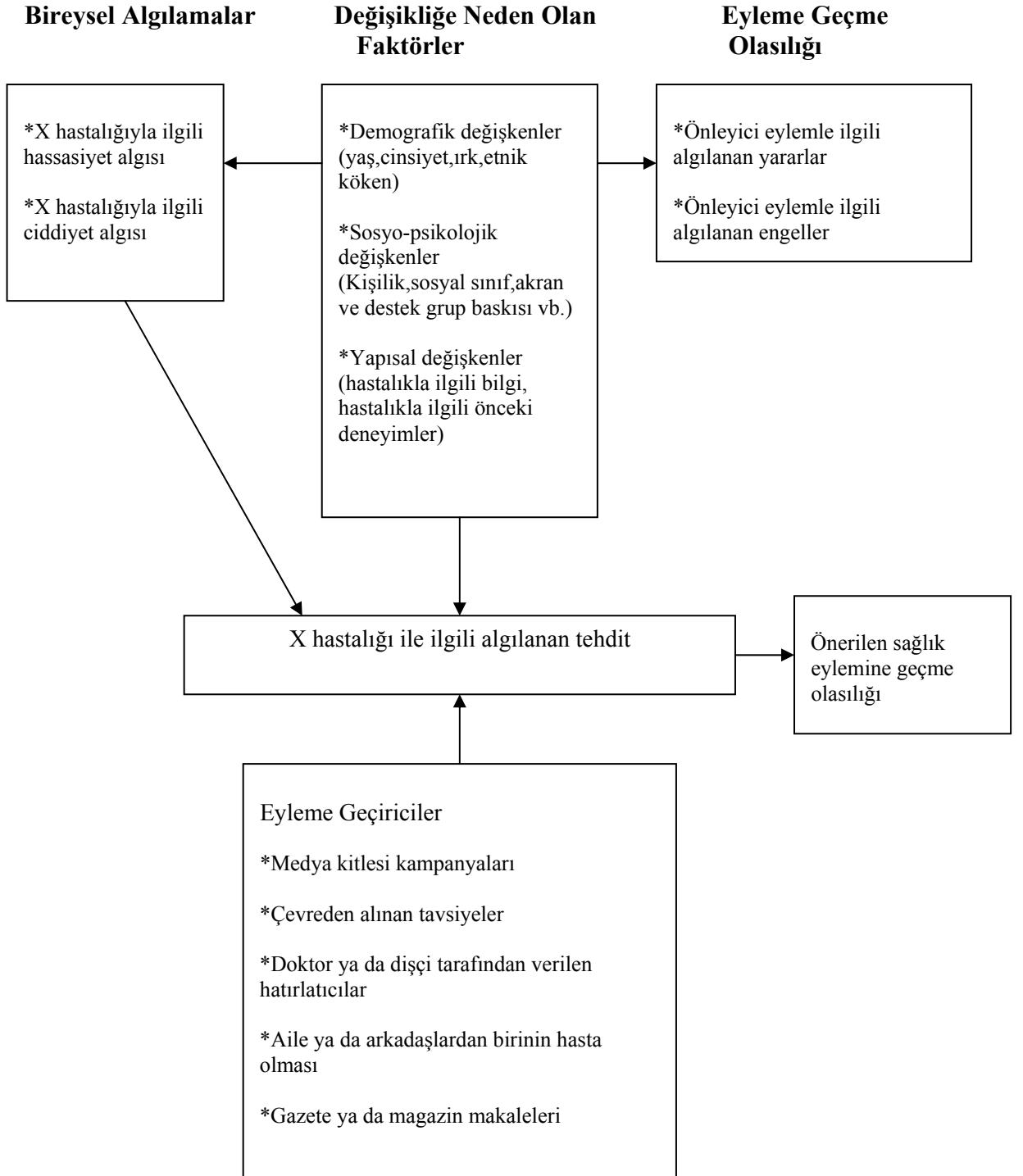
**7-Algılanan Engeller;** önerilen davranışı gerçekteştirmenin önünde algılanan somut ya da duygusal engeller ya da bu davranışın yol açacağı düşünölen istenmeyen sonuçlardır. Maliyet, rahatsızlık, hoş olmayan bazı yaşam değişiklikleri koruyucu davranışlar için engel teşkil edebilmektedir. Algılanan fayda algılanan engellerden ne ölçüde fazla ise davranışa eğilim o ölçüde fazladır (Clemen et.al., 2002; Sarafino, 1990; Pender and Pender, 1987; Baltaş, 2000; Tabak, 2002; www.comminit.com).

KKMM konusunda sıklıkla tanımlanan engeller; bilgisizlik, kanser korkusu, unutkanlık, boş zaman bulunmaması, kendi memesine dokunmaktan korkma olarak sıralanmaktadır (Rao et.al., 2005; Seif and Aziz, 2000). KKMM eğitimi ile bu engeller azaltılabilmektedir (Jane Lu, 2001; Graham, 2002).

**8-Sağlık Motivasyonu;** sağlığın sürdürölmesi ve geliştirilmesinde davranışların oluşması için genel niyet ve isteklilik durumunu ifade etmektedir. Bu kavram modele 1988 yılında Becker tarafından eklenmiştir (Champion, 1984; Gözüm ve ark. 2004; Nahcivan ve Seçginli, 2003). Buna göre; KKMM yapmaya yönelik motivasyonun yüksek olması, KKMM uygulama olasılığını arttırmaktadır.

**9-Öz-Etkilik Algısı;** bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inançlarıyla ilgilidir. Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amaca ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan aksilikler ve engellerle mücadele etme gücünü etkilemektedir (Aksayan, Gözüm 1998). Öz-etkililik algısı artırılarak KKMM uygulamaları geliştirilebilmektedir (Jane Lu, 2001; Norman and Brain, 2004; Seif and Aziz, 2000).

Şekil 7. Sağlık İnanç Modeli



Kaynak.Pender N.J., Pender A.R., (1987) Health Promotion in Nursing Practice, Second Edition, Appleton&Lange: 46

#### 2.4.2.Sağlık İnanç Modeli'nin Sınırlılıkları

Sağlık İnanç Modeli bir çok çalışmada başarıyla kullanılmasına rağmen bir takım eksiklikleri de vardır. Bu eksikliklerden bazıları şunlardır:

\*Sağlıkla ilgili davranışın sağlık tehdidinin sürmesi, yararların devam etmesi ve maliyetin az olması halinde devam etmesidir.

\*Sağlık İnanç Modeli'ni temel alan çoğu araştırmada modelin komponentleri kullanılmaktadır, o nedenle modelin tümünün test edilmesi açısından yararlı değildir.

\*Psikolojik modellerde göz önüne alınmayan bir diğer nokta da çevresel ya da ekonomik faktörlerin sağlık davranışını etkileyebilmesidir.

\*Bu model sağlık davranışlarına karar vermede akran etkisi ve sosyal normları göz önüne almamaktadır.

\*Modelin bileşenlerinin ölçümü için bilhassa algılanan ciddiye ve hassasiyete ilişkin standart bir ölçüm yönteminin olmamasıdır. Aynı faktörler farklı çalışmalarda farklı ölçüm araçları ile değerlendirilmiştir (www.fhi.org; Sarafino, 1990; Yarbrough and Braden, 2001; Tabak, 2002).

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubunun birbirine benzer olmasına özen gösterilmiştir. Yapılan istatistiksel analizlerde grupların büyük ölçüde benzer olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada yarı deneysel tasarımlardan benzer gruplarda ön-test/son-test düzeni kullanılmıştır.

#### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma 1 Eylül 2004-13 Mayıs 2005 tarihleri arasında Kocaeli Santral Sağlık Ocağı'na bağlı Karabaş Mahallesi'nde gerçekleştirilmiştir.

#### **3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Çalışmanın evrenini Kocaeli ili Santral Sağlık Ocağı'na bağlı Karabaş Mahallesi'nde ikamet eden 20-60 yaş arasındaki en az ilkokul mezunu ev hanımları oluşturmaktadır. Karabaş Mahallesi'nde toplam 10 sokak bulunmakta ve bu sokaklarda araştırma kapsamına giren 1096 kadın bulunmaktadır. Araştırmanın örneklemini oluşturan deney ve kontrol gruplarının bulunduğu 2 ayrı sokak ise etkileşimi en az düzeye indirmek amacıyla, mümkün olduğunca birbirine yakın olmayanlar arasından seçilmeye çalışılmıştır. Örneklem grubunun seçiminde Santral Sağlık Ocağı kayıtlarında yer alan Ev Halkı Tespit Fişi'nden yararlanılmıştır. Bu fişlerdeki bilgiler doğrultusunda deney ve kontrol gruplarının seçiminde sosyo-

demografik özellikler açısından birbirilerine benzer olmasına dikkat edilmiştir. Deney grubunun seçildiği Şehit Musa Sokağı'nda 126 kişiden 45 kişi, kontrol grubunun seçildiği Asım Efendi Sokağı'nda 119 kişiden 50 olmak üzere toplam 95 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Katılımcıların gebelik ya da laktasyon döneminde olmamalarına dikkat edilmiştir. Çalışmada gönüllülük ilkesi göz önünde tutulmuştur. Ancak deney grubundan 3, kontrol grubundan 2 kişinin araştırmadan çekilmesiyle, çalışma 90 kişi ile tamamlanmıştır. Örneklemin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3' de sunulmuştur.



**Tablo.3.Örneklem grubunun sosyo-demografik özellikleri**

	DENEY N=42		KONTROL N=48		İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	n	%	n	%	
Yaş	$\bar{x}\pm SD$ 41.64±9.6		$\bar{x}\pm SD$ 44.81±10.3		t=1.495 p=.139 <b>p&gt;0.05</b>
Eğitim durumu <sup>1</sup>					x <sup>2</sup> =2.686 p=.101 <b>p&gt;0.05</b>
İlkokul	23	54.8	19	39.6	
Ortaokul	6	14.3	6	12.5	
Lise	12	28.6	22	45.8	
Üniversite	1	2.4	1	2.1	
Eşinin işi <sup>2</sup>					x <sup>2</sup> =4.090 p=.129 <b>p&gt;0.05</b>
Esnaf	6	14.3	8	17.4	
Serbest	15	35.7	4	8.7	
Emekli	12	28.6	19	41.3	
İşçi	7	16.7	8	17.4	
Memur	-	-	6	13	
İşsiz	2	4.8	1	2.2	
Sosyal güvence <sup>3</sup>					z=.500 *p=0.964 <b>p&gt;0.05</b>
SSK	25	59.5	24	50.0	
Emekli Sandığı	8	19.0	10	20.8	
Bağ-Kur	1	2.4	10	20.8	
Özel	1	2.4	1	2.1	
Yok	7	16.7	3	6.3	
Ekonomik durum					x <sup>2</sup> =.095 p=.953 <b>p&gt;0.05</b>
İyi	6	14.3	6	12.5	
Orta	33	78.6	38	79.2	
Kötü	3	7.1	4	8.3	
Medeni durum <sup>4</sup>					x <sup>2</sup> =.863 p=.353 <b>p&gt;0.05</b>
Evli	40	95.2	44	91.7	
Bekar	-	-	1	2.1	
Dul	2	4.8	2	4.2	
Boşanmış	-	-	1	2.1	
Çocuk sayısı <sup>5</sup>					x <sup>2</sup> =.728 p=.695 <b>p&gt;0.05</b>
1	6	14.3	9	19.1	
2	18	42.9	16	34	
3 ve üzeri	16	38.1	18	38.3	
Yok	2	4.8	4	8.5	

<sup>1</sup>dağılımlarda sayısal yetersizlik olduğundan ilkokul-ortaokul ile lise-üniversite grubu birleştirilmiştir.

<sup>2</sup>dağılımlarda sayısal yetersizlik olduğundan esnaf-serbest meslek ile birleştirilmiş, emekli ve işçi grupları ayrı tutulmuş, memur ve işsiz olanlar istatistiğe dahil edilmemiştir.

<sup>3</sup>dağılımlarda sayısal yetersizlik olduğundan özel sigortası bulunanlar istatistiğe dahil edilmemiştir.

<sup>4</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olduğundan bekar grubu istatistikten çıkarılmış, dul ve boşanmış olanlar birleştirilerek değerlendirilmiştir.

<sup>5</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olduğundan çocuğu olmayanlar istatistiğe dahil edilmemiştir.

\*Kolmogrov Smirnov testi uygulanmıştır.

### 3.4.Araştırmanın Faaliyet Planı

1 Eylül 2004-30 Eylül 2004	Tez öneri formu oluşturuldu ve sunuldu
1 Ekim 2004-30 Kasım 2004	Literatür tarandı
1 Aralık 2004-17 Aralık 2004	Araştırmanın evreni ve örneklemini belirlendi
20 Aralık 2004-31 Aralık 2004	Veri toplama formu oluşturuldu
3 Ocak 2005-7 Ocak 2005	Veri toplama formu 10 kişi üzerinde uygulandı
10 Ocak 2005-14 Ocak 2005	Veri toplama formundaki eksiklikler giderildi
17 Ocak 2005-4 Şubat 2005	<u>Kontrol grubunda ön-test uygulandı</u> *Kadınların sosyo demografik özellikleri ve meme kanseri riski anket formu *Meme sağlığı tarama davranışı bilgi ve uygulama sıklığı anket formu *Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulama durumu kontrol formu *Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
7 Şubat 2005-25 Şubat 2005	<u>Deney grubunda ön-test uygulandı</u> *Kadınların sosyo demografik özellikleri ve meme kanseri riski anket formu

\*Meme sağlığı tarama davranışı bilgi ve uygulama sıklığı anket formu

\*Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulama durumu kontrol formu

\*Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

1 Mart 2005-18 Mart 2005

Deney grubuna KKMM eğitimi verildi

### KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ EĞİTİM PROGRAMI

<b>AMAÇ</b>			
Kadınların SİMÖ' den aldıkları puanlara göre ihtiyaçları doğrultusunda verilecek eğitimle meme sağlığı inançlarını etkileyerek KKMM' yi doğru şekilde uygulamalarını sağlamak			

	Süre	Kullanılan yöntem	Kullanılan araç-gereç
<b>GİRİŞ</b>			
Tanışma	2dk.	Anlatım	-
Programın amacı hakkında bilgi	2dk.	Anlatım	-
<b>ANA BÖLÜM</b>			
Memenin kadın hayatındaki önemi ve meme kanseri görölme sıklığı KKMM önemi Meme kanseri riskleri Meme kanserinde görölen belirtiler KKMM yapılış tekniği Diğer meme kanseri erken teşhis yöntemleri	25dk	Anlatım Demonstrasyon	Meme maketi Meme şekli Broşür
<b>SONUÇ</b>			
Meme kanserinin erken tanısında KKMM öneminin tekrar vurgulanması Katılımcıya KKMM' yi uygulattırma Soruların cevaplandırılması	3dk 10dk 10dk	Anlatım Tartışma	-

28 Mart 2005-15 Nisan 2005

Kontrol grubunda son-test

\*Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulama durumu kontrol formu

\*Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli  
Ölçeği

25 Nisan 2005-13 Mayıs 2005

Deney grubunda son-test

\*Kendi kendine meme muayenesi bilgi  
ve uygulama durumu kontrol formu

\*Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli  
Ölçeği

16 Mayıs 2005-26 Aralık 2005

Tez raporunun yazılması

### **3.5. Veri Toplamada Kullanılan Formlar**

#### **3.5.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Meme Kanseri Riski Anket Formu (Ek 1)**

Veri toplama formunun bu bölümü 21 sorudan oluşmaktadır. İlk 7 soruda katılımcıların yaşı, eğitim durumu, eşinin işi, sosyal güvencesi, ekonomik durumu, medeni durumu ve çocuk sayısı gibi sosyo-demografik özellikleri sorgulanmaktadır. Geriye kalan 14 soruda ise katılımcının ilk doğum yaşı, menarj/menapoz yaşı, özgeçmiş ve soy-geçmişinde meme, kolon, yumurtalık ve rahim kanseri olup olmadığı, alkol, sigara kullanıp kullanmadığı, beslenme durumu, memeleriyle ilgili sorun yaşama durumu, hormon replasman tedavisi ve östrojen kullanma durumu ile Beden Kitle İndeksi gibi meme kanserinde risk oluşturduğu düşünülen durumlar sorgulanmıştır. Beden Kitle İndeksi' nin\* hesaplanmasında araştırmacı tarafından boy ölçümü için mezuro, kilo ölçümü için ise baskül temin edilmiştir. Veri toplama formunun bu kısmı, araştırmacı tarafından soru-cevap yöntemiyle yaklaşık olarak 4-6 dakikada tamamlanmaktadır.

\*BKİ= kilo/(boy)<sup>2</sup>=kg/m<sup>2</sup>

18.5 kg/m<sup>2</sup> ↓ ise zayıf

- 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> ise normal kilolu  
25-29.9 kg/m<sup>2</sup> ise hafif şişman  
30-34.9 kg/m<sup>2</sup> ise orta derecede şişman  
35-39.9 kg/m<sup>2</sup> ise ağır derecede şişman  
40 kg/m<sup>2</sup> ↑ ise çok ağır derecede şişman (www.cancer.org)

### **3.5.2.Meme Sağlığı Tarama Davranışları Bilgi ve Uygulama Sıklığı Anket Formu (Ek 2)**

Veri toplama formunun bu bölümü 9 sorudan oluşmakta olup katılımcıların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi sahibi olup olmadıklarını, bilgi sahibi olanların bilgi alma kaynaklarını, kendi kendine meme muayenesi uygulayıp uygulamadıkları, klinik muayene olma ve mammografi çekirtme durumunu öğrenmek için hazırlanmıştır. Veri toplama formunun bu kısmı araştırmacı tarafından soru-cevap yöntemiyle yaklaşık 3 dakikada tamamlanmaktadır.

### **3.5.3.Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulama Durumu Kontrol Formu (Ek 3)**

Veri toplama formunun bu bölümü 2 aşamadan oluşmakta olup, ilk aşamada kendi kendine meme muayenesinin amacı, uygulama sıklığı, uygulama zamanı ile meme kanseri riskleri ve belirtilerine yönelik açık uçlu ve işaretleme usulü 7 soru bulunmaktadır. Formun ikinci aşaması kendi kendine meme muayenesi basamaklarını içermekte ve 12 maddeden oluşmaktadır. Formun bu bölümü kendi kendine meme muayenesi yapan bireylere uygulattırılarak araştırmacının gözlemlemesi ile doldurulmuştur. Her bir madde ise katılımcının kendi kendine meme muayenesi basamağını uygulama derecesine göre “tam yapıyor”, “kısmen

yapıyor” ve “yapmıyor” şeklinde sınıflandırılmıştır. KKMM’ nin basamaklarını tam olarak yapmayanların “yapmıyor” seçeneğine ilave edilmemesi gerektiği düşünüldüğünden kısmen yapıyor seçeneğinin eklenmesi uygun görülmüştür. Formun bu bölümü Meme Sağlığı Tarama Davranışları Bilgi ve Uygulama Sıklığı Anket Formu’ndaki ‘kendi kendinize meme muayenesi yapıyor musunuz?’ sorusuna ‘hayır’ yanıtı verenler için boş bırakılmıştır. Veri toplama formunun bu kısmı yaklaşık olarak 7-12 dakikada tamamlanmaktadır.

#### **3.5.4.Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Ek 4)**

Bu ölçek ilk olarak Champion tarafından 1984 yılında Sağlık İnanç Modeli temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçeğin duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM engelleri, yararları, öz-etkililiği, mammografi yararları ve engelleri olmak üzere toplam 8 boyutu vardır. Ölçeğin önemseme ve sağlık motivasyonu 1993 yılında, duyarlılık 1999 yılında, KKMM yararları, engelleri ve öz-etkililiği boyutları 1997 yılında tekrar revize edilerek değişik çalışmalarda test edilmiştir (Champion, 1993; Champion and Scott, 1997; Champion, 1999; Champion, 1984).

Meme Kanserinde Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ülkemizde üç ayrı çalışmayla Türkçe’ye uyarlanmıştır (Gozum and Aydın, 2004; Karayurt, 2003; Secginli ve Nahcivan, 2004). Bu çalışmada Gözüm ve Aydın tarafından Ordu ilinde 20 yaş üzeri 266 sınıf öğretmeninden alınan veriler doğrultusunda Türkçe’ye uyarlanan Meme Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır.

Ölçekte “duyarlılık” (3 madde), “önemseme” (7madde), “sağlık motivasyonu” (7 madde), “KKMM yararları” (4 madde), “KKMM engelleri” (11 madde), “KKMM öz-etkililiği” (10 madde), “mammografinin yararları” (5 madde) ve “mammografinin engelleri” (11 madde) olmak üzere toplam 58 madde bulunmaktadır. Ölçek Gözüm ve Aydın tarafından Türkçe’ye uyarlanırken 6 maddenin faktör yükü 30’un altında olduğu için çıkarılmıştır. Önemseme boyutundan 1, sağlık motivasyonundan 2, KKMM engelleri boyutundan 3 madde atılmıştır. Çalışmamızda “mammografi yararları” ve “mammografi engelleri”

boyutları kullanılmamıştır. Ölçeğin genel toplam puanı yoktur. Her bir boyutun kendi toplam puanı kullanılmaktadır (Gözüm ve ark. 2004).

“Duyarlılık”(3 madde), “önemseme” (6 madde), “sağlık motivasyonu” (5 madde), “KKMM yararları” (4 madde), “KKMM engelleri” (8 madde) ve “KKMM öz-etkililiği” (10 madde) olmak üzere toplam 36 madde kullanılmıştır. Ölçek 1’den 5’e kadar puanlanan likert tipi ölçektir. Puanın 5’e yaklaşması duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM engelleri ve KKMM öz-etkililiğinin yüksek algılandığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin her bir boyutunda yer alan madde sayısı ve alınabilecek min-max puanlar Tablo 4’de gösterilmektedir.

**Tablo.4.SİMÖ’ nün her bir boyutunda yer alan madde sayısı ve alınabilecek min-max puanlar**

Boyutlar	Madde Sayısı	Min Puan	Max Puan
Duyarlılık	3	3	15
Önemseme	6	6	30
Sağlık Motivasyonu	5	5	25
KKMM Yararları	4	4	20
KKMM Engelleri	8	8	40
KKMM Öz-Etkililiği	10	10	50

Bu çalışmada her bir boyutun ve toplam cronbach alfa katsayıları; duyarlılık 73, önemseme 75, sağlık motivasyonu 51, KKMM yararları 73, KKMM engelleri 58, öz-etkililik 86 ve toplam 57 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin tamamlanması yaklaşık 10-12 dakika sürmektedir.

### **3.6.Verilerin Toplanması**

1 Eylül 2004-13 Mayıs 2005 tarihleri arasında planlanan bu çalışmada deney ve kontrol grubunu oluşturan katılımcılar, Santral Sağlık Ocağı’nda bulunan kayıtlardan yararlanarak mümkün olduğunca katılımcıların birbirlerinden etkilenmeyecekleri bölgelerden, birbirine benzer özellikler taşıyan ve araştırmada gönüllülük ilkesi göz önüne alınarak seçilmeye çalışılmıştır.

### **a.Ön-Test**

Deney ve kontrol grubundaki katılımcılara ön-testte “Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Meme Kanseri Riski Anket Formu”, “Meme Sağlığı Tarama Davranışları Bilgi ve Uygulama Sıklığı Anket Formu”, “Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulama Durumu Kontrol Formu” ve “Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” uygulanmıştır. KKMM uygulamayanlara “Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulama Durumu Kontrol Formu” nun uygulama kısmı doldurulmamıştır. Verilerin toplanması ev ziyaretleri ortamında katılımcı ile yüz yüze görüşmeyle ve soru-cevap şeklinde gerçekleştirilmiştir. Veri toplamanın bu kısmı yaklaşık 6 hafta sürmüştür.

### **b.Girişim**

Deney grubundaki katılımcılara yapılan ön-test sonucunda Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nden aldıkları puanlar doğrultusunda hazırlanmış KKMM eğitim programı uygulanmıştır. Eğitim ev ziyaretleri ortamında önceden planlanarak gerçekleştirilmiştir.

KKMM eğitimi bireysel olarak yapılmış olup, birey Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nde hangi kısımda yetersiz puan alınmışsa eğitimde ona yönelik;

#### *Duyarlılık boyutu*

“Kadın olmak meme kanseri için önemli bir risk faktörüdür”

“Kadınlar arasında en sık görülen kanser türü meme kanseridir”

#### *Önemseme boyutu*

“Kendinize verdiğiniz önem sevdiklerinize verdiğiniz önemi gösterir”

“Meme kadınlığın önemli bir sembolü olarak algılanmaktadır. KKMM yaparak burada gelişebilecek hastalıkları erken aşamada teşhis edebilirsiniz. Korku sadece teşhisi geciktirir. Tedaviye hiçbir katkı sağlamaz”

#### *Sağlık motivasyonu*

“KKMM yapmanız sağlığını kontrol etmek ve sürdürmek için önemli bir adımdır”

“KKMM yapmanız başka insanlar için iyi bir örnek oluşturabilir”



“Memenizdeki değişimleri zamanında tespit etmek istiyorsanız mutlaka her ay KKMM yapmalısınız. KKMM yaptıkça memenizi daha iyi tanıyacak ve olabilecek değişiklikleri daha iyi fark edebileceksiniz”

“Memedeki hastalıkların büyük çoğunluğu kadınların kendileri tarafından tespit edilmektedir”

#### *KKMM yararları*

“KKMM memedeki hastalıkları erken dönemde teşhis etmenizi sağlar”

“Erken dönemde teşhis edilen hastalıklar tedaviye olumlu yanıt verirler”

“KKMM maliyetsizdir. Zamanınızı almaz. Uygulaması kolaydır. Kendi kendinize yapabilirsiniz. Uzman birisine ihtiyacınız yoktur. Acı vermez”

#### *KKMM engelleri*

“KKMM sadece 10 dakikanızı alır. Her ay sadece 10 dakika”

“Mammografi çektirseniz ya da meme muayenesi yaptırsanız bile KKMM yapmayı bırakmamalısınız. Sizin vücudunuzu sizden başka kimse iyi tanıyamaz.”

“Hiçbir şey sağlığınıza daha kıymetli değildir. Sağlığınız parmaklarınızın ucunda”

#### *Öz-etkililik*

“KKMM eğitiminin sonunda memenizdeki değişiklikleri fark edebilecek duruma geleceksiniz”

“Her ay KKMM yapmanız memenizdeki değişiklikleri tespit etme yeteneğinizi arttıracaktır”

şeklinde mesajlar ile meme sağlığına yönelik sağlık inançları değiştirilmeye çalışılmış ve KKMM yapmaları için teşvik edilmiştir. Bununla beraber memenin kadın hayatındaki yeri, KKMM önemi, meme kanserine yol açan etkenler, meme kanseri belirtileri, KKMM yapılış tekniği ve diğer meme kanseri erken teşhis yöntemleri eğitim programının ana içeriğini oluşturmaktadır. Eğitimde anlatım ve demonstrasyon yöntemi kullanılmış olup, mümkün olduğunca sade ve anlaşılır bir dil kullanılmaya çalışılmıştır. Anlatım yönteminde meme şekli kullanılmıştır (Ek 5). Ayrıca araştırmacı tarafından hazırlanan, içerisinde fındık ve ceviz büyüklüğünde kitleler bulunan meme maketi kullanılmıştır (Ek 6). Meme maketi ile katılımcıların KKMM öz-etkililiği arttırılmaya çalışılmıştır. Öncelikle araştırmacı tarafından

KKMM gösterilmiş ve daha sonra katılımcının uygulanması istenmiştir. Katılımcılara eğitim sonrasında KKMM yapılma tekniğini gösteren Türkiye Meme Vakfı'ndan temin edilen broşürler verilmiştir (Ek 7).

Bu aşamada kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır.

### **c.Son-Test**

Deney ve kontrol grubuna son-testte “Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulama Durumu Kontrol Formu” ve “Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” uygulanmıştır. Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulama Durumu Kontrol Formu” nun uygulama kısmında katılımcıya KKMM tekniğini uygulaması istenmiş ve araştırmacı tarafından formda gerekli işaretlemeler yapılmıştır. Formların diğer kısımları soru-cevap yöntemi kullanılarak doldurulmuştur. Son-test ön-testten yaklaşık olarak 7-8 hafta sonra uygulanmıştır.

### **3.7.Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları ile sağlık inançları, bağımsız değişkenleri ise deney grubuna yapılan eğitimsel girişimlerdir.

### **3.8.Araştırmanın Hipotezleri**

Bu çalışmada Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda hazırlanmış eğitim programı ile şu hipotezler sınanmaktadır:

1-Deney grubunda verilen eğitim sonrasında kontrol grubuna göre;

-Meme kanseri ve KKMM bilgisinde artma olacak,

-KKMM basamaklarını doğru uygulayanların sayısında artma olacak,

- Duyarlılık algısında artma olacak,
- Ciddiyet algısında artma olacak,
- Sağlık motivasyonu algısı artacak,
- KKMM yararları algısı artacak,
- KKMM öz-etkililiği artacak,
- KKMM engelleri algısında azalma olacak.

2-Deney grubunda verilen eğitim sonrasında ön-test/son-test ölçümlerde;

- Meme kanseri ve KKMM bilgisinde artma olacak,
- KKMM basamaklarını doğru uygulayanların sayısında artma olacak,
- Duyarlılık algısında artma olacak,
- Ciddiyet algısında artma olacak,
- Sağlık motivasyonu algısı artacak,
- KKMM yararları algısı artacak,
- KKMM öz-etkililiği artacak,
- KKMM engellerinde azalma olacak.

3-Kontrol grubunda ön-test/son-test ölçümlerde;

- Meme kanseri ve KKMM bilgisinde değişme olmayacak,
- KKMM basamaklarını doğru uygulayanların sayısında değişme olmayacak,
- Duyarlılık algısında değişme olmayacak,
- Ciddiyet algısında değişme olmayacak,
- Sağlık motivasyonu algısında değişme olmayacak,
- KKMM yararları algısında değişme olmayacak,
- KKMM öz-etkililiğinde değişme olmayacak,
- KKMM engellerinde değişme olmayacak.

### 3.9.Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Testler

Bu çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde şu testler kullanılmıştır:

DEĞERLENDİRİLEN PARAMETRE	TESTİN TÜRÜ
*Deney ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özellikleri ve meme kanseri risk durumlarının değerlendirilmesi	*Ki kare ya da Fisher *Independent Samples t testi *Kolmogrov Smirnov
*Deney ve kontrol gruplarının meme sağlığı tarama davranışlarının değerlendirilmesi	*Ki kare ya da Fisher *Kolmogrov Smirnov
*Eğitim öncesi deney ve kontrol gruplarının KKMM bilgi ve uygulama durumlarının değerlendirilmesi	*Ki kare ya da Fisher *Kolmogrov Smirnov
*Eğitim sonrası deney ve kontrol gruplarının KKMM bilgi ve uygulama durumlarının değerlendirilmesi	*Ki kare ya da Fisher
*Deney grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası KKMM bilgi ve uygulama durumlarının değerlendirilmesi	*Mc Nemar
*Kontrol grubunun kendi içinde eğitim öncesi ve sonrası KKMM bilgi ve uygulama durumlarının değerlendirilmesi	*Mc Nemar
*Eğitim öncesi deney ve kontrol gruplarının sağlık inançlarının değerlendirilmesinde	*Independent Samples t testi
*Eğitim sonrası deney ve kontrol gruplarının sağlık inançlarının değerlendirilmesinde	*Independent Samples t testi
*Deney ve kontrol grubunun kendi içinde sağlık inançlarının değerlendirilmesinde	*Paired Samples t testi

### 3.10.Etik İlkeler

Çalışmaya başlamadan önce Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden Santral Sağlık Ocağı Bölgesi'nde çalışmak için yazılı izin istenmiştir (Ek 8). Ayrıca Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ni geliştiren Victoria Lee Champion ve Türkçe'ye uyarlayan Sebahat Gözüm ve İlknur Aydın'dan gerekli izinler alınmıştır (Ek 9)(Ek 10). Araştırmaya katılan kadınlara çalışmanın amacı açıklanmış, bilgilerin gizli kalacağı, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri ifade edilmiş ve gönüllü olmalarına özen gösterilmiştir.

## 4.BULGULAR

### 4.1.Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan deney grubundaki kadınların yaş ortalaması  $41.64 \pm 9.6$ , kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması  $44.81 \pm 10.3$  tür. Deney ve kontrol grubu arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p > 0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların eğitim durumu, eşinin işi, sosyal güvence, ekonomik durum, medeni durum ve çocuk sayısı açısından benzer oldukları tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 3).

### 4.2.Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Meme Kanseri Risklerine Yönelik Bulgular

Deney ve kontrol grubundaki kadınların ilk çocuğunu doğurma yaşı, menapoz yaşı, ailesinde meme kanseri bulunması, alkol kullanımı, sigara kullanımı, beslenme durumu, meme problemi yaşama, ailede kanser hastalığının bulunması ve meme kanseri riski yaratan ilaçları kullanımı ve beden kitle indeksine yönelik benzer özellikler taşıdıkları tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ).

Her iki grupta bulunan kadınların menarj yaşına yönelik özellikleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Meme kanseri olan bireylerin akrabalık dereceleri ile yumurtalık, kalın bağırsak ve rahim kanseri geçiren bireylerin akrabalık derecelerine yönelik verilerin istatistiksel değerlendirme yapılamayacak kadar az olması nedeniyle tablo olarak sunulmuştur (Tablo 5).

**Tablo.5.Deney ve kontrol gruplarına göre meme kanseri risk dağılımları**

	DENEY N=42		KONTROL N=48		İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	n	%	n	%	
İlk çocuğunu doğurma yaşı					
30 yaş ve altı	38	95	41	95.3	*p =1.000
31 yaş ve üzeri	2	5	2	4.7	<b>p&gt;0.05</b>
İlk adetini görme yaşı					
12 yaş ve altı	14	33.3	8	16.7	x <sup>2</sup> =3.871 p=.049
13 yaş ve üzeri	28	66.7	40	83.3	p<0.05
Adetten kesilme durumu					
Evet	14	33.3	17	35.4	x <sup>2</sup> =.043 p=.836
Hayır	28	66.7	31	64.6	<b>p&gt;0.05</b>
Adetten kesilme yaşı					
50 yaş ve altı	12	85.7	12	70.6	*p=.412 <b>p&gt;0.05</b>
51 yaş ve üzeri	2	14.3	5	29.4	
Ailede meme kanseri					
Evet	5	11.9	8	16.7	x <sup>2</sup> =.411 p=.521
Hayır	37	88.1	40	83.3	<b>p&gt;0.05</b>
Meme kanseri olan bireylerin akrabalık dereceleri <sup>1</sup>					
Anne,teyze	1	20	-	-	
Hala	2	40	1	12.5	
Teyze kızı	1	20	-	-	
Kız kardeş,anne	1	20	-	-	
Teyze	-	-	3	37.5	
Kız kardeş	-	-	2	25	
Anne	-	-	1	12.5	
Anne,anneanne	-	-	1	12.5	
Alkol kullanma durumu					
Hiç kullanmıyor	40	95.2	45	93.8	*p=1.000
Çok nadiren kullanıyor	2	4.8	3	6.3	<b>p&gt;0.05</b>
Sık sık kullanıyor	-	-	-	-	
Sigara içme durumu <sup>2</sup>					
Hiç kullanmıyor	23	54.8	29	60.4	x <sup>2</sup> =1.949 p=.583
Çok nadiren kullanıyor	7	16.7	9	18.8	<b>p&gt;0.05</b>
Günde ½ paket ve daha az	8	19	6	12.5	
Günde ½ paketten fazla	3	7.1	3	6.3	
Günde 1.5 paket ve üzeri	1	2.4	1	2.1	

\*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

<sup>1</sup>Verilerin istatistiksel değerlendirme yapamayacak kadar az olması nedeniyle tablo olarak sunulmuştur.

<sup>2</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olması nedeniyle günde ½ paketten fazla ve günde 1.5 paket ve üzeri sigara içenler grubu birleştirilerek değerlendirme yapılmıştır.

**Tablo.5.Devam deney ve kontrol gruplarına göre meme kanseri risk dağılımları**

	DENEY N=42		KONTROL N=48		İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	n	%	n	%	
Beslenmede ağırlıklı gıdalar					
Riskli grup besinlerden biri ya da bir kaç*	36	85.7	1	2.1	$\chi^2 = .044$ p=.834 <b>p&gt;0.05</b>
Risksiz grup besinlerden biri ya da bir kaç**	-	-	41	85.4	
Her iki grup besinlerden biri ya da bir kaç	6	14.3	6	12.5	
Memeleriyle ilgili problem yaşama durumu <sup>1</sup>					
Mastit	2	4.8	1	2.1	$\chi^2 = 2.012$ p=.156 <b>p&gt;0.05</b>
Yağ kitlesi	-	-	1	2.1	
Süt kanallarında kalınlaşma	-	-	2	4.2	
Fibrokist	1	2.4	4	8.3	
Yok	39	92.9	40	83.3	
Ailede yumurtalık, kalınbarsak ve rahim kanseri geçiren akraba bulunma durumu					
Evet	5	11.9	2	4.2	***p=.248 <b>p&gt;0.05</b>
Hayır	37	88.1	46	95.8	
Kanser olan bireylerin akrabalık dereceleri <sup>2</sup>					
Baba	1	20	1	50	
Dede	1	20	-	-	
Anne	1	20	1	50	
Anneanne	1	20	-	-	
Kendisi	1	20	-	-	
Sürekli kullanılan ilaçlar					
Doğum kontrol hapları	1	2.4	2	4.2	***p=1.000 <b>p&gt;0.05</b>
Hormon replasman tedavi	1	2.4	-	-	
Yok	40	95.2	46	95.8	
Beden kitle indeksi <sup>3</sup>					
Zayıf	2	4.8	1	2.1	***p=1.000 <b>p&gt;0.05</b>
Normal kilolu	12	28.6	10	20.8	
Hafif şişman	18	42.9	17	35.4	
Orta derecede şişman	7	16.7	16	33.3	
Ağır derecede şişman	2	4.8	3	6.3	
Çok ağır derecede şişman	1	2.4	1	2.1	

<sup>1</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olması nedeniyle meme problemi yaşayanlar ile yaşamayanlar iki ayrı grup olarak değerlendirilmiştir.

<sup>2</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olması nedeniyle veriler tablo olarak sunulmuştur.

<sup>3</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olması nedeniyle BKİ zayıf olanlar değerlendirmeye alınmamış, normal-hafif şişman-orta derecede şişman ile ağır derecede şişman-çok ağır derecede şişman grubu şeklinde iki ayrı grup oluşturularak değerlendirme yapılmıştır.

\*Riskli grup; tatlı, şekerli, unlu gıdalar, kızartma, margarin, kırmızı et, hayvansal yağlar

\*\*Risksiz grup; tavuk, balık, sebze, meyve, süt, süt ürünleri, bakliyat

\*\*\*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır.

### **4.3.Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Meme Sağlığı Tarama Davranışları Bilgi ve Uygulamalarına Yönelik Bulgular**

Deney ve kontrol grubundaki kadınların meme sağlığı tarama davranışları bilgi ve uygulamalarına yönelik bulgular Tablo 6' da sunulmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların çevresinde meme kanseri teşhis edilme durumu, KKMM duyma durumu, KKMM bilme durumu ile KKMM bilgi alma kaynağına ilişkin özelliklerin benzer olduğu tespit edilmiştir (**p>0.05**).

KKMM yapma durumu, KKMM yapma sıklığına yönelik özellikler her iki grupta benzer özellikler göstermekle birlikte (**p>0.05**), KKMM yapmama nedenlerine ilişkin verilerin istatistiksel değerlendirme yapılamayacak kadar az olması nedeniyle tablo olarak sunulmuştur. KKMM' yi önerilen sıklıkta yapanların oranı deney grubunda %6.7 iken, kontrol grubunda bu oran %17.9 olarak bulunmuştur.

Her iki grubun son 1 yılda klinik meme muayenesi yaptırma ve mammografi çektirme durumu açısından benzerlik göstermektedir (**p>0.05**).



**Tablo.6.Deney ve kontrol gruplarına göre meme sağlığı tarama davranışları bilgi ve uygulamalarının dağılımı**

	DENEY N=42		KONTROL N=48		İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	n	%	n	%	
Çevresinde meme kanseri teşhis edilme durumu					
Evet	27	64.3	24	50	$x^2 = 2.622$ p=.105 <b>p&gt;0.05</b>
Hayır	15	35.7	24	50	
KKMM duyma durumu					
Evet	40	95.2	45	93.8	*p=.748 <b>p&gt;0.05</b>
Hayır	2	4.8	3	6.3	
KKMM bilme durumu					
Evet	40	95.2	44	91.7	$x^2 = 1.861$ p=.173 <b>p&gt;0.05</b>
Hayır	2	4.8	4	8.3	
KKMM bilgi alma kaynağı <sup>1</sup>					
Televizyon, radyo	24	60	27	56.3	$x^2 = .016$ p=.898 <b>p&gt;0.05</b> *p=.298 <b>p&gt;0.05</b>
Kitap, dergi, broşür, gazete	6	15	3	6.3	
Sağlık personeli	12	30	13	29.5	$x^2 = .002$ p=.964 <b>p&gt;0.05</b> $x^2 = 3.714$ p=.054 <b>p&gt;0.05</b> *p=1.000 <b>p&gt;0.05</b>
Arkadaş, komşu	3	7.5	10	20.8	
Akraba, aile	2	4.8	3	6.3	
KKMM yapma durumu					
Evet	30	71.4	39	81.3	$x^2 = 1.951$ p=.162 <b>p&gt;0.05</b>
Hayır	12	28.6	9	18.8	
KKMM yapma sıklığı					
Çok nadiren	22	73.3	16	41	$x^2 = 2.362$ p=.124 <b>p&gt;0.05</b>
Çok sık	5	16.7	12	30.8	
Ayda 1 kere	2	6.7	7	17.9	
Ayda 1 kereden fazla	-	-	2	5.1	
2 ayda 1 kere	1	3.3	2	5.1	
KKMM yapmama nedeni <sup>2</sup>					
Vakit bulamama	1	8.3	-	-	
Korku	1	8.3	-	-	
Rahatsızlık hissetmeme	6	50	1	11.1	
Hastalık riski taşımadığımı düşünme	1	8.3	8	88.9	
İhmalkarlık	3	25	-	-	
Son 1 yılda klinik meme muayenesi yaptırma durumu					
Evet	5	11.9	12	25	$x^2 = 2.759$ p=.097 <b>p&gt;0.05</b>
Hayır	37	88.1	36	75	
Mammografi çekirme durumu					
Evet	6	14.3	7	14.6	$x^2 = .002$ p=.967 <b>p&gt;0.05</b>
Hayır	36	85.7	41	85.4	

<sup>1</sup>birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

<sup>2</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olması nedeniyle veriler tablo olarak sunulmuştur.

\*Fisher exact testi uygulanmıştır.

#### **4.4.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi KKMM ve Meme Kanseri Bilgi Durumlarına Yönelik Bulgular**

Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi KKMM ve meme kanseri bilgi durumlarına yönelik bulgular Tablo 7' de sunulmuştur.

Her iki grubun KKMM' nin amacına verdikleri cevaplar benzer bulunmuştur (**p>0.05**). KKMM' ye başlama yaşına yönelik bilgilerin de her iki grupta istatistiksel açıdan fark oluşturmadığı tespit edilmiştir (**p>0.05**).

Katılımcıların meme kanseri risklerine verdikleri cevaplar benzer olmakla birlikte (**p>0.05**), beslenme ve sigara kullanımına ilişkin verilen cevaplar her iki grupta fark göstermektedir (**p<0.05**).

Deney ve kontrol grubunun meme kanseri belirtilerine yönelik vermiş oldukları cevaplar iki belirti dışında benzer özellik göstermektedir (**p>0.05**). Her iki grubun adet gören kadınların KKMM sıklığı ve KKMM uygulama zamanları ile menapoza girmiş kadınların KKMM sıklığına verdikleri cevaplar arasında istatistiksel fark bulunamamıştır (**p>0.05**).

**Tablo.7.Deney ve kontrol gruplarına göre eğitim öncesi KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumları**

	DENEY N=42		KONTROL N=48		İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	
	n	%	n	%		
KKMM amacı <sup>1</sup>						
Hastalık olup olmadığını anlamak	17	40.5	20	41.7	$x^2 = .210$ p=.884 <b>p&gt;0.05</b>	
Erken teşhis	24	57.1	26	54.2		
Rahatsızlık hissedildiğinde yapılır	-	-	2	4.2		
Fikri yok	1	2.4	-	-		
KKMM yapmaya başlama yaşı <sup>2</sup>						
Yaşı yoktur	3	7.1	1	2.1	$x^2 = .532$ p=.766 <b>p&gt;0.05</b>	
20 yaşından sonra	11	26.2	15	31.3		
30-40 yaşından sonra	23	54.8	27	56.3		
Menapoza girdikten sonra	1	2.4	2	4.2		
Evlendikten sonra	2	4.8	-	-		
Anne olduktan sonra	-	-	1	2.1		
Fikri yok	2	4.8	2	4.2		
Meme kanseri riskleri*						
Ailede meme kanseri	37	88.1	44	91.7	$x^2 = .576$ p=.448 <b>p&gt;0.05</b> $x^2 = 10.180$ p=.001 p<0.05 $x^2 = .549$ p=.459 <b>p&gt;0.05</b> $x^2 = 3.911$ p=.048 p<0.05 $x^2 = 3.228$ p=.072 <b>p&gt;0.05</b> $x^2 = .101$ p=.750 <b>p&gt;0.05</b> $x^2 = 3.650$ p=.056 <b>p&gt;0.05</b> $x^2 = .014$ p=.904 <b>p&gt;0.05</b> $x^2 = 3.203$ p=.074 <b>p&gt;0.05</b> $x^2 = 3.700$ p=.054 <b>p&gt;0.05</b> $x^2 = 1.201$ p=.273 <b>p&gt;0.05</b>	
Katı yağ,unlu,kızarmış gıdaların sık tüketimi	19	45.2	35	72.9		
Alkol kullanımı	35	83.3	42	87.5		
Sigara kullanımı	34	81	44	91.7		
12 yaşından önce adet görme	9	21.4	18	37.5		
İlk doğumun 30 yaşından sonra olması	26	61.9	31	64.6		
50 yaşından sonra adetden kesilmek	11	26.2	21	43.8		
Geçmişte memede iyi huylu hastalık	31	73.8	35	72.9		
Doğum kontrol hapı	26	61.9	22	45.8		
Şişmanlık	25	59.5	36	75		
Aşırı hareketsizlik	26	61.9	34	70.8		
Meme kanseri belirtileri*						
Memede 2 haftadan uzun süren sertlik ya da kitle	41	97.6	46	95.8		**p=.683 <b>p&gt;0.05</b>
Meme derisinde kalınlaşma, şişme ve renk değişimi	38	90.5	46	95.8	$x^2 = 1.392$ p=.165 <b>p&gt;0.05</b>	
Meme ucunda kalınlaşma, kızarıklık ve yara olması	35	83.3	46	95.8	$x^2 = 7.040$ p=.008 p<0.05	
Meme ya da meme başında içeri çökme	37	88.1	45	93.8	$x^2 = 1.620$ p=.203 <b>p&gt;0.05</b>	
Meme ucunun duruşunda değişiklik	30	71.4	40	83.3	$x^2 = 2.993$ p=.084 <b>p&gt;0.05</b>	
Koltuk altında ele gelen şişlikler	34	81	41	85.4	$x^2 = .550$ p=.458 <b>p&gt;0.05</b>	
Meme ucundan kahverengi, siyah, kan rengi ya da berrak akıntı	35	83.3	45	93.8	$x^2 = 4.412$ p=.036 <b>p&lt;0.05</b>	
KKMM yapma sıklığı						
Biliyor	18	42.9	21	43.8	$x^2 = .099$ p=.923 <b>p&gt;0.05</b>	
Bilmiyor	24	57.1	27	56.3		
KKMM yapılma zamanı						
Biliyor	24	57.1	30	62.5	$x^2 = 3.82$ p=.537 <b>p&gt;0.05</b>	
Bilmiyor	18	42.9	18	37.5		
Menapozdaki kadınların KKMM yapma sıklığı						
Biliyor	9	21.4	18	37.5	$x^2 = 3.228$ p=.072 <b>p&gt;0.05</b>	
Bilmiyor	33	78.6	30	62.5		

<sup>1</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olması nedeniyle son iki seçenek istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.  
<sup>2</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olması nedeniyle birinci ve fikri yok seçeneği değerlendirmeye alınmamış, ikinci ve son dört seçenek ayrı bir grup olarak değerlendirilmiştir.

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir \*\*Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

#### 4.5.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi KKMM' yi Uygulama Durumlarına İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol grubunun eğitim öncesi KKMM uygulama teknikleri 8. basamak dışında istatistiksel önem arz etmemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 8)

**Tablo.8.Deney ve kontrol gruplarına göre eğitim öncesi KKMM' ye yönelik uygulama basamakları**

	DENEY N=30						KONTROL N=39						İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	Tam yapıyor		Kısmen yapıyor		Yapmıyor		Tam yapıyor		Kısmen yapıyor		Yapmıyor		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
KKMM 1.basamağı	15	50	2	6.7	13	43.3	17	43.6	2	5.1	20	51.3	$\chi^2=1.487$ p=.223 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM 2.basamağı	10	33.3	1	3.3	19	63.3	7	17.9	10	25.6	22	56.4	*z=.656 p=.783 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM 3.basamağı	3	10	1	3.3	26	86.7	4	10.3	2	5.1	33	84.6	*z=.084 p=1.000 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM 4.basamağı	-	-	-	-	30	100	2	5.1	4	10.3	33	84.6	*z=.634 p=.817 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM 5.basamağı	1	3.3	-	-	29	96.7	2	5.1	3	7.7	34	87.2	*z=.391 p=.998 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM 6.basamağı	6	20	24	80	-	-	7	17.9	27	69.2	5	12.8	$\chi^2=.047$ p=.829 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM 7.basamağı	3	10	18	60	9	30	7	17.9	21	53.8	11	28.2	*z=.311 p=1.000 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM 8.basamağı	11	36.7	2	6.7	17	56.7	15	38.5	13	33.3	11	28.2	$\chi^2=8.946$ p=.011 p<0.05
KKMM 9.basamağı	-	-	29	96.7	1	3.3	1	2.6	37	94.9	1	2.6	*z=.106 p=1.000 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM 10.basamağı	9	30	10	33.3	11	36.7	11	28.2	11	28.2	17	43.6	$\chi^2=.366$ p=.833 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM 11.basamağı	-	-	21	70	9	30	1	2.6	27	69.2	11	28.2	*z=.106 p=1.000 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM 12.basamağı	1	3.3	13	43.3	16	53.3	-	-	20	51.3	19	48.7	*z=.190 p=1.000 <b>p&gt;0.05</b>

\*Kolmogrov Smirnov testi uygulanmıştır.

#### 4.6.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Öncesi KKMM İnançlarına Yönelik Bulgular

Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi SİMÖ' den aldıkları puanlar Tablo 9' da sunulmuştur. Her iki grup arasında sağlık motivasyonu ve KKMM öz-etkililiği dışındaki boyutlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo.9.Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi KKMM ile ilgili SİMÖ' den aldıkları puanların dağılımı**

	DENEY N=42	KONTROL N=48	Alınabilecek Min-Max Puanlar	İstatistiksel Değerlendirme
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
Duyarlılık	7.5±3.0	7.5±3.7	3-15	t=.049 p=.961 <b>p&gt;0.05</b>
Önemseme	21.7±6.3	21.6±7.0	6-30	t=-.113 p=.910 <b>p&gt;0.05</b>
Sağlık Motivasyonu	21.3±4.0	22.7±2.3	5-25	t=2.027 p=.046 p<0.05
KKMM Yararları	19.7±0.7	19.5±1.8	4-20	t=-.788 p=.433 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM Engelleri	11.1±3.9	10.9±4.1	8-40	t=-.181 p=.857 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM Öz-Etkililiği	37.8±6.5	41.6±7.1	10-50	t=2.514 p=.014 p<0.05

#### **4.7.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Sonrası KKMM ve Meme Kanseri Bilgi Durumlarına Yönelik Bulgular**

Deney ve kontrol grubunun eğitim sonrası KKMM' nin amacı ve KKMM yapmaya başlama yaşı sorularına verdikleri cevaplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Meme kanseri risklerine ilişkin verilen yanıtlarda her iki grupta bir risk dışında farklı bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Deney ve kontrol grubunun meme kanseri belirtilerine verdikleri yanıtlar istatistiksel önemlilik arz etmemektedir ( $p>0.05$ ).

Her iki gruptaki katılımcıların eğitim sonrasında KKMM sıklığı, KKMM yapılma zamanı ve menapozdaki kadınların KKMM yapma sıklığına ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar arasında fark tespit edilmiştir. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası KKMM ve meme kanseri bilgi durumlarına yönelik bulgular Tablo 10' da sunulmuştur.

**Tablo.10.Deney ve kontrol gruplarına göre eğitim sonrası KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumları**

	DENEY N=42		KONTROL N=48		İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	n	%	n	%	
KKMM amacı <sup>1</sup>					
Hastalık olup olmadığını anlamak	12	28.6	22	45.8	$\chi^2 = 3.125$ p=.077 p>0.05
Erken teşhis	30	71.4	25	52.1	
Rahatsızlık hissedildiğinde yapılır	-		1	2.1	
Fikri yok	-		-	-	
KKMM yapmaya başlama yaşı <sup>2</sup>					
Yaşı yoktur	1	2.4	1	2.1	$\chi^2 = 3.170$ p=.075 p>0.05
20 yaşından sonra	25	59.5	18	37.5	
30-40 yaşından sonra	15	35.7	24	50	
Menapoza girdikten sonra	1	2.4	3	6.3	
Evlendikten sonra	-	-	-	-	
Anne olduktan sonra	-	-	1	2.1	
Fikri yok	-	-	1	2.1	
Meme kanseri riskleri**					
Ailede meme kanseri	42	100	45	93.8	*p=.031 p<0.05
Katı yağ,unlu,kızarmış gıdaların sık tüketimi	38	90.5	37	77.1	$\chi^2 = 5.014$ p=.025 p<0.05
Alkol kullanımı	41	97.6	41	85.4	$\chi^2 = 7.645$ p=.006 p<0.05
Sigara kullanımı	41	97.6	43	89.6	$\chi^2 = 4.387$ p=.036 p<0.05
12 yaşından önce adet görme	36	85.7	16	33.3	$\chi^2 = 37.632$ p=.000 p<0.05
İlk doğumun 30 yaşından sonra olması	41	97.6	40	83.3	$\chi^2 = 9.355$ p=.002 p<0.05
50 yaşından sonra adetten kesilmek	31	73.8	24	50	$\chi^2 = 7.841$ p=.005 p<0.05
Geçmişte memede iyi huylu hastalık	40	95.2	35	72.9	$\chi^2 = 14.083$ p=.000 p<0.05
Doğum kontrol hapı	41	97.6	30	62.5	$\chi^2 = 28.543$ p=.000 p<0.05
Şişmanlık	37	88.1	40	83.3	$\chi^2 = .721$ p=.396 p>0.05
Aşırı hareketsizlik	19	45.2	33	68.8	$\chi^2 = 7.108$ p=.008 p<0.05
Meme kanseri belirtileri**					
Memede 2 haftadan uzun süren sertlik ya da kitle	42	100	48	100	
Meme derisinde kalınlaşma, şişme ve renk değişimi	42	100	46	95.8	*p=.122 p>0.05
Meme ucunda kalınlaşma, kızarıklık ve yara olması	40	95.2	47	97.9	*p=.417 p>0.05
Meme ya da meme başında içeri çökme	42	100	46	95.8	*p=.122 p>0.05
Meme ucunun duruşunda değişiklik	38	90.5	44	91.7	$\chi^2 = .072$ p=.789 p>0.05
Koltuk altında ele gelen şişlikler	42	100	39	81.3	$\chi^2 = 16.211$ p=.000 p<0.05
Meme ucundan kahverengi, siyah, kan rengi ya da berrak akıntı	41	97.6	44	91.7	*p=.107 p>0.05
KKMM yapma sıklığı					
Biliyor	33	78.6	21	43.8	$\chi^2 = 16.701$ p=.000 p<0.05
Bilmiyor	9	21.4	27	56.3	
KKMM yapılma zamanı					
Biliyor	34	81	30	62.5	$\chi^2 = 5.847$ p=.016 p<0.05
Bilmiyor	8	19	18	37.5	
Menapozdaki kadınların KKMM yapma sıklığı					
Biliyor	27	64.3	19	39.6	$\chi^2 = 7.482$ p=.006 p<0.05
Bilmiyor	15	35.7	29	60.4	

<sup>1</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olması nedeniyle üçüncü seçenek istatistiğe dahil edilmemiştir.

<sup>2</sup>dağılımlarda istatistiksel yetersizlik olması nedeniyle birinci ve son dört seçenek istatistiğe dahil edilmemiştir.

\*Fisher kesin ki-kare testi uygulanmıştır

\*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

#### 4.8.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Sonrası KKMM' yi Uygulama Durumlarına Yönelik Bulgular

Deney ve kontrol grubunun eğitim sonrası KKMM uygulama tekniklerinde 10., 11. ve 12. basamaklar dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 11).

**Tablo.11.Deney ve kontrol gruplarına göre eğitim sonrası KKMM' ye yönelik uygulama basamakları**

	DENEY N=42						KONTROL N=39						İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	Tam yapıyor		Kısmen yapıyor		Yapmıyor		Tam yapıyor		Kısmen yapıyor		Yapmıyor		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
KKMM 1.basamağı	42	100	-	-	-	-	19	48.7	-	-	20	51.3	$\chi^2=28.600$ p=0.000 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM 2.basamağı	40	95.2	1	2.4	1	2.4	10	25.6	7	17.9	22	56.4	$\chi^2=41.462$ p=0.000 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM 3.basamağı	19	45.2	4	9.5	19	45.2	5	12.8	2	5.1	32	82.1	$\chi^2=10.192$ p=0.001 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM 4.basamağı	14	33.3	7	16.7	21	50	3	6.3	3	6.3	33	68.8	$\chi^2=8.018$ p=0.001 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM 5.basamağı	14	33.3	1	2.4	27	64.3	2	4.2	2	4.2	35	72.9	$\chi^2=10.149$ p=0.001 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM 6.basamağı	26	61.9	16	38.1	-	-	7	17.9	27	69.2	5	12.8	$\chi^2=16.184$ p=0.000 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM 7.basamağı	6	14.3	35	83.3	1	2.4	7	17.9	21	53.8	11	28.2	$\chi^2=11.815$ p=0.003 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM 8.basamağı	36	85.7	1	2.4	5	11.9	18	46.2	10	25.6	11	28.2	$\chi^2=15.524$ p=0.000 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM 9.basamağı	11	26.2	31	73.8	-	-	1	2.6	37	94.9	1	2.6	$\chi^2= 8.945$ p=0.003 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM 10.basamağı	18	42.9	14	33.3	10	23.8	13	33.3	15	38.5	11	28.2	$\chi^2=0.779$ p=0.678 p>0.05
KKMM 11.basamağı	6	14.3	24	57.1	12	28.6	1	2.6	27	69.2	11	28.2	*z=0.527 p=0.944 p>0.05
KKMM 12.basamağı	5	11.9	19	45.2	18	42.9	-	-	18	46.2	21	53.8	*z=0.535 p=0.937 p>0.05

\*Kolmogrov Smirnov testi uygulanmıştır.



#### 4.9.Deney ve Kontrol Gruplarının Eğitim Sonrası KKMM İnançlarına Yönelik Bulgular

Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası duyarlılık, önemseme, KKMM engelleri ve KKMM öz-etkililiği açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eğitim sonrası sağlık motivasyonu ve KKMM yararları açısından istatistiksel bir fark oluşmamıştır. ( $p>0.05$ )(Tablo 12).

**Tablo.12.Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası KKMM ile ilgili SİMÖ' den aldıkları puanların dağılımı**

	DENEY N=42	KONTROL N=48	Alınabilecek Min-Max Puanlar	İstatistiksel Değerlendirme
	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$		
Duyarlılık	9.7±2.4	7.8±3.1	3-15	t=3.186 p=.002 <b>p&lt;0.05</b>
Önemseme	25.3±3.9	22.5±6.7	6-30	t=-2.399 p=.019 <b>p&lt;0.05</b>
Sağlık Motivasyonu	22.4±2.5	22.4±3.1	5-25	t=.054 p=.957 p>0.05
KKMM Yararları	19.9±0.3	19.7±1.7	4-20	t=-.822 p=.413 p>0.05
KKMM Engelleri	9.3±1.9	11.2±4.6	8-40	t=2.587 p=.011 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM Öz-Etkililiği	45.5±2.6	40.8±6.5	10-50	t=-4.304 p=.000 <b>p&lt;0.05</b>

#### **4.10.Deney Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası KKMM ve Meme Kanserine Yönelik Bilgi Durumlarına İlişkin Bulgular**

Deney grubunun eğitim öncesi ve sonrası KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumlarına ilişkin bulgular Tablo 13' de sunulmuştur.

Deney grubundaki katılımcılara yapılan girişim sonrasında KKMM amacı ve KKMM yapmaya başlama yaşına ilişkin verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (**p<0.05**).

Katılımcıların meme kanseri risklerine verdikleri yanıtlar ilk ve son maddeler dışında ön-test/son-test önemli fark arz etmektedir (**p<0.05**).

Meme kanseri belirtilerinden ilk dört tanesine verilen yanıtlarda anlamlı bir fark oluşmamıştır ( $p>0.05$ ). Diğer belirtilerde anlamlı bir fark oluşmuştur (**p<0.05**).

Deney grubundaki katılımcıların KKMM yapma sıklığı, KKMM yapılma zamanı ve menapoza girmiş kadınların KKMM yapma sıklığı sorularına verdikleri cevaplar ön-test/son-test istatistiksel önemlilik arz etmektedir (**p<0.05**).

**Tablo.13.Deney grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumları**

	Eğitim Öncesi N=42		Eğitim Sonrası N=42		İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	n	%	n	%	
<b>KKMM amacı</b>					
Hastalık olup olmadığını anlamak	17	40.5	12	28.6	*p=.031 p<0.05
Erken teşhis	24	57.1	30	71.4	
Rahatsızlık hissedildiğinde yapılır	-	-	-	-	
Fikri yok	1	2.4	-	-	
<b>KKMM yapmaya başlama yaşı</b>					
Yaşı yoktur	3	7.1	1	2.4	*p=.001 p<0.05
20 yaşından sonra	11	26.2	25	59.5	
30-40 yaşından sonra	23	54.8	15	35.7	
Menapoza girdikten sonra	1	2.4	1	2.4	
Evlendikten sonra	2	4.8	-	-	
Anne olduktan sonra	-	-	-	-	
Fikri yok	2	4.8	-	-	
<b>Meme kanseri riskleri<sup>1</sup></b>					
Ailede meme kanseri	37	88.1	42	100	*p=.063 p>0.05
Katı yağ,unlu,kızarmış gıdaların sık tüketimi	19	45.2	38	90.5	*p=.000 p<0.05
Alkol kullanımı	35	83.3	41	97.6	*p=.031 p<0.05
Sigara kullanımı	34	81	41	97.6	*p=.016 p<0.05
12 yaşından önce adet görme	9	21.4	36	85.7	*p=.000 p<0.05
İlk doğumun 30 yaşından sonra olması	26	61.9	41	97.6	*p=.000 p<0.05
50 yaşından sonra adetten kesilmek	11	26.2	31	73.8	*p=.000 p<0.05
Geçmişte memede iyi huylu hastalık	31	73.8	40	95.2	*p=.004 p<0.05
Doğum kontrol hapı	26	61.9	41	97.6	*p=.000 p<0.05
Şişmanlık	25	59.5	37	88.1	*p=.000 p<0.05
Aşırı hareketsizlik	26	61.9	19	45.2	*p=.118 p>0.05
<b>Meme kanseri belirtileri<sup>1</sup></b>					
Memede 2 haftadan uzun süren sertlik ya da kitle	41	97.6	42	100	*p=1.000 p>0.05
Meme derisinde kalınlaşma, şişme ve renk değişimi	38	90.5	42	100	*p=.125 p>0.05
Meme ucunda kalınlaşma, kızarıklık ve yara olması	35	83.3	40	95.2	*p=.063 p>0.05
Meme ya da meme başında içeri çökme	37	88.1	42	100	*p=.063 p>0.05
Meme ucunun duruşunda değişiklik	30	71.4	38	90.5	*p=.039 p<0.05
Koltuk altında ele gelen şişlikler	34	81	42	100	*p=.008 p<0.05
Meme ucundan kahverengi, siyah, kan rengi ya da berrak akıntı	35	83.3	41	97.6	*p=.031 p<0.05
<b>KKMM yapma sıklığı</b>					
Biliyor	18	42.9	33	78.6	*p=.000 p<0.05
Bilmiyor	24	57.1	9	21.4	
<b>KKMM yapılma zamanı</b>					
Biliyor	24	57.1	34	81	*p=.002 p<0.05
Bilmiyor	18	42.9	8	19	
<b>Menapozdaki kadınların KKMM yapma sıklığı</b>					
Biliyor	9	21.4	27	64.3	*p=.000 p<0.05
Bilmiyor	33	78.6	15	35.7	

<sup>1</sup>Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*Mc Nemar testi uygulanmıştır.

#### 4.11.Deney Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası KKMM Yönelik Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Deney grubunun eğitim öncesi ve sonrası KKMM yönelik uygulamalarına ilişkin bulgular Tablo 14' de sunulmuştur.

Deney grubuna yapılan girişim sonrasında 7. ve 12.basamaklar dışındaki basamaklarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo.14.Deney grubunun eğitim öncesi ve sonrası KKMM' ye yönelik uygulama basamakları**

	Eğitim Öncesi N=30						Eğitim Sonrası N=42						İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	Tam yapıyor		Kısmen yapıyor		Yapmıyor		Tam yapıyor		Kısmen yapıyor		Yapmıyor		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
KKMM 1.basamağı	15	50	2	6.7	13	43.3	42	100	-	-	-	-	*p=.000 p<0.05
KKMM 2.basamağı	10	33.3	1	3.3	19	63.3	40	95.2	1	2.4	1	2.4	*p=.000 p<0.05
KKMM 3.basamağı	3	10	1	3.3	26	86.7	19	45.2	4	9.5	19	45.2	*p=.000 p<0.05
KKMM 4.basamağı	-	-	-	-	30	100	14	33.3	7	16.7	21	50	*p=.001 p<0.05
KKMM 5.basamağı	1	3.3	-	-	29	96.7	14	33.3	1	2.4	27	64.3	*p=.004 p<0.05
KKMM 6.basamağı	6	20	24	80	-	-	26	61.9	16	38.1	-	-	*p=.000 p<0.05
KKMM 7.basamağı	3	10	18	60	9	30	6	14.3	35	83.3	1	2.4	*p=.250 p>0.05
KKMM 8.basamağı	11	36.7	2	6.7	17	56.7	36	85.7	1	2.4	5	11.9	*p=.000 p<0.05
KKMM 9.basamağı	-	-	29	96.7	1	3.3	11	26.2	31	73.8	-	-	*p=.008 p<0.05
KKMM 10.basamağı	9	30	10	33.3	11	36.7	18	42.9	14	33.3	10	23.8	*p=.016 p<0.05
KKMM 11.basamağı	-	-	21	70	9	30	6	14.3	24	57.1	12	28.6	*p=.031 p<0.05
KKMM 12.basamağı	1	3.3	13	43.3	16	53.3	5	11.9	19	45.2	18	42.9	*p=.125 p>0.05

\*Mc Nemar testi uygulanmıştır.

#### 4.12.Deney Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası KKMM İnançlarına Yönelik Bulgular

Deney grubundaki katılımcıların eğitim sonrasında SİM'nin tüm boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmuştur ( $p<0.05$ )(Tablo 15).

**Tablo.15.Deney grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası KKMM ile ilgili SİMÖ' den aldıkları puanların dağılımı**

	EĞİTİM ÖNCESİ N=42	EĞİTİM SONRASI N=42	Alınabilecek Min-Max Puanlar	İstatistiksel Değerlendirme
	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$		
Duyarlılık	7.5±3.0	9.7±2.4	3-15	t=-5.160 p=.000 <b>p&lt;0.05</b>
Önemseme	21.7±6.3	25.3±3.9	6-30	t=-5.440 p=.000 <b>p&lt;0.05</b>
Sağlık Motivasyonu	21.3±4.0	22.4±2.5	5-25	t=-2.671 p=.011 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM Yararları	19.7±0.7	19.9±0.3	4-20	t=-2.152 p=.037 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM Engelleri	11.1±3.9	9.3±1.9	8-40	t=4.003 p=.000 <b>p&lt;0.05</b>
KKMM Öz-Etkililiği	37.8±6.5	45.5±2.6	10-50	t=-8.926 p=.000 <b>p&lt;0.05</b>

#### **4.13.Kontrol Grubunun Ön-Test/Son-Test KKMM ve Meme Kanserine Yönelik Bilgi Durumlarına Yönelik Bulgular**

Kontrol grubunun ön-test/son-test KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumlarına ilişkin bulgular Tablo 16' da sunulmuştur.

Kontrol grubunun KKMM amacı ve KKMM yapmaya başlama yaşı son-testte anlamlı bir fark oluşturmamıştır ( $p>0.05$ ).

Meme kanseri risklerinden ilk doğumun 30 yaşından sonra olması ve doğum kontrol hâpi kullanımı dışındaki risklerde iki ölçüm arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Meme kanseri belirtileri yapılan ölçümlerde ön-test/son-test anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kontrol grubunun KKMM yapma sıklığı, KKMM yapılma zamanı ve menapoza girmiş kadınların KKMM yapma sıklığı ön-test/son-test istatistiksel bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo.16.Kontrol grubunun ön-test/son-test KKMM ve meme kanserine yönelik bilgi durumları**

	ÖN-TEST N=48		SON-TEST N=48		İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	n	%	n	%	
KKMM amacı					
Hastalık olup olmadığını anlamak	20	41.7	22	45.8	*p=1.000 p>0.05
Erken teşhis	26	54.2	25	52.1	
Rahatsızlık hissedildiğinde yapılır	2	4.2	1	2.1	
Fikri yok	-	-	-	-	
KKMM yapmaya başlama yaşı					
Yaşı yoktur	1	2.1	1	2.1	*p=.453 p>0.05
20 yaşından sonra	15	31.3	18	37.5	
30-40 yaşından sonra	27	56.3	24	50	
Menapoza girdikten sonra	2	4.2	3	6.3	
Evlendikten sonra	-	-	-	-	
Anne olduktan sonra	1	2.1	1	2.1	
Fikri yok	2	4.2	1	2.1	
Meme kanseri riskleri <sup>1</sup>					
Ailede meme kanseri	44	91.7	45	93.8	*p=1.000 p>0.05
Katı yağ,unlu,kızarmış gıdaların sık tüketimi	35	72.9	37	77.1	*p=.625 p>0.05
Alkol kullanımı	42	87.5	41	85.4	*p=1.000 p>0.05
Sigara kullanımı	44	91.7	43	89.6	*p=1.000 p>0.05
12 yaşından önce adet görme	18	37.5	16	33.3	*p=.500 p>0.05
İlk doğumun 30 yaşından sonra olması	31	64.6	40	83.3	*p=.004 p<0.05
50 yaşından sonra adetten kesilmek	21	43.8	24	50	*p=.375 p>0.05
Geçmişte memede iyi huylu hastalık	35	72.9	35	72.9	*p=1.000 p>0.05
Doğum kontrol hapı	22	45.8	30	62.5	*p=.008 p<0.05
Şişmanlık	36	75	40	83.3	*p=.125 p>0.05
Aşırı hareketsizlik	34	70.8	33	68.8	*p=1.000 p>0.05
Meme kanseri belirtileri <sup>1</sup>					
Memede 2 haftadan uzun süren sertlik ya da kitle	46	95.8	48	100	*p=.500 p>0.05
Meme derisinde kalınlaşma, şişme ve renk değişimi	46	95.8	46	95.8	*p=1.000 p>0.05
Meme ucunda kalınlaşma, kızarıklık ve yara olması	46	95.8	47	97.9	*p=1.000 p>0.05
Meme ya da meme başında içeri çökme	45	93.8	46	95.8	*p=1.000 p>0.05
Meme ucunun duruşunda değişiklik	40	83.3	44	91.7	*p=.219 p>0.05
Koltuk altında ele gelen şişlikler	41	85.4	39	81.3	*p=.625 p>0.05
Meme ucundan kahverengi, siyah, kan rengi ya da berrak akıntı	45	93.8	44	91.7	*p=1.000 p>0.05
KKMM yapma sıklığı					
Biliyor	21	43.8	21	43.8	*p=1.000 p>0.05
Bilmiyor	27	56.3	27	56.3	
KKMM yapılma zamanı					
Biliyor	30	62.5	30	62.5	*p=1.000 p>0.05
Bilmiyor	18	37.5	18	37.5	
Menapozdaki kadınların KKMM yapma sıklığı					
Biliyor	18	37.5	19	39.6	*p=1.000 p>0.05
Bilmiyor	30	62.5	29	60.4	

<sup>1</sup>Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*Mc Nemar testi uygulanmıştır.

#### 4.14.Kontrol Grubunun Ön-Test/Son-Test KKMM' ye Yönelik Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Kontrol grubunun ön-test/son-test yapılan ölçümlerde KKMM basamaklarında anlamlı bir fark oluşmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ )(Tablo 17).

**Tablo.17.Kontrol grubunun ön-test/son-test KKMM' ye yönelik uygulama basamakları**

	Ön-Test N=39						Son-Test N=39						İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME
	Tam yapıyor		Kısmen yapıyor		Yapmıyor		Tam yapıyor		Kısmen yapıyor		Yapmıyor		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
KKMM 1.basamağı	17	43.6	2	5.1	20	51.3	19	48.7	-	-	20	51.3	*p=.500 p>0.05
KKMM 2.basamağı	7	17.9	10	25.6	22	56.4	10	25.6	7	17.9	22	56.4	*p=.250 p>0.05
KKMM 3.basamağı	4	10.3	2	5.1	33	84.6	5	12.8	2	5.1	32	82.1	*p=1.000 p>0.05
KKMM 4.basamağı	2	5.1	4	10.3	33	84.6	3	6.3	3	6.3	33	68.8	*p=1.000 p>0.05
KKMM 5.basamağı	2	5.1	3	7.7	34	87.2	2	4.2	2	4.2	35	72.9	*p=1.000 p>0.05
KKMM 6.basamağı	7	17.9	27	69.2	5	12.8	7	17.9	27	69.2	5	12.8	*p=1.000 p>0.05
KKMM 7.basamağı	7	17.9	21	53.8	11	28.2	7	17.9	21	53.8	11	28.2	*p=1.000 p>0.05
KKMM 8.basamağı	15	38.5	13	33.3	11	28.2	18	46.2	10	25.6	11	28.2	*p=.250 p>0.05
KKMM 9.basamağı	1	2.6	37	94.9	1	2.6	1	2.6	37	94.9	1	2.6	*p=1.000 p>0.05
KKMM 10.basamağı	11	28.2	11	28.2	17	43.6	13	33.3	15	38.5	11	28.2	*p=.500 p>0.05
KKMM 11.basamağı	1	2.6	27	69.2	11	28.2	1	2.6	27	69.2	11	28.2	*p=1.000 p>0.05
KKMM 12.basamağı	-	-	20	51.3	19	48.7	-	-	18	46.2	21	53.8	*p=.500 p>0.05

\*Mc Nemar testi uygulanmıştır.



#### 4.15.Kontrol Grubunun Ön-Test/Son-Test KKMM İnançlarına Yönelik Bulgular

Kontrol grubunun son-testte KKMM ile ilgili inançlarına yönelik anlamlı bir fark oluşmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 18).

**Tablo.18.Kontrol grubunun ön-test/son-test KKMM ile ilgili SİMÖ' den aldıkları puanların dağılımı**

	ÖN-TEST N=48	SON-TEST N=48	Alınabilecek Min-Max Puanlar	İstatistiksel Değerlendirme
	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$		
Duyarlılık	7.5±3.7	7.8±3.1	3-15	t=-1.062 p=.294 <b>p&gt;0.05</b>
Önemseme	21.6±7.0	22.5±6.7	6-30	t=-1.605 p=.115 <b>p&gt;0.05</b>
Sağlık Motivasyonu	22.7±2.3	22.4±3.1	5-25	t=.610 p=.545 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM Yararları	19.5±1.8	19.7±1.7	4-20	t=-1.315 p=.195 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM Engelleri	10.9±4.1	11.2±4.6	8-40	t=-1.033 p=.307 <b>p&gt;0.05</b>
KKMM Öz-Etkililiği	41.6±7.1	40.8±6.5	10-50	t=-1.913 p=.062 <b>p&gt;0.05</b>

## 5.TARTIŞMA

Kanser günümüzde yaygın olarak görülmekte ve erken teşhis edildiğinde tedavisi çoğu zaman mümkün olabilen bir hastalıktır. Kadınlar arasında en sık görülen meme kanseri konusunda da en etkili yolun, meme kanseri belirtileri, erken tanı konusunda bilinçlendirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirme konusunda yapılacak çalışmalar olduğu bilinen bir gerçektir.

Sağlık inançlarının açıklanmasında kullanılan davranış modellerinden biri olan SİM, sağlığı geliştirici davranışların çözümlenmesinde açıklayıcı olabilmektedir. Bu model yardımıyla davranışsal değişimler açıklanabilmekte ve bireylerin SİM yardımıyla sağlıklı karar almaları için mesajlar verilmesi sağlanabilmektedir (Clemen et.al., 2002).

**Deney ve kontrol grubunun meme sağlığı tarama davranışlarının değerlendirilmesinde;** bu çalışmada gerek deney, gerekse kontrol grubunda KKMM' yi duyma ve bilme oranının yüksek olmasına karşın, önerilen sıklıkta yapanların oranının oldukça düşük ve meme sağlığı tarama davranışlarının benzer özellikte olduğu tespit edilmiştir.

Umeh ve Gibson' un (2001), genç kadınlarda SİM doğrultusunda KKMM ile ilgili sağlık algılamalarının değerlendirildiği bir çalışmada KKMM düzenli olarak uygulayanların oranını %41 olarak tespit etmişlerdir.

Brewer ve Baldwin' in (2000), ise kadın mahkumlar üzerinde yaptıkları çalışmada KKMM doğru sıklıkta uygulayanların oranını %26 olarak bulmuşlardır.

Milaat (2000), tarafından Suudi Arabistan'da kız öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen çalışmada KKMM doğru zaman ve sıklığını bilenlerin oranı oldukça düşük bulunmuştur.

Abdel Hadi'nin (2000), sağlık profesyonellerinin meme kanseri ve KKMM uygulama durumlarını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmasında, katılımcıların %17.3' ünün ayda bir kez olması gereken zamanda KKMM yaptığını belirlemiştir.

Sadler ve arkadaşlarının (2001), Koreli kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında meme kanseri tarama davranışları oranı düşük bulunmuştur.

Çadır ve arkadaşlarının (2004), yaptıkları çalışmada KKMM' yi önerilen sıklıkta uygulayan kadınların oranı %37.4 olarak saptanmıştır.

Bedük ve Şahin' in (1992), hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada KKMM' yi ayda bir kez uygulayanların oranı %25 olarak tespit edilmiştir.

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.

Yapılan bu çalışmalar elde ettiğimiz sonuçları destekler şekildedir. KKMM' yi önerilen sıklıkta yapanların oranı bu çalışmalarda da düşük bulunmuştur. Kadınlarda en sık görülen meme kanserinde KKMM' ye verilen önemin bu kadar düşük olması bilinçlendirme konusunda düzenli bir takibin yapılmıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada KKMM konusunda bilgi alma kaynağının çoğunlukla televizyon ve sağlık personeli olduğu tespit edilmiştir.

Demirhan ve arkadaşlarının (2002), üniversite öğrencisi kızlarda yaptıkları çalışmalarında KKMM bilgisini %68 oranında kitle iletişim araçlarından, %18 sağlık personellerinden aldıklarını saptamışlardır.

Karayurt' un (2003), çalışmasında KKMM eğitimi alanların %37.2'sinin sağlık personelinde, %35' inin televizyon ve radyodan aldığı tespit edilmiştir.

Abdel-Fattah ve arkadaşları (2000), tarafından Mısır'da kanser tanısı almış hastalar üzerinde yapılan çalışmada kadınların KKMM' yi %32.2 oranında arkadaş ve akrabalarından, %28.8' i uzman doktorlardan, %11.9' u pratisyenlerden ve %27.1' i kendi kendine, televizyonlardan ya da eğitim kampanyalarından öğrenmişlerdir.

Seif ve Aziz' in (2000), çalışan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında KKMM bilgi kaynakları olarak katılımcıların %47.8' i akranlarından, %30.4' ü medyadan, %13.1' i kitaplardan ve %9' u sağlık görevlilerinden bilgi aldıklarını tespit etmişlerdir.

Bu çalışmada ve yapılan diğer çalışmalarda KKMM bilgi alma kaynağı olarak kitle iletişim araçları ve sağlık personellerinin önemli bir oranı kapsamakta olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar kitle iletişim araçlarının kısa sürede birçok insana hitap edebilmesi ve inandırıcılığının yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yine kadınların sağlık sorunlarını primer olarak paylaştığı kişilerin sağlık personelleri olması söz konusu olması böyle bir sonucu ortaya çıkarıyor olabilir.

Bu çalışmada erken tanı yöntemlerinden klinik meme muayenesi ve mammografi çekirme konusunda hem deney hem de kontrol grubunda yeterli katılımın olmadığı tespit edilmiştir.

Çadır ve arkadaşlarının (2004), yaptıkları çalışmada kadınların %10.5' inin mammografi çektiği tespit edilmiştir.

Karayurt' un (2003), çalışmasında ise son bir yılda klinik meme muayenesi yaptıranların oranı %18.1 iken, mammografi çektirenlerin oranı %15.3' tür.

Günel ve Günel (2000), 25-55 yaş çalışan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların %88.9' unun hiçbir zaman klinik meme muayenesi yaptırmadığını tespit etmişlerdir.

KKMM' de olduğu gibi mammografi ve klinik meme muayenesi yaptıran oranlarının düşük olması, bu konuda bir takım engellerin olduğunu göstermektedir. Ülkemizde mammografi ünitelerinin sayısı olarak yeterli olmaması, her iki erken teşhis yönteminin tarama amacıyla değil de, şikayet olduğunda hastanın başvurması halinde kullanılması gereken yöntemler olduğu şeklindeki anlayış bu sonucu doğurmuş olabilir. Yine bireysel olarak ele alındığında; kültürel inançlar, utanma, korkma ve maddi nedenler sebebiyle de tarama davranışlarında bir düşüklük söz konusu olmuş olabilir. Bu konuda yapılan çalışmalar bu sonucu doğrulamaktadır. (Modeste et.al., 1999; Fulton et.al., 1991; Seif and Aziz, 2000)

**Deney grubuna yapılan eğitimin meme kanseri ve KKMM bilgilerine etkisinin değerlendirmesinde;** bu çalışmada KKMM amacı ve KKMM başlama yaşına deney ve kontrol grubunun verdikleri yanıtlar benzer özellikler göstermekte olup, her iki grubun da yaklaşık yarısının doğru bilgiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Eğitim sonrasında deney grubunda fark oluşmuş, ancak kontrol grubuyla kıyaslandığında istatistiksel bir fark gelişmemiştir ( $p>0.05$ ). KKMM' nin amacı ve KKMM başlama yaşı konusunda yüksek düzeyde bilgi sahibi olunması bu sonucu

ortaya çıkarmış olabilir. Örneklem grubunun merkezi bir yerde ikamet etmesi meme sağlığını koruma davranışları hakkında bilgi düzeylerinin yüksek bulunmasına neden olmuş olabilir.

Uzun ve arkadaşlarının (2004), yaptıkları çalışmada hemşire öğrencilerin KKMM yapmaya başlama yaşına %72.1' inin doğru cevap verdiklerini tespit etmişlerdir. KKMM yapma amaçları olarak da, %57.9' u önceden önlem almak olarak belirtmişlerdir.

Demirhan ve arkadaşlarının (2002), üniversiteli kız öğrenciler üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların %74.8' i KKMM' nin tanı koymada etkili olabileceğine inanmaktadırlar.

Hoeman ve arkadaşlarının (1996), Çinli kadınların erken tanı ve sağlık inançlarına yönelik çalışmalarında, kadınların %80' inin meme kanserinin erken tanısında ayda bir kez yapılan KKMM' nin önemli olduğuna inandıkları tespit edilmiştir.

Bu çalışmada eğitim öncesi deney ve kontrol grubunda meme kanseri riskleri konusunda anlamlı bir fark olmamasına karşın, eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı bir fark meydana gelmiştir ( $p < 0.05$ ). Eğitim öncesinde meme kanseri risklerinden en sık bilineni irsi olması, alkol ve sigara kullanımının etkili olması ve geçmişte memede iyi huylu hastalık olması olarak sıralanmıştır.

Şen ve arkadaşlarının (2004), Isparta' da 25-65 yaş grubu kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların meme kanserinin %64.1' i emzirmeyle, %71' i sigara kullanımıyla ilgili olduğunu belirtmişlerdir.

Şirin ve Barlas (1999), tarafından yapılan çalışmada meme kanseri belirtilerinden en az ikisini bilenlerin oranı %25 iken, %41' i bilmiyor olarak tespit etmişlerdir.

Atlı'nın (2002), yaptığı çalışmada meme kanseri riski olarak %57.3 oranında irsiyet, %49.3' ü stresten ve %31' i hormonal sebeplerden kaynaklandığını belirtmektedirler.

Attia ve arkadaşlarının (1997), SİM doğrultusunda hazırlanan eğitimsel filmin KKMM uygulamalarına etkisini değerlendiren çalışmalarında katılımcıların %89.7 oranında radyasyonu meme kanseri riski olarak görürken, %70.1' i oral kontraseptif kullanımı, %65.5' i irsi olduğunu ve %42.5' i şişmanlığı risk olarak görmüştür.

Chong ve arkadaşlarının (2002), toplum sağlığı hemşireleri üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların meme kanseri riskleri olarak; %88.4 önceki meme kanseri hikayesi, %78.7 irsi olduğu, %78.7 hormon replasman tedavisi ve ilerleyen yaş %65 şeklinde tespit etmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda meme kanseri riskleri arasında irsiyet, hormon replasman tedavi, geçmişte memede gelişen hastalıklar ve oral kontraseptif kullanımı sıklıkla bilinenler olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ve yapılan diğer çalışmalarda meme kanserinin erken yaşta adet görmek, geç yaşta adetten kesilmek, şişmanlık, aşırı hareketsizlik, geç yaşta çocuk sahibi olmak ve beslenmeyle olan ilgisinin çok fazla bilinmediği tespit edilmiştir. Bu sonuç katılımcıların meme kanseri konusunda aldıkları bilginin çok ayrıntılı olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada katılımcıların meme kanseri belirtilerine ilişkin bilgileri yüksek bulunmuştur. Bu nedenle deney ve kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası meme kanseri belirtilerine yönelik bilgiler birer belirti dışında istatistiksel olarak önemlilik arz etmemektedir ( $p>0.05$ ).

Şen ve arkadaşlarının (2004), yaptıkları çalışmada meme kanseri belirtilerinde en sık bilinenin %75 oranında memede kitle olduğu tespit edilmiştir.

Atlı' nın (2002), çalışmasında meme kanseri belirtilerinden %54.4' ü kitle, %16.4' ü akıntı ve %14.1 ağrıyı en fazla bilinen belirtiler olarak tespit etmiştir.

Zincir' in (1999), 40 yaş üzerindeki kadınlarda yaptığı çalışmada meme kanseri belirtileri olarak %76.9 memede kitle, %71.7 koltuk altında kitle, %58.4 memede asimetri, %54.6 memede çekilme, meme başında kızarıklık ve %56.3' ü meme başından akıntıyı doğru olarak bilmişlerdir.

Bu çalışmada deney ve kontrol grubunun KKMM yapma sıklığı ve yapılma zamanına ilişkin bilgilerinde eğitimden sonra istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşmuştur ( $p<0.05$ ).

Lierman ve arkadaşlarının (1994), yaşlı kadınlarda eğitim ve desteğin KKMM sıklık ve yeterliliğine etkisini inceledikleri çalışmalarında kadınların eğitimden sonra KKMM sıklık ve yeterliliğinde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark tespit etmişlerdir.

Karayurt' un (2003), çalışmasında meme kanseri ve KKMM eğitimi alanlar ile almayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Kum ve arkadaşlarının (2004), yaptıkları çalışmalarında KKMM hakkında bilgi sahibi olanların ya da eğitim almış kişilerin diğer bilgisi olmayanlara göre daha fazla olasılıkla meme muayenesi yaptıkları tespit edilmiştir.

Jane Lu' nun (2001), çalışmasında kadınların maketle verilen eğitim sonucunda hem KKMM bilgisinin, hem de yapma sıklığının arttığı tespit edilmiştir.

Aydın' ın (2004), çalışmasında iki farklı eğitimin KKMM uygulamalarına etkisini değerlendirdikleri çalışmasında KKMM bilme ve yapma oranlarında artış olmuş fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Sağlık İnanç modeli doğrultusunda hazırlanmış KKMM ve meme kanseri konusunda yapılan eğitim, bu konudaki bilginin artmasını sağlamıştır. Bu çalışmanın sonuçları ile yapılan diğer çalışmalardaki bulgular hipotezimizi doğrulamaktadır.

**Deney grubuna yapılan eğitimin KKMM uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesinde;** bu çalışmada deney ve kontrol grubunda eğitim öncesi KKMM uygulamasının 8. basamağı dışında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Eğitim sonrası ise 10.,11. ve 12. basamaklar dışında anlamlı bir fark oluşmuştur ( $p<0.05$ ). Deney grubunun KKMM' yi doğru şekilde uygulama tekniklerinde artış sağlanmıştır.

Eğitim öncesinde katılımcıların çoğunlukla ayna karşısında meme kontrolü yaptıkları ve ayakta muayene esnasında kollarını başının arkasına koydukları, buna karşın; göğüs kaslarını kasarak değişik pozisyonlarda incelemedikleri, muayene esnasında parmak uçlarını kullanmadıklarını, koltuk altı kontrolü yapmadıkları ve KKMM yaparken yeterli basınç uygulamadıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Bununla beraber meme muayenesini belirli basamaklar şekinden ziyade, gelişigüzel yaptıkları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların KKMM konusunda aldıkları bilgilerde muayenenin belirli bir sistematik içerisinde yapılması gerektiği yer almamış olabilir. Katılımcılar ayakta ayna karşısında gözle ve elle muayenenin kitleyi teşhis etmede yeterli olabileceğini düşünmüş olabilir.

Attia ve arkadaşlarının (1997), SİM doğrultusunda hazırlanmış KKMM filminin KKMM uygulamaları üzerine etkilerini değerlendirdikleri çalışmalarında filminden önce KKMM doğru uygulayanlar % 44 oranında iken, filminden sonra bu oran %68.7 olmuştur. Doğru palpasyon yöntemini kullananlar filminden sonra istatistiksel olarak anlamlı derecede artmıştır.

Uzun ve arkadaşlarının (2004), hemşire öğrencilerin KKMM ile ilgili bilgi ve uygulamalarını inceledikleri çalışmalarında, öğrencilerin KKMM tekniğine ilişkin, palpasyonda kullanılan eli ve meme başını sıkarak kontrol etmeyi doğru bilmişlerdir. Buna karşın koltuk altını incelemeye yönelik bilgi durumu düşük bulunmuştur.

Brewer ve Baldwin' in (2000), kadın mahkumlar üzerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların %43'ü KKMM yaparken parmaklarını yüzeysel olarak kullanmakta, %7.1' i ellerinin tamamını meme muayenesinde kullanmakta, %23' ü meme ucunu sıkmakta ve %26' sı ayna karşısında memesini muayene etmektedir.

Kum ve arkadaşlarının (2004), yaptıkları çalışmada katılımcıların %1.8' i sadece görsel muayene yaparken, %64.9' unun sadece elle muayene ve %33'nün her iki yöntemle muayene yaptığı belirlenmiştir.

Öztürk ve arkadaşlarının (2000), 25 yaş ve üzeri kadınlarda eğitiminin KKMM bilgi ve uygulamalarına etkisini inceledikleri çalışmalarında video ile verilen eğitimin kadınların KKMM bilgi ve uygulamalarını arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır.

Oliver-Vazquez ve arkadaşlarının (2002), Porto-Riko' lu yaşlı kadınlarda demonstrasyon yöntemiyle KKMM eğitimi yaptıkları çalışmalarında 6 basamaklı KKMM kontrol listesine göre doğru uygulayanların oranını %63 bulmuşlardır. En zor hatırlanan basamak göğüs ucunun palpe edilmesi basamağı olmuştur.

Çadır ve arkadaşlarının (2004), yaptıkları çalışmada kadınların %61.1' nin orta üç parmağın iç yüzeyleri ile, %31' nin ayakta elle dokunarak ve %57.2' nin ayna karşısında gözle inceleyerek muayene yaptıkları tespit edilmiştir.

Seif ve Aziz' in (2000), çalışmasında eğitim öncesi inspeksiyon, palpasyon, gözlem gibi bir takım teknikler tam olarak uygulanmazken eğitim sonrası KKMM tekniğinin uygulanmasında anlamlı bir fark meydana gelmiştir.

Şirin ve Barlas' ın (1999), çalışmasında katılımcıların %7' sinin KKMM bildiği, %20' sinin az bildiği ve %1' inin ise bilmediği saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda değişik eğitim yöntemlerinin KKMM uygulama tekniklerini geliştirdiği göstermektedir. Eğitimsel girişimlerin KKMM engellerini azalttığı, yarar, öz-etkililik ve sağlık motivasyonunu artırması suretiyle davranışın kazanılmasında etkili olduğu sonucuna varan çalışmalar bulunmaktadır. (Jane Lu, 2001; Champion and Miller, 1992; Foxall et.al. 1998; Ashton et.al. 2001; Umeh and Gibson, 2001; Graham, 2002; Chuntharapat et.al. 2005) Bu çalışmada SİM



doğrultusunda deney grubuna verilen eğitim sonrasında sağlık motivasyonu, öz-etkililik ve yarar boyutları ile algılanan engeller boyutunda anlamlı bir fark oluşmuştur ( $p<0.05$ ). Katılımcıların KKMM uygulama tekniklerindeki değişim bu sonucu desteklemektedir.

**Deney grubunun yapılan eğitimin meme kanseri ve KKMM inançlarına etkisinin değerlendirilmesinde;** bu çalışmada girişim öncesi deney ve kontrol grubunun KKMM' ye yönelik inançları arasındaki fark, sağlık motivasyonu ve KKMM öz-etkililiği dışında istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

Deney grubuna yapılan girişim sonrasında ise, kontrol grubuna göre duyarlılık, önemseme, KKMM engelleri ve KKMM öz-etkililiği boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmuştur ( $p<0.05$ ).

**Yapılan eğitimin meme kanseri duyarlılık algısına etkisinin değerlendirilmesinde;** bu çalışmada deney grubuna SİM doğrultusunda yapılan eğitimsel girişim sonrası duyarlılık algısında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmuştur ( $p<0.05$ ).

Bu çalışmada eğitim öncesi duyarlılık algısının düşük olması; kadınların meme kanserinin kendilerine yakın olduğunu ifade etmeleri “hastalığa neden olur” ya da “kaderde varsa olur” fikrinden kaynaklanıyor olabilir.

Mc Murray ve Agars'ın (1993), KKMM eğitim stratejilerinin karşılaştırılması amacıyla yaptıkları çalışmalarında, eğitim sonrası algılanan hassasiyet kontrol grubuyla kıyaslandığında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Petro-Nustas ve Mikhail (2002), tarafından yapılan çalışmada meme kanseri hassasiyet algısı arttıkça KKMM sıklığının da arttığını tespit etmişlerdir.

Atlı' nın (2002), meme kanserine yönelik bilgi düzeyleri ve risk algılamaları ile KKMM eğitiminin değerlendirilmesine yönelik çalışmasında, KKMM yapma durumları ile gelecek yıllarda meme kanserine yakalanma riskleri hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Rao ve arkadaşlarının (2005), yaptığı çalışmada eğitimsel girişimin meme kanseri ile ilgili farkındalığı ve KKMM uygulamalarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Aydın' ın (2004), çalışmasında maketle eğitim sonrasında öğretmenlerin duyarlılık algılarında anlamlı bir fark meydana geldiğini tespit etmiştir.

Bu çalışmaların bulguları, SİM doğrultusunda yapılan eğitimin duyarlılık algısını arttıracığına ilişkin hipotezimizi desteklemektedir.

**Yapılan eğitimin meme kanseri önemseme algısına etkisinin değerlendirilmesinde;** eğitim öncesi deney grubu ile kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız iken, SİM doğrultusunda yapılan eğitim sonrasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Chuntharapat ve arkadaşlarının (2005), yaptıkları çalışmada eğitim sonrası katılımcıların meme kanseri önemseme algılarında bir artma olduğunu ve bunun KKMM uygulamalarını arttırdığını tespit etmişlerdir.

Brain ve arkadaşlarının (1999), aile hikayesinde meme kanseri olan kadınlarda anksiyete ve KKMM uygulama durumlarına yönelik yaptıkları çalışmada anksiyete düzeyinin arttıkça KKMM uygulamasının da arttığını tespit etmişlerdir.

Cohen (2002), yaptığı çalışmada anksiyete düzeyi arttıkça KKMM uygulama sıklığını da arttırdığı tespit edilmiştir.

SİM doğrultusunda yapılan KKMM eğitimi önemseme algısını arttırmıştır. Yapılan çalışmalarda meme kanseri riskini yüksek derecede algılayan bireylerin meme sağlığını daha çok önemsedikleri ve bu nedenle KKMM sıklığının arttığı tespit edilmiştir (Chuntharapat et.al., 2005; Brain et.al.,1999; Cohen 2002).

**Yapılan eğitimin sağlık motivasyonu algısına etkisinin değerlendirilmesinde;** eğitim öncesi kontrol grubundaki katılımcıların sağlık motivasyonu deney grubundakilerden yüksek iken, eğitim sonrasında benzer bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Deney grubunda eğitim sonrasında sağlık motivasyonunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark meydana gelmiştir ( $p<0.05$ ).

Graham' ın (2002), çalışmasında sağlık motivasyonunun arttıkça KKMM sıklığının arttığı tespit edilmiştir.

Chuntharapat ve arkadaşlarının (2005), yaptıkları çalışmada eğitim sonrası sağlık motivasyonunda anlamlı bir fark ortaya çıkmış ve bunun KKMM uygulamalarını arttırdığı tespit edilmiştir.

Merey' in (2002), çalışmasında KKMM hakkında eğitim alan bireylerin sağlık motivasyonu algıları daha yüksek bulunmuştur.

KKMM basamaklarını doğru uygulayanların sayısının artması, Sağlık motivasyonunun artması ile açıklanabilir. Yapılan diğer çalışmalardaki bulgular da

bu hipotezimizi doğrulamaktadır (Chuntharapat et.al., 2005; Graham, 2002, Merey 2002).

Champion ve Miller (1992), kısa sürede davranış değişikliği oluşturabilmek için hassasiyet, engel ve sağlık motivasyonu ile ilgili davranışları geliştirmek gerektiğini tespit etmişlerdir.

**Yapılan eğitimin KKMM yararları algısına etkisinin değerlendirilmesinde;** eğitim öncesi deney ve kontrol grubunun yarar algıları benzer bulunmasına karşın, SİM doğrulusunda verilen eğitim ile deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmuştur ( $p<0.05$ ). Ancak bu fark kontrol grubuyla kıyaslandığında anlamlı bulunmamıştır. Her iki grupta da yarar algısının yüksek bulunması bu sonucu çıkarmış olabilir.

Jane Lu' nun (2001), çalışmasında eğitimsel girişimin sonrasında yarar algısında artma olmuştur.

Merey' in (2002), yaptığı çalışmada KKMM konusunda bilgi alan kişilerin KKMM yarar algısı anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

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 tespit edilmiştir.

Graham' ın (2002), sağlık inançları ve KKMM arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, yarar algısı ile KKMM sıklığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir.

Bu çalışmada KKMM yararları her iki grupta da yüksek tespit edilmiştir. Deney grubuna yapılan eğitimsel girişim ile yarar algısı düşük olan katılımcıların yarar algıları yükseltilmeye çalışılmıştır. Deney grubuna yapılan eğitim, yarar algısında artmaya neden olmuştur. Yapılan çalışmalar KKMM sıklığının istendik düzeye gelebilmesi için SİM' nin diğer boyutları gibi yarar algısının da yüksek olması gerektiğini ortaya koymaktadır (Jane Lu, 2001; Merey, 2002; Umeh and Gibson, 2001; Petro-Nustas and Mikhail, 2002; Graham, 2002).

**Yapılan eğitimin KKMM engelleri algısına etkisinin değerlendirilmesinde;** deney ve kontrol grubunun eğitim öncesinde KKMM engelleri benzer özellikler göstermesine karşın, eğitim sonrasında deney grubunda

algılanan engellerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir azalma oluşmuştur ( $p<0.05$ ).

Jane Lu' nun (2001), çalışmasında yapılan eğitimsel girişimlerle engel algısında azalma olduğu tespit edilmiştir.

Merey' in (2002), çalışmasında KKMM konusunda bilgi alanların engel algısı daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Umeh ve Gibson' un (2001), çalışmasında KKMM yararları arttıkça ve algılanan engeller azaldıkça KKMM uygulama sıklığının arttığını tespit etmişlerdir.

Petro-Nustas ve Mikhail' in (2002), çalışmasında algılanan engellerin azaldıkça KKMM sıklığının arttığı tespit edilmiştir.

Ashton ve arkadaşlarının (2001), çalışmalarında engel algısının yükseldiği durumda KKMM sıklığının düştüğü tespit edilmiştir.

Bu çalışmada engel algısı yüksek olan bireylere pozitif mesajlar verilerek, engel algısı düşürülmeye çalışılmış ve bu yolla KKMM uygulamaları geliştirilmeye çalışılmıştır. Engel algısının düşürülerek KKMM uygulamalarının geliştirildiği çalışmalar, bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir (Jane Lu, 2001; Merey, 2002; Umeh and Gibson, 2001; Petro-Nustas and Mikhail, 2002; Ashton et.al., 2001). Deney grubundaki katılımcıların KKMM uygulamalarındaki değişim bu yöndeki hipotezimizi doğrulamaktadır.

**Yapılan eğitimin KKMM öz-etkililiğine etkisinin değerlendirilmesinde;** SİM doğrultusunda eğitim ihtiyaçları göz önünde tutularak yapılan eğitim ile, deney grubunun öz-etkililik algısında kontrol grubuna göre anlamlı bir fark meydana gelmiştir ( $p<0.05$ ).

Jane Lu' nun (2001), çalışmasında eğitimsel girişim sonrasında öz-etkililik algısında artma olduğu tespit edilmiştir.

Petro-Nustas ve Mikhail' in (2002), çalışmasında KKMM öz-etkililiği arttıkça KKMM sıklığının da arttığı tespit edilmiştir.

Aydın' ın (2004), çalışmasında maketle eğitim sonrasında KKMM öz-etkililiğinde anlamlı bir fark meydana gelmiştir.

Attia ve arkadaşlarının (1997), yaptığı çalışmada eğitim sonrası KKMM' ni etkili bir şekilde yaptıklarını düşünenlerin oranında anlamlı bir fark tespit etmişlerdir.

Yapılan alışmalar ve bu çalışmanın sonucu eğitimsel girişimlerin KKMM z-etkililiğini arttırdığını ve bu yolla KKMM uygulamalarını geliştirdiği hipotezimizi doğrulamaktadır (Jane Lu, 2001; Petro-Nustas and Mikhail, 2002; Aydın, 2004; Attia et.al.,1997).

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılandırılmış kendi kendine meme muayenesi eğitimi ile yapılan girişimin başlıca sonuçları şu şekildedir:

1-Deney grubuna verilen eğitim sonrasında KKMM ve meme kanseri konusunda bilgi düzeyinde artma meydana gelmiştir.

2-Kontrol grubunun yapılan ikinci ölçümlerde KKMM ve meme kanseri bilgilerinde fark olmadığı tespit edilmiştir.

3-Deney grubuna yapılan girişim sonrası KKMM' yi uygulama basamaklarını doğru şekilde uygulayanların sayısında artma meydana gelmiştir.

4-Kontrol grubunun yapılan ikinci ölçümlerde KKMM' yi uygulama basamaklarında fark olmadığı tespit edilmiştir.

5-Yapılan eğitim sonrasında deney grubunda duyarlılık, önemseme ve öz-etkililik, sağlık motivasyonu ve yarar algılarında artma, engeller boyutunda ise azalma olduğu tespit edilmiştir.

6-Kontrol grubunun yapılan ikinci ölçümlerde sağlık inançlarında fark olmadığı tespit edilmiştir.

7-Deney ve kontrol grubu arasında eğitim sonrası sağlık motivasyonu ve KKMM yararları dışındaki boyutlarda anlamlı bir fark oluşmuştur.

## 6.2.Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1-Verilen eğitimlerde kadınların sağlık ile ilgili inançlarının göz önünde bulundurulması ve KKMM eğitim programının bu doğrultuda sunulması,

2-KKMM konusunda verilecek eğitimlerde demonstrasyon, meme maketi, broşür vb. görsel eğitim yöntem ve araçlarının kullanılması,

3-KKMM engellerinin azaltılması (pozitif mesajlarla korku, unutma, ihmalkarlık v.b.engellerin önüne geçilmesi), duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, KKMM yararları ve KKMM öz-etkililiğinin arttırılmasına yönelik girişimlerin (KKMM yararları, erken teşhisin önemi konusunda olumlu mesajlar verilmesi, içinde kitleler bulunan meme maketinin kullanılarak memedeki değişikliklerin fark edilmesine yönelik öz-etkililiğin arttırılması v.b.) yapılması,

4-KKMM eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması ,

5-KKMM eğitiminin sonucunda mutlaka geribildirimlerin alınması (eğitimden sonra katılımcıya uygulattırma), önerilebilir.

## KAYNAKLAR

ABDEL FATTAH M., ZAKI A., BASSILI A., EL-SHAZLY M., TOGNONI G. (2000). Breast-self examination practice and its impact on breast cancer diagnosis in Alexandria.Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 6(1): 34-40

ABDEL HADI M.S.A. (2000). Breast cancer awareness among health professionals. *Annals of Saudi Medicine*. 20(2): 135-136

AGARS J., MCMURRAY A. (1993). An Evaluation of comparative strategies for teaching breast self-examination. *Journal of Advanced Nursing*. 10: 1595-1603

AKSAYAN S., GÖZÜM S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik(kendini etkileme) algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2(1): 35-41

AKTAN K., TOPUZOĞLU A., HARMANCI H. (10 Eylül 2004). Hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi yapma ve mammografi çektirmeye yönelik davranışlarını etkileyen faktörler. [www.dicle.edu.tr/~halks/m145.htm](http://www.dicle.edu.tr/~halks/m145.htm)

ALİCAN F. (1996). Meme Kanseri Değişen Kavramlar ve Güncel Tedaviler. Afa Matbaacılık. 1.Baskı. İstanbul: 9-39

ALİCAN F. (1993). Meme Hastalıkları. Afa Matbaacılık. İstanbul: 1-17

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

ATASEVEN A., KUTANIŞ R. (1990). Meme Hastalıkları. Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi Yayınları. No:4. Gür-AY Matbaası. İstanbul: 25-37



ATASÜ T., ŞAHMAY S.(2001). Jinekoloji Kadın Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevi. 2. Baskı. İstanbul: 615-633

ATASÜ T. (2001). Menapoz Tedavisi ve Kanser. (Ed.yrd) Özekici Ü., Hekim N., Nobel Tıp Kitabevi. Tays Ofset. İstanbul: 633-679

ATLI Ö. (2002). Yetişkin kadınların meme kanserine yönelik bilgi düzeyleri ve risk algılamaları ile kendi kendine meme muayenesi eğitiminin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Halk Eğitimi Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

ATTIA A.K., RAHMAN D.A.M.A., KAMEL L.I. (1997). Effect of an educational film on the Health Belief Model and breast self-examination practice. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 3(3): 435-443

AYDIN İ. (2004). Meme kanserinin erken tanısına yönelik iki farklı eğitimin, öğretmenlerin meme kanseri taramalarındaki inanç ve davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. Erzurum

AYDINTUĞ S. (2004). Meme kanserinde erken tanı. *STED*. 13(6): 226-228

AYGİN D., ULUDAĞ C., ŞAHİN S. (2004). Gençlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 7(4): 1-6

BALTAŞ Z. (2000). Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi. İstanbul:37-39

BARCLEY V. (1987). Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar. (Ed).Platin N. Cilt:39.Baskı:1. UICC. Ankara: 29-32

.....Behavior change- A summary of four major theories,  
www.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/behres/bcr4theo.html (8 Şubat 2003)

BEREK J.S., ADESHI E.Y., HILLARD P.A. (1998). Novak Jinekoloji. (Ed) Ahmet Ark. Nobel Tıp Kitabevi. 12.Baskı. İstanbul: 1283-1298

BICKLEY L.S., HOEKELMAN R.A. (1999). Bate's Guide to Physical Examination and History Taking. Seventh edition. Lippincott Williams&Wilkins: 333-351

BİLİR N., HARMANCI H. (10 Eylül 2004). Kanserden korunmada güncel yaklaşımlar. www.dicle.edu.tr/~halks/nb34htm

BLAND I.K., COPELAND E.M. (1998). The Breast Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases. Second edition. Saunders Company: 19-29

BRAIN K., NORMAN P., GRAY J., MANSEL R. (1999). Anxiety and adherence to breast self-examination in women with a family history of breast cancer. *Psychosomatic Medicine*. 61: 181-187

.....Breast cancer facts&figures 2005-2006 American Cancer Society, Atlanta: 8-21, www.cancer.org (12 Ocak 2005)

BREWER M.K., BALDWIN D. (2000). The relationship between self-esteem, health habits, and knowledge of breast self-examination practice in female intimates. *Public Health Nursing*. 17(1): 16-24

CARDENAS K., FRISCH K. (2003). Comprehensive breast cancer screening. *Postgraduate Medicine*. 113(2): 34-46

CHAMPION V.L. (1999). Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing&Health*. 22: 341-348

CHAMPION V.L. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*. 42(3): 139-143

CHAMPION V.L. (1987). The Relationship of breast self-examination to Health Belief Model variables. *Research in Nursing & Health*. 10: 375-382

CHAMPION V.L. (1991). The Relationship of selected variables to breast cancer detection behaviors in women 35 and older. *Oncology Nursing Forum*. 18(4): 733-739

CHAMPION V.L. (1984). Instrument development for Health Belief Model constructs. *Advances in Nursing Science*. 6(3): 73-85

CHAMPION V.L., MILLER T.K. (1992). Variables related to breast self-examination model generation. *Psychology of Women Quarterly*. 16: 81-96

CHAMPION V.L., SCOTT C. (1997). Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*. Nov-Dec: 331-337

CHUNTHARAPAT S., SRIPOTCHANART W., PHONGTHANASARN J. (7 Ocak 2005). Effects of Health Belief Model instruction on breast self-examination compliance in perimenopausal women. *Songklanakarind Journal of Nursing*, 20(2):123-138 [www.clib.psu.ac.th/acad\\_43/cson1.htm](http://www.clib.psu.ac.th/acad_43/cson1.htm)

CHONG P.N., KRISHNAN M., HONG C.Y., SWAH T.S. (2002). Knowledge and practice of breast cancer screening amongst Public Health Nurses, in Singapore. *Singapore Medicine Journal*. 43(10): 509-516

CLEMEN-STONE S., MCGUIRE SANDRA L, EIGSTI DIANE G. (2002). Comprehensive Health Nursing Family Aggregate and Community Practice. Sixth edition. By Mosby: 386-387

COHEN M. (15 Eylül 2004). First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping and adherence to breast self-examination. [www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m06dQ/is\\_1\\_28/ai\\_92724719](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m06dQ/is_1_28/ai_92724719)

ÇADIR G.,EKSEN M., BÜTÜNER E., TÜZEN H., YETİM H., OTHAN K., ARSLAN K. (10 Eylül 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. [www.insanbilimleri.com](http://www.insanbilimleri.com)

DEMİRHAN H., ÖZEN İ., BOSTANCI M., ZENCİR M. ( 2002). Pamukkale Üniversitesi Kredi ve Yurtlar Kurumu kız öğrencilerinde kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bir araştırma. *Sağlık ve Toplum*.12(3): 81-84

ENGİN A. (2000). Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri. Atlas Kitapçılık. Cilt.1. Ankara: 376-404

ERBAYDAR T. (2003). Sağlık davranış modelleri ve HIV/AIDS önleme çalışmaları 6. Türkiye AIDS Kongresi. 1-4 Aralık 2003. İstanbul: 47-53

FOXALL M.J., BARRON C.R., HOFEK J. (1998). Ethnic differences in breast self-examination practice and health beliefs. *Journal of Advanced Nursing*. 27: 419-428

FULTON J.P., BUECHNER J.S., SCOTT H.D., DEBUONO B.A., FELDMAN J.P., DSMITH R.A., KOVENOCK D. (20 Eylül 2004). A Study guided by the Health Belief Model of the predictors of breast cancer screening of women ages 40 and older, [www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m0835/is\\_n4\\_v106](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0835/is_n4_v106)

GAZIOGLU E. (2005). Essentials in the Management of Breast Diseases, Celsius Medical Publications,Buchaest. Istanbul Medical Publishing. (Chapter 13. Epidemiology,Ertugrul Gazioglu)

GÜNAL S.Y. , GÜNAL A.İ. (2000). 25-55 yaş çalışan kadınların meme kanserine yönelik davranışları. *Sağlık ve Toplum*.10(1),: 21-24

GOZUM S., AYDIN I., (2004). Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model Scales . *Cancer Nursing*. 27(6): 491-498

GÖZÜM S., KARAYURT Ö., AYDIN İ. (2004). Meme kanseri taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. Cilt:6. Sayı:1(2):71-85

GRAHAM M.E. (20 Eylül 2004). Health beliefs and self breast examination in black women, [www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m0MJU/is\\_2\\_9/ai\\_93610993](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0MJU/is_2_9/ai_93610993)

GÜRBÜZ C. (2003). Kadınlar İçin Meme Sağlığı Bilgileri. Türkiye Meme Vakfı Yayınları. Doğan Ofset Yayıncılık. İstanbul: 4-47

HOEMAN S.P., KU Y.L., OHL D.R. (1996). Health beliefs and early detection among Chinese women. *West Journal Nursing Research*. 18(5): 518-533

İNANÇ N. (1996). Meme Kanseri,Amerikan Kanser Birliği,Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. 1. Baskı. Çeviri Ed:Platin N. IV.Akşam Sanat Okulu Matbaası. Ankara: 4. 260-261

JANE LU Z. (2001). Effectiveness of breast self examination nursing interventions for Taiwanese community target groups. *Journal of Advanced Nursing*. 34(2): 163-170

KALAYCI G. (2002). Genel Cerrahi, (Yardımcı Ed) Acarlı K., Demirkol K., Ertekin C., Mercan S., Özmen V., Sökücü N. Nobel Tıp Kitabevi. Cilt 1. İstanbul: 533-583

KARAYURT Ö. (2003). Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye için uyarlanması ve kendi kendine meme muayenesi uygulama sıklığını etkileyen

faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Ana Bilim Dalı.  
Doktora Tezi. İzmir

.....Kendi kendine meme muayenesi, [www.jinekoloji.net/kkmm.htm](http://www.jinekoloji.net/kkmm.htm) (7 Ocak 2005)

.....Kendi kendine meme muayenesi, [www.saglik.tr.net/](http://www.saglik.tr.net/) (7 Ocak 2005)

KIŞNIŞÇI H.A., GÖKŞİN E., DURUKAN T., ÜSTAY K., AYHAN A., GÜRGAN T., ÖNDEROĞLU L.S.(1996). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum. Güneş Kitabevi. Ankara: 115-135

KOÇAK S. (2003). Meme kanserinde risk faktörleri. *Actual Medicine*. 11(6): 50-54

KUM S., GÖKSU U.A., KELKİTLİ E., YÜCEL İ. (2004). Orta Karadeniz Bölgesi'nde kendi kendine meme muayene sıklığı ve etki eden faktörler. *Türk Onkoloji Dergisi*. 19(1): 24-27

LEASIA M.S., MONAHAN F.D. (1997). A Practical Guide to Health Assessment. Saunders Company. Philadelphia: 535-539

LIERMAN L.M., YOUNG H.M., COPE C.P., GEORGIADOU F., BENOLIEL J.Q.(1994). Effects of education and support on breast self-examination in older women. *Nursing Research*. 43(3): 158-163

.....Meme Kanseri, [www.astrazeneca.com.tr/1\\_insan\\_sagligi/](http://www.astrazeneca.com.tr/1_insan_sagligi/) (7 Ocak2005)

..... Meme Kanseri, [www.memeonkoloji.com/meme.html](http://www.memeonkoloji.com/meme.html) (7 Ocak 2005)

MEREY S. (2002). Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

MILAAT W.A.(2000). Knowledge of secondary-school female students on breast cancer and breast self-examination in Jeddah, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*. Vol.6. No:2/3: 338-343

MILLER A.M., CHAMPION V.L. (1996). Mammography in older women one-time and three year adherence to guidelines. *Nursing Research*. 45(4): 239-245

MODESTE N.N., COLEB-DRAYTON V.L., MONTGOMERY S. (1999). Barriers to early detection of breast cancer among women in a Carribean population. *Pan Am Journal Public Health*. 5(3): 152-156

MOORE G.J., ALMODRONES L.A., ERIKSON J.H., GOSSFELD L.M., HUFF B.C. (2000). Women and Cancer a Gynecologic Oncology Nursing Perspective. Jones and Barlett publishers. Second edition. Sudbury: 318-355

NAHCIVAN N.Ö., SEÇGİNLİ S.(2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak Sağlık İnanç Modeli'nin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 7(1): 33-38

.....National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelines. World Health Organization, Geneva. Second edition. 2002: 55-63

NORMAN P., BRAİN K. (15 Eylül 2004). Health Belief Model and breast self-examination, <http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/normanb.pdf>

OLIVER-VAZQUEZ M., SANCHEZ-AYENDEZ M., SUAREZ-PEREZ E., VELEZ-ALMODOVAR H., ARROYO-CALDENAS Y. (2002). Breast cancer health promotion model for older Puerto-Rico women: Results of a pilot programme. *Health Promotion International*. 17(1): 3-11

ÖZKAN F.C. (18 Eylül 2004). Meme kanserinde tarama programlarının önemi, [www.meme-kanseri.com/Bizlerden/Yazi10.htm](http://www.meme-kanseri.com/Bizlerden/Yazi10.htm)

OZTURK M., ENGIN V.S., KISIOGLU A.N., YILMAZER G. (2000). Effect of education on knowledge and attitude of breast self-examination among 25+ years old women. *Eastern Journal of Medicine*. 5(1): 13-17

PENDER N.J., PENDER A.R. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. Second edition. Appleton&Lange: 37-53

PERNOLL M.L. (1994). Çağdaş Obstetrik&Jinekolojik Teşhis&Tedavi. Barış Kitabevi. Cilt 2. İstanbul: 1438-1465

PETRO-NUSTAS W., MIKHAIL B.I. (2002). Factors associated with breast self-examination among Jordanian women,Public Health Nursing. 19(4): 263-271

..... Prof.Dr.Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları III. Toplum sağlık düzeyinin yükseltilmesinde en önemli araç: Eğitim [www. ttb.org.tr/n\\_fisek/](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/)(5 Ocak 2005)

RAO R.S.P., NAIR SUMA, NAIR N.S., KAMATH V.G. (2005). Acceptability and effectiveness of a breast health awareness of a breast health awareness programme for rural women in India. *Indian Journal Medicine Science*. 59(9): 398-402

REES G., FRY A., CULL A., SUTTON S. (2004). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer. *Psychology and Health*. 19(6) : 749-765

SADLER G., RYUJIN L.T., KO M.C., NGUYEN E. (15 Eylül 2004). Korean women: Breast cancer knowledge, attitudes and behaviors, [www.biomedcentral.com/content/](http://www.biomedcentral.com/content/)

.....Sağlık Eğitimi. (1999) Temel Sağlık Bakımında Sağlık Eğitimi El Kitabı. (Ed).Yusuf Öztürk,Fevziye Çetinkaya. DSÖ: 22-23



SARAFINO E.P. (1990). Health Psychology Biopsychosocial Interactions. (Ed).Joan Kalkut JohnWiley&Sons: 175-214

SECGINLI S., NAHCIVAN N.O. (2004). Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. *Cancer Nursing*. 27(4): 287-294

SEIF N.Y., AZIZ M.A.(2000). Effect of breast self-examination training program on knowledge, attitude and practice of a group of working women. *Journal of the Egyptian National Cancer Institue*. 12(2): 105-110

SHERMAN C.D., CALMAN K.C., ECKHARDT S., ELSEBAI I., FIRAT D., HOSSFELD D.K., PAUNIER J.P.SALVADORI B.(1990). Klinik Onkoloji. Uluslararası Kanserele Savaş Birliği. 4.Baskı. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. Sağlık Bakanlığı Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını. Ankara: 162-174

ŞEN S., ÖZTÜRK M., KIŞIOĞLU N. (10 Eylül 2004). Isparta'da 25-65 yaş grubu kadınların meme kanserinin risk faktörleri ve belirtilerine ilişkin bilgi düzeyleri, [www.dicle.edu.tr/~halks](http://www.dicle.edu.tr/~halks)

ŞİRİN A., BARLAS B. (1999). İzmir ili Hatay semtinde oturmakta olan 40 yaş ve üzerindeki ev kadınlarının meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusuna ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*.5(5): 9-15

TABAK R.S. (2000). Sağlık Eğitimi. Özkan Matbaacılık. Ankara: 11-12, 39-40

.....T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri. Kadınlarda en sık görülen 10 kanser türü, [www.saglik.gov.tr/istatistikler](http://www.saglik.gov.tr/istatistikler) (5 Eylül 2004)

THOMAS E.C. (2004). African American women's breast memories, cancer beliefs and screening behaviors. *Cancer Nursing*. 27(4): 295-302

TUĞRUL C.(2005). Meme Kanseri. Boyut Yayıncılık. İstanbul: 11-14,42-49,61-76

.....Uluslararası Akdeniz Cerrahi Kongresi'87. Cerrahi Hemşireliği Sekisyonu Konuşmaları ve Bildirileri. 17-18 Haziran 1987. Hilal Matbaacılık. İstanbul: 69-69

UMEH K., DIMITRAKAKI V. (2003), Breast cancer detection in asymptomatic women: Health beliefs implicated in secondary prevention. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 8(2): 96-115

UMEH K., GIBSON J.R. (2001). Perceptions of threat,benefits, and barriers in breast self-examination amongst young asymptomatic women. *British Journal of Health Psychology*. 6: 361-372

UZUN Ö., KARABULUT N., KARAMAN Z. (2004). Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 7(1): 33-41

.....III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu. Esnaf Ofset Matbaacılık. 22-24 Haziran 1992. Sivas: 448-455

ÜNAL G.,ÜNAL H. (2001). Meme Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevi. 1. Baskı. İstanbul:10-48

YARBROUGH S.S., BRADEN C.J. (2001). Utility of Health Belief Model as a guide for explaining or predicting breast cancer screening behaviors. *Journal of Advanced Nursing*. 33(5): 677-688

YILDIRIM M. (1992). Klinik Jinekoloji. Türkiye Klinikleri Yayınevi. 2. Baskı. Ankara: 356-367

ZİNCİR H. (1999). Malatya il merkezinde 40 yaş üzeri kadınların meme kanseri ve korunma konusunda bilgi,tutum ve davranışları. İnönü Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Malatya

## **EK 1 : KADINLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE MEME KANSERİ RİSKİ ANKET FORMU**

Kadınlarda meme kanserinin erken teşhis edilmesinde önemli bir yeri olan kendi kendine meme muayenesiyle ilgili inanç ve tutumların değerlendirilmesine yönelik bir çalışma yapmaktayım. Bu nedenle samimiyetle vereceğiniz yanıtların gelecek hizmetlerimiz için yararı olacaktır. Çalışmama katılımınız ve destekleriniz için teşekkür ederim.

Kocaeli Üniversitesi  
Kocaeli Sağlık Yüksek Okulu  
Halk Sağlığı Hemşireliği  
**Zerrin ELİK**

**Sıra No:**

**Adı-Soyadı:**

**Adres:**

**Telefon No:**

**1.Yaşınız:.....**

**2.Eğitim durumunuz:**

1)İlkokul mezunu 2)Ortaokul mezunu 3)Lise mezunu 4)Üniversite mezunu

**3.Eşinizin işi:.....**

**4.Sosyal güvenceniz:.....**

**5.Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?**

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

**6.Medeni durumunuz:**

- 1)Evlili
- 2)Bekar
- 3)Dul
- 4)Boşanmış

7.Kaç çocuğunuz var?

- 1).....çocuk 2)Yok

8)Çocuğunuz varsa ilk çocuğunuzu kaç yaşında doğurdunuz?

.....yaşında

9.İlk adetinizi kaç yaşında gördünüz?

.....yaşında

10.Adetten kesildiniz mi?

- 1)Evet 2)Hayır

11.Yanıtınız evet ise kaç yaşında adetten kesildiniz?

.....yaşında

12.Ailenizde meme kanseri teşhis edilen kimse var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

13.Yanıtınız evet ise akrabalık dereceniz nedir?

.....

14.Alkol kullanıyor musunuz?

- 1)Hiç kullanmıyorum 2)Nadiren kullanıyorum 3)Sık sık kullanıyorum  
4)Diğer.....

15.Sigara kullanıyor musunuz?

1)Hiç içmiyorum 2)Çok nadiren kullanıyorum 3)Günde ½ paketten az kullanıyorum

4)Günde ½ paketten fazla kullanıyorum

5)Diğer.....

16.Beslenmenizde hangi gıdaları daha sık tüketiyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1)Margarin 2)Kızartmalar 3)Tatlı ve şekerli gıdalar 4)Unlu gıdalar  
5)Sebze ve meyveler 6)Tahıllar 7)Tavuk ve balık 8)Süt ve süt ürünleri  
9)Kırmızı et

17.Geçmişte memelerinizle ilgili herhangi bir problem yaşadınız mı?

1)Evet (açıklayınız).....

2)Hayır

18.Ailenizde yumurtalık, rahim ya da kalın barsak kanseri geçiren kimse var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

**19.**Yanıtınız evet ise akrabalık dereceniz nedir?

.....

**20.**Sürekli kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

1)Evet (açıklayınız).....

2)Hayır

**21.**Beden Kitle İndeksi      Boy.....cm

Kilo.....kg

**EK 2 : MEME SAĞLIĞI DAVRANIŞLARI BİLGİ VE UYGULAMA SIKLIĞI  
ANKET FORMU**

**22.** Akrabalarınız dışında çevrenizde meme kanseri teşhis edilen kimse var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

**23.** “Kendi kendine meme muayenesi” diye bir şey duydunuz mu?

- 1)Evet 2)Hayır

**24.** Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağına ilişkin bilginiz var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

**25.** Yanıtınız evet ise nereden bilgi aldınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1)Televizyon, radyo 2)Kitap, dergi, broşür, gazete 3)Sağlık personeli  
4)Arkadaş, komşu 5)Akraba, aile  
6)Diğer.....

**26.** Kendi kendinize memelerinizi muayene eder misiniz?

- 1)Evet 2)Hayır

**27.** Yanıtınız evet ise ne sıklıkta muayene edersiniz?

.....

**28.** Yanıtınız hayır ise muayene etmemenizin sebebi nedir?

.....

**29.** Son 1 yılda sağlık görevlisine muayene yaptırınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır

**30.** Son 1 yılda mammografi çektirdiniz mi?

- 1)Evet 2)Hayır

### **EK 3: KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ BİLGİ VE UYGULAMA DURUMU KONTROL FORMU**

Aşağıda kendi kendine meme muayenesinin uygulama amacı, uygulama sıklığı, uygulama zamanı ve uygulama şekli ile meme kanseri riskleri ve belirtilerine yönelik sorular yer almaktadır. Bu sorulara size göre en doğru olan cevabı veriniz. Teşekkürler.

#### **A-BİLGİ DURUMU**

1. Kendi kendine meme muayenesi niçin yapılır?

.....

2. Hangi yaştaki kadınlar kendi kendine meme muayenesi yapmalıdırlar?

.....

3. Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri riskini arttırmaktadır?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ( ) Ailesinde meme kanseri bulunması
- ( ) Katı yağ, tatlı, unlu, kızartılmış yiyeceklerin sıkça tüketilmesi
- ( ) Alkol kullanma
- ( ) Sigara kullanma
- ( ) 12 yaşından önce adet görme
- ( ) İlk doğumun 30 yaşından sonra olması
- ( ) 50 yaşından sonra adet kesilmek
- ( ) Geçmişte memede iyi huylu hastalık olması
- ( ) Doğum kontrol hapları
- ( ) Şişmanlık
- ( ) Aşırı hareketsiz yaşam
- ( ) Diğer.....

4. Aşağıdakilerden hangisi meme kanseri belirtisi olabilir?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ( ) Memede 2 haftadan uzun süren sertlik ya da kitle
- ( ) Meme derisinde kalınlaşma, şişme ve renk değişikliği
- ( ) Meme ucunda kalınlaşma, kızarıklık ya da yara olması
- ( ) Memede ya da meme başında içeri doğru çökme
- ( ) Meme ucunun pozisyonunda değişiklik



( ) Koltuk altında ele gelen şişlikler

( ) Meme ucundan koyu kahverengi, siyah, kan rengi ya da berrak bir akıntı gelmesi

( ) Diğer.....

5. Kendi kendine meme muayenesi ne sıklıkta yapılmalıdır?

.....

6. Kendi kendine meme muayenesi ne zaman yapılmalıdır?

1) Akla gelince 2) Adet döneminden önce 3) Adetli iken

4) Adet kanamasının bitiminden 5-7 gün sonra 5) Diğer.....

7. Adetten kesilen kadınlar kendi kendine meme muayenesini ne zaman yapmalıdırlar?.....

### **B-UYGULAMA DURUMU**

Bu bölüm katılımcıya kendi kendine meme muayenesi uygulattırılarak gözlem sonucunda araştırmacı tarafından işaretlenerek doldurulacaktır.

1. Aydınlık bir odada belden yukarısını gösteren bir ayna karşısında üst kıyafetlerini çıkarıyor.

1) Tam yapıyor 2) Kısmen yapıyor 3) Yapmıyor

2. Ayna karşısında kolları her iki yanda aşağı doğru sarkmış olarak, serbest vaziyette iken her iki memenin ve meme uçlarının; büyüklüğünün birbirine eşit olup olmadığına, renk değişikliği durumuna, içeri çökme olup olmadığına, portakal kabuğu görüntüsü olup olmadığına bakıyor.

1) Tam yapıyor 2) Kısmen yapıyor 3) Yapmıyor

3. Ayna karşısında her iki kolunu başının üzerine koyarak memelerinin ve meme uçlarının birbirine eşit olup olmadığına, meme derisinde ve meme uçlarında çukurlaşma olup olmadığına bakıyor.

1) Tam yapıyor 2) Kısmen yapıyor 3) Yapmıyor

4. Ayna karşısında her iki el beldeyken kalçalarına aşağı doğru bastırırken memelerinin ve meme uçlarının büyüklüğü, birbirine eşit olup olmadığı ve herhangi bir içeri çökme durumunun olup olmadığına bakıyor.

1)Tam yapıyor 2)Kısmen yapıyor 3)Yapmıyor

5. Ayna karşısında iken hafifçe öne doğru eğilerek memelerinin ve meme uçlarının büyüklüğüne, birbirine eşit olup olmadığına ve içeri çökme durumunun olup olmadığına bakıyor.

1)Tam yapıyor 2)Kısmen yapıyor 3)Yapmıyor

6. Elle kendi kendime meme muayenesi yaparken işaret, orta ve yüzük parmaklarının içe doğru olan uç kısımlarını kullanıyor.

1)Tam yapıyor 2)Kısmen yapıyor 3)Yapmıyor

7. Muayene esnasında parmaklarını birbirine bitişik halde tutuyor ve parmaklarını muayene esnasında hiç kaldırmıyor.

1)Tam yapıyor 2)Kısmen yapıyor 3)Yapmıyor

8. Memesini ayakta elle muayene ederken hangi memesini muayene edecekse o taraftaki elini başının üzerine koyuyor.

1)Tam yapıyor 2)Kısmen yapıyor 3)Yapmıyor

9. Memesini muayene ederken muayene edecek elinin 2.,3. ve 4. parmaklarıyla meme ucundan başlayarak 1 cm büyüklüğünde dairesel hareketlerle önce hafif, sonra orta ve ardından kuvvetli basınç uygulayarak köprücük kemiğinden meme alt çizgisine, ön koltukaltı çizgisinden göğüs kemiğine kadar yer alan mesafede memesinin tüm tabakalarını hissetmeye çalışıyor.

1)Tam yapıyor 2)Kısmen yapıyor 3)Yapmıyor

**10.** Memelerinin uçlarını sıkarak kahverengi, siyah, kanlı ya da berrak bir akıntı gelip gelmediğini kontrol ediyor ve meme ucunu geriye doğru bastırarak herhangi bir sertlik olup olmadığını kontrol ediyor.

1)Tam yapıyor      2)Kısmen yapıyor      3)Yapmıyor

**11.** Koltuk altını muayene ederken o taraftaki elini beline koyuyor ve diğer elinin 2.,3. ve 4. parmaklarıyla lenf bezlerini kontrol ediyor.

1)Tam yapıyor      2)Kısmen yapıyor      3)Yapmıyor

**12.** Sırt üstü yatar pozisyonda elle muayene yaparken muayene edeceği memenin tarafındaki omzunun altına ince bir yastık koyarak elle muayene işlemini tekrarlıyor.

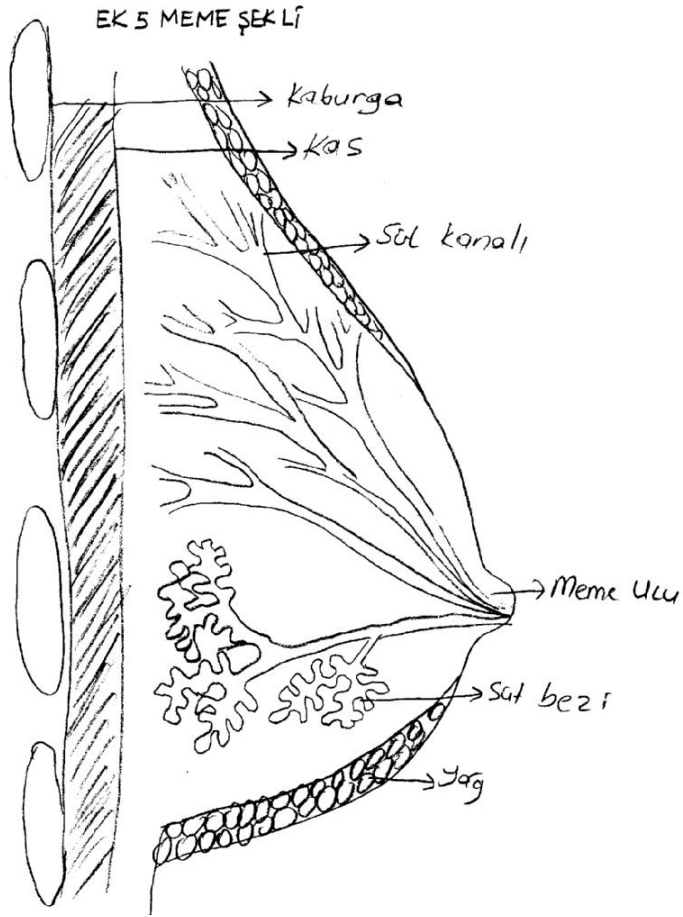
1)Tam yapıyor      2)Kısmen yapıyor      3)Yapmıyor

#### EK 4 : TÜRKÇE CHAMPION SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

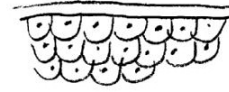
Aşağıda kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkındaki inançlarını içeren cümleler verilmiştir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen her cümleyi dikkatle okuyunuz ve size en uygun olan seçeneği (X) işareti ile işaretleyiniz. Boş cevap bırakmayınız.

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

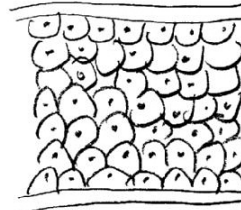
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
26. Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan çok daha önemli problemlerim var					
27. Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum					
28. Kendi kendine meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim					
29. Kendi kendine meme muayenesi yaparak mememde bir kitle bulabilirim					
30. Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim					
31. Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim					
32. Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim					
33. Kendi kendine meme muayenesi yapmak için takip edilecek adımları biliyorum					
34. Kendi kendine meme muayenesi yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
35. Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim					
36. Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim					



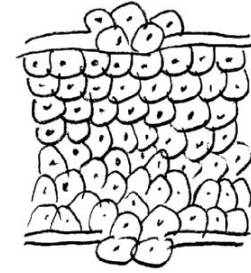
Normal Süt kanalının yapısı



Süt kanallarını döşeyen hücrelerin kontrolünü kaybederek çoğalmaları ile kanser gelişiyor



Çoğalan hücreler kanalın içinde iken kanserin erken aşamasındadır.



Bu aşamada kanserin ameliyotla çıkarılmasıyla tedaviye olumlu yanıt alınabilir.

**EK 6 : ARAŞTIRMACI TARAFINDAN HAZIRLANMIŞ İÇİNDE KİTLELER  
BULUNAN MEME MAKETİ**

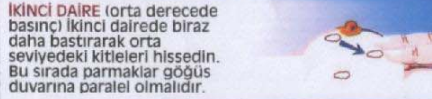


## MUAYENE SIRASINDA PARMAKLARIMI NE KADAR BASTIRMALIYIM?

Memedeki kiteller farklı derinliklerde olabilir. Bu nedenle parmaklarınızla aynı noktada daire çizerken 3 farklı basınçla parmaklarınızı bastırın.



**BİRİNCİ DAİRE** (hafif basınç) Birinci daireyi parmaklarınızı hafif bastırarak yapın. Yüzeyledeki kiteller bu şekilde hissedilir. İlk daireyi fazla bastırarak yaparsanız yüzeyledeki kitle yana itilerek kaçabilir.



**İKİNCİ DAİRE** (orta derecede basınç) İkinci dairede biraz daha bastırarak orta seviyedeki kitelleri hissedin. Bu sırada parmaklar göğüs duvarına paralel olmalıdır.



**ÜÇÜNCÜ DAİRE** (fazla basınç) Üçüncü dairede kaburga kemiklerinizi hissedene kadar bastırın. Bu sayede derinde yer alan kitelleri de hissedebilirsiniz.

## TÜM MEMEYİ NASIL MUAYENE ETMELİSİNİZ?

Şekildeki pozisyonda yatın. Koltuk altından başlayarak, şekilde görüldüğü gibi aynı noktada üçlü dairesel çizerek aşağı sınıra kadar inin.



Koltuk altından başlayarak alt sınıra ulaşıldıktan sonra buna paralel bir çizgi üzerinde yukarı çıkın. Şekildeki gibi paralel çizgiler üzerinde 3'lü dairesel çizerek devam edin.

## Etkili Hormonal Tedavi

### EK 7: TÜRKİYE MEME VAKFI' NDAN TEMİN EDİLEN KKMM BROŞÜRÜ



**Femara Tedavi Şekli:** Herbiri 2,5 mg letrozol içeren film kaplı tablet. Etinilekasyonları Doğal veya yapay postmenopozal durumda kadınlarda daha önce antiöstrojenlerle tedavi edilmiş, ilerlemiş meme kanserinin tedavisinde kullanılır. Kullanım Dozu: Günde bir defa 2,5 mg'dır. **Kesilmemelidir.** Letrozol veya yerine maddelere karşı ağız duvarında, Premenopozal endokrin durumdaki kadınlarda, gebelik ve emzirme döneminde kullanılmamalıdır. **Uyarılar / Dikkatler:** Anestezik klorür < 10 ml'lik, olan hastalarda riskli yarar durumu riskli değerlendirilmelidir. **Etkileşimler:** Tamoksifen, letrozolün plazma düzeylerini azaltır. Yan Etkiler: Muntahamen azaltır. İlac ile ilişkili olan en yaygın yan etkiler; baş ağrısı, ishal, periferik ödem, yorgunluk, sıcak hissetmelerdir. **Ayrıntılı bilgi için prospektüse bakınız.** **Tablet Şekli ve İçeriği (SDV Dahil):** Femara 2,5 mg 30 film kaplı tablet, 124.563.000 - TL (27.06.2015). **Sevniye ile satılır.** **Ayrıntılı bilgi için prospektüse bakınız.** **Novartis Dış Ticaret A.Ş. İlaç Sektörü** **Barbaros Bulvarı No: 83 80690 Beşiktaş, İstanbul, Tel: 0212 328 91 90**

NOVARTIS

DAHA FAZLA BİLGİ İÇİN BİZİ ARAYIN

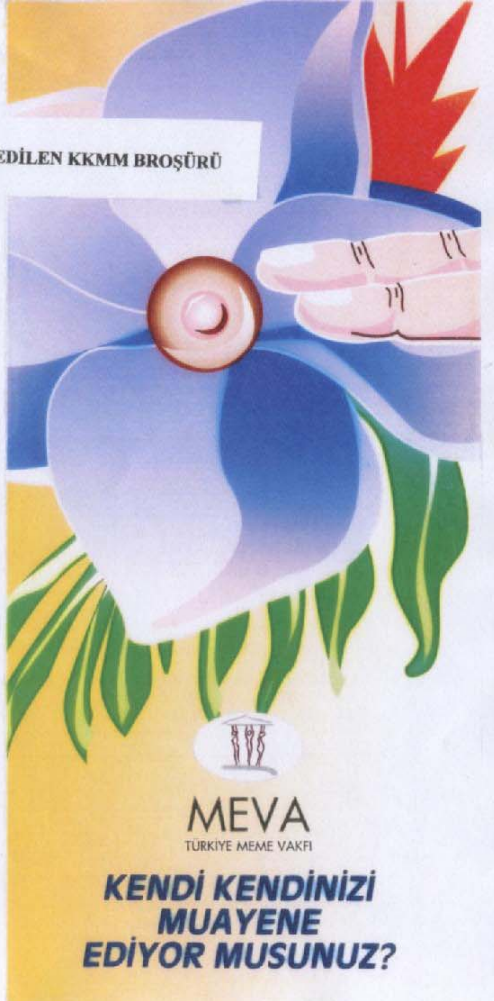


**MEVA**  
TÜRKİYE MEME VAKFI

Tel: [0212] 219 55 09 Faks: [0212] 219 55 08  
www.memekanseri.org

NOVARTIS'E KATKILARINDAN DOLAYI  
TEŞEKKÜR EDERİZ

0212 219 55 09



**MEVA**  
TÜRKİYE MEME VAKFI

**KENDİ KENDİNİZİ  
MUAYENE  
EDİYOR MUSUNUZ?**



20 yaşınızı geçtiyseniz her ay adetinizin bittiği ilk hafta içinde kendinizi muayene ediyor musunuz?

BANYODAN SONRA AYNA KARŞISINDA HER İKİ MEMENİZİ KONTROL EDİN



40 yaşınızı geçtiyseniz her yıl mamografi çektiyor musunuz?

HANGİ BÖLGEYİ MUAYENE ETMENİZ GEREKİYOR?

ALT SINIR  
sütyenin alt çizgisi  
ÜST SINIR  
Köprücük kemiği  
İÇ SINIR  
Göğüs kafesinin ortası  
DİŞ SINIR  
Koltuk altı ortasından aşağı inen sınır.



40 yaşınızı geçtiyseniz her yıl uzman bir hekime muayene oluyor musunuz?

MEME DERİSİNDE ÇÖKÜNTÜ VAR MI?



KOLLARINIZI KALDIRARAK BAKIN



MEME BAŞINDA ÇEKİNTİ VAR MI? ÇÖKME VAR MI?



MUAYENE EDERKEN HANGİ PARMAKLARINIZI KULLANMANIZ GEREKİYOR?

İsaret, orta ve yüzük parmaklarınızın ön yüzlerini kullanınız. Parmaklar göğüs duvarına paralel olsun.



HER İKİ ELİNİZİ BELİNİZE BASTIRARAK BAKIN



MEME DERİSİNDE VE BAŞINDA KIZARIKLIK, YARA, RENK DEĞİŞİKLİĞİ VAR MI?



HER SEFERİNDE NE KADAR BÖLGEYİ MUAYENE ETMENİZ GEREKİYOR?

Muayene ettiğiniz her noktada 1 cm çapında bölgeyi parmak uçlarınız ile daire çizerek hissedin.



**EK 8 : KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ' NDEDEN ARAŞTIRMA İÇİN GEREKLİ İZİN BELGESİ**



T.C.  
KOCAELİ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI:BI041SM4410009/Eğt/28047  
KONU:Zerrin ELİK Hak.

30.11.04

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
(Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğüne)

Üniversiteniz Yüksek Lisans öğrencisi Zerrin ELİK'in " Kadınların Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Kendi Kendine Meme Muayenesi" konulu tez çalışmasını yapmasında müdürlüğümüzce bir sakınca olmayıp, Merkez Sağlık Grup Başkanlığına konu ile ilgili bilgi verilmiş olup, adı geçen öğrencinin Sağlık Grup Başkanlığı ile temasa geçmesi hususunda, Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Filiz AK  
Sağlık Müdürü

Sn: Zerrin ELİK'e  
61r sunetini vevetim  
9.12.2004

C.E = 894  
09.12.2004

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
KOCAELİ İLİ  
Merkez Sağlık Grup Başkanlığı

Sayı : 3500/148/7227  
Şube : Eğitim  
Konu: Zerrin ELİK'in  
Anket Çalışması

01.12.04

.SANTRAL..SAĞLIK OCAĞI TABİBLİĞİ'NE

Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği bölümünde, Yüksek Lisans öğrencisi olan Zerrin ELİK'in "Kadınların Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Kendi kendine Meme Muayenesi" konulu tez çalışmasını Sağlık Ocağınızda yapacağından müracaatı halinde gerekli kolaylığın sağlanması hususunda.

Bilgilerinizi rica ederim.

Dr.Şeref KASIMOĞLU  
Kocaeli Merkez Sağlık Grup Başkanı



31.12.04 / 1502  


INDIANA UNIVERSITY



**EK 9 : SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ' Nİ GELİŞTİREN VİCTORIA LEE  
CHAMPION' DAN ARAŞTIRMA İÇİN GEREKLİ İZİN BELGESİ**

---

October 19, 2004

SCHOOL OF NURSING

Zerrin Elik  
Kocaeli Universitesi  
Kocaeli Sağlık Yuksek Okulu  
Kocaeli – Turkiye

Dear Ms. Elik,

Thank you for your interest in my work. Enclosed are the articles and instrument you requested. You have permission to revise the tool for your use as long as you cite my work and send me an abstract of your completed project.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "Victoria Champion".

Victoria Champion, DNS, RN, FAAN  
Associate Dean for Research  
Mary Margaret Walther/  
Distinguished Professor of Nursing  
Director of Cancer Control

CENTER FOR NURSING RESEARCH

1111 Middle Drive  
Indianapolis, Indiana  
46202-5107

317-278-2036  
Fax: 317-278-2021

VC:dg

Enclosure

*Located on the campus of  
Indiana University  
Purdue University  
Indianapolis*

**EK 10 : SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ' Nİ TÜRKÇE' YE ÇEVİREN SEBAHAT GÖZÜM VE İLKNUR AYDIN' DAN ARAŞTIRMA İÇİN GEREKLİ İZİN BELGESİ****msn**® **Hotmail**®

zerrinelik@hotmail.com

Printed: Friday, January 28, 2005 3:37 PM

**From :** Sebahat GÖZÜM <sgozum@atauni.edu.tr>  
**Sent :** Monday, December 27, 2004 7:19 AM  
**To :** "zerrin elik" <zerrinelik@hotmail.com>  
**Subject :** {Spam?} Re: kocaali üniversitesi

Zerrin hanım,  
ölçeği grubunuzda kullanabilirsiniz. Yardıma gereksiniminiz olursa lütfen çekinmeyin, yazın.  
Yıy çalışmalr.

----- Original Message -----

From: "zerrin elik" <zerrinelik@hotmail.com>  
To: <sgozum@atauni.edu.tr>  
Sent: Sunday, December 26, 2004 1:29 PM  
Subject: kocaali üniversitesi

> Sayın Hocam,  
>  
> Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksek Okulu Halk Sağlığı Hımpireliöi  
> Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Seçil Aksayan danışmanlıöynda yüksek lisans  
> öörencisiyim. Kocaeli Santral Sağlık Ocaöy Bölgesi'nde ikamet eden 20-60  
> yaş  
> grubundaki ev kadınlarınyın, bireysel olarak KKMM ile ilgili sağlık  
> inançları  
> ve gereksinimleri döörultusunda yapılan eöitimin etkinliöinin test  
> edilmesine yönelik yarı deneysel bir çalışma planlamaktayım.  
> Tarafınyızdan Türköe'ye uyarlanmış, geçerliliöi ve güvenilirliöi test  
> edilmiş  
> olan "Champion'un Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeöi"ni  
> çalışmamda kullanmam için gerekli izni tarafıyma vermenizi rica ediyorum.  
> Teşekkür ederim.  
> Saygılarımla.  
>  
> Zerrin Elik  
>  
>  
> 2 GB bellekle çok daha fazla e-posta saklama fırsatı için üye olun!  
> <http://www.msn.com.tr/security/>  
>

<http://by12fd.bay12.hotmail.msn.com/cgi-bin/getmsg?curmbox=F000000001&a=961f...> 28.01.2005