



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ'NİN
(MDDSÖ) GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

SİNEM SEZEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ. DR. DİLEK ÖZMEN

MANİSA 2017



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SİNEM SEZEN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DOÇ. DR. DİLEK ÖZMEN

TEZ SINAV JÜRİSİ

Doç. Dr. Dilek ÖZMEN	(Tez Danışmanı)
Yrd. Doç. Dr. Gülcengül MERMER	(Jüri Üyesi)
Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇETİNKAYA	(Jüri Üyesi)

MANİSA-2017

BEYAN

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına başından sona kadar etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde kendim topladığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynaklar listesinde tam olarak gösterdiğimi ve yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



Sinem SEZEN

İmza

TEŞEKKÜR

Öncelikle eğitimim süresince ve tez dönemim her anında yardımlarını ve sonsuz desteğini esirgemediği, beni anladığı ve kendimi ifade etmemi sağladığı için çok değerli danışmanım Doç. Dr. Dilek ÖZMEN'e

Mesleki bilgi ve deneyimleri ile yüksek lisans eğitimimde emeği bulunan değerli jüri üyesi Yrd. Doç. Dr. Aynur ÇETİNKAYA'ya,

Çalışmaya çeviri yaparak ve uzman görüşü vererek katkı sağlayan tüm öğretim üyelerine, verilerin analizinde desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Suriye ÖZGÜR'e, yüksek lisans eğitimim sürecine desteklerini esirgemeyen değerli araştırma görevlisi arkadaşlarım Damla ŞAHİN BÜYÜK, Ali TARHAN ve Fatma UYAR'a, çalışma arkadaşım Gülnur KILINÇ'a, veri toplama aşamasında destekleriyle bana kolaylık sağlayan Bostanlı 1, Örnekköy 10 ve Karşıyaka 24 No'lu Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan hekim, hemşire ve ebelere, çalışmaya gönüllü olarak destek veren tüm katılımcılara,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi yüksek lisans eğitimimde ve tez süresince vermiş olduğu desteklerden dolayı sevgili eşim Serdar SEZEN'e teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	4
1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ.....	4
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	8
1.3. ARAŞTIRMA SORULARI	8
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1.DÜNYADA ve TÜRKİYE’DE KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ	9
2.1.1 Dünyada ve Türkiye’de Meme Kanseri Epidemiyolojisi	11
2.2. MEME KANSERİ ETİYOLOJİSİ	13
2.3. MEME KANSERİNDEN KORUNMA	18
2.3.1. Birincil Koruma	19
2.3.2. İkincil koruma.....	20
2.3.3. Üçüncül koruma.....	21
2.4. MEME KANSERİNDE ERKEN TANI ve TARAMA YÖNTEMLERİ	21
2.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM).....	23
2.4.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM).....	24
2.4.3. Mamografi	25
2.5. ÜLKEMİZDE YAPILAN KANSER ÖNLEME ve TARAMA PROGRAMLARI.....	28
2.6. TRANSTEORİK MODEL (TTM)	30
2.6.1. Değişim Aşamaları	32
2.6.1.1.Düşünmeme aşaması.....	32

2.6.1.2. Düşünme aşaması.....	33
2.6.1.3. Hazırlık	34
2.6.1.4. Hareket.....	34
2.6.1.5. Sürdürme.....	34
2.6.2. Değişim Seviyeleri.....	35
2.6.3. Davranış Değişim Süreci	36
2.6.3.1. Deneysel (bilişsel) süreçler	36
2.6.3.1.1. Bilinçlenme (farkındalığın artması).....	37
2.6.3.1.2. Duygusal uyarılma.....	37
2.6.3.1.3. Çevreyi yeniden değerlendirme	37
2.6.3.1.4. Kendini yeniden değerlendirme.....	37
2.6.3.1.5. Sosyal özgürleşme (çevresel fırsatlar)	37
2.6.3.2. Davranışsal süreçler	37
2.6.3.2.1. Karşıt koşullama/ yerine koyma	38
2.6.3.2.2. Destekleyici ilişkiler	38
2.6.3.2.3. Güçlendirme (ödüllendirme).....	38
2.6.3.2.4. Kendisi ile anlaşma.....	38
2.6.3.2.5. Uyarıların kontrolü.....	38
2.7. TRANSTEORİK MODELİN HEMŞİRELİKTE KULLANIMI	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	40
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI	40
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ	40
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	42
3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	42
3.5.1. Birey Tanıtım Formu	42
3.5.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ)-(Mammography Processes of Change Scale)	42
3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	43
3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	44
3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	45
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	45

4. BULGULAR	47
4.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİNE GİREN KADINLARA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR.....	47
4.2. MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK BULGULARI.....	49
4.2.1. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Dil Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	50
4.2.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	50
4.2.3. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	52
4.2.3.1. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Açıklayıcı Faktör Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	52
4.2.3.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Doğrulayıcı Faktör Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	55
4.2.4. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Yordama Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	56
4.3. MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİK BULGULARI.....	59
4.3.1. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçları.....	60
4.3.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin İç Tutarlığının Değerlendirilmesi.....	61
4.3.3. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi.....	64
5. TARTIŞMA	66
5.1. MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK BULGULARI.....	66
5.1.1. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeğinin Kapsam Geçerliği.....	66
5.1.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	66
5.1.3. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Yordama Geçerliğinin Değerlendirilmesi.....	68
5.2. MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİK ANALİZLERİ.....	69

5.2.1. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçlar	70
5.2.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi.....	70
5.2.3. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
6.1. SONUÇ	73
6.2. ÖNERİLER	74
7. KAYNAKLAR	76
8. EKLER.....	95
EK-1. Birey Tanıtım Formu.....	95
EK-2. T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Onayı.....	98
EK-3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu İzin Yazısı	99
EK-4. Ölçek Sahibinden İzin Belgesi	100
EK-5. Mammography Processes of Change Scale (Orijinal Ölçek).....	101
EK-6. Birey Bilgilendirme ve Onam Formu	102
EK-7. Özgeçmiş.....	104
EK-8. Orijinallik Raporu.....	105

KISALTMALAR DİZİNİ

ACS	: American Cancer Society
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ENCR	: Avrupa Kanser Kayıtçılar Ağı
EUROSCREEN	: Avrupa Tarama Grubu
GLOBOCAN	: Dünya Kanser Veri Tabanı
HRT	: Hormon Replasman Tedavisi
HUB	: Bölgesel Eğitim Merkezi
IARC	: Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
KGI	: Kapsam Geçerliği İndeksi
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
MDDSÖ	: Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği
MTHFR	: Metilentetrahidrofolatredüktaz
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TTM	: Transteorik Model /Teoriler Üstü Model
TTOD	: Türkiye Tıbbi Onkoloji Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu 2012 Yılı Verilerine Göre Dünya Kanser İstatistiklerinde Türkiye'nin Durumu (Deri Hariç Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları, 100.000'de).....	10
Tablo 2. Globocan 2012 Verilerine Göre Kadınlarda Görülen İlk Beş Kanser	12
Tablo 3. Meme Kanseri Risk Faktörleri	14
Tablo 4. Araştırmanın Yürütüldüğü ASM Bölgelerinin Sosyo-Ekonomik Sınıflandırması	41
Tablo 5. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Teknikleri için Yapılan Analizler	45
Tablo 6. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=232)	47
Tablo 7. Kadınların Meme Kanseri Taramalarına İlişkin Düşünce ve Davranışlarının Dağılımı (n=232).....	48
Tablo 8. Uzmanların Değerlendirme Sonuçları ve Kapsam Geçerliği İndeksi (KGI)	51
Tablo 9. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçek Maddelerinin Faktör Yük Değerleri ve Faktörlerin Varyansı Açıklama Oranları (n = 232).....	53
Tablo 10. Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri Normal Değeri ve Modelin Değerleri.....	56
Tablo 11. Kadınların Yaşamı Boyunca Mamografi Çektirme Durumu ile MDSS Ölçeği' nin Puanlarının Karşılaştırılması (n=232).....	57
Tablo 12. Kadınların Düzenli (İki yılda bir kez) Mamografi Çektirme Durumu ile MDSS Ölçeği' nin Puanlarının Karşılaştırılması (n=232)	58
Tablo 13. Kadınların Gelecekteki İki Yıl İçinde Mamografi Çektirmeyi Düşünmesi ile MDSS Ölçeği' nin Puanlarının Karşılaştırılması (n=232)	59
Tablo 14. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	60
Tablo 15. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği' nin Toplam ve Alt Boyutları İç Tutarlılık Katsayıları (n = 232)	61

Tablo 16. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçek Madde-Toplam Puan Korelasyon ve Cronbach Alfa Katsayısı (n = 232)	62
Tablo 17. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeğinin Madde-Alt Boyut Puan Korelasyonları ve Alt Boyut Ölçek Toplam Korelasyonu (n = 232).....	63
Tablo 18. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği Toplamı ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Korelasyonları (n =60)	64



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Mamografi Davranış Değişim Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi 55



Başlık: Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeğinin (MDDSÖ) Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması

Öğrencinin adı: Sinem SEZEN

Danışman: Doç. Dr. Dilek ÖZMEN

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Hemşireliği

ÖZET

Amaç: Çalışmada, Prochka ve arkadaşları tarafından 1982 yılında geliştirilen “Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği”nin (Mammography Processes of Change Scale) Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Metodolojik tipte olan araştırmanın evrenini İzmir ili Karşıyaka ilçesine bağlı Bostanlı 1, Örnekköy 10 ve Karşıyaka 24 No’ lu ASM’ ye kayıtlı 40-69 yaş grubu 232 kadın oluşturdu. Araştırmanın verileri Eylül 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında toplandı. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği 22 madde ve dört alt boyuttan (bilgi edinme, paylaşım ve iletişim, düzenli tarama kararlılığı, sağlık bakım sisteminden kaçınma ve düzenli tarama davranışı) oluşan 5’li Likert tipi bir ölçektir.

Bulgular: Ölçeğin toplamının Cronbach Alfa değeri 0,93 bulunurken, alt boyutların Cronbach Alfa sayısı ise; bilgi edinme paylaşım ve iletişim 0,92; düzenli tarama kararlılığı 0,84; sağlık bakım sistemlerinden kaçınma 0,78 ve düzenli tarama davranışı 0,64 olarak hesaplandı. Ölçek maddelerinin madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0,45 - 0,76 arasında idi. Ölçeğin zamana bağlı değişkenliği için yapılan test-tekrar test analizi sonucunda her iki uygulamaya ilişkin korelasyon katsayısı 0,96 olarak hesaplandı. Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Ölçek orijinali gibi dört alt boyuttan oluşmakta ve toplam varyansın %63’ünü açıklamaktaydı. Doğrulayıcı faktör analizi ile sınanan modelin uyum göstergeleri; χ^2/df CMIN/df 1, 83, RMSA: 0, 06, NFI: 0, 890 ve CFI: 0, 944 olarak bulundu.

Sonuç: Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği’ nin Türkçe formunun geçerlik-güvenirlik sonuçlarının kabul edilebilir düzeyde olduğu, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabileceği belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Mamografi, Ölçek, Geçerlik, Güvenirlik.

Title: Reliability and Validity Study of Mammography Processes of Change Scale

Student name: Sinem SEZEN

Supervisor: Assoc. Prof. Dilek ÖZMEN

Department: Public Health Nursing

ABSTRACT

Aim: The research was performed methodically to test the validity and reliability of Mammography Processes of Change Scale of Turkey.

Method: This methodologic research was conducted with 232 women between the ages of 40 to 69 who are gone to the Bostanlı No:1, Örnekköy No: 10 and Karşıyaka no:24 health care centers in İzmir, Turkey. Mammography Processes of Change Scale consists of 22 items and four subscales (Information Sharing and Communication, Consistency of Regular Screening ,Avoidance of getting in Contact with the Health Care System, Process of Regular Screening) in five-likert type scala.

Findings: Cronbach Alpha for the total scale is found out to be .93. Cronbach Alpha factor for subscales is, .92 for Information Sharing and Communication, is .84 for Consistency of Regular Screening, is .78 for Avoidance of getting in Contact with the Health Care System and .64 for Process of Regular Screening. Total score- item correlation coefficient of the scale was obtained between .45-.76. Test-retest analysis was performed to evaluate the variation of the scale according to time and the reliability is found out to be $r=.96$.

Confirmatory factor analysis is performed for the assessment of the validity of the scale The scale consists of four subscales and it explains 63% of the total variance.

The model was tested via confirmatory factor analysis: X^2/df (CMIN/df : 1, 83, RMSA: 0, 06, NFI: 0, 890 ve CFI: 0, 944).

Results: It's determined that, the Turkish version of Mammography Processes of Change Scale which has the same subscales with the original one has acceptable level of validity and reliability and it can be used as a scale.

Key words: Mammography, Scale, Validity, Reliability



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ

Kanser dünyada olduğu gibi ülkemizde de nedeni bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sıradadır ve önemli bir halk sağlığı sorunudur (T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi.pdf Erişim tarihi: 20.12.2016). 2012 yılı Globocan verilerine göre dünyada 14,1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm gerçekleşmiştir (Globocan 2012, <http://globocan.iarc.fr>, Erişim tarihi: 20.12.2016; World Cancer Research Fund International “Breast Cancer” http://www.wcrf.org/cancer_statistics/ Erişim tarihi: 20.12.2016).

Dünya nüfusunun artmasına ve yaşlanmaya bağlı olarak kanser artış hızının devam etmesi halinde 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser teşhisi konulacağı belirtilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013, <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html> Erişim tarihi: 15.02.2017; WHO Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/> Erişim tarihi: 15.01.2017).

Türkiye kanser haritasına bakıldığında her yıl yaklaşık 150 000 yeni kanser tanısı konulmaktadır. Bu kanserler arasında erkeklerde en sık akciğer, kadınlarda ise meme kanseri görülmektedir. Bölgeler ve şehirler arasında ise kanser sıklığı açısından belirgin bir fark söz konusu değildir (T.C.Sağlık Bakanlığı <http://www.saglik.gov.tr/TR,3278/dunya-ve-turkiyede-kanser-02042012.html> Erişim tarihi:15.02.2017).

Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu (IARC) kanser artış hızları arasında meme kanserindeki artışa özellikle dikkat çekmektedir. 2012 yılı verilerine göre

kadınlarda meme kanseri insidansının önceki tahminlere göre %20, meme kanserinden ölümlerin ise %14 arttığını belirtmektedir (Globocan 2012 <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 20.12.2016). Meme kanseri kadınlarda görülebilen kanserler arasında en çok tanı konulan ve en sık mortaliteye sebep olan kanser türüdür. Dünyada kanser tanısı alan her dört kadından birinin meme kanseri olduğu belirtilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html> Erişim tarihi: 15.02.2017).

Dünyada her üç dakikada bir kadın meme kanseri teşhisi konulmaktadır ve her 11 dakikada ise meme kanseri nedeni ile bir kadın yaşamını kaybetmektedir (Özmen 2013). Yaşamı boyunca ortalama riske maruz kalan bir kadın için meme kanserine yakalanma oranı %7,8, mortalitesi ise %2,3'dür (T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.12.2016).

Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu Başkanı Dr. Wild'e göre meme kanserinin kadınların yaşam şekillerindeki değişimlerden kaynaklandığını belirtmektedir. Meme kanseri insidansı gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla, meme kanseri mortalitesi ise gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha azdır. Dr. Wild, bunun sebebini az gelişmiş ülkelerdeki kadınların meme kanseri teşhis, tarama ve tedavi olanaklarına ulaşımındaki zorluklardan kaynaklandığını belirtmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html>. Erişim tarihi: 15.02.2017).

Ayrıca gelişmekte ve gelişmiş bazı ülkelerde meme kanseri görülme sıklığı artarken mortalite oranının fazla olması bu ülkelerde toplum tabanlı tarama programlarının yetersiz olması ve halkın meme kanseri konusunda farkındalığını artıracak eğitimlerin yetersizliği ile açıklanmaktadır (Akdağ 2014; American Cancer Society, <http://www.cancer.org>, Erişim tarihi: 02.12.2016).

Tarama programları ile erken evrede meme kanseri tanısı koyulması mortalite ve morbitide oranlarını değiştirebileceği gibi uygulanacak tedavi yöntemini belirlemede de büyük önem taşımaktadır (Hyattsville 2001; Özmen ve ark. 2009; Durdiyeva ve ark. 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kadınlarda meme kanseri

mortalite, morbidite oranlarını azaltmada ve erken teşhiste kendi kendini muayene, klinik meme muayenesi ve mamografinin önemli olduğunu vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.12.2016).

Mamografi meme kanserinde mortaliteyi azaltan en etkin tarama yöntemidir (Thompson ve ark. 2005; Açıkgöz 2010; Arslan ve Şahin 2013; Tuzcu ve Zühal 2015). Ülkemizin farklı bölgelerinde, farklı eğitim ve kültür düzeyine sahip kadınlar ile yürütülen çalışmalarda mamografi çekirme oranı ile ilgili değişik sonuçlar elde edilmiştir. Fakat yapılan bu çalışmaların birçoğunda kadınların mamografi çekirme oranı oldukça düşüktür (Dişciğil ve ark. 2007; Açıkgöz ve ark. 2015; Özçam ve ark. 2014; Mermer ve Türk 2014).

Kadınların tavsiye edilen aralıklarla düzenli mamografi çekirmesinde mamografi ile ilgili geçmişte yaşadıkları deneyimleri, sağlık davranışları ve sağlık inançlarının gelecekteki taramalara katılımı etkilediği gözlemiştir (Carney ve ark. 2005; Lechner ve ark. 2004; Mermer ve Türk 2014).

Literatürdeki sağlığı geliştirme çalışmalarında kullanılan modellerde kadınların mamografi çekirme davranışlarının en önemli belirleyicileri; meme kanseri ile ilgili sağlık kuruluşlarından daha önce eğitim alma, mamografi hakkında bilgi sahibi olma ve sağlık konusunda yüksek bilinç düzeyinde olmaları belirtilmektedir (Speedy ve Hase 2000; Glanz ve ark. 1993; Şeçginli ve Nahçıvan 2006; Akkaş ve ark. 2007; Ersin ve Zühal 2012; Gençtürk 2013).

Toplum ve bireyle sürekli iletişimde bulunan hemşireler olumsuz sağlık davranışı konusunda sağlık danışmanlığı yaparak, bireylere yeterince rahat ve güvenli hissedecekleri özenli, güvenilir bir ortam sağlayıp, yeterli, anlaşılır bilgi vererek doğru sağlık alışkanlıkları geliştirmesinde önemli bir göreve sahiptir (Kanbur ve Çapık 2011).

Hemşirelik literatüründe bireylere yönelik sağlık risklerini azaltmak için gerekli olan yaklaşımın davranış değişimi olduğuna vurgu yapılmaktadır (Koyun 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılı hedefleri sağlığı koruma ve geliştirme programları kapsamında hemşirelere önemli görevler düştüğünü belirtmiştir (WHO 2009). Hemşireler sağlığı geliştirme ve hastalıkları erken dönemde önleme programlarında bazı davranış geliştirme modellerini rehber olarak kullanmaktadır

(Özdemir ve Taşçı 2013; Taş ve ark. 2015; Ergul ve Temel 2009; Kamişli ve Öz 2011; Karatay ve ark 2010; Güngörmüş 2010; Koyun 2013; Mermet ve Türk 2014).

Bu modellerden biri olan Transteorik Model davranış değişimini kolaylaştırmak için geliştirilmiştir (Prochaska ve DiClemente 1983, Prochaska ve Velicer 1997).

Transteorik Model’de (Teoriler Üstü Model /TTM) davranış değişimi; aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak tanımlanır ve ilk kez Prochaska ve DiClemente (1982) tarafından geliştirilmiştir. Geleneksel davranışçı yaklaşımlarda, keskin değişim ve doğrudan sonuç beklenirken, modelde ise bireylerin isteyerek davranış değişikliğini gerçekleştirmesine ve değişim sürecini anlaması üzerine odaklanır. Model, sonuçların doğru değerlendirilmesini, ilerlemelerin ölçülmesini ve girişimlerin etkinliğini değerlendirir (Taş ve ark. 2016).

Model başta sigara içme davranışı olmak üzere birçok olumsuz sağlık davranışlarını olumluya döndürmede kullanılmıştır (DiClemente ve Prochaska 1982; Prochaska ve DiClemente 1983; Marcus ve Simkin 1994; Rakowski ve ark.1993). Model ile ülkemizde güneşten korunma, sigara içme, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme davranışları değişim süreci çalışmaları yürütülmüştür (Marcus ve Simkin 1994; Özdemir ve Taşçı 2013; Taş ve ark. 2015; Ergul ve Temel 2009; Kamişli ve Öz 2011; Karatay ve ark 2010).

Transteorik Model yapısını oluşturan değişim süreci aşamasında kullanılan Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ) bireylerin mamografi çektirmeye hazır hale gelme süreci ve sağlık personelleri tarafından değişime nasıl yardımcı olunabileceğini değerlendiren bir ölçektir. Ülkemizde mamografi davranış değişim sürecini ölçen bir ölçeğin olmadığı ve değişim sürecini değerlendirmeyi ölçmede kullanılacak bir araca gereksinim olduğundan yola çıkılarak bu ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmasının yapılmasına karar verilmiştir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada Mamografi Davranış Değişim S¼reci ¼lçeęi (Mammography Processes of Change Scale-MDDS¼)nin T¼rkçe ge¼erlik ve g¼venirlik ¼z¼mlmelerinin yapılması ama¼lanmıŐtır.

1.3. ARAŞTIRMA SORULARI

Araştırmada genel ama¼ doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıŐtır:

1. Mamografi Davranış Değişim S¼reci ¼lçeęinin T¼rkçe formu ge¼erli bir ¼l¼m aracı mıdır?
2. Mamografi Davranış Değişim S¼reci ¼lçeęinin T¼rkçe formu g¼venilir bir ¼l¼m aracı mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Kanser, dünyada ve ülkemizde morbidite ve mortalitesindeki artış ile önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı <http://kanser.gov.tr/Dosya/onleme/kanseronleme.pdf>, Erişim tarihi: 20.01.2017; Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm Nedeni İstatistikleri 2012 <http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 12.01.2017).

Dünyada yaklaşık 32,6 milyon kişi kanser tanısı ile yaşamını sürdürmektedir (Cancer Research Uk, <http://www.Cancerresearchuk.org>, Erişim tarihi: 22.01.2017; Yalçın ve Sarı 2015). Globocan verilerine göre 2012 yılında dünyada yaklaşık 14,1 milyon bireyin yeni kanser tanısı aldığı ve 8,2 milyon kişinin ise kanser nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Dolayısıyla 2012 yılı tahminleri incelendiğinde önceki yıllara göre morbiditenin ve mortalitenin artışı gözlenmiştir (T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013 <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 11.12.2016; Globocan 2012 <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 25.01.2017).

Ülkemizde ise 2012 yılı istatistiklerine göre bir yıl içinde yaklaşık 174 000 kişiye kanser teşhisi konulmuş, 2013 yılı kanser istatistiklerine göre ise 103 070 erkek ve 71 233 kadının kanser tanısı aldığı tahmin edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.12.2016).

Tablo 1. Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu 2012 Yılı Verilerine Göre Dünya Kanser İstatistiklerinde Türkiye'nin Durumu (Deri Hariç Yaşa Göre Standardize Edilmiş Hızları, 100.000'de)

	Erkek	Kadın
Dünya	205,4	165,3
IARC'a üye 24 ülke	236,4	192,5
AB (28 Ülke)	314,9	243,2
ABD	347	297,4
Türkiye	234,4	150,9

Kaynak: Globocan 2012, Erişim adresi: <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 25.01.2017

Türkiye'deki 2012 yılı kanser insidansı verilerine göre, Tablo 1'de görüldüğü gibi dünyada görülen kanser insidansından fazladır. Gelişmişlik düzeyi yüksek olan Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika'da kanser insidansı, hem kadınlarda hem de erkeklerde Türkiye'den daha yüksek bir hızla seyretmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013 http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_, Erişim tarihi:15.01.2017).

Kanser artışının devam etmesi durumunda 2020 yılına kadar dünyada yıl içinde yeni kanser tanısı alan birey sayısı 2000 yılına göre %65'lik bir artışla 17 milyona ulaşabileceği öngörülmektedir (WHO Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/> Erişim tarihi: 15.01.2017).

Gelecek 20 yıl içinde nüfus mevcut küresel kanser oranlarının değişmeyeceği dünya da kanser insidansının 2030 yılına kadar 21,4 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (Globocan 2012, <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 25.01.2017; World Health Organization, 2010 http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu, Erişim tarihi: 15.01.2017; Globocan 2012, <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 25.01.2017; World Health Organization, 2010 http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu, Erişim tarihi: 15.01.2017; Bağ 2013; WHO Global cancer rates could increase by 50% to 15

million by 2020 <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/> Erişim tarihi: 15.01.2017).

Dünyada, en sık tanı konulan kanserler ise sırasıyla akciğer (%13,0), meme (%11,9) ve kolon kanseri (%9,7), kanserden ölümlerde ise ilk sırada akciğer (%19,4), ikinci karaciğer (%9,1) ve üçüncü sırada mide kanseri (%8,8) olduğu belirtilmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr/>, Erişim tarihi:15.01.2017; American Cancer Society 2016, <http://www.cancer.org>, Erişim tarihi: 20.04.2016).

Türkiye’de ise en sık tanı konulan kanser türleri sırasıyla dünyada ve diğer ülkelerin verileri ile benzerlikler göstermektedir. Erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (59,3/ 100000 kişide YSH (Yaşa Standardize Hız), kadınlarda meme kanseri (45,9/ 100000 kişide YSH) ilk sırada görülen kanser türlerlerindedir. Kolorektal kanserlerine kadınlarda ve erkeklerde üçüncü sırada görülmekte olup, erkeklerde yüz binde 24,4 ve kadınlarda ise yüz binde 15,3 sıklıkta olduğu tahmin edilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013 http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANArapor , Erişim tarihi:15.01.2017).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 yılına ait veriler incelendiğinde ülkemizde kanser nedeniyle ölümler ikinci sırada (%20) yer almaktadır ve sıralamanın daha önceki yıllara göre değişmediği görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2015 <http://www.tuik.gov.tr> , Erişim tarihi: 12.01.2017).

2.1.1 Dünyada ve Türkiye’de Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinin en başında meme kanseri yer almaktadır (World Cancer Research Fund International “Breast Cancer” <http://www.wcrf.org/cancer.statistics/>Erişim tarihi: 20.12.2016). Globocan 2012 yılı verilerine göre, dünyada her yıl 1,67 milyon yeni meme kanseri tanısı alan kadınların 522.000’ sinin meme kanseri nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir (Globocan 2012, <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 20.12.2016).

Meme kanseri kadınlardaki tüm kanser türlerinin yaklaşık %25’ini oluşturmaktadır (American Cancer Society 2010 <http://www.cancer.org>, Erişim

tarihi: 02.5.2016; World Cancer Research Fund International “Breast Cancer” http://www.wcrf.org/cancer_statistics/, Erişim tarihi 20.12.2016). İstatistiklere göre dünyada kanser olan her dört kadından birinin meme kanseri olduğu görülmektedir (Özmen 2015).

Tablo 2. Globocan 2012 Verilerine Göre Kadınlarda Görülen İlk Beş Kanser

Türkiye	Dünya	IARC'a üye 24 Ülke	AB (28 Ülke)	ABD
Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
Troid	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
Kolorektal	Uterus serviksi	Akciğer	Akciğer	Kolorektal
Uterus korpusu	Akciğer	Uterus serviksi	Uterus korpusu	Troid
Akciğer	Uterus korpusu	Uterus korpusu	Uterus serviksi	Uterus

Kaynak: Türkiye Birleşik Veri Tabanı, Globocan 2012, <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 20.12.2016).

Türkiye’de kadınlarda ilk sırada görülen meme kanseri dünya ve diğer gelişmiş ülkeler ile benzerlik göstermiştir (Tablo 2).

Dünyada meme kanseri ortalama insidansı yüz binde 38-40 iken, Avrupa’da yüz binde 66-67, Türkiye’de ise bu oran yüz binde 40’dır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 11.12.2016).

Meme kanseri insidansının, ülkelerin gelir düzeylerine göre farklılık gösterdiği yüksek gelirli ülkelerin düşük gelirli ülkelere göre dört kat fazla insidansa sahip olduğu bildirilmektedir (Globocan 2012, <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 20.12.2016). Gelişmiş ülkelerde meme kanseri görülme sıklığı fazla olmasına rağmen, meme kanserinden ölümlerin gelişmiş ülkelerde 198.000 ölüm (%15,4) gelişmekte olan ülkelere ise 324.000 ölüm (%14,3) ile daha düşük olduğu görülmektedir (Globocan 2012, <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 20.12.2016). Türkiye’de ise meme kanserinden ölümlerin 5.199 kişi (%13,4) olduğu tahmin edilmektedir (World Health Organization, http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_, Erişim tarihi: 07.01.2017).

Meme kanseri gelişmekte olan ÷lkelerde ilk sırada kansere bağlı ölüm nedeni iken gelişmiş ÷lkelerde ise akciğer kanserinden sonra ikinci ölüm nedenidir (Cancer Research Uk ,<http://www.cancerresearchuk.org>, Erişim tarihi: 29.01.2017). Dünyada ise tüm kanser nedenli ölümlerde meme kanseri beşinci sıradadır (Globocan 2012, <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 20.12.2016).

Meme kanserinden ölüm oranlarının ise yarısından fazlasının az gelişmiş ÷lkelerde olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle, öncelikle az gelişmiş ÷lkelerde erken teşhis ve tarama programlarının artırılması, meme kanseri konusunda halka yeterli eğitimlerin düzenlenmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.09.2016; Haydaroğlu ve ark. 2005; Saatçi 2014)

2.2. MEME KANSERİ ETİYOLOJİSİ

Meme kanserinin gelişmesinde pek çok risk faktörü bilinmekle beraber etiyojisi tam olarak bilinmemektedir (Göcen 2008; Somunoğlu 2009). Meme kanserinin kadınlardaki insidansı ve mortalite oranı düşün÷ldüğünde etiyojisinin belirlenmesi, önceliklerin tespit edilmesi büyük önem taşımaktadır (Erkin ve Ardahan 2014).

Bireyin meme kanseri olmasında pek çok risk faktörü bulunmasına rağmen en önemlileri yaş, cinsiyet, aile öyküsü, genetik, çevresel, hormonal, psiko-sosyal faktörler gibi faktörlerdir ve Tablo 3'te gösterilmiştir (Saslow ve ark. 2007; Güllüoğlu 2008; Özen 2010; Demirkazık 2014; ACS 2015; http://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm; Erişim tarihi: 25.02.2017) .

Tablo 3. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Majör Risk Faktörleri	Minör Risk Faktörleri
<ul style="list-style-type: none">• Cinsiyet (kadın olmak)	<ul style="list-style-type: none">• Erken menarş, geç menapoz
<ul style="list-style-type: none">• İleri yaş	<ul style="list-style-type: none">• Hormon replasmanı tedavisi, oral kontraseptif kullanımı
<ul style="list-style-type: none">• Diğer memede invaziv kanser veya duktal karsinoma insitu	<ul style="list-style-type: none">• Doğurganlık ve emzirme
<ul style="list-style-type: none">• Meme kanseri özellikleri taşıyan 1. dereceden aile ferdi	<ul style="list-style-type: none">• Yaşam biçimi (sigara, alkol, diyet, obezite, fiziksel aktivite)
<ul style="list-style-type: none">• Genetik yatkınlık,	<ul style="list-style-type: none">• Sosyo ekonomik durum, etnik faktörler

Kaynak: Özen M. HER2 Pozitif Meme Kanseri Hastalarında Adjuvan Tedaviye 9 Haftalık Trastuzumab Eklenmesi: Retrospesifik Analiz. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2010, Ankara.

Cinsiyet; meme kanseri erkeklerde de görülebilmesine rağmen kadınlar en büyük risk altındadır. Meme kanserinde kadın cinsiyeti 100 kat artmış riski ifade eder (Aslan ve Gürkan 2007; Koçak ve ark. 2011).

Yaş; cinsiyet sonrası ikinci doğal risk faktörü yaştır (Ravdin ve ark. 2007; Kozan ve Tekgöz 2016). Meme kanseri insidansı 40 yaş itibariyle hızla artmaktadır (Demirkazık 2014). Meme kanseri gelişme riski 35-39'lu yaşlarda %0,3 iken, 40- 45 yaş aralığında %0,6'ya yükselmekte ve meme kanseri tanısı alan kadınlar üzerinde yapılan araştırmalarda, %70' inin yaşının 50 yaş ve üzerinde olduğu ifade edilmektedir (Ünal ve Orgun 2006; Engin 2005; Berg 2009; Demirkazık 2014).

Genetik yatkınlık; meme kanseri ve gen ilişkisine yönelik yapılan çalışmalarda, gen yatkınlığı ile meme kanseri arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kaya 2014). Kalıtsal meme kanserinde otozomal dominant karakterli kalıttan sorumlu olan BRCA1 ve BRCA2 mutasyonlarıdır (Merey 2002; Gençay 2007; Engin 2005). BRCA1 pozitifliğine sahip bir kadında yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riski %85 iken BRCA2 pozitifliğinde ise risk %40-45'dir (Koçak ve ark. 2011) .

En yüksek risk olarak kabul edilen BRCA1 ve BRCA2 mutasyonu taşıyıcılarında farkındalığın sağlanması için 18 yaşından itibaren aylık düzenli kendi kendine meme muayenesi yapılması, 25 yaşından itibaren ise altı aylık periyotlarda klinik meme muayenesine başlanmalıdır. 25-29 yaşlar arasında ise yıllık olarak

memenin MR ile taramasının yapılması ve 30-75 yaş arasında ise yıllık mamografi ve meme MR' nin birlikte çekilmesi önerilmektedir (Fındık 2007; Merey 2002; Gençay 2007; Engin 2005 ;https://www.nccn.org/store/login/login.aspx?ReturnURL=https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_screening.pdf ;Erişim tarihi 22.02.2017; Özen 2010).

Aile öyküsü; bireyler genetik mutasyona sahip değılsede meme kanseri tanısı alan bireylerin yaklaşık %10-20'sinde aile öyküsü olduğu tespit edilmesinden dolayı ailede meme kanseri öyküsü önemli risk faktörüdür. 80 yaşına kadar yaşayan kadında meme kanserli 1. derece yakını yoksa meme kanseri insidansı %7,8 iken, bir tane 1. derece yakınında meme kanseri varsa risk %13,3, iki tane 2. derece yakınında meme kanseri varsa risk %21,1'e çıkmaktadır (Berg 2009; Demirkazık 2014 <https://www.cancer.gov/bcrisktool/breast-cancer-risk.aspx>; Erişim tarihi: 24.02.2017).

Diğer memede invaziv kanser veya duktal karsinoma insitu; meme kanseri geçirmiş ve tedavi olmuş kadınlarda, karşı memede de kanser gelişme meme kanseri olmayanlara göre beş kez fazladır (Aslan ve Gürkan 2007; Eroğlu ve ark. 2010). Meme kanseri tanısı konulmuş kadınlarda diğer memede kanser gelişme riski yılda %0,5- 1 olup, tanıdan sonraki 10 yıl içinde meme kanserine yakalanma riski %5-10 olarak ifade edilebilir (Bordeleau ve ark. 2007).

Erken menarş, geç menopoz; erken menarş (12 yaş öncesi), geç menopoz (55 yaş sonrası), meme kanseri oluşumu açısından birer risk faktörüdür (Wrensch ve ark. 2003; Aslan ve Gürkan 2007; Göcen 2008; Eroğlu ve ark. 2010; Koçak ve ark 2011). Meme kanseri riski 45 yaşından sonra menopoza giren kadınlarda her yıl için %3 artmaktadır (Demirkazık 2014).

Hormon Replasman Tedavisi (HRT) ve oral kontraseptif kullanımı; HRT tedavisini literatürde meme kanserine yakalanma riskini artırdığı savunulmuştur (İtili 2009; Dereceli 2013). Oral kontraseptiflerinde, uzun süreli kullanıcılar da meme kanseri riskinde hafif bir artışa neden olduğu belirtilmektedir. Ancak literatüre göre bu etkinin kısa süreli olduğu gözlenmiştir (İtili 2009; Dereceli 2013). WHO'ya göre ise enjeksiyon yöntemi veya kısa süreli kontraseptif kullanımı ile meme kanseri riski

arasında bir ilişki gösterilmemiştir (Engin 2005). Çalışmalarda da oral kontraseptif kullanımının meme kanseri riskini etkilemediği desteklenmektedir (Marchbanks ve ark. 2002; Koçak ve ark. 2011).

Doğurganlık ve emzirme; emzirmenin meme kanseri riskini azalttığı, ayrıca emzirmeyen kadınlarda bu riskinin yüksek olduğu savunulmaktadır (Lee ve ark. 2003; Aslan ve Gürkan 2007; Eroğlu ve ark. 2010).

Erken gebelik yaşı, gebelik sayısının fazla olması ve emzirme ile meme kanseri riskini %30 oranında azaltılabileceği gösterilmiştir (TC. Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.03.2017; Aslan ve Gürkan 2007; Stenier ve ark 2008). Bazı kaynaklarda emzirmenin meme kanseri üzerindeki etkisini tam olarak anlayamadığını belirtse de, laktasyonla beraber ovulasyon döneminin kısalmasının meme kanseri riskinin azalmasında etkili olduğu konusunda görüş birliğine varılmıştır (Gençay 2007; Dereceli 2013).

Litaretürde erken gebelik yaşı, gebelik sayısının fazla olması ve emzirme ile meme kanseri riskinin %30 oranında azaltılabileceği belirtilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.03.2017; Aslan ve Gürkan 2007; Stenier ve ark 2008).

Yaşam biçimi (sigara, alkol, diyet, obezite, fiziksel aktivite); Dünya Sağlık Örgütü' nün yayınladığı rapora göre, meme kanseri görülme sıklığını tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, şişmanlık, yetersiz fiziksel aktivite ve alkol kullanım, kilo alımı, yetersiz ve dengesiz beslenme, sanayileşme meme kanseri riskini artıran faktörler yönündedir (WHO 2010; Özmen ve ark 2009).

Araştırmalar alkol tüketiminin meme kanseri etiyolojik faktörlerinden birisi olduğunu ortaya koymaktadır. Günde üç ya da daha fazla sayıda alkollü içecek tüketmek, riski yüzde 30-50 oranında artırmaktadır, günlük içilen her içki, yaklaşık yüzde 7 daha yüksek risk anlamına gelmektedir (World Health Organization (WHO), 2010 http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu, Erişim tarihi: 15.01.2017). Ayrıca araştırmalar meme kanserinin kilo ile anlamlı ilişkisinin olduğunu göstermiştir (İtili 2009; <https://www.cancer.gov/types/breast/risk-fact-sheet>; Erişim tarihi: 25.02.2017).

Özellikle menapoz sonrası kilo artışı ile meme kanserinin ilişkili olduğu belirtilmektedir

(http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadin_sagligi_ve_sismanlik.pdf; Erişim tarihi: 25.02.2017; Aslan ve Gürkan 2007).

Fiziksel aktivitenin az olması meme kanseri riskini arttırmaktadır (Bordeleau ve ark. 2007; Demirkazık 2014) 40 yaş altındaki kadınlarda haftada dört saat ya da daha fazla fiziksel aktivite yapanlarda kanser riski fiziksel aktivite yapmayan kadınlara göre % 60 daha az görüldüğü belirtilmiştir (İtili 2009; Gençay 2007; Gülten 2008). Fiziksel aktivitenin, östrojen hormon düzeyini düşürerek, vücut yağ oranını azaltır, bağışıklık sistemi ile antioksidan savunma sistemini iyileştirir ve hücre çoğalmasını uyaran bazı hormonların etkisini azaltarak meme kanseri riskini azaltmaktadır (Gençay 2007; <https://www.cancer.gov/bcrisktool/breast-cancer-risk.aspx>; Erişim tarihi: 25.02.2017).

Yüksek kalorili besinler meme kanseri riskini arttırırken, omega 3 yağ asitlerinin koruyucu olduğu bilinmektedir (Sertöz 2002; Serdar 2000; Dereceli 2013). Antioksidan vitaminin yetersizliği meme kanseri riskini artırır (Bordeleau ve ark. 2007; Demirkazık 2014). Çalışmalar, son yıllarda D vitamininin meme kanserine karşı koruyucu bir etkisi olabileceğini savunmuştur (Linos ve Willett 2007; www.turkbiyokimyadernegi.org.tr/dosyalar/belgeler/panel/Vitamin-D-panel.pps Erişim tarihi 25.02.2017).

Sigara tüketimi ve meme kanseri riski arasındaki ilişkisi direk olarak bulunmasada sağlık üzerindeki olumsuz etkisinden dolayı bırakılması önerilmekte ayrıca eşlik eden diğer bazı faktörleri ile birleştiğinde meme kanseri riskini arttırdığı düşünülmektedir (Gençay 2007; Somunoğlu 2007; Mc. Elroy ve ark. 2006; Koçak ve ark 2011) .

Sosyo ekonomik durum, etnik köken; sosyo ekonomik düzeyle meme kanseri arasındaki ilişki eğitim, emzirme, doğurganlık, ilk doğumda annenin yaşı gibi diğer faktörlerle ilişkili olduğundan sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlarda, meme kanseri görülme sıklığının daha fazla olduğu konusunda görüş bildirilmiştir (Akyolcu 1985; Aslan ve Gürkan 2007; Somuncuoğlu 2007; Demirkazık 2014).

Meme kanserinde etnik farklılıkların görülmesi yaşam tarzı ve sosyoekonomik durumdan kaynaklanmaktadır (Koçak ve ark. 2011). Çoğu Asya ve Afrika ülkesinde hem meme kanseri riski hem de mortalitesi daha düşükken, Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika'da ise yüksek risk ve daha fazla mortalite söz konusudur (Fosslund ve ark 2009; Dereceli 2013).

Yapılan araştırmalara göre sadece tek bir risk faktörünün meme kanserine neden olmadığı, risk faktörlerinin engellenmesi meme kanseri riskini tamamen ortadan kaldırmadığı yönünde sonuçlara varılmıştır (Turkish Journal of Cancer 2009 <http://www.turkjcancer.org/> Erişim tarihi: 01.02.2017). Meme kanserine yakalanan kadınların %75'inde hiçbir risk faktörü saptanamadığı ifade edilmektedir (Eroğlu ve ark. 2010).

Ancak risk faktörlerinin meme kanserine yakalanma ve gelişim sürecini hızlandırdığı ve meme kanserinden korunmada tarama ve kontrol programları, ulaşılabilir uygun tedavinin hedeflenmesinin çok daha önemli olduğu konusunda görüş birliğine varılmıştır (Somunoğlu 2007; Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.03.2017; WHO <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/breast-cancer-awareness/>, Erişim tarihi: 07.01.2017; Hacettepe Üniversitesi http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/sunumlar_ve_seminerler/halksagligi_konferanslari/, Erişim tarihi: 01.02.2017; TC. Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.03.2017).

2.3. MEME KANSERİNDEN KORUNMA

Dünyada ve Türkiye'de ilk sırada bulunan kanserlerin birincil ve ikincil koruma ile önlenebilir kanser türleri olduğu görülebilmektedir (Mermer 2010). Dünyada son beş yılda meme kanseri teşhisi alan yaklaşık 6,2 milyon kadın kanser önleme ve kontrolüne yönelik birincil ve ikincil koruma yaklaşımı, doğru müdahale ve tedavi yöntemleri sayesinde yaşamını sürdürmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.09.2016).

İstatistiksel verilere göre 21. yüzyılda meme kanseri kontrol programlarında korunma ve erken teşhisinin önemi savunulmaktadır (Külahcı ve ark 2017).

Kadınların yaşamı boyunca meme kanserine yakalanma riski %11- 12,6 arasında olduğunu göz önünde bulundurduğumuzda meme kanseri riskini en aza indirgeyecek tutum ve davranışların geliştirilmesi ile kanser gelişimini önlenmeye çalışma, erken tanı ve etkili tedavi ile yaşam süresini arttırmak meme kanserinden korunmada önemli girişimlerdir (Özdemir ve Işık 1998; Aksoy 2000; Darendeliler ve Yaman 2003; Onat ve Başaran 2003; Yüceyar 2000).

Sağlıklı beslenme, fiziksel hareketliliğin gerekliliği, tütün ve alkol kontrolü gibi bilinen çevresel etmenlerden kaçınarak sağlık bilincini geliştirme ve toplum tabanlı tarama faaliyetlerinin kullanımı sayesinde meme kanseri oluşumunun üçte biri önlenebilmektedir (Arman 2004; American Cancer Society, <http://www.cancer.org>, Erişim tarihi: 02.5.2016; Türk Kanser Derneği 2016, <http://www.turkkanserderneği.org>, Erişim tarihi: 19.05.2016).

Sağlık eğitimleri meme kanserinin risk durumunun belirlenmesi ve önlenmesi açısından önemlidir (American Cancer Society 2009-2010; <https://old.cancer.org/>, Erişim tarihi: 19.09.2016; Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, <https://kanser.org>, Erişim tarihi: 22.01.2017).

Meme kanseri risk etmenlerinin önlenmesi birincil koruma, erken tanı ve etkin tedavi ikincil koruma, komplikasyonların azaltılması ile tıbbi ve sosyal rehabilitasyonu ile üçüncül korumanın gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir (Şengelen ve Çelik 2003; Açıkgöz ve ark. 2015).

2.3.1. Birincil Koruma

Günümüzde, meme kanserinin etiyolojik nedeni henüz bilinmediğinden kadınlarda meme kanserini önlemek üzere toplumsal düzeyde mücadele etmek için önerilen ve etkinliği kanıtlanmış olan birincil korunma yöntemi bulunmamaktadır (http://www.mersinsaglik.gov.tr/Download/297_21_48_MEME%20KANSER%20TARAMALARI.pdf Erişim tarihi: 25.02.2017;

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/anasayfalinkler/belge/mem_onlen_2014.pdf

Erişim tarihi: 25.01.2017).

Son yıllarda meme kanseri gelişimi açısından yüksek risk gösteren kadınlarda, kanserin önlenmesine yönelik tartışmalar ve çalışmalar devam etmektedir. Meme kanserinin oluşmaması için değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması kapsamında çevresel risk faktörlerinden, karsinojenlerden korunma fiziksel aktivitenin artırılması ve beslenmenin düzenlenmesi birincil koruma yöntemleri esasına dayanmaktadır (Dinçer 2000; Yüceyar 2000; Ünal ve Orgun 2006; Gençtürk 2013).

Birincil korumanın temel hedefi halkın eğitimi ile farkındalık oluşturulup meme kanseri sıklığının azaltılması, meme kanserinin risk ve nedensel etmenlerini kontrol ederek bir takım olumlu yaşam biçimi davranışları edinmektir (Akdağ 2014).

Sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında, dengeli beslenme alkol sigarayı bırakma, 30 yaşından önce doğum yapmış olma, emzirme, spor, stres ve kilo kontrolü gibi sağlık eğitimleriyle davranış değişikliği oluşturmak birincil korumanın önemli aşamasıdır (Güler ve ark. 2006; American Cancer Society Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010, <http://www.cancer.org/>, Erişim tarihi: 15.01.2017; Özmen 2014).

Meme kanseri riskini önlemeye yönelik yapılan çalışmalarda kilo verme, fiziksel aktivite, alkol oranının azaltılması ya da bırakılması ile %5-10 oranında meme kanserine yakalanma riskinde azalma sağladığı görülmüştür (Cummings 2007).

2.3.2. İkincil koruma

İkincil korunma ile meme kanserinin belirti ve bulgularının ortaya çıkmadığı ya da belirtilerin çok hafif seyrettiği erken dönemde saptamaya çalışmaktır. Tarama programları ile kadınların düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapmalarının sağlanması, sağlık personeli tarafından klinik meme muayenesi yapılması ve memenin mamografi ile incelenmesi önerilen koruma yöntemlerindedir (Dinçel ve ark. 2010).

Meme kanserinde mortalite ve morbiditenin azaltılması kaliteli ve etkili tarama yöntemlerinin artırılması ile sağlanabileceği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı www.kanser.gov.tr 2014; Erişim tarihi: 25.02.2017).

Meme kanseri, erken tanı ile başarılı tedavilere ulaşılan bir kanser türü olduğundan ikincil koruma hastalığın seyri açısından çok önemlidir (Koçak ve ark. 2011; Akdağ 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı www.kanser.gov.tr Erişim tarihi 17.02.2017; Giray ve Ünal 2007).

2.3.3. Üçüncül koruma

Üçüncül koruma meme kanserinin klinik bulgu verdiği dönemi kapsar. Uygun tedavi ve iyileştirme yaklaşımları ile hastalığın ilerlememesinin engellenmesi, komplikasyonların önlenmesini ve rehabilitasyonunu sağlar (Lammers ve ark. 2000; Reis 2006; Koyun 2013).

Hastanın durumundaki değişiklikleri izleme ve kaydetme, ameliyat bölgesinin korunması, ameliyattan sonra kol egzersizleri, lenf ödemi önlemek için aseptik uygulamalarla enfeksiyon gelişimini önleme, solunum işlevlerinin sürdürülmesini sağlama, ağrıyı analjeziklerle kontrol etme, fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon sağlama, hastayı radyoterapi ve kemoterapi için hazırlama üçüncül korumada önemli adımlardandır (Ünal ve Orgun 2006; Eroğlu ve ark. 2010; https://kanser.org/saglik/upload/20.UKK/Kanserden_Korunma_Tani_ve_Taramalar_%23Aygul_Kissal.pdf , 2013 Erişim tarihi: 25.02.2017).

2.4. MEME KANSERİNDE ERKEN TANI ve TARAMA YÖNTEMLERİ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser olması ve kesin koruyucu yöntemlerin bulunmaması nedeniyle memedeki kitlenin erken dönemde saptanması önemlidir. Bu nedenle erken tanı ve tedaviye yönelik tarama programı yöntemleri olarak kendi kendine meme muayenesi (KKMM), hekim

tarafından yapılan klinik muayene (KMM) ve mamografi çekimi olduğunu belirtmiştir (Sadler ve ark 2007; Haydaroglu ve ark. 2005; WHO 2009).

Özmen ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmaya göre meme kanseri görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde daha yüksek olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde erken tanı ve tedavi yöntemleri ile sağkalım oranları daha fazladır (Özmen ve ark. 2009; American Cancer Society Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010 <http://www.cancer.org/>, Erişim tarihi:15.01.2017). Bu durum gelişmiş ülkelerde erken tanı ve tarama programlarına verilen önem ile açıklanmaktadır (Weir ve ark. 2003; Sant ve ark. 2004; Özmen ve ark. 2009).

Amerikan Kanser Derneği'nin 2009 yılında yaptıkları çalışmaya göre meme kanserine yakalanan kişilerin %63,7'sine erken tanı ve tarama programları ile lokalize dönemde tanı konulabilmektedir (American Cancer Society, http://www.cancer.org, Erişim tarihi: 02.5.2016). Erken dönemde tanı alan hastaların beş yıllık sağkalım oranı %97,9'dur (American Cancer Society Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010 <http://www.cancer.org/>, Erişim tarihi:15.01.2017; Akdağ 2014). Erken tanı ve tarama programları sayesinde morbitide oranı azaldığı gibi erken dönemde bölgesel lenf düğümleri tutulmadan tanındığında 10 yıllık sağ kalım % 70'lerde iken, ileri evrelerde oran %20-30'lara kadar düşmektedir (Akdağ 2014).

Amerikan Kanser Derneği 50 yaş üstü kadınlarda meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemi programları ile gelecek 20 yıl içinde meme kanserinden ölüm riskinin yaklaşık %30 oranında azaltacağı yönünde görüş bildirmektedir (Amerikan Kanser Birliği, http://www.cancer.org, Erişim tarihi:16.01.2017).

Yılmaz ve arkadaşlarının 2007-2012 yılları arasında meme kanserinin tedavi maliyet etkinliğini ölçtüğü çalışmada hedef grup için iki yılda bir tarama maliyetleri hesaplandığında taramaya katılmayan kadınlardaki evre farklılığı da göz önüne alınarak meme kanseri tedavi maliyeti ile karşılaştırıldığında taranan kadınlardaki tedavi maliyet etkinliği açısından faydalı olduğu belirtilmekte ve maliyetlerde görülen azalma hasta üzerinde olumlu psikososyal etki yaratmaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/ooooo.pdf> Erişim tarihi: 11.11.2016).

Meme kanseri, risklerinin ve risk gruplarının belirlenmesinde erken teşhis ve tedavide kolaylık sağlayan tarama programlarının yaygınlaştırması ve halkın meme kanseri konusunda farkındalığının artırılması görüşü genel kabul görmektedir (Seçginli ve Nahçıvan 2006; Kurdoğlu ve ark. 2009; Kayhan ve Arıbal 2014; Yıldırım ve Özaydın 2014).

2.4.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), meme kanserinin erken teşhis edilmesi için kadınların memelerini muayene etmesidir. Kendi kendine meme muayenesi Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartlarına göre; 20 üzeri kadınlarda meme kanserinde risk oluşturabilecek lezyonları ile şekil değişikliklerini erken dönemde saptayabilmek ve meme dokularını daha iyi tanımaları için adet döneminin 5-7. günlerinde ayda bir kez aynı yöntemi kullanarak kendi memelerini muayene etmeleri önerilir (T.C Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 24.12.2016; American Cancer Society Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010 <http://www.cancer.org/>, Erişim tarihi: 15.01.2017).

Menopoz döneminde ve adet görmeyen kadınlarda her ay düzenli olarak belirledikleri bir günde meme muayenesini yapabilirler (American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening <http://www.cancer.org/>, Erişim tarihi: 15.01.2017). Her kadının kolaylıkla uygulayabileceği ekonomik, güvenilir ve zahmetsiz bir yöntemdir (Engin 2005; Gürsoy 2008; Topal 2005; Hatipoğlu 2007).

Kendi kendine meme muayenesini düzenli olarak uygulayan kadınlarda erken teşhiste %50 oranında artış olduğu tespit edilmiştir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013) http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf, Erişim tarihi: 25.12.2016).

Meme kanserinin erken dönemde belirlenebilmesi için KKMM'sini doğru ve etkin yapılması gerekmektedir. Bu nedenle KKMM yaparken istekli olmak, tekniği iyi bilmek ve uygulamada sorumluluk almak önemlidir (Taşkın 2014).

Meme kanserlerinin yaklaşık %90'nı hastalar kendileri ele gelen kitle şikayeti ile fark etmektedir (Zorukoş 2008). Erken dönemde meme kanserinin tanınmasında doğru ve düzenli uygulanan KKMM ekonomik, basit, invaziv olmayan güvenilir ve etkili bir yöntemdir (Koca 2010). Bu nedenle meme kanserinin erken tanısında özel bir önem taşıyan KKMM için kadınlar cesaretlendirilmeli ve bilgilendirilmelidirler (Karayurt ve ark. 2008; Özmen 2015).

Kadınlarda doğru KKMM yapma konusunda farkındalığın artması önemli olduğundan sosyokültürel yapı özellikleri de dikkate alınarak, meme sağlığı eğitim programlarının hazırlanması, tarama programlarının davranışa dönüştürülmesi ve yaygınlaştırılması çok önemlidir (Akyolcu ve Uğraş 2011).

Kendi kendine meme muayenesinin meme kanserinden erken tanıda tek başına etkin bir tarama yöntemi olmadığı ve meme kanseri mortalitesini azaltmadığı bilgisine ulaşılmıştır (Seçginli 2011; Somunluoğlu 2009; Avcı ve ark. 2014).

Kendi kendine meme muayenesinin daha çok farkındalık yöntemi olduğu ve kadınlarda en etkili tarama yönteminin KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografinin birlikte olması gerektiği kararına varılmıştır (American Cancer Societ Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014 <http://www.cancer.org>, Erişim tarihi: 20.12.2016; Akyolcu ve Uğraş 2011; Özçam ve ark 2014).

2.4.2. Klinik Meme Muayenesi (KMM)

Klinik meme muayenesi (KMM) sağlık profesyonelleri tarafından yapılan meme muayenesi yöntemidir. Meme kanserini palpe edilebilen en erken evrede tanılanması için uygulanması önerilmektedir. Klinik meme muayenesi ayakta, otururarak ve sırt üstü yatar iken inspeksiyon ve palpasyonla yapılır (Şen ve Başar 2012).

Klinik meme muayenesi sayesinde, mamografi ile belirlenemeyen tümörlerin elle muayenesi mümkün olabilmektedir. Klinik meme muayenesi meme kanseri tarama programının bir parçasıdır, yalnız uygulandığında mortaliteye etkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır (Kearney ve ark. 2009). Popülasyon çalışmalarında KMM ile %5-7 arasında mamografide tespit edilemeyen tümörlerin saptandığı bildirilmiştir (Elmore ve ark. 1998).

Klinik meme muayenesinin duyarlılığı %40-69, özgülüğü ise %88-99 arasında değişkenlik göstermektedir (Elmore ve ark 2005; Nelson ve ark. 2009). Mamografinin etkililiğinin tartışmalı olarak nitelendirildiği, 40 yaş altı kadınlarda memenin tamamının filminin çekilmesinin mümkün olmadığı durumlarda mamografinin etkisi sınırlı olacağı için, KMM yapılmasının olumlu sonuçlar verdiği görülmektedir (Gündoğan 2012; Edirne ve Kaya 2014).

Klinik meme muayenesi ve mamografi birlikte uygulandığında, meme kanseri erken evre tespitini %5-20 oranında arttığı bildirilmektedir (Seçginli 2011; Demirel ve Gölbaşı 2015). Klinik meme muayenesi ve mamografinin yalnızca mamografiye göre duyarlılığının daha yüksek olduğu görülmüş olan çalışmalar bulunmakla birlikte KMM'nin yanlış pozitiflik oranının ise yüksek olduğu saptanmıştır (Başkan ve ark. 2012). Klinik meme muayenesinin sağ kalım oranları mamografi ile saptanan meme kanserlerine göre daha azdır (Pherson ve ark. 1997; Leitch ve ark 1997; Elmore ve ark. 1998).

Asemptomatik kadınların KMM ve mamografi birlikte yürütölen tarama programları sayesinde 1000 kadından yaklaşık altısında meme kanseri saptanmaktadır (Türk Radyoloji Derneği <http://www.turkrad.org.tr/> , Erişim tarihi: 05.01.2017)

Amerikan Kanser Derneği'ne göre 20-39 yaşlarındaki semptomsuz kadınların her üç yılda bir, 40 yaşından sonra ise her yıl klinik meme muayenesini yaptırması önerilmektedir. Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartlarına göre ise 20 yaş ve üzeri kadınlara iki yılda, 40 yaş ve üzeri kadınlara ise yılda bir kez klinik meme muayenesi önerilmektedir (Başkan ve ark. 2012; American Cancer Society, <http://www.cancer.org>, Erişim tarihi: 02.01.2016; T.C Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 24.01.2017).

2.4.3. Mamografi

Mamografi, fizik muayenede saptanamayacak kadar küçük anomalilerin belirlenmesi amacıyla çekilen meme röntgen filmidir (Saatkaya 2009; Dinçel ve ark. 2010). Mamografi, bir tarama aracı olduğu gibi tanı koymak amacı ile kullanılır. Ele

gelen kitle, lokalize ağrı, meme başı akıntısı, tarama mamografisinde saptanan anormallik durumlarında tanı amaçlı mamografinin etkinliği kanıtlanmıştır (Evans 2012; TAF Preventive Medicine Bulletin 2011 www.korhek.org , Erişim tarihi: 05.01.2017; Schopper ve Wolf 2009; Goethem M ve ark 2006; CIA - The World Factbook 2014, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/appendix/appendixb.html#D>. Erişim tarihi: 25.01.2017)

Avrupa tarama grubunun 2012’de yayınladığı mamografik taramanın yarar zararı ile ilgili çalışmada bazı dezavantajlarından bahsedilmektedir. Mamografi taramasının meme kanseri mortalitesini azaltacağına dair birçok kanıt bulunmaktadır. Ancak tarama için gerekli kapasite, fon ve altyapının bu tür programlara başlanmadan önce temin edilmesi, maliyet etkinlik açısından önemlidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/ooooo.pdf>, Erişim tarihi: 11.01.2017).

Mamografi taramasının son 20-25 yıldır yararlarından çok, yanlış pozitiflik, gereksiz tanı ve tedavi, ağrı, anksiyete ve radyasyon maruziyeti gibi zararları hakkında oldukça fazla tartışma vardır (Evans 2012; Marmot ve ark. 2013; Coldman ve Phillips 2012; Bleyer 2015; Yaffe ve Mainprize 2011). Her 100 kadından 3-5’inde mamografi yanlış pozitiflik gösterebilir (Leitch ve ark. 1997; Elmore ve ark. 1998; <http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/ooooo.pdf> 2012, Erişim tarihi: 26.01.2017).

Her 1000 kadından dördünde mamografi ile taramanın gereksiz teşhise neden olduğu ve her bir gereksiz teşhis için 250 kadının taranması gerektiği vurgulanmıştır. Gereksiz teşhisler sonucunda yapılan mastektomi oranlarında %20 artış gözlenmiştir (Cochrane Library 2012 <http://www.cochranelibrary.com/> Erişim tarihi: 15.01.2017).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre ise mamografi ile taranan 50-69 yaş arası kadınlarda mortalite oranının yaklaşık %40 azaldığını belirtilmiştir (Sever ve ark. 2012; Bleyer 2015; Özmen ve ark. 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf Erişim tarihi: 15.01.2017).

Mamografi taramasının 70-74 yaş aralığına uzatılması sonucunda ise bu yaş grubunda meme kanserinden hayatını kaybeden hasta sayısında anlamlı düşüş olduğu gözlenmiştir (Gilbert ve ark. 2016).

Kanada'da 1990-2009 yılları arasında yapılan bir çalışmada da meme kanseri tanısı almış ve yaşamını yitirmiş hastalarda mamografi taramasına katılanlar ile katılmayanlar arasında mortalitedeki azalma oranları %27-59 oranında değişmektedir (Coldman ve Phillips 2012).

Solin ve ark.'nın 2008 yılı çalışmasında mamografi ile taranan kadınlarda %88, taranmayanlarda ise %60 oranında koruyucu cerrahi yapıldığı görülmüştür (Solin ve ark. 2008).

Global Meme Sağlığı Girişimi tarafından 2011 yılında meme kanseri görülme sıklığı verilerine göre yaş dağılımının ülkeler arasında ve hatta ülkelerin kendi içinde farklılıklar gösterdiğinden erken teşhis programlarının her ülkenin kendi durumuna göre düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir (<http://kanser.gov.tr/Dosya/Bilgi-Dokumanlari/raporlar/ooooo.pdf> Erişim tarihi: 22.01.2017).

Birçok Avrupa ülkesinde; 40-49 yaş grubunda meme kanseri sıklığının düşük olması, yanlış pozitiflik ve negatiflik oranlarının yüksekliği sebebiyle taramaya başlama yaşını yaklaşık 50 ve üzeri olarak belirlenmiştir (Türk Kanser Derneği 2016, <http://www.turkkanserderneği.org>, Erişim tarihi: 19.05.2016; Kayhan ve Arıbal 2014; Alan ve ark. 2016; American Cancer Society, <http://www.cancer.org>, Erişim tarihi: 02.9.2016).

Amerikan Kanser Derneği ve çeşitli otoriteler, belirti göstermeyen 35-40 yaşları arasındaki kadınlarda ilerleyen yaşlarda çekilen mamografiler ile karşılaştırması amacıyla mamografi çekimini önermektedir. Amerikan Kanser Derneği 40-49 yaşları arasında kadınlarda bir- iki yılda bir kez, 50 yaşın üzerindekielerde ise her yıl mamografi çektirilmesi yönünde tavsiyede bulunur (American Cancer Society, <http://www.cancer.org>, Erişim tarihi: 02.9.2016).

Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu ülkemiz verilerini göz önünde bulundurduğunda meme kanseri taramaya başlama yaşının yaklaşık 45 olması ve iki yılda bir mamografi yapılması gerektiği konusunda görüş

belirtmiştir (WHO 2013; Globocan, <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 20.12.2016).

Ülkemizde meme kanseri birçok batı ülkesine göre daha genç yaşta görüldüğünden meme kanseri tanısı alana kadınların yaklaşık yarısının 50 yaş altında olması nedeniyle T.C. Sağlık Bakanlığı mamografi ile taramaya başlama yaşını 50'den 40'a indirmiştir. Ayrıca meme kanseri semptomlarının ortaya çıkması ile tedaviye başlama arasındaki sürenin 14 aydan fazla olması nedeniyle, 40-69 yaş semptomsuz kadınlarda iki yılda bir kez düzenli mamografi çekilmesi önerisi geçerliğini korumaktadır (Özmen 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf; Kozan ve Tokgöz 2016; Özmen 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 11.01.2017).

Ülkemizde Ulusal Meme Kanseri Tarama Standartları Programı 2011 yılı tarama verilerine göre 40-69 yaş arası 10 668 318 kadına mamografi çekimi yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 11.01.2017).

Toplum tabanlı mamografi tarama programları dahilinde daha çok kadının taranması için mamografi ve mamografinin yararları konusunda halkın eğitilip bilinçlendirilerek farkındalık oluşturulması büyük önem taşımaktadır (Özmen ve ark. 2015; <http://www.turkkanser.org/dosyalar/raporlar/> ; Erişim tarihi: 19.01.2017).

2.5. ÜLKEMİZDE YAPILAN KANSER ÖNLEME ve TARAMA PROGRAMLARI

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, toplum tabanlı tarama programlarını yürütmek üzere ülkemizde 14 Aralık 2000 tarih ve 24260 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği ile yasal altyapı oluşturulmuş ve KETEM'ler kurulmuştur.

Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinde yürütülen toplum tabanlı tarama programları, Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği MEDA (Mediterranean

Development and Aid Program) programı bünyesinde başlamıştır. Standardizasyonun sağlanması için KETEM Hizmet ve Kalite Standartları Rehberi 21.05.2009 tarihinde yayınlanmış ve Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında 2008 yılı sonunda Sağlık Bakanlığı 81 ilde 84 merkez kurulmuştur (TC. Sağlık Bakanlığı, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.12.2016). Ülkemizde 2016 yılı itibariyle sekiz tanesi mobil olmak üzere 127 adet KETEM vardır ve 2018 yılında hedeflenen rakam 280'dir. 2014 yılı aralık itibariyle 42 dijital mamografi ve 19 CR hizmete girmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 11.01.2017).

Ülkemizde kanseri önlemek için, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Erken Teşhis Hayat Kurtarır!” prensibiyle KETEM’ lerde meme, kolorektal ve rahim ağzı kanserlerine tarama programları ücretsiz yapılmaktadır. Ülkemizde toplum tabanlı taramalar KETEM’ lerde, fırsatçı taramalar ise hastanelerde yapılmaktadır. Fırsatçı ve toplum tabanlı taramalarının meme kanserine karşı kapsayıcılık oranı %30-35 arasındadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 01.12.2016).

KETEM’lerde 2013 yılında meme, kolorektal ve rahim ağzı kanserlerine karşı toplam 500 000 kişinin taraması yapılmış, 2014 yılı içinde birinci basamakta (KETEM, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) ve Aile Sağlığı Merkezi(ASM’ ler) 350.000 kadın meme kanseri tarama programına katılmıştır. Birinci basamakta yapılan meme kanseri tarama programında 2013 yılına göre 2014 yılında %40 artmıştır. 231 kadına birinci basamak tarama hizmetleri ile erken evrede meme kanseri teşhisi konulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr>, Erişim tarihi: 11.01.2017).

Ülkemizde, kanser insidanslarının hesaplanması ve kanserleri önlemek ve tarama programlarını geliştirmek amacıyla Türkiye Avrupa Kanser Kayıtçılar Ağı (ENCR) üyeliğine 1997 yılında katılmıştır. Böylece kanser kontrol ve önleme çalışmalarının temeli atılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr>/Erişim tarihi: 11.01.2017). Türkiye’nin üyesi olduğu MECC (Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu) çerçevesinde yürütülen Birleşik Kanser Kayıt Merkezi Projesi’ne 2004 yılında katılmıştır.

Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC) tarafından kendi ülkelerinin kanser kayıtçılığını yapacak yabancı uzmanların eğitimi için İzmir Kanser Kayıt Merkezi Bölgesel Eğitim Merkezi (HUB) belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, <http://kanser.gov.tr/> Erişim tarihi: 11.01.2017). 2002, 2008 ve 2012 yıllarında verileri kalitesinden dolayı IARC, Globocan verilerinde İzmir Kanser Kayıt Merkezi'nin verilerini kullanmıştır (Globocan 2012, <http://globocan.iarc.fr/>, Erişim tarihi: 20.12.2016; International Cancer Control Partnership, <http://www.iccp-portal.org/kanser-kontrol>, Erişim tarihi: 21.12.2016).

Dünyada kanser kayıtçılığı oranı nüfusun %8 iken, ülkemizde 2013 yılında yapılan çalışmalar ile bu oran % 100'e yükseltilmiş ve 81 ilde aktif kanser kayıtçılığı yapılmaya başlanmıştır (Hacıkamiloğlu ve ark. 2013; Ulusal Kanser Programı 2009-2015, http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/, Erişim tarihi: 02.01.2017).

2.6. TRANSTEORİK MODEL (TTM)

Psikolog James Prochaska ve Carlo Diclemente tarafından 1982 yılında geliştirilen Transteorik Model'in ilk çalışmaları 1970'li yıllara dayanmaktadır (Miller ve Rollnick 1991; Miller ve Rollnick 2002; Prochaska ve Diclemente 1982) .

Prochaska ve çalışma arkadaşları davranış değişimi hakkında literatür üzerinde geniş çaplı bir çalışma yaparak, insanların neden ve nasıl davranış değiştiklerini incelemişlerdir. Bireylerin değişime nasıl hazır hale geldiklerini ve değişimi gerçekleştirmelerinde nasıl yardımcı olunabileceğini tespit etmek için kullanılacak bir model oluşturmayı amaçlamışlardır (Prochaska ve Diclemente 1982).

Transteorik Model, “Değişim Aşamaları Modeli” olarak da bilinmektedir (Prochaska 2008; Prochange Behavior System Transtheoretical Model 2012 Erişim: 28.12.2016. <http://www.prochange.com/ttm>; Özvarış 2011).

Model, geleneksel davranışçı teorik yaklaşımların aksine zamanla yeni olumlu sağlık davranışının farklılaştığı ve devam ettirildiği aşamaya kadar, değişimin sonucundan çok değişimi aşamalı, devamlı ve dinamik bir süreç olarak kapsayan ve

ifade eden bir modeldir (Marcus ve Simkin 1994; Prochaska ve Velicer 1997; Adams ve White 2003; Kim 2007).

Transteorik Modelin dinamik bir süreç olarak görülmesi ilk olarak; farklı aşamalardaki bireylerin farklı süreçlere nasıl tepki verdiklerini göstermek, ikincisi ise; bir davranışı değiştirmeye çalışan bireylerin eski davranışlarına dönebileceğini kabul etmesinden kaynaklanmaktadır (Prochaska ve Diclemente 1983; Prochaska ve Velicer 1997).

Model ile ilgili araştırmalar davranış değişimini kolaylaştırmak amacıyla bireyin değişim aşamasına uygun olan girişimlerin kullanılması gerektiğini savunur (Miçooğulları ve ark. 2010; Çeker ve ark. 2013). Transteorik Model sonuçların doğru aktarılmasını, ilerlemelerin ölçülmesini ve girişimlerin etkinliğini değerlendirir. Örneğin; sigarayı bıraktırma programının sonunda, birey sigarayı bırakma davranış değişimini gerçekleştirmemiş, ancak içilen sigara sayısını azaltmış ise bu da başarılı bir sonuç olarak görülür (Velicer ve ark. 1998; Özdemir ve Taşçı 2013).

Davranış değişikliği için yapılan girişimler dışarıdan zorlama sonucu davranış değişiminin tersine, bireylerin isteyerek davranış değişikliği gerçekleştirmesine odaklanmaktadır. Bu nedenle diğer kuramsal modellere göre bireylerin geri adım attıkları daha az görülmektedir (Velicer ve ark. 1998, Özdemir ve Taşçı 2013; Cooney 1996; Prochaska ve Velicer 1997; Wilcox 2002; Spencer ve ark. 2006).

Davranış değişimini yerine getirmeyi bırakan bireylerin yeniden başlamaya niyetlenebilecekleri nadirde olsa göz önünde bulundurulmakta ve geleneksel davranışçı yaklaşımların aksine, hem mevcut davranış hem de niyetlenen davranış önemszenmektedir (Nigg ve Courneya 1998; Nigg 2001; Kim 2007; Erol ve Erdoğan 2007; Güngörmüş 2012; Pruitt ve ark. 2010).

Modelin bu yaklaşımı davranış değiştirme ve geleneksel bilişsel davranışsal değiştirme kuramları arasında köprü görevi görerek ve birçok değişim modellerinin sentezini oluşturmuştur (Marcus ve Simkin 1994; Cooney 1996). Kullanışlı ve uygulanabilir olması nedeniyle son yıllardaki sağlığı geliştirme çalışmalarında, bireylere olumlu davranış değişimi kazandırmak için kullanılan rehber modellerden biri olarak görülmektedir (Prochaska ve Velicer 1997; Erol ve Erdoğan 2007; Miller ve Rollnick 2009; Güngörmüş ve Erci 2012; Puritt ve ark. 2010; Mermer 2010;

California Medical Training Center (CMTTC), Transtheoretical Model www.ucdmc.ucdavis.edu Erişim Tarihi: 12.09.2016; Güngörmüş ve Karabulutlu 2012; Koyun 2013; Özdemir ve Taşçı 2013; Taş ve ark. 2015).

Transteorik Model, bireylerin davranış değişimine doğrudan ulaşılmadığını değişim aşamaları dizisi içinde ilerlediğini belirtmektedir. Modelde bu aşamalar üç bölümde gösterilmektedir (Cooney 1996; Nigg ve Courneya 1998; Nigg 2001; Spencer ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007):

Transteorik Modelin Yapısal Aşamaları

1. Değişim aşamaları (zamanla ilgili boyutu)
2. Değişim süreci (bağımsız değişken boyutu)
3. Değişimin seviyeleri
 - Karar alma
 - Öz-Etkililik (Kendine güven ve teşvik)

2.6.1. Değişim Aşamaları

Modelin değişim aşamasında davranış değiştirmeye olan ilgi ve motivasyonu yansıtır (Velicer ve ark. 1998). Değişim aşamalarında zamanla ilgili boyut kullanılmıştır. Zamanla ilgili boyut bireyin davranış değiştirmedeki düşünce ve davranışlarını beş aşamada yansıtır (Aveyard ve ark. 2009; Cancer Prevention Research Center Transtheoretical Model 2012, <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>, Erişim: 23.12.2016; Bakan 2013).

Düşünmeme; değişim yapmaya niyetli olmadığı aşama, düşünme; değişikliği dikkate aldığı aşama, hazırlık; ufak değişiklikler yapmaya başladığı aşama, hareket/eylem; etkin olarak yeni bir davranışı uyguladığı aşama ve devam ettirme; değişikliğin sürekliliğinin sağlandığı aşamadır (Nigg ve Courneya 1998; Nigg 2001; Kim 2003; Spencer ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007; Pallonen ve ark. 1998; Velicer ve ark 1998; Prochaska 2008; Prochaska ve ark. 2008).

2.6.1.1. Düşünmeme aşaması; değişime dirençli, motivasyon sorunu yaşayan ya da sağlığı geliştirici davranışlar için hazır olmayan ve ilk altı ay içinde herhangi bir

davranış değişikliği yapmak niyetinde olmayan, ulaşılmaması zor bireylerdir (Patten ve ark. 2000; Prochaska ve Velicer 1997; Woodruff ve ark. 2006; Berger 2005; Berger 1997).

Örneğin; sigara içen birisi sigara benim arkadaşım ya da egzersizin yararlarının farkında olmayan birisi düzenli egzersiz yapmak zamanımın çoğunu alır gibi düşüncelere sahip ise, bu durum onun davranış değişikliği yapmasına engeldir. Bu düşünceler bireylerin düşünmeme aşamasında kalmasına neden olur (Nigg ve Courneya 1998; Nigg 2001; Kim 2003; Prapavessis ve ark. 2004; Spencer ve ark. 2006; Erol ve Erdoğan 2007). Bu aşamadaki bireyler değişime zorlanmamalı, fakat değişimi düşünme yönünde bireye problemlili davranışı konusunda ve davranışını değiştirmenin yararları hakkında verilebilecek eğitimler ile olumsuz davranışlarının çevresindeki diğer insanlarda yaratabileceği etki hakkında fikir verilmelidir (Prochaska ve ark. 1994; Miller ve Rollnick 1991; Miller ve Rollnick 2002; Berger 2005; Koyun 2013; Taş ve ark. 2016).

2.6.1.2. Düşünme aşaması; birey değişimin yararlarının farkına varmış olabilir, ancak değişimi başlatmak için yetersiz çaba sarf eder. Bu dönem bireyin gelecek altı ay içinde davranışını değiştirmeye niyet ettiği dönemdir (Prochaska ve ark. 1994; Velicer ve ark. 2000). Prochaska, düşünme aşamasındaki bireylerin düşüncelerinin çözümlenerek diğer aşamaya geçmesi sağlanmalı aksi takdirde bireylerin bir önceki düşünmeme aşamasına geri dönüşlerinin fazla olacağını belirtmiştir (Nigg ve Courneya 1998; Wilcox 2002; Prochaska ve Velicer 1997).

Bu nedenle düşünme aşaması davranışı geciktirme ya da kararsızlık olarak da nitelendirilmektedir. Örneğin; birey fiziksel aktivite yapmanın sağlığı için faydalı olduğunu bilir fakat arkadaşlarıyla vakit geçirmeyi tercih eder (Erol ve Erdoğan 2007).

Düşünme aşamasında, bireyler bilgiye daha açık olurlar ve daha fazla öğrenmek isterler. Yargılamadan bilgi vermek bu aşamada çok önemlidir. Hastaya hangi engellerin sorun olduğunu ve değişimin faydalarının neler olacağını sormak da yararlı olacaktır. Düşünme aşamasındaki bireylerle çalışırken, ne zamandır değişimi düşündüğü ve geçmişte değişim için girişimlerde bulunup bulunulmadığı saptanmalıdır. Bu aşamanın en önemli noktası; bireylere mevcut davranışlarının

risklerini ve davranış değiştirmenin yararlarını detaylı olarak düşünmelerine yardımcı olmak ve değişebileceği umudunu aşılamaktır (Miller ve Rollnick 2002; Berger 2005).

2.6.1.3. Hazırlık; değişikliğin sürdürülmesi yönünde çözüme ulaşılmış, kararsız durumdan kararlılığa geçilmiş olan aşamadır. Birey artık değişikliğe hazırdır, planlar ve değişime doğru ilk adımlar atılmıştır (Woodruff ve ark. 2006). Bireylerin, konu ile ilgili bilgi edinmeye çalışma, sağlık personelleri ile görüşerek danışmanlık hizmeti alma ve sağlık eğitimine katılma planları vardır. Bu aşamada birey gelecek 30 günde harekete geçmeye niyetlidir (Woodruff ve ark. 2006; Prochaska ve Velicer 1997).

Bireylere küçük hedefler koymak ve değişimin önündeki engelleri ortadan kaldırmak, kendini hazır hissetmesini takdir etmek son derece önemlidir. Değişim stratejileri geliştirme konusunda birey yönlendirilir ve plan yapılır (Miller ve Rollnick 1991; Miller ve Rollnick 2002).

2.6.1.4. Hareket; bu aşamada, bireyler zaman ve enerji harcayarak davranışlarını, deneyimlerini ve de ortamlarını değiştirmişlerdir. Bu aşama kritik bir aşamadır. Büyük bir çaba sarf ediliyordur ve birey yeni davranış biçiminin içine girmiştir ama henüz altı ay olmamıştır. Hareket aşamasında bulunan bireyler eski davranışlarına geri dönüşü engellemek ve kazanılan davranışı geliştirmek için kendisini ödüllendirmelidir. Davranış değişimine engel olan insanlardan, durumlardan kaçınmak için çaba göstermek zorundadır (Prochaska ve ark. 1994).

Hareket aşamasında bireylere cesaret verilmeli, ödüllendirilmeli ve sosyal destek sağlanmalıdır. Bilgilerinin yeterliliğini kontrol etmek işe yarar. Bireyin geçmiş başarılı deneyimleri ve davranışlarının üzerinde durulması yarar sağlayacaktır (Miller ve Rollnick 1991; Miller ve Rollnick 2002; Koyun 2013).

2.6.1.5. Sürdürme; bu aşama davranış değişiminin başladığı ilk altı ay ile beş yıl arasında davranışın sürdürülmesidir (Mermer 2010). Devamlılık bir süreçtir ve bazı davranışlar için devamlılık ömür boyu sürebilmektedir (Adams ve White 2005).

Bu aşamada amaç geriye dönüşü engellemek ve davranış değişiminin sürekliliğini sağlamaktır. Sigara içmeyenler içmeye başlayabilirler, şeker hastaları diyetlerini bırakabilirler. Geriye dönüşe yol açacak durumlar açıkça konuşulmalıdır,

görüşmelere devam edilmeli ve her görüşmede başarı desteklenmelidir (Miller ve Rollnick 1991; Miller ve Rollnick 2002; Berger 2005; Koyun 2013).

2.6.2. Değişim Seviyeleri

Model, sadece sonucun başarısına değil aynı zamanda davranış değişim seviyeleri aşamasında gelişmelere ve sürekliliğe karşı duyarlılığı ölçen karar alma, öz yeterlilik, kendine güven ve teşvik davranışları kuramlarından oluşmaktadır (Pallonen ve ark. 1998; Velicer ve ark. 2000; Plummer ve ark. 2001; Wilcox 2002; Prochaska ve ark. 2008; Güngörmüş 2010; Koyun 2013; Pro-change Behavior System Transtheoretical Model 2012, <http://www.prochange.com/ttm>, Erişim: 28.01.2017).

Özetkililik algısı ve sağlık motivasyonu sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde olumlu davranışların kazanılmasında belirleyicidir (Pallonen ve ark. 1998).

Janis ve Mann tarafından 1977 yılında geliştirilen karar dengesi ya da davranış değişiminin yararlarına ve zararlarına verilen önemi ölçen değişimin seviye aşamasıdır (Miller ve ark. 2001; Cancer Prevention Research Center Transtheoretical Model 2012, <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>, Erişim: 23.01.2017; Erol ve Erdoğan 2007; Spencer ve ark. 2006).

Magil'e göre öz yeterlilik, bireyin eylemi başarıyla yapabilme kabiliyeti veya olayları kontrol altına alabilme algısıdır. Bandura'ya göre ise öz yeterlilik, bireyin belirli bir performans düzeyini başarabilme kapasitesine yönelik algıyı tanımlamaktadır (Bandura 1982; Magil 1993). Öz yeterlik ve teşvik eden faktörlerin ölçümleri, eski davranışına yeniden dönmenin belirtilerini ortaya çıkarır (Plummer ve ark. 2001). Öz yeterlik ile değişim aşamaları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Nigg 2001). Davranışı devam ettirme başarısı, kişilerin öz yeterlilik seviyesi yani kendine güven ve teşvik algısıyla ilgilidir (Prochaska ve ark. 1988;

2.6.3. Davranış Değişim Süreci

Değişim süreçleri; bireyin davranış değişimi süresince ilerlerken gösterdikleri tepkileri, deneyimleri ya da içinde buldukları bilişsel ve davranışsal stratejileri anlamaya yardım etmektedir (Prochaska ve ark 1992; Prochaska ve Velicer 1997; Prochaska ve ark. 1988; Güngörmüş ve Erci 2012).

Bilişsel ve davranışsal süreçler, davranış değişiminde bireyin güven duygusunu, karar alma algısını ve değişimi zorlaştıran faktörleri inceleyen ölçüm araçlarını içermektedir. Davranış değişim sürecinde olan bireyleri tanımlamak, girişimlerin etkisini değerlendirmek ve yeni girişimler planlamak için bilişsel ve davranışsal süreçler bir çerçeve olarak kullanılabilir (Erol ve Erdoğan 2007; Koyun 2013; Taş ve ark. 2016).

Prochaska ve arkadaşları tarafından geliştirilen modelde, davranış değişim sürecinin iki alt boyutu olan beşi bilişsel, beşi davranışsal olmak üzere 10 süreçten oluşmaktadır (Rakowski ve ark. 1996; Nigg ve Courneya 1998; Nigg 2001; Erol ve Erdoğan 2007; Miller ve Rollnick 1991; Armstrong ve ark. 2011; Özdemir ve Taşçı 2013; Taş ve ark. 2016).

Sürecin bilişsel düzeyinde motivasyon ve isteği artırma girişimleri erken evrede düşünmeme, düşünme, hazırlık aşaması vurgulanmaktadır ve sürecin davranışsal düzeyinde, gözlenebilir davranış değişimi çabalarının yolunda gitmesi ve korunması gerektiği için daha sonraki evreler olan hazırlık, hareket ve devam ettirmede daha sık kullanılır (Prochaska ve ark. 1988; Güngörmüş ve Erci 2012).

2.6.3.1. Deneysel (bilişsel) süreçler

Bilişsel süreçler davranış değişikliğinin öneminin farkına varılması için olumlu yönde etkilemek ve değişimle ilgili kararsızlığın çözüme kavuşmasına yardımcı olmaktadır. Değişimin başlangıç dönemlerinde daha çok kullanılır. Bilişsel süreçler davranış değişiminin ilk aşamalarını anlamak ve ilerlemeyi öngörmek açısından davranışsal süreçten daha çok ön plana çıktığı kabul edilmektedir (Prochaska ve Velicer 1997; Nigg ve Courneya 1998; Nigg 2001; Özdemir ve Taşçı 2013).

2.6.3.1.1. Bilinçlenme (farkındalığın artması); bireyin olumsuz davranışının sebepleri, sonuçları ve çözümleri hakkında farkındalığının artmış olmasıdır. Sağlık davranış bilincine yönelik eğitim, konferans, kitaplar veya medya kampanyaları farkındalığı artırmaya yardımcı olabilir. Örneğin; bireyin sağlıklı beslenme önerilerini sosyal medyadan takip etmesi (Erol ve Erdoğan 2007; Baysal 2013; Menekli ve Fadiloğlu 2012).

2.6.3.1.2. Duygusal uyarılma; olumsuz davranışların zararlarına ilişkin uyarıların bireyde üzüntüye sebep olması (Berger 2005; Erol 2007; Koyun 2013). Örneğin; sağlıksız beslenme ve kardiyovasküler hastalıklar ilişkisinde güçlü üzüntü deneyimlediği ve bakış açısının değişmesiyle bireyin düşüncelerini çevresindekilerle paylaştığı süreçtir (Baysal 2013).

2.6.3.1.3. Çevreyi yeniden değerlendirme; bireyin alışkanlıklarının fiziksel ve sosyal çevresini nasıl etkilediğini açıklamaktadır. Örneğin; mamografi çektirirse çevresindeki insanların bu durumdan memnun olacağını bilmesi (Markus ve Simkin 1994; Güngörmüş ve Erci 2012).

2.6.3.1.4. Kendini yeniden değerlendirme; sağlıksız ve sağlıklı alışkanlıklarıyla bireyin kendini değerlendirmesidir. Örneğin; bireyin mamografi çektirirse kendini daha iyi hissedeceğini bilmesi (Nigg ve Courneya 1998; Nigg 2001; Koyun 2013).

2.6.3.1.5. Sosyal özgürleşme (çevresel fırsatlar); problemleri davranışlara karşı farkındalığın artırılması için toplumda sosyal fırsatlar ve alternatifler yaratılması ve yaratılan fırsatları fark edebilmesi davranış sürecini etkilemektedir. Örneğin; okulda fast-food satışının yasaklanıp, öğle yemeklerinde salata büfelerinin kullanılması (Cooney 1996; Prochaska ve Velicer 1997; Baysal 2013; Taş ve ark. 2016).

2.6.3.2. Davranışsal süreçler

Davranış değişikliğinin ortaya çıkmasını sağlayan eylemler davranışsal süreçler hazırlık aşamasından hareket aşamasına ve hareket aşamasından devam ettirme aşamasına kadar olan davranış değişiminin son aşamalarındaki geçişleri öngörmek açısından önemli olduğu kabul edilmektedir (Marcus ve Simkin 1994; Erol ve Erdoğan 2007).

2.6.3.2.1. Karşıt koşullama/yerine koyma; sağlıksız davranışların yerine konulabilecek sağlıklı davranışları öğrenme sürecidir. Örneğin; hareketsiz yaşam biçimi yerine kişinin sağlığını pozitif yönde etkileyecek hareketli yaşam biçiminin benimsenmesi (Koyun 2013; Baysal 2013; Taş ve ark. 2016).

2.6.3.2.2. Destekleyici ilişkiler; güven sağlayan, kabul gören danışmanlık desteği, arkadaşlık ilişkileri ve sosyal destek grupları olabilir. Örneğin; bireyin mamografi çektirmeyi düşünenlere cesaret vermesi (Taş ve ark. 2016).

2.6.3.2.3. Güçlendirme (ödüllendirme); davranış değiştirmeye çalışan bireyler için ödül motivasyon kaynağıdır. Örneğin; birey düzenli olarak mamografi çektirdiğinde kendini ödüllendirmesi ya da ailesi tarafından ödüllendirilmesi (Taş ve ark. 2016).

2.6.3.2.4. Kendisi ile anlaşma; bireyin değişime olan inancını harekete geçirmesi ve davranış değişikliğine yardımcı alternatiflerin kullanılması. Örneğin; bireyin kendine sigara içmeyeceğine dair söz vermesi (Velicer ve ark. 2000; Clark ve ark 2002; Özdemir ve Taşçı 2013).

2.6.3.2.5. Uyarıların kontrolü; bireyin olumsuz davranışlarına geri dönme riskini azaltmak için alternatifler geliştirilmesidir. Örneğin; sigara içmeyi hatırlatan objelerin evden uzaklaştırılması (Velicer ve ark. 1998; Armstrong ve ark. 2011; Özdemir ve Taşçı 2013).

2.7. TRANSTEORİK MODELİN HEMŞİRELİKTE KULLANIMI

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak ve sağlık risklerini azaltmak hemşirelerin temel görevidir. Davranış değişiminde en önemli ve en çok kullanılan girişim bireyin sağlık bilincinin artırılmasıdır. Bireye daha fazla bilgi vermek, bireyin daha iyi seçimler yapmasını sağlar.

Hemşireler, riskli sağlık davranışlarının tanılama ve davranış değiştirmeye yönelik uygun girişimleri planlama, uygulama gibi önemli rol ve fırsatlara sahiptir. Transteorik model hemşirelik mesleğinde kullanışlı ve uygulanabilir olması nedeniyle son yıllardaki sağlığı geliştirme çalışmalarında hemşireler literatürde sıklıkla kullanılmaktadır (Prochaska ve Velicer 1997; Velicer 2000; Erol ve Erdoğan

2007; Ay ve Temel 2008; Miller ve Rollnick 2009; Gngrm 2010; Gngrm ve Erci 2012; Koyun 2013; Menekli ve Fadiloğlu 2012; Gm ve Kiti 2015).

Sağlığı geliştirme ve olumsuz davranışları değiştirme sürecinde kullanılan model aynı zamanda hemşirelik bilgi, deneyim ve becerilerinin artmasını sağlar (Velicer 2000). Model, sağlığı koruma ve geliştirmede açısından ebe ve hemşirelerin kullanımını için uygundur. Son yıllarda, birçok farklı ülkede desteklenen değişik konu başlıklarında yapılan çalışmalarla model güncellenmiştir (Miller ve Rollnick 1991; Armstrong ve ark. 2011; zdemir ve Taı 2013; Ta ve ark. 2016; Pruitt ve ark. 2010).

Model ilk olarak sigara ve alkol bağımlılığı çalışmalarında kullanılmış ve bağımlılık davranışlarına uyarlanmış olsa da birçok problemlili sağlık davranışlarının değişimi konulu (mamografi ektirme, stres yönetimi, ilaç bağımlılığı, pelvik muayene, kondom kullanımı, fiziksel aktivite sıklığı, güneşten korunma, sağlıklı beslenmeme, obezite) hemşirelik çalışmalarına rehberlik etmektedir (Miller ve Rollnick 1991; Armstrong ve ark. 2011; Baysal 2013; zdemir ve Taı 2013; Ta ve ark. 2016).

Ülkemizde de hemşirelik alanında TTM temelli gebelere, adölesanlara, kadınlara ve hemşirelere yönelik sigara bağımlılığı, güneşten korunma, fiziksel aktivite, fazla kilo ve sağlıksız beslenme gibi olumsuz sağlık davranışlarını geliştirmeyi amaçlayan çalışmalara rastlanmıştır (Ergül ve Temel 2009; Kamili ve z 2011; Karatay ve ark. 2010; Baysal 2013; Gm ve Kiti 2015; Menekli ve Fadiloğlu 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin Türkçe formunun dil uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliğinin yapıldığı metodolojik bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırma, İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı, Karşıyaka ilçesinde bulunan üç ASM bölgesinde (Bostanlı 1, Örnekköy 10 ve Karşıyaka 24 No'lu) Eylül 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini İzmir ili Karşıyaka ilçesine bağlı Bostanlı 1, Örnekköy 10 ve Karşıyaka 24 No'lu ASM'ye kayıtlı 40-69 yaş grubu kadınlar oluşturdu. Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının en az 5-10 katı olması önerilmektedir (Polit 1996; Akgül 2005; Tavşancıl 2010). Bu Çalışmada orijinal ölçekte madde sayısı 22 olduğundan en küçük örneklem sayısı 232 olarak hesaplandı ve ayrı bir örneklem büyüklüğü hesaplaması yapılmadı (n=232).

Araştırmanın çalışma grubunun oluşturulmasında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırma (2004) verilerinden yararlanılarak Karşıyaka ilçe merkezinde bulunan ASM'ler sosyo-ekonomik ve kültürel düzeye göre gruplandırıldı. Daha sonra gruplar arasında yapılan kura ile her tabakadan yüksek sosyo-ekonomik ve kültürel düzey için Bostanlı 1 No'lu ASM, orta sosyo-ekonomik ve kültürel düzey için Karşıyaka 24

No'lu ASM ve düşük sosyo-ekonomik ve kültürel düzey içinde Örnek köy 10 No'lu ASM seçildi (Tablo 4).

Kurada seçilen ASM'lerde tabakalı orantılı örnekleme yöntemi kullanılarak, belirlenen ASM'lerinin en küçük örneklem sayısı hesaplandı ve veriler örneklem sayısına ulaşılan kadar toplandı (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmanın Yürütüldüğü ASM Bölgelerinin Sosyo-Ekonomik Sınıflandırması

Sosyo-Ekonomik Sınıf	Kurada Belirlenen ASM'ler	Toplam Kadın Sayısı	Örnekleme Alınacak Kadın Sayısı	Araştırma Örneklemini Oluşturan Kadın Sayısı
Kötü	Örnek köy 10 Nolu ASM	1254	86	90
Orta	Karşıyaka 24 Nolu ASM	912	62	66
İyi	Bostanlı 1 Nolu ASM	1047	72	76
Toplam		3213	220	232

Araştırmaya dâhil olma kriterleri

1. 40-69 yaş grubunda olmak,
2. Kadın olmak,
3. Meme kanseri tanısı almamış olmak,
4. Herhangi bir zihinsel engelinin bulunmuyor olması,
5. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Araştırmanın dışlama kriterleri

1. 40-69 yaş grubu dışında olmak,
2. Erkek olmak
3. Meme kanser tanısı almış olmak,
4. Bilgi toplama araçlarını anlamayı engelleyecek fiziksel ya da ruhsal engeli bulunmak,
5. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak.

3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği toplam ve alt boyut puanları

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik özellikler (yaş, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu vb.), yaşamı boyunca ve düzenli aralıklarla (iki yılda bir kez) mamografi çekme davranışı ve gelecekteki iki yıl içinde mamografi çekilmeyi düşünme durumu.

3.5. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri Birey Tanıtım Formu ve Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ) ile toplandı (Ek 1).

3.5.1. Birey Tanıtım Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma ve gelir durumu, kronik hastalığı, ailede ve arkadaşlarında meme kanseri olup olmama durumu, meme kanseri erken tanı ve mamografi çekilmeye yönelik farkındalığının ve davranış aşamasının sorgulandığı toplam 14 soru yer almaktadır.

3.5.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği (MDDSÖ)-(Mammography Processes of Change Scale)

James Prochaska ve Carlo Diclemente (1982) tarafından geliştirilen Transteorik Modelin mamografi davranış değişim sürecini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçeğin daha sonra 2010 yılında Pruitt ve ark. tarafından geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Orijinal ölçek dört alt boyut (Düzenli Tarama Kararlılığı, Bilgi Edinme Paylaşımı ve İletişim, Kendinin Dışındakileri Düşünme ve

Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma) ve 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinde düzenli tarama kararlılığı, bilgi edinme paylaşımı ve iletişim, kendinin dışındakileri düşünme alt boyutlarında altışar madde, sağlık bakım sistemlerinden kaçınma alt boyutunda ise dört madde bulunmaktadır (Ek 1).

Ölçek, 5'li Likert tipi (1 = Hiçbir zaman, 2 = Nadiren, 3 = Ara sıra, 4 = Çoğunlukla, 5 = Her zaman) olarak değerlendirilen bir ölçektir. Ölçeğin üç maddesi (19, 20, 21) olumsuz ifade içerdiğinden ters kodlama yapılmaktadır. Ölçeğin toplamının aldığı en düşük ve en yüksek puan 43-100 arasındadır. Alt boyutlarının aldığı en düşük ve en yüksek puanlar ise, bilgi edinme paylaşımı ve iletişim (16-50), düzenli tarama kararlılığı (7-25), sağlık bakım sistemlerinden kaçınma (3 -15), düzenli tarama davranışı (4 – 20) puan arasındadır. Ölçeğin 2010 yılında Pruitt ve ark. tarafından 2010 yılında yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach Alfa değerleri 0,70-0,85 arasında bildirilmiştir (Pruitt ve ark. 2010). Ölçek literatürdeki diğer ölçeklerden kısa olması, 10-12 dakikalık bir sürede doldurulabilmesi, araştırmacılar tarafından uygulanması ve puanlama kolaylığı önemli özelliklerindedir (Rakowski ve ark. 1992; Rakowski ve ark. 1996).

3.6. ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmacı tarafından çalışma kapsamına alınan üç ASM sırasıyla haftada bir kez olacak şekilde ziyaret edildi. Araştırmacının ASM'de bulunduğu günlerde ASM'ye başvuran ve araştırma kriterlerine uyan kadınlar araştırmaya dâhil edildi. Her ASM için belirlenen örneklem sayısına ulaşana kadar veri toplama işlemi sürdürüldü. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı ve bir kişiden veri toplanması ortalama 15- 20 dakika zaman aldı.

3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde IBM SPSS 21.0, SPSS AMOS ve NCSS PASS paket programları kullanıldı. Veriler kodlanarak, veri tabanı oluşturuldu. Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistik değerleri (ortalama, standart sapma, örneklem sayısı, yüzde, minimum, maksimum, medyan ve IR (çeyrekler arası açıklık) verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu kontrol edilerek, parametrik ve non-parametrik analizlerle istatistiksel değerlendirmeleri yapıldı.

Kategorik değişkenlerin değerlendirmeleri için Ki-kare analizi, sürekli ve kesikli değişkenlerin değerlendirmeleri için parametrik değerlendirmelerde ANOVA, nonparametrik değerlendirmelerde Kruskal Wallis Testi, sürekli değişkenlerin iki boyutlu karşılaştırmaları için parametrik yaklaşımda t testi, non-parametrik yaklaşımda iki bağımsız grup karşılaştırılmasında normal dağılıma uygun olmadığından non-parametrik testlerde Mann Whitney-U kullanıldı. Zamana göre değişmezliği değerlendirmek için 60 kişiye dört hafta sonra test-tekrar test yapıldı.

Madde toplam puan korelasyon katsayısı ölçütü olarak 0,40'ın üstü alındı (Tezbaşaran 1997; Akgül 2005; Gözüm ve Aksayan 2002; Şencan 2005; Özmen 2004; Tavşancıl 2010). Yapı geçerliği için, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanıldı (Gözüm ve Aksayan 2003; Leech ve ark. 2006). Faktör yapısının belirlenmesinde temel bileşenler analizi orthogonal varimax rotasyon yapıldı (Dixon ve ark. 2007). Açıklayıcı faktör analizinde 0,40 ve üzerinde faktör yük değeri bulunan maddeler faktör yapısına alındı (Aksayan 2002). Doğrulayıcı faktör analizi istatistiğinde ise örneklem büyüklüğüne duyarlı olması nedeniyle, elde edilen değerlerin serbestlik derecesine oranı bir yeterlik kriteri olarak kullanılmakta ve bu oranlamadan elde edilen sonucun 3,00 ve altında olduğu oranlar yeterli uyum olarak kabul edilmektedir (Çokluk ve ark. 2010; Seçer ve ark. 2015). Yordama geçerliğinde, ölçek puanı ve ölçeğin alt boyutları puanları arasındaki bağımsız gruplar arasındaki ilişkiye bakıldı (Aroian ve ark. 2005; Çokluk ve ark. 2013).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik teknikleri için yapılan analizler Tablo 5'de verildi

Tablo 5. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Teknikleri için Yapılan Analizler

Geçerlik Teknikleri	Geçerlik Tekniği İçin Yapılan İşlemler
Kapsam Geçerliği	Uzman görüşü alma Kapsam geçerliği indeksi (KGI)
Yapı Geçerliği	Doğrulayıcı faktör analizi, Açıklayıcı faktör analizi
Yordama Geçerliği	Ölçek toplam puanı ve ölçeğin alt boyutları puanları ile mamografi çekirme davranışı ve çekirmeyi düşünme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi
Güvenirlik Teknikleri	Güvenirlik Tekniği İçin Yapılan İşlemler
Ölçmenin Standart Hatası	Standart hata saptama
İç Tutarlılık Katsayısı	Cronbach Alfa katsayısı hesaplama
İç tutarlılık katsayısı (madde çözümlenmesi)	Madde-toplam korelasyon katsayısı için Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama
Zamana Göre Değişmezlik Test-tekrar test yöntemi	Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama

3.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın yapıldığı İzmir Karşıyaka İlçesinde bulunan Bostanlı 1, Örnekköy 10 ve Karşıyaka 24 No'lu ASM' ye kayıtlı ve başvuruda bulunan kadın bireylerden toplanmış olması verilerin genellenebilirliğini bu bölge ile sınırlamaktadır.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Veri toplamaya başlamadan önce Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulu'ndan onay (Ek 2) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan gerekli resmi izinler (Ek 3) alındı. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılabilmesi için Ölçeği geliştiren araştırmacılardan James Prochaska'dan elektronik posta yoluyla izni alındı (Ek 4). Araştırmaya katılmaya

gönüllü olan kadınlara çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra Birey Bilgilendirme ve Onam Formu (Ek 6) ile yazılı izinleri alındı.



4. BULGULAR

Bu bölümde verilerin analizinden sonra elde edilen bulgular üç ana başlıkta sunuldu.

- Kadınlara ilişkin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular
- MDDSÖ'nin geçerlik bulguları
- MDDSÖ'nin güvenilirlik bulguları

4.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİNE GİREN KADINLARA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 6. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=232)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş (51,20±7,7 Min: 40, Mak: 68)		
40-49 yaş ve arası	107	46,1
50-59 yaş ve arası	86	37,1
60-68 yaş ve arası	39	16,8
Medeni Durumu		
Evli	171	73,7
Bekâr	61	26,3
Yaşayan Çocuk Sayısı (2 ± 1, Min: 0, Mak:9)		
Yok	30	12,9
1 çocuk	40	17,2
2 veya 3 çocuk	140	60,3
4 ve üzeri çocuk	22	9,5
Öğrenim Düzeyi		
Okur-yazar	19	8,2
İlköğretim	79	33,9
Lise	77	33,0
Lisans-Lisanüstü	57	24,5
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	164	70,7
Çalışıyor	68	29,3

Tablo 6. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=232) (devam)

Gelir Durumu (1615±1075,Min: 0, Mak: 4500)		
Geliri olmayan -asgari ücret ve altı	88	37,9
1351-2100 TL.	77	33,2
2101-3000 TL. ve üzeri	67	28,9
TOPLAM	232	100,0

Araştırmaya katılan kadınların %46,1'i 40-49 yaş aralığında, %60,3'ünün 2-3 yaşayan çocuğu bulunmakta, %73,7'si evli, %33,9'u ilköğretim mezunu, %70,7'si çalışmıyor, %33,2'sinin geliri 1351- 2100 TL. aralığındadır (Tablo 6).

Tablo 7. Kadınların Meme Kanseri Taramalarına İlişkin Düşünce ve Davranışlarının Dağılımı (n=232)

Kadınların Meme Kanseri Taramalarına Yönelik Düşünce ve Davranışları	n	%
Yaşamı boyunca mamografi çekme durumu		
Hiç	86	37,1
1 kez	50	21,6
2-5 kez	77	33,2
6 ve üzeri	19	8,2
Düzenli aralıklarla (iki yılda bir kez) mamografi çekme durumu		
Evet	50	21,6
Hayır	182	78,4
Gelecekteki iki yıl içinde mamografi çekilmeyi düşünme durumu		
Evet	180	77,6
Hayır	52	22,4
Birinci derece akrabada meme kanseri teşhisi alan birey varlığı		
Evet	44	19,0
Hayır	188	81,0
Arkadaşlar arasında meme kanseri teşhisi alan birey varlığı		
Evet	118	50,9
Hayır	114	49,1

Tablo 7. Kadınların Meme Kanseri Taramalarına İlişkin Düşünce ve Davranışlarının Dağılımı (n=232) (devam)

Meme kanseri erken tamsına yönelik gösterilen davranış durumu		
KKMM	59	25,3
KMM+ Ultrason	43	18,5
Mamografi	38	16,3
Hepsi	13	5,6
Hiçbiri	79	33,9
TOPLAM	232	100,0

Kadınların meme kanseri ve taramalarına yönelik davranış ve düşüncelerine ilişkin bulgular Tablo 7’de gösterildi. Çalışmaya alınan kadınların %37,1’i yaşamları boyunca hiç mamografi yaptırmadığını, %77,6’sı gelecekteki iki yıl içinde mamografi yaptırmayı düşündüğünü, %21,6’sı iki yılda bir kez düzenli olarak mamografi yaptırdığını ifade etti. Bireylerin %19’u birinci derece akrabalarında, %50,9’u arkadaşlarında meme kanseri tanısı alan biri olduğunu belirtti. Katılımcıların %33,9’u meme kanseri erken teşhis ve tarama yöntemlerine yönelik davranışlarda bulunmadığını ifade etti (Tablo 7).

4.2. MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ’NİN GEÇERLİK BULGULARI

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği’nin geçerlik analizinde; dil geçerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği (açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi) ve yordama geçerliği yapıldı. Analizler öncesinde örneklem yeterliliği için KMO değeri ve Barlett testi sonuçları değerlendirildi.

4.2.1. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Dil Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Dil geçerliği için ölçek maddelerinin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi üç kişi tarafından bağımsız olarak yapıldı. Daha sonra araştırmacılar tarafından, her madde en uygun çeviri, dil, anlam uygunluğu ve kavramda eşdeğerliliği açısından gözden geçirilerek yeni bir Türkçe ölçek taslağı oluşturuldu. Oluşturulan ölçek taslağı geri çeviri yöntemi ana dili İngilizce olan iki dilli bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce'ye çevrildikten sonra özgün form ile karşılaştırılması yapıldı.

4.2.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Kapsam Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Çeviri sonrası elde edilen Türkçe form ve özgün İngilizce form, dil ve kapsam geçerliği yönünden alanında uzman olan 11 öğretim üyesi tarafından değerlendirildi. Uzmanlar MDDSÖ'yi Davis tekniğine göre, her bir maddenin anlaşılabilirliği, düzgün, doğru, açık ve net ifade olup olmadığı 1-4 puan aralığında değerlendirilmesi ve 1=uygun değil, 2=maddenin uygun şekilde getirilmesi gerekiyor, 3=uygun ancak ufak değişiklikler gerekiyor, 4=çok uygun olarak tanımlanmış ve ölçek maddelerinin %80'inin uzmanlar tarafından oldukça uygun veya çok uygun şeklinde değerlendirilmesi beklenmiştir (Davis 1992). Bunların dışında değer alan maddeler tekrar gözden geçirilerek gerekli değişiklikler yapıldı. Uzman görüşleri doğrultusunda; 1, 3, 8, 9, 10, 14, 18 ve 22. maddelerin bazı ifadeleri anlam bütünlüğü ve dildeki sadeliği sağlamak için değiştirildi. 10. maddedeki "her yıl mamografi çektiririm" ifadesi T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından mamografinin ülkemizde iki yılda bir kez çektirilmesi önerildiğinden madde "iki yılda bir kez mamografi çektiririm" şeklinde çevrildi ve ölçeğin son şekli oluşturuldu. Her bir madde değerlendirilirken (3) veya (4) seçeneği seçerek işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her maddeye ilişkin kapsam geçerlik indeksi (KGİ) elde edildi. Çalışmada elde edilen KGİ 0,86 değeri "mükemmel" olarak değerlendirildi ($p<0,05$) (Tablo 8).

Uzman görüşlerinden sonra tek bir form haline getirilen ölçek veri toplamak için belirlenen ASM bölgelerinin dışında kalan 30 kadına pilot olarak uygulandı ve geri bildirimleri alındı. Geri bildirimler değerlendirildi, pilot çalışmaya katılan kadınlar tarafından anlaşılmayan maddeler düzenlendi ve anlaşılabilirliği sağlandı. Böylece ölçeğe son şekli verilmiş oldu. Ön uygulama yapılan 30 kadının verileri araştırma kapsamına alınmadı.

Tablo 8. Uzmanların Değerlendirme Sonuçları ve Kapsam Geçerliği İndeksi (KGI)

Maddeler	Uygun Değil	Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekiyor	Uygun ancak ufak değişiklikler gerekiyor	Çok Uygun	Kapsam Geçerlik Oranları
Madde 1	0	0	6	5	1
Madde 2	0	0	5	6	1
Madde 3	0	0	5	6	1
Madde 4	0	0	6	5	1
Madde 5	0	0	6	5	1
Madde 6	0	3	6	2	0,73
Madde 7	0	4	7	0	0,64
Madde 8	0	0	4	7	1
Madde 9	0	0	6	5	1
Madde 10	0	0	4	7	1
Madde 11	0	0	6	5	1
Madde 12	0	0	5	6	1
Madde 13	0	0	4	7	1
Madde 14	0	0	6	5	1
Madde 15	0	0	5	6	1
Madde 16	0	5	6	0	0,55
Madde 17	0	0	4	7	1
Madde 18	0	0	5	6	1
Madde 19	0	0	7	4	1
Madde 20	0	0	6	5	1
Madde 21	0	0	4	7	1
Madde 22	0	0	5	6	1
TOPLAM	0	12	118	112	0,86

4.2.3. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Yapı Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Prochka ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilen 22 madde ve 4 alt boyuttan oluşan Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin yapı geçerliliğinin değerlendirmesinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapıldı.

4.2.3.1. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Açıklayıcı Faktör Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Ölçeğin yapı geçerliği için öncelikle açıklayıcı faktör analizi yapıldı (Yurdağül 2013; Leech 2008). Faktör analizinde öz değeri 1 ve üzeri olan faktörler yorumlamaya alındı. Analiz öncesinde örneklem yeterliliği için KMO değeri ve Barlett testi sonuçlarına bakıldı. Çalışmada açıklayıcı faktör analizi sonucunda, ölçeğin KMO değeri 0,922 ve Barlett testi değerleri $X^2=2975,495$, $p<0,001$ anlamlılık düzeyinde bulundu.

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği faktörlerinin isimlendirilmesinde faktör altındaki maddelerin büyük ağırlıklara sahip olan değerleri dikkate alınarak, maddelerin ifade ettikleri anlama göre isimlendirme yapıldı (Kalaycı 2010). Tablo 9'da görüldüğü gibi faktör 1'i oluşturan büyük ağırlıklara sahip olan maddeler mamografi hakkında bilgi edinme iletişim, kendinin dışındakilere cesaret verme ile ilgili değişkenler olduğundan "bilgi edinme paylaşım ve iletişim" alt boyutu olarak isimlendirildi. Faktör 2'ye "düzenli tarama kararlılığı", faktör 3'e "sağlık bakım sistemlerinden kaçınma" ve faktör 4'e ise "düzenli tarama davranışı" alt boyutu olarak isimlendirilme yapıldı. Orijinal ölçekte ise Puritt ve ark. tarafından faktör 1'e düzenli tarama kararlılığı, faktör 2'ye bilgi paylaşım ve iletişim, faktör 3'e kendinin dışındakileri düşünme ve faktör 4'e ise sağlık bakım sistemlerinden kaçınma alt boyutu olarak isim verilmiştir (Ek 1). Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda dört alt boyut elde edilmesine rağmen alt boyutlara yüklenen maddelerin orijinal ölçekten farklı şekilde gruplandığı görüldü (Tablo 9).

Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonrasında 10 maddenin orijinal ölçekteki alt boyutlardan farklı boyutlara yüklendiği görüldü. Ölçeğin orijinalinde düzenli tarama

kararlılığı alt boyutunda bulunan 1 ve 2. maddeler çalışmada düzenli tarama davranışı alt boyutuna; bilgi edinme, paylaşım ve iletişim alt boyutunda yer alan 11 madde çalışmada düzenli tarama kararlılığı alt boyutuna; kendinin dışındakileri düşünme alt boyutunda yer alan 13, 14, 15, 16 ve 17. maddeler çalışmada bilgi edinme paylaşım ve iletişim alt boyuttuna; kendinin dışındakileri düşünme alt boyutunda yer alan 18. madde düzenli tarama davranışı alt boyutuna; sağlık bakım sistemlerinden kaçınma alt boyutunda bulunan 22. madde ise çalışmada düzenli tarama davranışı alt boyutunda yer aldı (Tablo 9).

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan açıklayıcı faktör analizinde varimax rotasyonu kullanılarak faktör yük değeri, özdeğerler ve açıkladıkları varyans yüzdeleri değerlendirildi (Tablo 9).

Tablo 9. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçek Maddelerinin Faktör Yük Değerleri ve Faktörlerin Varyansı Açıklama Oranları (n = 232)

Madde Numaraları	Temel Bileşenler Analizindeki Faktör Yük Değerleri			
	Bilgi edinme paylaşım ve iletişim (Faktör 1)	Düzenli tarama kararlılığı (Faktör 2)	Sağlık bakım sistemlerinden kaçınma (Faktör 3)	Düzenli tarama davranışı (Faktör 4)
Madde 7	0,757			
Madde 8	0,728			
Madde 9	0,722			
Madde 10	0,513			
Madde 12	0,603			
Madde 13	0,768			
Madde 14	0,746			
Madde 15	0,704			
Madde 16	0,629			
Madde 17	0,733			
Madde 3		0,619		
Madde 4		0,779		
Madde 5		0,779		
Madde 6		0,668		
Madde 11		0,497		
Madde 19*			0,817	
Madde 20*			0,841	
Madde 21*			0,719	

*Ters kodlu maddeler

Tablo 9. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçek Maddelerinin Faktör Yük Değerleri ve Faktörlerin Varyansı Açıklama Oranları (n = 232) (devam)

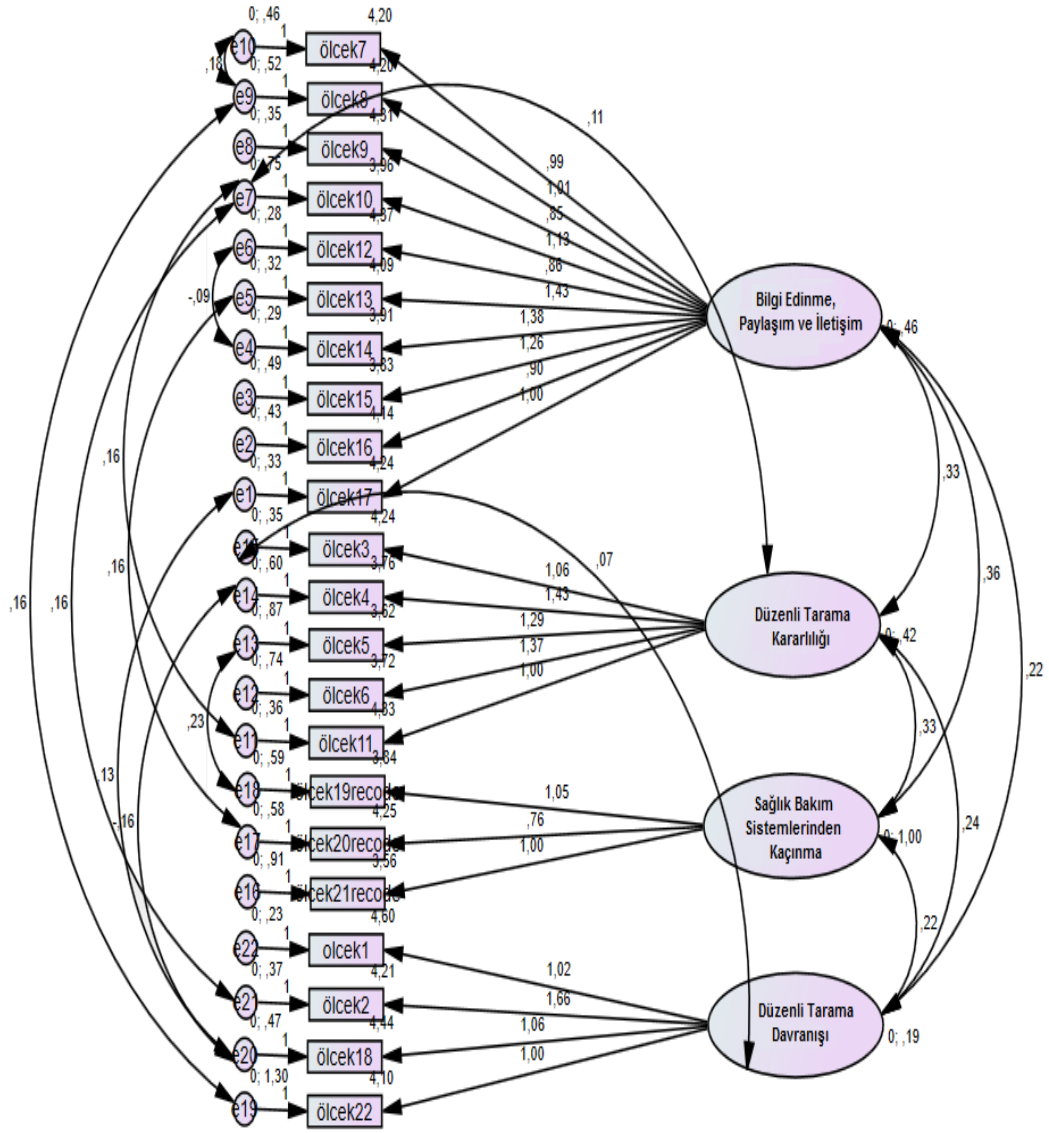
Madde 1				0,597
Madde 2				0,602
Madde 18				0,589
Madde 22				0,609
Toplam Varyans Açıklanan	63,4			
Varyans Oranları	25,7	15,9	11,1	10,7
Özdeğer	9,633	1,694	1,601	1,017

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin açıklayıcı faktör analizi sonucunda tüm maddelerin faktör yükleri temel bileşenler analizinde 0,49-0,84 arasında bulundu (Tablo 9). Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin faktör analizi sonrası öz değeri 1,00'in üzerinde olan (Faktör özdeğerlerin 1.00'in üstünde kabul edilebilirdir.) toplam varyansın %63,4'ünü açıklayan dört alt boyutlu faktör yapısı Tablo 9'da gösterildi. Bilgi edinme paylaşım ve iletişim alt boyutu toplam varyansın %25,7'sini, düzenli tarama kararlılığı alt boyutu toplam varyansın %15,9'unu, sağlık bakım sistemlerinden kaçınma alt boyutu toplam varyansın %11,1'ini, düzenli tarama davranışı alt boyutu toplam varyansın %10,7'sini açıkladı (Tablo 9).

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda; 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 ve 17.maddeler bilgi edinme paylaşım ve iletişim alt boyutunda, 3, 4, 5, 6 ve 11.maddeler düzenli tarama kararlılığı alt boyutunda, 19, 20 ve 21.maddeler sağlık bakım sistemlerinden kaçınma alt boyutunda ve 1, 2, 18 ve 22.maddeler ise düzenli tarama davranışı alt boyutunda yer aldı (Tablo 9).

4.2.3.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Doğrulayıcı Faktör Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Ölçeğin faktör yapısının özgün forma uygunluğu doğrulayıcı faktör analiziyle (DFA) değerlendirildi. Özgün faktör yapısı ile karşılaştırılması, benzerlik ve farklılıkların gözlenmesi için DFA ile değerlendirilen madde faktör ilişkilerine ait katsayılar Şekil 1’de gösterildi. Gözlenen veri, orijinal ölçekte olduğu gibi dört boyutlu modele iyi uyum gösterdi. Ölçeğin tümü ve alt boyutlarının korelasyon katsayıları hesaplandı. Modele ilişkin faktör yükleri 0,23-1,30 arasındaydı (Şekil 1).



Şekil 1. Mamografi Davranış Değişim Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi

Araştırmada ölçeğin yapı geçerliği için uygulanan DFA sonucuna göre uyumu gösteren X^2/df (CMIN/df 1,83, RMSA 0,06, NFI 0,890 ve CFI 0,944 olarak hesaplandı. X^2 /serbestlik derecesi 1,83 ile anlamlı olduğu görüldü. Varsayılan model doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirildiğinde anlamlı bulundu ($p<0,001$). Böylece ölçeğin dört faktörlü yapısının doğrulandığı görüldü (Tablo 10).

Tablo 10. Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri Normal Değeri ve Modelin Değerleri

Uyum İyiliği	Model	Kabul Edilebilir Uyum
X^2/df (CMIN/df)	1,83	< 3 iyi uyum, <5 kabul edilebilir uyum
RMSEA	0,06	$0,08 \leq$ Kabul edilebilir $\leq 0,06$ $0,06 \leq$ iyi uyum $\leq 0,05$
PCLOSE	0,05	$\leq 0,05$ iyi uyum
CFI	0,944	$\geq 0,95$ great, $\geq 0,90$ traditional, $\geq 0,80$ sometimes permissible
NFI	0,890	$\geq 0,90$ iyi uyum

X^2 : Ki Kare, Df: Degrees of Freedom, CMIN: Minimum discrepancy function, RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, CFI: Comparative Fit Index, NFI: Normed Fit Index

4.2.4. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Yordama Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği' nin toplam puanı ve ölçeğin alt boyut puanları ile çalışmaya katılan kadınların yaşamı boyunca mamografi çektirme ve çektirmeme davranışı, düzenli aralıklarla (iki yılda bir kez) ve gelecekteki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünme ve düşünmeme durumu arasında ilişki olabileceği düşünülerek yordama geçerliği yapıldı.

Kadınların yaşamı boyunca mamografi çektirme durumlarına göre mamografi davranış değişim süreci ölçeği puanlarının karşılaştırması Tablo 11'de gösterildi

Tablo 11. Kadınların Yaşamı Boyunca Mamografi Çektirme Durumu ile MDDS Ölçeği' nin Pualarının Karşılaştırılması (n=232)

MDDSÖ' nin Alt Boyutları	Yaşamı Boyunca Mamografi Çektirmeyenler (n=86)		Yaşamı Boyunca Mamografi Çektirenler (n=186)		p
	ort±std sap	med±ÇAA	ort±std sap	med±ÇAA	
Bilgi Edinme, Paylaşım ve İletişim	41,2±8,6	44,5±11,2	41,2±6,9	41,2±10	0,395 ⁺
Düzenli Tarama Kararlılığı	20,6±4,4	22,0±7,0	19,0±4,2	20,0±7	0,003 ⁺
Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma	11,6±3,4	13,0±6,0	11,6±3,0	12,0±5,0	0,780 ⁺
Düzenli Tarama Davranışı	17,6±2,5	18,0±4,0	17,1±2,6	18,0±5,0	0,148 ⁺
Ölçek Toplam Puan Ortalaması	91,2±16,2	96,5±24,0	89,1±13,7	89,5±21	0,100 ⁺

p⁺: Mann Whitney U Testi

Ort: Ortalama Std Sap: Standart Sapma Med: Medyan ÇAA: Çeyrekler arası açıklık

Yaşamı boyunca mamografi çektiren kadınların MDDSÖ toplam puanları, mamografi çektirmeyenlere göre daha düşüktü. Kadınların yaşamı boyunca mamografi çektirenler ile bilgi edinme paylaşım ve iletişim, sağlık bakım sistemlerinden kaçınma ve düzenli tarama davranışı alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 11). Düzenli tarama kararlılığı alt boyut puanı ile yaşamı boyunca mamografi çektirenlerle ile çektirmeyenler karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05) (Tablo 11).

Kadınların düzenli (iki yılda bir kez) olarak mamografi çektirme durumlarına göre mamografi davranış değişim süreci ölçeği puanlarının karşılaştırması Tablo 12'de gösterildi.

Tablo 12. Kadınların Düzenli (İki yılda bir kez) Mamografi Çektirme Durumu ile MDDS Ölçeği' nin Puanlarının Karşılaştırılması (n=232)

MDDSÖ' nin Alt Boyutları	Düzenli Mamografi Çektirenler (n=50)		Düzenli Mamografi Çektirmeyenler (n=182)		p
	ort±std sap	med±ÇAA	ort±std sap	med±ÇAA	
Bilgi Edinme, Paylaşım ve İletişim	40,2±7,5	40,5±10,0	41,5±7,6	44,0±11,0	0,182 ⁺
Düzenli Tarama Kararlılığı	18,0±4,5	18,5±7,2	20,1±4,2	20,0±7,0	0,004 ⁺
Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma	11,2±2,9	11,0±5,0	11,7±3,2	12,0±5,0	0,181 ⁺
Düzenli Tarama Davranışı	16,5±3,0	17,0±5,0	17,5±2,4	18,0±4,0	0,022 ⁺
Ölçek Toplam Puan Ortalaması	86,0±14,1	87,0±21,0	90,9±14,7	94,0±22,0	0,016 ⁺

p+: Mann Whitney U Testi

Ort: Ortalama Std Sap: Standart Sapma Med: Medyan ÇAA: Çeyrekler arası açıklık

Düzenli mamografi çektirenlerin (iki yılda bir kez) MDDSÖ' i toplam puanları, düzenli mamografi çektirmeyenlere göre daha düşüktü. Düzenli olarak mamografi çektiren kadınların MDDSÖ' nin düzenli tarama kararlılığı ve düzenli tarama davranışı alt boyutlarının puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo12). MDDSÖ' nin, diğer alt boyutları sağlık bakım sistemlerinden kaçınma, bilgi edinme paylaşım ve iletişim puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Kadınların gelecekteki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünme durumlarına göre mamografi davranış değişim süreci ölçeği puanlarının karşılaştırması Tablo 13' de gösterildi.

Tablo 13. Kadınların Gelecekteki İki Yıl İçinde Mamografi Çektirmeyi Düşünmesi ile MDDS Ölçeği'nin Puanlarının Karşılaştırılması (n=232)

MDDSÖ' nin Alt Boyutları	Mamografi Çektirmeyi Düşünenler (n=180)		Mamografi Çektirmeyi Düşünmeyenler (n=52)		p
	ort±std sap	med±ÇAA	ort±std sap	med±ÇAA	
Bilgi Edinme, Paylaşım ve İletişim	42,3±6,9	44,0±9,7	37,4±8,5	38,0±12,7	p<0,001 ⁺
Düzenli Tarama Kararlılığı	20,1±4,2	21,0±7,0	17,9±4,3	19,0±6,5	p<0,001 ⁺
Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma	12,2±2,8	13,0±5,0	9,5±3,4	10,0±5,0	p<0,001 ⁺
Düzenli Tarama Davranışı	17,5±2,6	18,0±4,0	16,7±2,4	17,0±3,0	p=0,016 ⁺
Ölçek Toplam Puan Ortalaması	92,2±13,5	95,0±19,7	81,6±15,6	82,0±25,2	p<0,001 ⁺

p⁺: Mann Whitney U Testi

Ort: Ortalama Std Sap: Standart Sapma Med: Medyan ÇAA: Çeyrekler arası açıklık

Gelecekteki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünen kadınların MDDSÖ toplam puanları mamografi çektirmeyi düşünmeyen kadınlara göre daha yüksekti. Kadınların gelecekteki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünmesi ile MDDSÖ'nin alt boyutlarının puanları karşılaştırıldığında tüm alt boyutlarda aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0, 05) (Tablo 13).

4.3. MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİK BULGULARI

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin güvenilirlik bulgularında; standart hata, iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa katsayısı), madde-toplam puan korelasyonu ve zamana göre değişmezlik analizleri yapıldı.

Tablo 14'te çalışmaya katılan kadınların MDDSÖ'nin maddelerine verilen yanıtların standart hata sonuçları yer aldı.

4.3.1. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçları

Tablo 14. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

MADDELER	Ortalama±SS	Medyan±ÇAA	SH
Madde 1	4,60±0,65	5,00±1,00	0,04309
Madde 2	4,20±0,94	4,00±1,00	0,06231
Madde 3	4,24±0,91	4,00±1,00	0,05993
Madde 4	3,75±1,21	4,00±2,00	0,07947
Madde 5	3,61±1,26	4,00±2,00	0,08274
Madde 6	3,71±1,24	4,00±2,00	0,08141
Madde 7	4,19±0,95	4,00±1,00	0,06273
Madde 8	4,19±0,99	4,50±1,00	0,06535
Madde 9	4,31±0,82	4,00±1,00	0,05430
Madde 10	3,96±1,14	4,00±2,00	0,07540
Madde 11	4,32±0,89	5,00±1,00	0,05845
Madde 12	4,37±0,78	5,00±1,00	0,05186
Madde 13	4,09±1,11	4,00±1,00	0,07345
Madde 14	3,90±1,08	4,00±2,00	0,07112
Madde 15	3,82±1,10	4,00±2,00	0,07268
Madde 16	4,13±0,89	4,00±1,00	0,05885
Madde 17	4,24±0,90	4,00±1,00	0,05930
Madde 18	4,44±0,83	5,00±1,00	0,05486
Madde 19	3,84±1,29	4,00±2,00	0,08521
Madde 20	4,24±1,08	5,00±1,00	0,07111
Madde 21	3,56±1,38	4,00±3,00	0,09093
Madde 22	4,09±1,22	5,00±1,00	0,08020
TOPLAM	89,90±14,72	92,50±22	0,09670

Ort±SS: Ortalama ± standart sapma; SH: Standart hata; ÇAA: Çarekler arası açıklık

Ölçeğin madde puanlarının ortalaması 3,56±1,38 ile 4,60±0,65 arasındadır. 1. maddesi (mamografi çektirmenin kadın sağlığı açısından önemli olduğunu düşünüyorum) en yüksek ortalamaya sahip iken 21. maddenin (kendimi sağlıklı hissediyorsam düzenli kontrollerim için doktora gitmem) en düşük ortalamaya sahip olduğu görüldü. Buna göre ölçek puan ortalaması 89,90±14,72 olarak hesaplandı. Ölçeğin standart sapma değeri 0,65 ile 1,26 arasında değişmektedir. Standart sapmalar ile ölçek maddelerinin ortalamaları incelendiğinde standart sapmaların daha

küçük olduğu görüldü. Standart hata sonuçları incelendiğinde, ölçeğin hata oranları 0,43-0,85 arasında değiştiği görüldü (Tablo 14).

4.3.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi

Güvenirlilik analizlerinde, ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için madde toplam ve alt boyut puanlarının korelasyon katsayısı ve Cronbach Alfa katsayısı hesaplandı. Ölçeğin toplam ve alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları Tablo 15'de gösterildi.

Tablo 15. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin Toplam ve Alt Boyutları İç Tutarlılık Katsayıları (n = 232)

MDDS Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach Alfa Katsayısı
Bilgi Edinme, Paylaşım ve İletişim	10	0,92
Düzenli Tarama Kararlılığı	5	0,84
Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma	3	0,78
Düzenli Tarama Davranışı	4	0,64
Ölçek Toplam	22	0,93

Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,93 olarak hesaplandı (Tablo 13). Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları ise; bilgi edinme paylaşım ve iletişim, düzenli tarama kararlılığı, sağlık bakım sistemlerinden kaçınma ve düzenli tarama davranışı sırasıyla; 0,92, 0,84, 0,78 ve 0,64 bulundu (Tablo 15).

Ölçeğin madde toplam puan korelasyon analizi ve Cronbach alfa katsayıları Tablo 16'da gösterildi.

Tablo 16. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçek Madde-Toplam Puan Korelasyon ve Cronbach Alfa Katsayısı (n = 232)

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyonları	Cronbach Alfa Katsayısı
Madde 1	0,561*	0,928
Madde 2	0,686*	0,927
Madde 3	0,706*	0,926
Madde 4	0,736*	0,926
Madde 5	0,658*	0,928
Madde 6	0,689*	0,927
Madde 7	0,695*	0,926
Madde 8	0,687*	0,926
Madde 9	0,642*	0,927
Madde 10	0,743*	0,926
Madde 11	0,719*	0,926
Madde 12	0,696*	0,926
Madde 13	0,763*	0,924
Madde 14	0,767*	0,924
Madde 15	0,724*	0,925
Madde 16	0,659*	0,927
Madde 17	0,708*	0,925
Madde 18	0,610*	0,928
Madde 19	0,585*	0,930
Madde 20	0,450*	0,931
Madde 21	0,598*	0,930
Madde 22	0,524*	0,933
Ölçek Toplam	1	0,930

* Spearman Korelasyon Testi $p < 0,001$

Araştırmada 22 maddelik ölçeğin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında (n= 232), ölçek maddelerinin ölçek toplam puanıyla olan korelasyon katsayıları 0,450 - 0,767 arasında olduğu görüldü (Tablo 16).

Mamografi davranış değişim süreci ölçeğinin madde-alt boyut puan korelasyonları Tablo 17’de verildi.

Tablo 17. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeğinin Madde-Alt Boyut Puan Korelasyonları ve Alt Boyut Ölçek Toplam Korelasyonu (n = 232)

MDDSÖ'nin Alt Boyutları	Madde Alt-Boyut Puan Korelasyonları (22 madde)	Alt Boyut Toplam Ölçek Korelasyonu
Bilgi Edinme, Paylaşım ve İletişim	Madde 7	0,763*
	Madde 8	0,766*
	Madde 9	0,739*
	Madde 10	0,747*
	Madde 12	0,724*
	Madde 13	0,821*
	Madde 14	0,830*
	Madde 15	0,804*
	Madde 16	0,735*
	Madde 17	0,780*
Düzenli Tarama Kararlılığı	Madde 3	0,761*
	Madde 4	0,849*
	Madde 5	0,804*
	Madde 6	0,820*
	Madde 11	0,722*
Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma	Madde 19	0,877*
	Madde 20	0,774*
	Madde 21	0,865*
Düzenli Tarama Davranışı	Madde 1	0,631*
	Madde 2	0,750*
	Madde 18	0,522*
	Madde 22	0,777*
Ölçek Toplam		1

*Spearman Korelasyon Testi p<0,001

Mamografi davranış değişim süreci bilgi edinme, paylaşım ve iletişim alt boyutu korelasyon katsayıları 0,83-0,72 arasında, mamografi davranış değişim süreci düzenli tarama kararlılığı alt boyutu korelasyon katsayılarının 0,84-0,72 arasında, mamografi davranış değişim süreci sağlık bakım sistemlerinden kaçınma alt boyutu korelasyon katsayılarının 0,87-0,77 arasında, mamografi davranış değişim süreci düzenli tarama

davranışı alt boyutu korelasyon katsayılarının 0,77-0,52 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 17).

Mamografi davranış değişim süreci ölçeğinin alt boyut puanı ile toplam ölçek puanı arasındaki ilişki incelendiğinde korelasyon katsayılarının 0,64- 0,90 arasında değiştiği pozitif yönde, güçlü düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin var olduğu saptandı ($p< 0,001$) (Tablo 17).

4.3.3. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği' nin zamana göre değişkenliğini göstermek için çalışmaya katılan ilk 60 kadına ilk test uygulamasından dört hafta sonra ölçek tekrar uygulandı. MDDSÖ' nin test-tekrar test güvenilirlik analizi Tablo 18'de verildi.

Tablo 18. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği Toplamı ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Korelasyonları (n =60)

MDDSÖ'nin Alt Boyutları	Soru Sayısı	Uygulanan Kişi Sayısı	Tekrar Test Korelasyon Katsayısı
Bilgi Edinme Paylaşım ve İletişim	10	60	0,900*
Düzenli Tarama Kararlılığı	5	60	0,605*
Sağlık Bakım Sistemlerinden Kaçınma	3	60	0,950*
Düzenli Tarama Davranışı	4	60	0,813*
Ölçek Toplam	22	60	0,969*

* Spearman Korelasyon Testi $p<0,001$

Ölçeğin bilgi edinme paylaşım ve iletişim, düzenli tarama kararlılığı sağlık bakım sistemlerinden kaçınma ve düzenli tarama davranışı alt boyut puanları ile test-tekrar test toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı

($p>0,05$). Zamana göre değişmezlik korelasyonu $r=0,96$ olarak hesaplandı ($p<0,001$) (Tablo 18).



5. TARTIŞMA

Bu bölümde “Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği”nin geçerlik ve güvenilirliği için yapılan çalışmalar iki başlık altında tartışıldı.

İlk başlıkta Ölçeğin geçerliği ile bulguların tartışması yer aldı.

5.1. MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ’NİN GEÇERLİK BULGULARI

Geçerlik, bir testin ölçmek istediği özelliğini başka bir özellikle karıştırmadan, doğru ve tam olarak ölçmesidir (Eser ve Bayur 2007; Ercan 2005)

5.1.1. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeğinin Kapsam Geçerliği

Ölçeğin kapsam geçerliğinde KGI değeri hesaplanmıştır. Bu tekniğin hesaplanmasında en az üç, en fazla 20 uzman görüşü alınmasının uygun olduğu bildirilmektedir (Tavşancıl 2002). Kapsam Geçerliği Değeri 0,80’den büyük ise ölçeğin madde kapsam geçerliği açısından yeterli olduğu savunulur (Yurdağül 2013; Aksayan 2002) Tezbaşaran 1997). Davis tarafından düşük KGI’ye sahip maddelerin ölçekten çıkartılması gerektiği belirtilmektedir (Davis 1992).

Çalışmada 11 uzmanın görüşü alındıktan sonra hesaplanan KGI değeri 0,86 olarak bulundu. Bu çalışmada ölçeğin KGI değerinin kabul edilebilir düzeyde olması ölçeğin Türkçe versiyonunun uzmanlar arasında ölçüm amacına uyduğu konusunda görüş birliğini yansıttığı şeklinde yorumlandı.

5.1.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirmede açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi uygulandı (Yurdağül 2013; Leech 2008). Faktör analizinin temel amacı ölçekteki

maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmayacağını inceleyerek yeni faktörlerin oluşturulmasını sağlamaktır (Gözüm ve Aksayan 2003; Özdamar 2004).

Örnekleme büyüklüğünün yeterliliğini değerlendirmek amacıyla yapılan KMO ölçütü 1,00-0,90 arasında mükemmel, 0,89-0,80 arasında olduğunda çok iyi, 0,79-0,70 arasında iyi, 0,69-0,60 arasında orta, 0,59-0,50 arasında olduğunda zayıf ve 0,50'nin altında olduğunda ise örneklem büyüklüğünün kabul edilmediğini ifade eder (Özdamar 2004; Leech ve ark. 2006; Uçkun 2009). Bu çalışmada elde edilen KMO 0,922 değeri örneklem büyüklüğünün mükemmel olduğunun göstergesi olarak değerlendirildi.

Verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini kontrol etmek için kullanılan Barlett testi sonucunda elde edilen (X^2) test istatistiğinin anlamlılığı verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğinin göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Tezbaşaran 1997). Çalışmadaki $X^2=2975,495$, $p<0,001$ örneklem sınama büyüklüğü analiz değeri, örneklemin faktör analizi için oldukça yeterli olduğunu gösterdi.

Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde kullanılan açıklayıcı faktör analizinde oluşturulan faktör yüklerinin toplam varyansı açıklama oranı %40-%60 arasında olması yeterli kabul edilir (Akgül 2005; Şencan 2005). Varyans oranlarının yüksek olması ölçeğin faktör yapısının da güçlü olduğunu göstermektedir (Tavşancıl 2010). Literatürde 0,30-0,59 faktör yükü orta, 0,60 ve üzeri faktör yükü yüksek olarak kabul edilir (Şencan 2005). Faktör yükü değeri 0,40'ın altında kalan maddelerin ölçekten çıkarılması gerektiği belirtilmektedir (Tezbaşaran 1997; Akgül 2005; Gözüm ve Aksayan 2002; Şencan 2005; Özmen 2004; Tavşancıl 2010).

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği toplam varyansın %63,4' ünü açıkladı. Özdeğeri 1,00'in üzerinde olan, dört faktörlü ölçeğin 22 maddesinin faktör yük değerlerinin 0,497-0,841 arasında olduğu görüldü. Bu durum farklı alt boyutlar altına giren maddelerin toplam varyansı açıklama durumunun yeterli ve oluşturulan faktör yapısının güçlü olduğu şeklinde yorumlandı. Ölçeğin maddelerinin faktör yükünde 0,40'ın altında kalan madde olmadığından ölçekten madde çıkarılmadı ve faktör yükü güçlü kabul edildi.

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda faktör yapısının özgün ölçek yapısına uygun olduğu görülürken, maddelerin dağılımı özgün ölçekten farklı idi. Buna iki ülkenin kültürleri arasındaki farklılığın neden olduğu düşünüldü.

Ölçeğin faktörlerinin isimlendirilmesinde faktörler altındaki maddelerin sahip olduğu yük değerleri dikkate alınarak, maddelerin ifade ettikleri anlama göre isimlendirmesi önerilmektedir (Kalaycı 2010). Bu nedenle, ölçeğin faktörlerinin isimlendirilmesi bu öneri doğrultusunda yapıldı.

Yapı geçerliğini sınamada; ikinci aşamada Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin faktör yapısının ölçeğin orijinal yapısı ile karşılaştırılması yapıldı ve Türk diline/kültürüne uygunluğu ülkemiz için geçerli olup olmadığı DFA yardımıyla incelendi. Literatürde RMSEA ve RMR'nin 0,00'a yakın, CFI, GFI ve AGFI'nın ise 1,00'e yakın olması ve X^2/df oranlanmasından elde edilen sonucun 3,00 ve altında olması iyi uyum gösterdiği kabul edilir (Leech ve ark. 2008; Çokluk ve ark. 2010; Seçer 2015). Açıklayıcı faktör analizinde oluşturulan faktörlerin altına giren maddelerin uygunluğunun sınıandığı doğrulayıcı faktör analizinde, modelin uyum göstergelerinin (X^2/sd (CMIN/df: 1,83, RMSA: 0,06, NFI: 0,890 ve CFI: 0,944 $p<0,001$) açıklayıcı faktör ile uyumlu olduğu görüldü. Bu sonuç maddelerin belirlenen alt boyutları yeterince temsil ettiği, benzer oranda dağıldığı ve ülkemiz için geçerli bir ölçme aracı olduğu şeklinde yorumlandı. Puritt ve ark. tarafından 2010 yılında geliştirilen orijinal ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi değerleri (CFI = 0,927, RMSEA= 0,059 $X^2= 2158,7$, s.d.= 196, $p<0,001$) olarak bildirilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen sonuçlar, faktör yapısının özgün ölçek yapısına da uygun olduğunu gösterdi.

5.1.3. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Yordama Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Geçerliği belirlemede kullanılan diğer bir analiz yöntemi olan yordama geçerliği yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılanın gerçek hayattaki yansımalarının karşılaştırılmasındaki uyumu gösteren uygulama geçerliğidir (Carlson 2000; Gözüm ve Aksayan 2003; Şencan 2005; Leech ve ark. 2008).

Ölçeğin yordama geçerliğinde, kadınların Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile yaşamı boyunca mamografi çekme davranışı, düzenli olarak (iki yılda bir kez) mamografi çekme davranışı ve gelecekteki iki yıl içinde mamografi çekmeyi düşünme durumları ayrı ayrı karşılaştırıldı. Buna göre yaşamı boyunca mamografi çektiren ve çekmeyen kadınların ölçek toplamından ve bazı alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Yine aynı şekilde düzenli (iki yılda bir kez) mamografi çektiren ve çekmeyen kadınların ölçek toplamından ve bazı alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$). Bu sonuçlar ile ölçeğin, kadınların yaşam boyunca mamografi çekme davranışını belirlemede ve düzenli olarak (iki yılda bir kez) mamografi çekme davranışı arasındaki ilişkiyi kestirmede kullanılmasının uygun olmadığı görüşüne varıldı. Bu durum davranış değiştirme sürecini değerlendiren Ölçeğin yapısı ile değerlendirildiğinde beklendiği bir durum olarak görüldü.

Gelecekteki iki yıl içinde mamografi çekmeyi düşünen kadınların ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan, mamografi çekmeyi düşünmeyen kadınların ölçek toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlara göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Bu sonuca göre MDDSÖ'nden alınan puanlar ile kadınların iki yıl içinde mamografi çekmeyi düşünmeleri arasındaki ilişkiyi kestirmek mümkündür. Diğer bir deyişle davranış değişim sürecini değerlendiren ölçeğin, ölçekten yüksek puan alan kadınların gelecekteki iki yıl içinde mamografi çekme davranışını daha çok göstermeleri beklendiğinden karşılaştırmanın uyum göstermesi ölçeğin yordama geçerliğine sahip olduğunu gösterdi.

5.2. MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ'NİN GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

Bir ölçüm aracı olarak kullanılan güvenilirlik aynı zamanda değişmezlik, tutarlılık, kestirim gücü ve doğrulukla eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Erefe 2002; Gözüm ve Aksayan 2003; Polit ve Hungler 2001).Güvenirlik analizi aynı

koşullarda tekrarlanan ölçüm değerlerinin kararlılığının göstergesidir (Sayın 2006; Ergin 1995; Yurdağül 2006).

Bu bölümde, MDDSÖ güvenilirlik analizlerinin, standart hata, iç tutarlılık ve zamana göre değişmezlik analiz sonuçları tartışıldı

5.2.1. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçlar

Ölçmenin standart hatası özellikle, bir testteki çeşitli puanların ve puanlar arasındaki farkların güvenilirliği konusunda yapılabilecek yargılar için kullanışlıdır. Ölçmenin standart hatası yükseldikçe bireysel puanın değişkenliği artar, düştükçe bireysel puanın değişkenliği azalır. Gözlenen değerlerin standart sapması arttıkça veya güvenilirlik azaldıkça ölçmenin standart hatası da artar (Özdamar 2004). Dolayısıyla, standart hata küçüldükçe ölçmenin güvenilirliği artmaktadır, standart hata büyüdükçe ölçmenin güvenilirliği azalmaktadır (Tavşancıl 2005; Büyüköztürk ve ark. 2010). Standart hata oranlarının ortalamasının yarısından küçük olması ölçme aracının güvenilir olduğunu gösterir (Yurdağül 2013). Ölçek puan ortalaması $89,90 \pm 14,72$ olarak hesaplandı Standart hata sonuçları incelendiğinde, ölçeğin hata oranları 0,43-0,85 arasında değiştiği görüldü. Ölçeğin standart sapma değeri 0,65 ile 1,26 arasında değişmektedir. Çalışmada standart sapmalar ve ölçek maddelerinin ortalamaları incelendiğinde standart sapmaların daha küçük olduğu görüldü. Hesaplanan standart hata oranları değerlerine göre ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu yorumu yapılabilir.

5.2.2. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin İç Tutarlılığının Değerlendirilmesi

Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesinde Cronbach Alfa (α) katsayısı hesaplandı (Polit 1996). İç tutarlılık değerlendirme ölçütüne göre, Cronbach Alfa katsayısı $0,00 \leq \alpha \leq 0,40$ arasında ölçek güvenilir değildir; $0,40 \leq \alpha \leq 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir; $0,60 \leq \alpha \leq 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir; $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$

ise ölçek yüksek derecede güvenilir şekilde ifade edilmektedir (Özdamar 2004; Eser ve Baydur 2007). Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçek toplamı için saptanan Cronbach Alfa katsayısı 0,93 olarak hesaplandı. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları ise; birinci alt boyut 0,92; ikinci alt boyut 0,84, üçüncü alt boyut 0,78 ve dördüncü alt boyut için 0,64 idi.

Bu değerler ile ölçek toplamı, bilgi edinme, paylaşım ve iletişim, düzenli tarama kararlılığı alt boyutunun yüksek derecede güvenilir olduğu, sağlık bakım sistemlerinden kaçınma ve düzenli tarama davranışı alt boyutlarının oldukça güvenilir olduğunu gösterdi. Sağlık bakım sistemlerinden kaçınma ve düzenli tarama davranışı alt boyutunun Cronbach Alpha değerinin diğer alt boyutlardan daha düşük olmasının nedeninin, bu alt boyuta yüklenen madde sayısının azlığı olabileceği varsayıldı.

Pruitt ve ark. tarafından 2010 yılında orijinal ölçeğin toplamı için saptanan Cronbach Alfa (a) katsayısı 0,86 olarak bulunurken, orijinal ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa katsayıları birinci alt boyut 0,85, ikinci alt boyut 0,83, üçüncü alt boyut 0,77 ve dördüncü alt boyut için ise 0,70 bulunmuştur (Puritt ve ark. 2010). Çalışma sonuçları ile orijinal ölçek sonuçları ile benzerdir.

Ölçeğin iç tutarlılığı için yapılan diğer bir yöntem madde analizidir. Madde-toplam puan analizi güvenilirlik kadar, iç tutarlılığın da göstergesi kabul edilir ve aynı zamanda ölçeğin yapı geçerliğini de yansıtır (Gözüm ve Aksayan 2003; Şencan 2005).

Madde-toplam puan korelasyon katsayısı için literatürde farklı değerler gösterilmekle birlikte en alt seviye 0,20 alınmakta, güvenilirlik katsayısı madde puanlarının 0,30-0,40 arasında "iyi", 0,40 üstünde ise "çok iyi" düzeyde ayırt edici ve güvenilir olduğu savunulmaktadır (Davis 1992; Gözüm ve Aksayan 2003; Tavşancıl 2010). Ölçek maddeleri arasında faktör yük değeri 0,40'ın altında olan maddelerin ölçekten çıkarılması gerektiği ifade edilmektedir (Özdamar 2004). Ölçek madde toplam puan korelasyon katsayılarının 0,450-0,767 arasında değiştiği ve tüm maddeler için istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p < 0,0001$). Korelasyon katsayıları göz önünde bulundurularak ölçekten madde çıkarılmadı. Buna göre ölçeğin madde-ölçek korelasyon katsayı değerlerinin pozitif yönde çok iyi düzeyde ayırt edici ve güvenilir olduğu ifade edilebilir.

5.2.3. Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği İçin Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeğin Türkçe formunun zamana göre değişmezliğini belirlemek için test tekrar test analizi yapılması önerilir. Tekrarlanan ikinci uygulamanın minimum 30 kişi ile yapılması (Gözüm ve Aksayan 2002) ve iki test arasındaki sürenin ortalama 15-45 gün arasında olması istenilen bir durum olarak bildirilir (Tezbaşaran 1997; Ercan 2005; Şencan 2005; Polit 1996). Bir ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu (kararlılık gösterdiğini) saptamak üzere hazırlanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması için en az 0,70 olması ve +1'e ne kadar yaklaşırsa testin güvenilirliğinin arttığı belirtilmektedir (Güleç 2009; Gözüm ve Aksayan 2002; Şencan 2005; Tezbaşaran 1997; Akgül 2005; Tavşancıl 2010). Dört hafta sonra 60 kadın ile yapılan MDDS Ölçeği'nin test- tekrar test analizine ilişkin korelasyon değeri $r=0,969$, $p<0,001$ hesaplandı. Bu durum, ölçeğin zamana göre değişmezliğinin yüksek düzeyde olduğu, ölçeğin zaman karşısında etkilenmediği, zaman geçse bile hep aynı durumu ölçtüğü şeklinde yorumlandı.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.SONUÇ

Sonuç olarak araştırmanın başlangıcında oluşturulan sorular aşağıdaki şekilde yanıtlanmış oldu.

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği Türk toplumuna uygulanabilir geçerli bir ölçektir.

Dil ve kapsam geçerliği yönünden alanında uzman olan 11 öğretim üyesi tarafından değerlendirilen ölçeğin KGİ değerinin 0,86 ile kabul edilebilir düzeyde olduğu,

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 0,922 ve Barlett testi değerleri $X^2=2975,495$, $p<0,001$ anlamlılık düzeyinde örneklem sınama büyüklüğü, analiz değeri, örneklemin faktör analizi için oldukça yeterli olduğu,

Açıklayıcı faktör analizine göre, Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği toplam varyansın %63,4'ünü açıklayan, özdeğeri 1.00'in üzerinde, dört faktörlü ölçeğin 22 maddesinin faktör yük değerlerinin 0,497-0,841 arasında olması faktör yapısının güçlü olduğu,

Ölçeğin alt boyutları toplam varyansın sırasıyla; bilgi edinme, iletişim ve paylaşım, düzenli tarama karalılığı, sağlık bakım sistemlerinden kaçınma ve düzenli tarama davranışı alt boyutları; %25,7, %15,9, %11,1 ve %10,7'sini açıkladığı,

Açıklayıcı faktör analizinde oluşturulan faktörlerin altına giren maddelerin uygunluğunun sınıandığı doğrulayıcı faktör analizinde, modelin uyum göstergelerinin (X^2/df (CMIN/df 1,83, RMSA 0,06, NFI 0,890 ve CFI 0,944 $p<0,001$) açıklayıcı faktör ile uyumlu olduğunu ve dört alt boyutlu yapıyı doğruladığı

Ölçeğin gelecekteki iki yıl içinde mamografi çektirmeyi düşünenler ve düşünmeyen kadınları başarılı bir şekilde ayırt edilebildiği ve ölçekten yüksek puan

alan kadınların gelecekteki iki yıl içinde mamografi çekirme davranışını daha çok göstermeleri beklendiği sonuçlarına varıldı.

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği Türk toplumuna uygulanabilir güvenilir bir ölçektir.

Ölçek puan ortalaması $89,90 \pm 14,72$, standart sapma değeri 0,65 ile 1,26 arasında ve standart hata oranları 0,43-0,85 olması ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğunu,

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçek toplamı için Cronbach Alfa katsayısı 0,93, ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alfa katsayıları ise; birinci alt boyut 0,92; ikinci alt boyut 0,84, üçüncü alt boyut 0,78 ve dördüncü alt boyut için 0,64 hesaplandığı, ölçek toplamı, bilgi edinme, paylaşım ve iletişim, düzenli tarama kararlılığı alt boyutunun yüksek derecede güvenilir ve sağlık bakım sistemlerinden kaçınma ve düzenli tarama davranışı alt boyutlarının oldukça güvenilir olduğu,

Çalışmada 22 maddelik ölçek maddelerinin ölçek toplam puanı ile korelasyon katsayıları değerlerinin 0,450 - 0,767 arasında değiştiği, ölçeğin alt boyut puanı ile ölçek puanının korelasyon katsayılarının 0,64-0,90 olması ile pozitif yönde çok iyi düzeyde ayırt edici ve güvenilir olduğu,

Ölçeğin test- tekrar test analizine ilişkin korelasyon değeri $r=0,969$, $p<0,001$ ile ölçeğin zamana göre değişmezliğinin yüksek düzeyde olduğu, ölçeğin zaman karşısında etkilenmediği, sonucuna varıldı.

6.2. ÖNERİLER

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

Geçerli ve güvenilir olduğu kanıtlanan ölçeğin Türk toplumunda kadınların mamografi çekirme davranış düzeylerinin belirlenmesi, geliştirilmesi ve değişim sürecinin başlatmasına yönelik yapılacak çalışmalarda kullanılması,

Ölçeğin mamografi davranış değişim sürecinde kadınların algılarında etkili olabilecek diğer değişkenler (eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, yaş, etnik köken, vs.) ile değerlendirilmesi,

Ölçeğin Cronbach Alfa değeri diğer alt boyutlara göre daha düşük olan sağlık bakım sistemlerinden kaçınma ve düzenli tarama davranışı alt boyutu maddelerinin yeniden gözden geçirilmesi,

Ölçeğin ülkemizde meme kanserinin önlenmesinde oluşturulacak geniş kapsamlı meme kanseri korunma programlarında kullanılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. J Breast Health. 2015; 11: 8-31.

Adams J, White M. Are activity promotion interventions based on the transtheoretical model effective? A critical review. Br J Sports Med. 2003; 37: 106–114.

Adams J, White M. Why don't stage based activity promotion interventions work? Health Educ. Res. 2005; 20(2):237-243.

Akdağ S. Kadınların Tarama veya Tanısal Amaçlı Mamografi Uygulaması ile İlgili Bilgi, Düşünce ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. Aygün)

Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri- SPSS Uygulamaları. 3. Baskı, Emek Ofset Ltd.Şti., Ankara; 2005, s: 95-382.

Akkaş H, İlhan MN, Bumin MA. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20 Yaş Üzeri Kadınların Meme Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Denizli; 2007, s: 324- 325.

Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelik Araştırma Dergisi 2002; 4 (1):914

Akyolcu N. Kadınların Meme Kanseri ve Kendi-Kendine Meme Muayenesi Hakkındaki Sağlık Bilgisi Düzeylerinin Ölçülmesi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Doktora Tezi, 1985, İstanbul.

Akyolcu N. ve Uğraş G.A. Kendi kendine meme muayenesi: erken tanıda ne kadar önemli? The Journal of Breast Health. 2011; 7 (1): 10-14.

Alan B, Kapan M, Girgin S. Üçüncü Basamak Bir Üniversite Hastanesinde Yapılan 5100 Mammografi Görüntülemesinin Retrospektif Analizi. Dicle Tıp Dergisi. 2016; 43 (2): 339-343.

Arman M. Suffering related to health care: a study of breast cancer patients' experiences. International journal of nursing practice. 2004; 10 (6): 248-256.

Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigal RJ, Compbell TS, Hemmelgarn BR Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Obes Rev.2011; 12: 709-723.

Arslan M, Dursun A.Ş. Kadınların Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Bilgi Durumlarına Eğitimin Etkisi. T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik e-dergisi. 2013; (1) :1.

Aslan F.E, Gürkan A. Kadınlarda Meme Kanseri Risk Düzeyi. Meme Sağlığı Dergisi.2007; 3(2): 63-8.

Avcı İ.A, Atasoy A, Sabah E. Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. 2014: 119-128.

Aveyard P, Massey L, Parsons A, Manaseki S, Griffin C. The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. Soc Sci Med. 2009; 68(3): 397–403.

Ay S, Temel AB. The Transtheoretical Model Of Behavioral Change to Exercise in Applying to Adult Turkish People. Gait Posture. 2008; 28: 118.

Bağ B. Uzun Dönem Kanser Hastalarında Psikososyal Sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013; 5(1): 109-126.

Bandura A. The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry. 1982; 13: 195-199

Başkan S, Atahan K, Arıbal E, Özeydin N, Balcı P, Yavuz E. Meme kanserinde tarama ve tanı. *The Journal of Breast Health*. 2012; (3): 8.

Baysal HY. Fazla kilolu kadınlarda ttm temelli verilen eğitim ve izlenmin egzersiz davranış kazandırmaya etkisi ve değerlendirilmesi. Doktora Tezi. 2013, Erzurum.

Berg WA. Tailored supplemental screening for breast cancer: what now and what next? *AJR Am J Roentgenol*. 2009; 192: 390-9.

Berger BA. Readiness for Change: Improving Treatment Adherence. Research Triangle Park, NC: Glaxo Wellcome Inc,1997.

Berivan A, Bakan S. Sağlık İnanç ve Transteoretik Modellerle Temelli Verilen İki Ayrı Eğitimin Hemşirelerde Sigara Bıraktırmaya Etkisinin Karşılaştırılması. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, 2013, Erzurum (Danışmanı Prof. Dr. Behice ERCİ).

Bleyer A. Screening Mammography: Update and Review of Publications Since Our Report in the New England Journal of Medicine on the Magnitude of the Problem in the United States. *Acad Radiol* 2015; 22: 949-960.

Bordeleau LJ, Lipa JE, Neligan PC. Management of the BRCA mutation carrier or high-risk patient. *Clin Plastic Surg*. 2007; 34: 15-27.

Büyüköztürk G, Çakmak EK, Akgün ÖE, Karadeniz G, Demirel F, Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 5. baskı, Pegem Akademi, Ayrıntı Matbaa, Ankara; 2010.

Carlson ED. A case study in translation methodology using the health-promotion lifestyle profile 2. *Public Health Nurs*. 2000; 17(1): 61-70.

Carney PA, Harwood BG, Greene MA, Goodrich ME. Impact for a Telephone Counseling Intervention on Transitions in Stage of Change and Adherence to Interval Mammography Screening (United States). *Cancer Causes and Control*. 2005; 16: 799-807.

Clark M. A, Rakowski W, Ehrich B, Rimer B. K, Velicer W. F, Dube C. E, Pearlman D. N, Peterson, K. K, Goldstein M. The effect of astage-matched and tailored intervention on repeat mammography. *AmericanJournal of Preventive Medicine*. 2002; 22: 1-7.

Coldman A, Phillips N. False Positive Screening Mammograms and Biopsies Among Women Participating in a Canadian Breast Screening Program. 2012; 103: 420-424.

Cooney A.L. The Transtheoretical Model and Its Application to Adolescents' Physical Activity Behavior, University of Alberta Faculty of Physical Education and Recreation, Master of Arts, Edmonton, (AB Nielsen),1996.

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951; 16: 297-334.

Cummings SR. Primaryprevention of breastcancer: newapproaches. *Maturitas*. 2007; 57: 39-41.

Çeker A, Çekin R, Ziyagil M.A. Farklı Yaş Gruplarındaki Kadın ve Erkeklerin Düzenli Fiziksel Aktiviteye Katılım Davranışı Değişim Basamakları. *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2013: 8; 1.

Darendeliler E, Yaman A.F . Meme Kanserinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi. *Meme Kanseri*. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydın, Maktav Dinçer, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2003; 13-33.

Davis L.L. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research* 1992; 5: 194-197.

Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın Sağlığı Taramasında Güncel Durum. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015: 4; 638-659.

Demirkazık F.B. Yüksek Riskli Kadına Yaklaşım: Risk Nedir? Nasıl Hesaplanır? Yüksek Riskte Ne Yapılmalı? *Trd Sem*. 2014; 2: 206-216.

Dereceli Ö. Herediter Meme Kanserinde BRCA1 VE BRCA2 Genlerinin Rolü, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Bitirme Tezi, 2013, Kayseri (Danışman İlhan Demirhan).

Dinçel E, Kısmet K, Erel S, Sunay D, Şahin M, Taşova V, Akkuş M.A. İlk Mamografi Yaşına Etki Eden Faktörler Meme Sağlığı Dergisi. 2010; 6: 3.

Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 1: 29-36.

Durdiyeva M. K, Besim H, Arslan K, Özkayalar H, Yılmaz G, Mocan G K, Bulakbaşı N. KKTC Yakın Doğu Üniversite Hastanesinde Erken Tanı ve Tarama Programında Tanı Konulan Meme Kanseri Olgularının Değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health 2015; (1): 11.

Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screeningforbreastcancer. JAMA. 2005; 293(10): 1245-1256.

Elmore JG, Barton MB, Mocerri VM, Polk S, Arena PJ, Fletcher SW. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. N Engl J Med. 1998; 338(16): 1089-96.

Engin K. Meme Kanseri, Nobel Tıp Kitabevi, 2005; 75-90.

Ercan O. Adölesanın psikososyal gelişimi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 2005; 43: 17-21.

Ercan Y, Yiğit R, Kaşarcı İ. İlköğretim Öğrencilerinin Özyeterlilik Düzeylerinin Akademik Başarı ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2012; 23: 371 – 388.

Ergül S, Temel AB. The effects of a nursing smoking cessation intervention on military students in Turkey. International Nursing Review. 2009; 56 (1): 102–108.

Erkin Ö, Ardahan M. Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi'nin Pullardaki Tarihi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2014; 4(3): 22-28.

Eroğlu C, Eryılmaz M.A, Cıvcık S, Gurbuz Z. Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu International Journal of Hematology and Oncology. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Kayseri, 2010.

Erol S, Erdoğan S. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin kullanılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007; 10(2): 86-94.

Ersin F, Zühal B. Sağlık Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi, DEUHYO e-dergisi 2012; 5 (1): 28-38.

Eser E, Baydur H. Sağlıkta yaşam kalitesi ölçeklerinin psikometrik çözümlemesi; Geçerlik ve Güvenirlik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Kongre Öncesi Kurs Notları, İzmir; 2007, s: 3- 29.

Evans WP. Breast cancer screening: successes and challenges. CA Cancer J Clin. 2012; 62: 5-9.

Fındık S. Meme Kanseri Olgularında HER2/neu Tespitinde İmmünohistokimya Ve Floresan İn Situ Hibridizasyon (FISH) Yöntemlerinin Karşılaştırılması. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2007, Konya (Danışman: H. Toy).

Fossland VS, Stroop JB, Schwartz RC, Kurtzman SH. Genetic issues in patients with breast cancer. Surg Oncol Clin N Am. 2009; 18: 53-71.

Gençay T. Hasta Ve Sağlık Çalışanlarının Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Meme Kanseri Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Saptanması. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörü Uzmanlık Tezi, 2007, İstanbul (Danışman Doç.Dr. O. Yücel).

Gençtürk N. Kadın Sağlık Profesyonellerinin Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. Meme Sağlığı Dergisi. 2013; (1): 9.

Glanz K, Resch N, Lerman C. Factor associated with adherence to breast cancer screening among working women. JOM, 1993; 34 (11):1071- 1077.

Göcen E. Meme Koruyucu Cerrahi Uygulanmış Meme Kanseri Hastalarda Konvansiyonel Radyoterapi İle Konformal Radyoterapi Tekniğinin Doz Dağılımı Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul.

Güleç H. Psikiyatride Psikometri: Temel Kavramlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009; 1: 175-186.

Gülten N. İzmir Balçova bölgesinde yaşayan kadınların meme kanserine ilişkin risk faktörleri, bilgi ve uygulamaları. DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.

Gümüş Y, Kitiş Y. Egzersiz Davranış Değişimi Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirliği. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Türkiye Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. Ankara, 2015; 1: 19.

Gündoğan D. Hemşirelik öğrencilerinin meme kanserine ilişkin korunma önlemleri konusundaki bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Prof.Dr. A. Şirin)

Güngörmüş Z ve Erci B. Transtheoretical model-based education given for smoking cessation in higher school students. Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health.2012; 43(6): 1548.

Güngörmüş Z, Karabulutlu E. Üniversite Öğrencilerinin Genel Sağlık Ölçümlerinin Değişim Aşamalarına Göre Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1: 3.

Güngörmüş Z. Lise öğrencilerinde sigara içme davranışının Transteoretik Model Çerçevesinde Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.2010; 19: 12-18.

Gürsoy AA. Kendi Kendine Meme Muayenesi Çelişkisi. TAF Prev Med Bull. 2008; 7(3): 257-260

H. Gilbert Welch, M.D, M.P.H, Philip C. Prorok, Ph.D., A. James O'Malley, Ph.D., and Barnett S. Kramer, M.D., M.P.H. Breast-Cancer Tumor Size, Overdiagnosis, and Mammography Screening Effectiveness N Engl J Med. 2016; 375:1438-1447.

Hatipoğlu AA. Kanserde erken tanı ve tarama problemleri. In: Tuncer AM ed. Türkiye'de Kanser Kontrolü. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi, Ankara; 2007: 381-388.

Haydaroğlu A, Dubova S, Özşaran Z, Bölükbaşı Y, Yılmaz R, Kapkaç M, Özdedeli E. Ege Üniversitesinde Meme Kanseri. 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2005; 1 (1): 6-7.

İtilli Ö. Hastanemiz Meme Polikliniğine Başvuran Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Davranışları ve Mamografi, Meme Ultrasonografi Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul (Danışman: Op. Dr. C. F. Gezen).

Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. BRC Matbaacılık, Ankara; 2010.

Kamişli S, Öz F. Evaluation of a Smoking Cessation Psychoeducational Program for Nurses. Journal of Addictions Nursing. 2011; 22 (3): 117-123.

Karatay G, Kublay G, Emiroglu O.N. Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66 (6): 1328-37.

Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu. Meme Sağlığı Dergisi. 2008; 4 (1): 2.

Kaya A.A. Honaz organize sanayi bölgesi semt polikliniğine başvuran 20-70 yaş arası kadınların meme kanseri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. T.C. Pamukkale Üniversitesi, 2014, Pamukkale (Danışman: Doç.Dr.T. Edirne).

Kayhan A, Arıbal E. Meme kanseri taraması: Neden yapıyoruz? Ne zaman? Değerlendirmede yaşanan sorunlar. Trd Sem. 2014; 2: 230-40.

Kim Y.H. Application of the transtheoretical model to identify psychological constructs influencing exercise behavior A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2007; 44: 936-44.

Koca B. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Malatya Yeni Tıp Dergisi. 2010; (27): 10-14.

Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak S. D, Tükün A, Yalçın B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. Meme Sağlığı Dergisi. 2011; 7: 47-67.

Koyun A. Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli (Transtheoretik Model) İle Yapılan Eğitimin Sigarayı Bırakma Davranışı Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Doktora Tezi,2013, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Kafiye EROĞLU)

Kozan R, Tokgöz V.Y. Türkiye’de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı ACU Sağlık Bil Derg. 2016; 4: 185-188.

Kurdoğlu M, Gelir GK, Keremoğlu Ö. Van Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi’ ne Ait Serviks ve Meme Kanseri Tarama Programı Sonuçları. Van Med J. 2009; 16 (4): 119-123.

Külahcı Ö, Esen H, Asut E, Güngör S. Association of ICAM-1, VCAM-1, CYCLIN D1 and Cathepsin D with Clinicopathological Parameters in Breast Carcinoma; an Immunohistochemical Study. *Journal Breast Health*. 2017; 13: 5-9.

Pruitt S.L, McQueen A, Tiro J, Rakowski W, DiClemente C, Vernon S.W. Construct Validity of a Mammography Processes of Change Scale and Invariance by Stage of Change. *J Health Psychol*. 2010; 15(1): 64–74.

Lammers SE, Schaefer KM, Ladd EC et al. Caring for women living with ovarian cancer: recommendations for advanced practice nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2000; 26: 567-573.

Lechner L, Nooijer JD, Vries HD. Breast self-examination: longitudinal predictors of intention and subsequent behavior. *European Journal of Cancer Prevention*. 2004; 13: 1-8.

Lee SY, Kim MT, Kim SW, Song MS, Yoon SJ. Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women's cohort study. *Int J Cancer*. 2003; 105 (3): 390-393.

Leech LN, Barrett CK, Morgan AG, editors. *SPSS for intermediate statistics use and interpretation*. New York. Lawrence Erlbaum Associates; 2008.

Leitch AM, Dodd GD, Costanza M, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of breast cancer. *CA Cancer J Clin*. 1997; 47: 150 –153.

Linos E, Willett WC. Diet and breast cancer risk reduction. *J Natl Compr Canc Netw*. 2007; 5: 711-718.

Magil F.N. *Survey Of Social Science. Psychology Series*. Salem Pres .1993; 380-5.

Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, Bernstein L, Malone KE, Ursin G, Strom BL, Norman SA, Wingo PA, Burkman RT, Berlin JA, Simon MS, Spirtas R, Weiss LK. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2002; 346: 2025-2032.

Marcus BH, Simkin LR. The transtheoretical model: Applications to exercise behavior. *Med Sci Sports Exerc.* 1994; 26(11): 1400-140.

Marmot MG, Altman DG, Cameron, Dewar JA, SG Thompson, Wilcox and The Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer.* 2013; 108: 2205-2240.

McElroy JA, Shafer MM, Trentham-Dietz A, Hampton JM, Newcomb PA. Cadmium exposure and breast cancer risk. *J Natl Cancer Inst.* 2006; 98: 869-873.

McPherson CP, Swenson KK, Jolitz G, Murray CL. Survival of women ages 40–49 years with breast carcinoma according to method of detection. *Cancer.* 1997; 79: 1923–32.

Menekli T, Fadıloğlu Ç. Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. *T.C. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 2012: 1–21.

Merey S. Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2002, İstanbul.

Mermer G. Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi,* 2010, İzmir (Danışman Doç. Dr. M. Türk Soyer).

Miçooğulları B.O, Cengiz C, Aşçı F, Kirazcı H. Genç Yetişkin Bireylerin Egzersiz Öz Yeterlik ve Egzersize Bakış Açılarının Cinsiyet ve Egzersiz Davranışı Değişim Basamaklarına Göre İncelenmesi. *Spor Bilimleri Dergisi.* 2010; 21(2): 49-59.

Nigg CR, Courneya KS. Transtheoretical model: Exercise behavior examining adolescent. *Journal of Adolescent Health.* 1998; 22: 214-224.

Nigg CR. Explaining adolescent exercise behavior change: A longitudinal application of the transtheoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*. 2001; 23(1): 11-20.

Onat H, Başaran M. Meme Kanseri Risk Faktörleri ve Korunma. *Meme Kanseri*. Editörler: Erkan Topuz, Adnan Aydiner, Maktav Dinçer, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2003; 90-107.

Özcan A. Transterotik Modele Dayalı Çalışma: Güneşten Korunma Programının Adölesanların Güneşten Korunma Davranışlarına Etkisi. Doktora Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Ergün).

Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak Ç, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Med J*. 2014; 15: 154-60.

Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. Kaan Kitabevi, Eskişehir: 2004; (5): s. 450-455.

Özdemir A, Işık S. Meme Kanseri Taramasında Mammografi-I: Meme kanseri risk faktörleri. *İnsizyon Cerrahi Tıp Bilimleri Derg*. Bilimsel-Tıp Yayınevi, 1998; 1 (2):118-122.

Özdemir H, Taşçı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013; 1: 41-47.

Özen M. HER2 Pozitif Meme Kanseri Hastalarında Adjuvan Tedaviye 9 Haftalık Trastuzumab Eklenmesi: Retrospesifik Analiz. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2010, Ankara.

Özgüven İ.Ö. Psikolojik testler. PDREM yayınları, Sistem Ofset Basımevi, Ankara; 2000: (4) ; s. 83-120.

Özmen V, Boylu S, Ok E, Canturk NZ, Celik V, Kapkac M, Girgin S, Tireli M, Ihtiyar E, Demircan O, Baskan MS, Koyuncu A, Tasdelen I, Dumanli E, Ozdener F, Zaborek P. Factors Affecting Breast Cancer Treatment Delay in Turkey: A Study From Turkish Federation of Breast Diseases Societies. Eur J Public Health. 2015; 25: 9-14.

Özmen V, Fidaner C, Aksaz E, Bayol Ü, Dede İ Göker E, Güllüoğlu BM, Işıkdoğan A, Topal U, Uhri M, Utkan Z, Zengin N, Tuncer M. Türkiye’de meme kanseri erken tanı ve tarama programlarının hazırlanması. T.C. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Raporu. J Breast Health. 2009; (5): 125-134.

Özmen V. Türkiye'de Meme Kanseri: Klinik ve Histopatolojik Özellikler 13.240 Olgunun Analizi. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2014; (10) : 2.

Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara; 2011:2; 40-59.

Patten S, Vollman A, Thurston W. The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. J Assoc Nurses AIDS Care, 2000; 11: 57-66.

Plummer BA, Velicer WF, Redding CA, Prochaska OJ, Rossi JS, Pallonen UE et al Stage of change decisional balance and temptations for smoking measurement and validation in a large school-based population of adolescent. Addict Behav. 2001; 26: 551- 571.

Polit DF. Data Anysis-İstatistics For Nursing Research. Appleton-Lange: Connecticut. 1996; 317-324.

Prochaska J.O, Butterworth S, Redding C.A, Burden V, Perrin N, Leo M, Flaherty-Robb M, Prochaska JM. Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. Prev Med. 2008; 46(3): 226–31.

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In Search of how of people change; application to addictive behavios. American Psychologist. 1992; 47(9): 1102-1114.

Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982; 19(3): 276-288.

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol.* 1994; 13: 39-46.

Prochaska JO, Velicer WF. The Transtheoretical Model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997; 12(1): 38-48.

Prochaska JO. Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med DecisMaking.* 2008; 28: 845-849.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consulting Clinical Psychol.* 1983; 51: 390-395.

Rakowski W, Dube C, Marcus B.H, Prochaska J.O, Velicer W.F, Abrams D.B. Assessing elements of women's decision about mamography. *Health Psychology* 1992; 11: 111-118.

Rakowski W, Ehrich B, Dube C.E, Pearlman D.N, Goldstein M.G, Peterson K.K. Screening mammography and constructs from the Transtheoretical Model: Associations using two definitions of the stages-of-adoption. *Annals of Behavioral Medicine.* 1996b; 18: 91-100.

Rakowski W, John P. Fulton, and Judith P. Feldman Women's Decision Making About Mamography: A Replication of the Relationship Between Stages of Adoption and Decisional Balance. *J Health Psychol* 1993; 12(3): 209-214.

Ravdin PM, Cronin KA, Howlander N, Berg CD, Chelobowski RT, Feuer EJ, et al. The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *N Eng J Med.* 2007; 356: 1670-4.

Reis N. Jinekolojik Kanserli Hastaların Bakım ve Rehabilitasyonunda Hemşirenin Rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9: 88-97.

Saatçi E. Dünyada ve Türkiye'de Kanser Epidemiyolojisi. Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2014; 5 (2): 1-8.

Saatkaya S. Malign Meme Kitlelerinin Boyutunun Değerlendirilmesinde Ultrasonografi, Dijital Mamografi, Manyetik Rezonans Görüntülenme ve Postoperatif Patoloji Sonuçlarının Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul.

Sadler R G, M Ko C, Cohn A J, White M, Weldon R, Wu P. Breast cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors among African American women: the Black cosmetologists promoting health program. BioMed Central PublicHealth. 2007; 7: 57.

Sant M, Allemani C, Berrino F, et al. Breast carcinoma survival in Europe and the US, Cancer 2004; 100(4): 715- 22.

Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman CD, et al. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin. 2007; 57: 75-89.

Schopper D ve Wolf C. How effective are breast cancer screening programmes by mammography? Review of the current evidence. Eur J Cancer. 2009; 45: 1916-1923.

Seçginli S, Nahçıvan NO. A questionnaire survey: Factor associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women. International Journal of Nursing Studies 2006; 43: 161- 171.

Seçginli S. Meme Kanseri Taraması Son Yenilikler Neler? TAF Preventive Medicine Bulletin. 2011; 10(2): 193-200.

Serdar S. Meme Kanserinde CD44 Ekspresyonunun Prognostik Önemi Ve Diğer Prognostik Faktörlerle İlişkisi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp

Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları Servis Şefliği Uzmanlık Tezi, 2000, İstanbul.

Sertöz Ö. Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin, Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı Ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2002, İzmir.

Sever A, Kayhan A, Çimşit Ç, Kaya H, Güllüoğlu B, Arıbal E. Meme Kanserli Olgularda Operasyon Öncesi Dinamik Kontrastlı Meme Manyetik Rezonans Görüntülemenin Cerrahi Planlamaya Katkısı. Meme Sağlığı Dergisi. 2012; 1: 8.

Solin LJ, Orel SG, Hwang WT, Harris EE, Schnall MD. Relationship of breast magnetic resonance imaging to outcome after breast-conservation treatment with radiation for women with early-stage invasive breast carcinoma or ductal carcinoma in situ. J Clin Oncol 2008; 26: 386-91.

Somunluoğlu S. Meme kanseri belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama yöntemleri. Fırat Sağlık Yüksekokulu Dergisi. 2009; 4 (10): 103- 122.

Speedy S, Hase S. Health beliefs and perceptions of women presenting or not presenting for mammographic screening in a rural health setting. Australian Journal of Rural Health. 2000; 8: 208–213.

Spencer L, Adams T.B, Malone S, Roy L, Yost E. Applying the transtheoretical model to exercise: A systematic and comprehensive review of the literature. Health Promot Pract. 2006; 7(4): 428-443.

Şen S ve Başar F. Kütahya Bölgesinde Yaşayan Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Meme Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeyleri. Meme Sağlığı Dergisi. 2012; 8: 4.

Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlik.1.baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara; 2005, s: 867

Şengelen M, Çelik İ. Kanser istatistikleri. Yasavul Ü (Editör). Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003: 1333-7.

Taş F, Seviğ EÜ, Güngörmüş Z. Sigara Bağımlılığında Davranış Değişimi için Transteoretik Model ile Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimler. 2016; 8: 4.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Nobel Kitapevi Yayıncılık, Ankara; 2014, s: 574.

Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Nobel Basımevi, Ankara: 2010; (5): s. 253-68.

Tezbaşaran AA. Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu. 2.baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınevi, Ankara; 1997, s: 13-21

Thompson PA, Lopez AM, Stopeck A. Breast Cancer Prevention.: Fundamentals of Cancer Prevention, Ed: Alberts DS, Hess LM. Springer. 2005; 76-255.

Topal U. Meme Kanseri Taraması. ed: Engin K, Meme Kanserleri, 12.basım Nobel Tıp Kitapevleri, Bursa; 2005, s: 623- 627.

Tuzcu A, Zuhul B. Barriers and facilitators to breast cancer screening among migrant women within Turkey. Journal of Transcultural Nursing 2015: 47-56.

Uçkun N. ve Girginer N. Girişimciliği Etkileyen Faktörler. Eskişehir Organize Sanayi Bölgesindeki Metal Sektörü Girişimcilerine Yönelik Bir Uygulama. Girişimcilik ve İnovasyon Yönetimi Dergisi 2012; 1 (1): 97-113.

Ünal G, Orgun F. Kanserden Korunmaya İlişkin Eğitim Programının Uygulanması ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2006; 13(1): 31-35.

Velicer W.F, Prochaska J.O, Fava J.L, Norman G.J, Redding C.A. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*. 1998; 38: 216-233.

Velicer W.F, Prochaska J.O, Fava J.L, Rossi J.S, Redding C.A, Laforge R.G, Robbins M.L. Using the Transtheoretical Model for Population based Approaches to Health Promotion and Disease Prevention, *Homeostasis in Health and Disease*. 2000; 40: 174–195.

Weir HK, Thun MJ, Hankey BF, et al. Annualreporttothenation on thestatus of cancer, 1975-2000, featuringtheuses of surveillance data for cancer prevention and control. *J Natl CancerInst*. 2003; 95(17): 1276-99.

Woodruff S, Lee J, Conway T. Smoking And Quitting History Correlates Of Readiness To Quit İn Multiethnic Adolescents. *American Journal of Health Behaviour*. 2006; 30(6): 663-674.

Wrench M, Chew T, Farren G, Barlow FB, Clarke C, Erdmann CA, Lee M, Maghadassi M, Peskin – Mentzer R, Quesenberggy CP, Sounders- Mason V, Spence L, Suziki M, Gould M. Risk factors for breast cancer in a population with high incidence rates. *Breast Cancer Res*. 2003; 5 (4): 88-102.

Yaffe M J, Mainprize J.G. Risk of Radiation induced Breast Cancer from Mammographic Screening *Radiology*. 2011; 258: (1)98-105.

Yalçın Ş, Sarı E. Kanserde Bireyselleştirilmiş Tedavilere Genel Bakış. *Nükleer Tıp Seminerleri*. 2015; 2: 128-35.

Yıldırım A.D, Özaydın A.N. İstanbul / Moda’da Oturan Kadınların Meme Kanseri İle İlgili Bilgileri, Bilgi Kaynakları ve Meme Kanseri Taramalarına Katılımları. *J Breast Health*. 2014; 10: 47-56.

Yıldırım J.G. ve Temel A.B. Duke antikoagülan memnuniyet ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 2014; 22 (4): 761-772.

Yüceyar S. Meme Kanseri Epidemiyoloji, Etyoloji, Risk Faktörleri ve Korunma.
Meme Hastalıkları. Editörler: Kemal Alemdaroğlu, Feridun Aksu, İstanbul, 2000;
21-36.



8.EKLER

EK-1. Birey Tanıtım Formu

Sevgili Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı, mamografi çekme alışkanlığı ile ilgili bazı davranış ve tutumları incelemektir. Bunun için sizden aşağıda yer alan soruları cevaplandırmanız istenmektedir.

Lütfen hiçbir soruyu yanıtsız bırakmayınız. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz bilgiler gizli tutulacaktır.

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

Sinem Sezen
CBÜ.
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Kaç yaşındasınız:

2. Medeni durumunuz:

1. Evli 2. Bekâr

3. Çocuk sayısı:

4. Öğrenim düzeyi

1. Okur-Yazar eğitimsiz 2. İlköğretim
3. Lise 4. Lisans - Lisansüstü

5. Çalışma Durumu:

1) Çalışmıyor-Emekli 2) Çalışıyor (Lütfen belirtiniz

6. Gelir durumu:

1. Gelir durumu yok- Asgari ücret veya altı
2. 1351-2100
3. 2101-3000 ve üzeri

7. Kronik bir hastalığınız var mı?(Şeker, kalp, tansiyon, troid vs.)

1)Evet (Lütfen belirtiniz.....)
2)Hayır

8. Yaşamınız boyunca kaç kez mamografi yaptırdınız?(Cevap hiç ise 12. soruya geçiniz)

- 1) Hiç 2) 1 kez 3) 2-5 kez 4) 6 ve üzeri

9. Mamografi yaptırmaya nasıl karar verdiniz?

.....

10. Son iki yılda mamografi yaptırdınız mı?

- 1)Evet (Lütfen yaptırdığınız tarih/tarihleri belirtiniz)
2) Hayır

11. Düzenli olarak (iki yıl arayla bir kez) mamografi yaptırdınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

12. Gelecekteki iki yıl içinde mamografi yaptırmayı düşünüyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

13. Ailenizde meme kanseri tanısı alan var mı?

- 1)Evet (Kim lütfen belirtiniz.....)
2)Hayır

14. Arkadaşlarımız arasında meme kanseri tanısı alan var mı?

- 1) Evet 2)Hayır

15. Meme kanserinin erken tanısına yönelik gösterdiğiniz davranış var mı?

- 1) KKMM (Kendi Kendine Meme Muayenesi) 2) KMM(Klinik Meme Muayenesi) + Ultrason 3) Mamografi 4) Hepsi 5) Hiçbiri

MAMOGRAFİ DAVRANIŞ DEĞİŞİM SÜRECİ ÖLÇEĞİ
(Açıklayıcı Faktör Analizi Sonrası Ölçeğin Türkçe Versiyonu)

1. Kesinlikle katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Kısmen katılıyorum 4. Katılıyorum
5. Kesinlikle katılıyorum

Madde No	Orijinal Ölçek No	BİLGİ EDİNME, PAYLAŞIM VE İLETİŞİM
1	7	En az bir kişiye daha mamografiden bahsedebilirim
2	8	Mamografi hakkında sorularım olduğunda, sorularımın cevaplarını bulmaya çalışırım.
3	9	Arkadaşlarım mamografi çekirtmeyi planladıklarını söylediğinde onlara cesaret veririm.
4	10	İki yılda bir kez mamografi çekirtmek sağlık alanındaki en son gelişmelere ayak uydurduğumu gösterir
5	12	Mamografi hakkında olumsuz şeyler duyduğumda bilgi edinmeye çalışır ve kendim için karar veririm.
6	13	Mamografi hakkında arkadaşlarımla konuşurum
7	14	Etrafımdaki kadınları mamografi çekirtmeleri için teşvik edecek yollar düşünürüm
8	15	Doktorların düzenli mamografi çekimini tavsiye etmelerini sağlayacak fikirler önerebileceğimi düşünüyorum
9	16	Eğer mamografi çekirtirsem yakınlarım bundan memnun olur
10	17	Mamografi hakkında ne kadar çok şey bilirim, bu konuyla ilgili bir şeyler öğrenmek isteyen diğer kadınlara o kadar çok yardım edebilirim
		DÜZENLİ TARAMA KARARLILIĞI
11	3	Mamografi çekirtirsem kendimi daha iyi hissedeceğimi düşünüyorum
12	4	Hayatım boyunca düzenli olarak mamografi çekirtmeye gayret ederim
13	5	Eğer mamografi çekirtmek için gecikirsem kendimi hayal kırıklığına uğramış hissederim
14	6	Eğer doktor mamografi çekirtmeye gerek yok derse başka bir muayenede tekrar sorarım
15	11	Mamografi sonucumda kötü bir şey saptanmasa bile, mamografi çekirtmemin çekirtmemekten çok daha iyi olduğunu bilirim
		SAĞLIK BAKIM SİSTEMLERİNDEN KAÇINMA
16	19	Hasta olduğumda doktora gitmektense kendi kendimi tedavi etmeye çalışırım
17	20	Doktordan ziyade evde uygulanan tedavi yöntemlerine daha çok güvenirim
18	21	Kendimi sağlıklı hissediyorsam düzenli kontrollerim için doktora gitmem
		DÜZENLİ TARAMA DAVRANIŞI
19	1	Mamografi çekirtmenin kadın sağlığı açısından önemli olduğunu düşünüyorum
20	2	Mamografi çekirtirebilmek için gereken zamanı ayırırım
21	18	Sağlık personelinin mamografi randevumu hatırlatması beni memnun eder
22	22	Doktordan aldığım randevumun zamanını unutmamak için not alırım.

EK-2. T.C. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Onayı

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİHİ / NO	09/12/2015 / 25476486 - 4/1						
ARAŞTIRMANIN ADI	Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin (MDDSO) Türkçe Geçerlik Güvenlilik Çalışması						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Dilek ÖZMEN - CBÜ. SYO. Halk Sağlığı Hemşireliği ABD						
ARAŞTIRMA KİŞİSİ	Yüksek Lisans öğrencisi; Sinem SEZEN KÖKSAL						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
İNCELENDİRİLEN BELGELER	23 / 11 / 2015 / Tarih ve 565 sayılı araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma Etik Kurulu Üyesi	Yapılandırma Kurulu Üyesi	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma Etik Kurulu Üyesi	Yapılandırma Kurulu Üyesi		
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Pelin ÖRTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Ece ÖNÜR İBBS Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Canan TOKİZ F. T. & Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Gökül Tarsan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. F. Sın ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZKURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇİÇEK Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Kamel VURAL Farmakoloji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. Aygen TÜREDE YILDIRIM - Çocuk Nematoloji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Tarık ULUÇAY Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Siirt Üyesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuzla zamanında iletişimi konusunda bilgilendirilmesini ve gereğini rica ederim.							
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan							

Elektronik elektronik imzalı suretinde <http://e-belge.gov.tr> adresinden 4718 sayılı Elektronik İmza Kanunu ile yürürlükte bulunan e-belge sistemi kullanılarak oluşturulmuştur. Bu belge 30/11 sayılı elektronik imza kanunu gereğince elektronik imzalıdır.

EK-3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THSK AİLE
HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME DAİRE
BAŞKANLIĞI
16.02.2016.0041 - 67350377 - 772.99 - E.130



00019152493



Sayı : 67350377/772.99
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç.Dr. Dilek
ÖZMEN)

İZMİR VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

İlgi: 19.01.2016 tarih ve E.25 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınız ile gönderilen, Celal Bayar Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç.Dr. Dilek ÖZMEN sorumluluğunda, yüksek lisans öğrencisi Sinem SEZEN KÖKSAL tarafından yapılması planlanan "Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeğinin (MDDSÖ) Türkçe Geçerlik Güvenilirlik Çalışması" konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir. Bu sebeple, araştırmacının katılımcılara kendi imkanları ile ulaşması gerekmektedir.

Ayrıca, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden ve araştırmaya katılacak hastalardan gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde mesai saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Konuya ilişkin olarak, ekte bulunan Kurumumuz Kanseri Daire Başkanlığının görüşleri doğrultusunda ve yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Savaş Başar KARTAL
Bakan a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Nusret Fişek Cad. No:4 N Blok
G.SARIÇOBAN Tel:0312 565 59 44 e-posta gokcen.saricoban1@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fe70535b-cf17-4096-9d52-8f425071b509 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. Ölçek Sahibinden İzin Belgesi



sinem sezen <sinemkoksalsezen@gmail.com>

TTM

James Prochaska <joprochaska@uri.edu>
Alıcı: sinem sezen <sinemkoksalsezen@gmail.com>

31 Temmuz 2015 15:04

Dear Sinem:

All of our measures are available for research purposes. You can download them from our website:
www.uri.edu/research/cprc.

Good luck with your study.

James Prochaska

From: sinem sezen [mailto:sinemkoksalsezen@gmail.com]
Sent: Friday, July 31, 2015 2:58 AM
To: jop@uri.edu
Subject: TTM

EK-5. Mammography Processes of Change Scale (Orijinal Ölçek)

Commitment to Regular Screening
1. I think about how much mammograms help women's health
2. If a doctor said there is no need for a mammogram I would ask again at another visit
3. I arrange my schedule to give myself enough time for a mammogram
4. I know I feel better about myself if I have a mammogram
5. I try to make having a mammogram a regular part of my life
6. I am disappointed with myself if I am late in scheduling a mammogram
Information Sharing and Communication
7. I can talk with at least one other person about mammography
8. If I have questions about mammography, I try to get information to answer them
9. I give my friends encouragement when they say they are planning to have a mammogram
10. Having a mammogram every year shows that you are keeping up with the latest advances in health care
11. I know that even if a mammogram finds nothing wrong I am much better off having one than if I did not have one
12. If I hear something unfavorable about mammograms, I try to get information and decide for myself
Thinking Beyond Oneself
13. I talk about mammography with friends
14. I sometimes think of ways that could get women to have mammograms
15. I think I could come up with ideas that could get doctors to recommend mammograms more regularly
16. People will be pleased if I have a mammogram
17. The more I know about mammography, the more I can help other women who want to know about it
18. I am disappointed if my doctor does not remind me to schedule a mammogram
Avoids Contact with the Health Care System
19. When I'm sick, I try to cure myself rather than go to the doctor
20. I rely more on home remedies than on doctors
21. If I feel healthy, I do not go to the doctor for a routine check-up
22. I keep a record so that I know when to schedule my next doctor's appointment

EK-6. Birey Bilgilendirme ve Onam Formu

ÇALIŞMANIN ADI

Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışma için sizden her hangi bir ücret ödemeniz istenmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Mamografi çekirme davranışına gösterilen ilgi ya da tepkiler bireysel olarak farklılıklar gösterebilmektedir. Bu çalışmada kullanılan ölçek mamografi davranışı “değişim süreçleri”; davranış değiştirme yöntemlerini tanımlar. Mamografi davranış değiştirme; düşünmeme öncesi (düşünmeme), düşünme, hazırlık, harekete geçme ve sürdürme olmak üzere beş aşamada gerçekleşir.

Çalışmanın amacı; mamografi davranışı değişim sürecinde mamografi çekirmek için hazır olduğunu, yapabileceğine inancını ve kendine güveni fark ettirebilmek, mamografi çekirtmesine engel olan nedenleri detaylı olarak değerlendirebilmeye olanak sağlamaktır. Mamografi davranış değişim sürecinde mamografi çekirtmenin önemine dikkat çekildiği gibi, değişime engel olan nedenleri ortadan kaldırmak hedeflenmektedir.

Davranış değişimiyle birlikte düzenli olarak mamografi taramasının yapılması ve mamografi konusunda bilgi düzeyinin artması, açıstından önemlidir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden 15-20 dakikanızı alacak konu ile ilgili 36 soruyu cevaplamamız istenecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmada kullanılacak Ölçek ile kadınların mamografi çekirtmek için değişime nasıl hazır hale geldikleri ve bu değişimi gerçekleştirmelerinde kendilerine nasıl yardımcı olunabileceği ayrıntılı olarak tanımlanabilecektir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Soru formlarına adınızı soyadınızı yazmanız istenmemektedir. Verdiğiniz bilgiler yalnızca bu çalışmada kullanılacaktır. Hiçbir şekilde başka kişiler ile bilgileriniz paylaşılmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER:

Hem. Sinem SEZEN İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Şube

Tel:0232 383 00 76 / 0506 862 06.22 sinemkoksalsezen@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Tanık ¹ Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-7. Özgeçmiş

Adı	Sinem	Soyadı	Sezen
Doğum Yeri	Ankara	Doğum Tarihi	05.08.1986
Uyruğu	Türkiye	Tel	0506 862 0622
E-mail	sinemkoksalsezen@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Afyon Kocatepe Üniversitesi	2008
Lise	Batıkent Lisesi	2004

İş Deneyimi

Görev	Kurum	Süre
Hemşire	İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü	4 yıl

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma					
İngilizce	Orta	Orta	Zayıf					
Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
		Sayısal	Eşit Ağırlık		Sözel			
ALES Puanı		67						
(Diğer)								

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Program	Kullanım Becerisi
	Orta düzeyde

EK-7. Mammography Processes of Change Scale (Orijinal Ölçek)

Commitment to Regular Screening
1. I think about how much mammograms help women's health
2. If a doctor said there is no need for a mammogram I would ask again at another visit
3. I arrange my schedule to give myself enough time for a mammogram
4. I know I feel better about myself if I have a mammogram
5. I try to make having a mammogram a regular part of my life
6. I am disappointed with myself if I am late in scheduling a mammogram
Information Sharing and Communication
7. I can talk with at least one other person about mammography
8. If I have questions about mammography, I try to get information to answer them
9. I give my friends encouragement when they say they are planning to have a mammogram
10. Having a mammogram every year shows that you are keeping up with the latest advances in health care
11. I know that even if a mammogram finds nothing wrong I am much better off having one than if I did not have one
12. If I hear something unfavorable about mammograms, I try to get information and decide for myself
Thinking Beyond Oneself
13. I talk about mammography with friends
14. I sometimes think of ways that could get women to have mammograms
15. I think I could come up with ideas that could get doctors to recommend mammograms more regularly
16. People will be pleased if I have a mammogram
17. The more I know about mammography, the more I can help other women who want to know about it
18. I am disappointed if my doctor does not remind me to schedule a mammogram
Avoids Contact with the Health Care System
19. When I'm sick, I try to cure myself rather than go to the doctor
20. I rely more on home remedies than on doctors
21. If I feel healthy, I do not go to the doctor for a routine check-up
22. I keep a record so that I know when to schedule my next doctor's appointment

EK-8. Orijinallik Raporu

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı : Mamografi Davranış Değişim Süreci Ölçeği'nin (MDDSÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Tezime ilişki 23/05/2017 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 23'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza
23.05.2017

Adı Soyadı :SİNEM SEZEN
Öğrenci No :141367010
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Hemşireliği
Programı : Tezli Yüksek Lisans

DANIŞMAN ONAYI
Doç. Dr. Dilek ÖZMEN

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerekTurnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (documenttitle) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author'sfirst name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author'slast name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın sürecenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-**İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;**aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.

7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>