

**KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ İLE İLGİLİ  
VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN KADINLARIN SAĞLIK  
İNANÇLARI VE ALGILANAN SAĞLIK DURUMLARINA  
ETKİSİ**

**ÖZLEM DURAN**

**DOKTORA TEZİ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**2008**

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

**KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ İLE İLGİLİ  
VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN KADINLARIN SAĞLIK  
İNANÇLARI VE ALGILANAN SAĞLIK DURUMLARINA  
ETKİSİ**

**ÖZLEM DURAN**

**DOKTORA TEZİ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**


**TEZ DANIŞMANI  
PROF.DR. FERİT KOÇOĞLU**

**SİVAS  
2008**

## SINAV TUTANAĞI


Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez savunma sınavı 27.11.2008 tarih ve 4 sayılı kararı ile oluşturulan jürimiz Halk Sağlığı programı doktora öğrencisi Özlem DURAN'ın Doktora Tez Savunma Sınavını yapmak üzere Halk Sağlığı Anabilim Dalında toplanmıştır.

Aday'a ekte belirlenen sorular yöneltilmiş sorulara verdiği cevapları tatminkâr bulan jürimiz, adayın sınavı başardığına oy birliğiyle karar verilmiştir.29.12.2008

  
Prof. Dr. Haldun SÜMER  
Jüri Başkanı

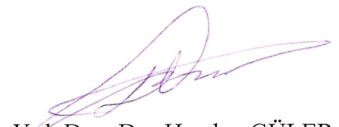
Prof. Dr. Ferit KOÇOĞLU  
Üye



  
Doç. Dr. Ahmet ÖZTÜRK  
Üye

Doç. Dr. Levent ÖZDEMİR  
Üye



  
Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER  
Üye

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 7 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

*Çalışma sırasında beni destekleyen sevgili Aileme...*

**ÖZET****KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (KKMM) İLE İLGİLİ VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN KADINLARIN SAĞLIK İNANÇLARI VE ALGILANAN SAĞLIK DURUMLARINA ETKİSİ**

Özlem DURAN

Doktora Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Danışman: Prof.Dr. Ferit KOÇOĞLU

2008, 141 sayfa

Bu araştırma, kadınlara KKMM ile ilgili verilen planlı eğitimin ve kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin, sağlık inançlarına ve algılanan sağlık durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma grubunu, Sivas Yarı Açık Kadın Cezaevi'nde bulunan kadınlar (31), Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu'ndan seçilen kursiyer kadınlar (36) ve Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Kur'an kursuna devam eden kadınlar (41) olmak üzere, toplam 108 kadın oluşturmaktadır. Araştırmada, kontrol grubu kullanılmamış, kadınların eğitim verilmeden önceki değerlendirmeleri, eğitim sonrası değerlendirmelerinin kontrolü olarak alınmıştır.

Eğitim faaliyeti sonrasında, SİM ölçeği alt boyutlarından olan duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarında olumlu yönde anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Eğitim girişimi sonunda, SİM ölçeği alt boyutlarından olan engel algısının olumlu yönde değişerek, önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). NHP ölçeği alt boyutlarından olan enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel hareketlilik boyutlarında ise eğitim öncesi değerlendirmelere göre, eğitim faaliyeti sonrasında olumlu sağlık algısı yönünde anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Kadınların sağlık durumlarının günlük yaşam aktivitelerine olumsuz etkileri bakımından da, eğitim girişimi sonrasında sosyal yaşam, ev yaşamı, ilgi ve hobiler ile tatillerin sağlık durumundan olumsuz etkilenimlerinin önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Eğitim, Sağlık İnanç Modeli, Algılanan Sağlık.

**ABSTRACT**  
**EFFECTS OF PLANNED EDUCATION, GIVEN ABOUT BREAST SELF-  
EXAMINATION (BSE) ON HEALTH BELIEF AND PERCEIVED HEALTH  
CONDITIONS**

Özlem DURAN  
Doctora of Science Thesis, Department of Public Health  
Supervisor: Prof.Dr. Ferit KOÇOĞLU  
2008, 141 pages

This study was conducted to evaluate the effects of planned education about breast self-examination (BSE) and socio-demographic characteristics of the women on health belief and perceived health situations of women.

Study group was formed a total of 108 women ( 31 of them from Sivas half-open women prison, 36 of them from public-education center and students of night-art school and 41 of them from Quran course at the Emek Health center neighborhood). In this study, there was no control group. However evaluation data of the study group before taught of BSE was taken as the control of evaluation data of the study group after taught of BSE.

Significant, positive increase in motivation sense of sensitiveness, demureness, avail, trust and health, which are the sub-categories of Health Belief Model (HBM), was obtained after taught of BSE ( $p < 0.05$ ). Sense of drawback (One of the sub-category of HBM) was decreased significantly ( $p < 0.05$ ) after BSE was taught to the women in test group. Also positive increase in Nottingham Health Profile (NHP) sub-categories, such as power, pain, emotional reactions, sleep, social-isolation, and physical activities was obtained when it was compared with the control (data taken before taught of BSE) ( $p < 0.05$ ). Social life of the test group was also positively affected after taking the BSE training. Negative affects of women's health conditions on their daily life activities such as, social-activities, indoor-activities, hobbies and vacation were significantly decreased after taking the BSE training ( $p < 0.05$ ).

**Key Words:** Breast Self-Examination (BSE), Training, Health Belief Model (HBM), Perceived Health Condition.

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK .....	i
ONAY .....	ii
YÖNERGE .....	iii
İTHAF .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ .....	vii
TABLolar DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ .....	x
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	5
2. GENEL BİLGİLER .....	6
2.1. Meme .....	6
2.1.1. Memenin Anatomik Yapısı .....	6
2.1.2. Memenin Kan Dolaşımı .....	7
2.1.3. Memenin Lenfatikleri ve Dolaşım .....	7
2.1.4. Memenin İnnervasyonu .....	8
2.1.5. Memede Yaşam Boyu Görülen Değişiklikler .....	8
2.2. Meme Kanseri .....	9
2.2.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi .....	9
2.2.2. Meme Kanserinin Etyolojisi .....	9
2.2.3. Meme Kanserinin Tipleri .....	13
2.2.4. Meme Kanserinin Belirti ve Bulguları .....	15
2.2.5. Meme Kanserinin Kadranlara Göre Görülme Olasılığı .....	16
2.2.6. Meme Kanserinde Yayılım .....	16
2.2.7. Meme Kanserinde Tanı .....	17
2.2.8. Meme Kanserinde Tedavi .....	20
2.2.9. Meme Kanserinde Prognoz .....	21
2.2.10. Meme Kanserinde Korunma .....	21
2.2.10.1. Birincil Korunma .....	22
2.2.10.2. İkincil Korunma .....	23
2.2.11. Kendi Kendine Meme Muayenesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü .....	27
2.3. Sağlık Eğitimi ve Sağlık Davranışı Kazandırma .....	28
2.4. Sağlık İnanç Modeli (SİM) .....	29



	<b><u>Sayfa No</u></b>
2.4.1. Sağlık İnanç Modelini Oluşturan Kavramlar .....	30
2.5. Nottingham Sağlık Profili (NHP) .....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	34
3.1. Araştırmanın Türü .....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	34
3.4. Araştırmanın Hipotezi .....	35
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	35
3.5.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 1) .....	35
3.5.2. Kadınlara Yönelik Sosyo-Demografik Soru Formu (Ek 2) .....	35
3.5.3. Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Ek 3) .....	36
3.5.4. Nottingham Sağlık Profili (Ek 4) .....	36
3.6. Araştırmanın Uygulanması .....	39
3.7. Araştırma İle İlgili Olarak Alınan İzinler .....	41
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	41
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi .....	41
4. BULGULAR .....	43
5. TARTIŞMA .....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	93
6.1. Sonuçlar .....	93
6.2. Öneriler .....	94
7. KAYNAKLAR .....	95
ÖZGEÇMİŞ .....	106
EKLER .....	107
EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	107
EK 2. Kadınlara Yönelik Sosyo-Demografik Soru Formu .....	108
EK 3. Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği .....	111
EK 4. Nottingham Sağlık Profili .....	113
EK 5. KKMM'de İzlenecek Adımlar .....	115
EK 6. KKMM İle İlgili Eğitim Planı .....	119
EK 7. KKMM-MEVA Vakfı Broşür .....	137
İZİNLER .....	138
EK 8. T.C. Adalet Bakanlığı İzin Belgesi .....	138
EK 9. Sivas İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi .....	139
EK 10. Sivas Halk Eğitim Merkezi ve ASO Müdürlüğü İzin Belgesi .....	140
EK 11. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı ..	141

## TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

<b>Tablo 2.1.</b>	Meme Kanserinde Amerikan Kanser Derneği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi	27
<b>Tablo 3.1.</b>	Araştırma Grubunda Yer Alan Kadın Sayıları	35
<b>Tablo 3.2.</b>	SİM Ölçeği Alt Boyutlarında Yer Alan Madde Sayısı-Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar	36
<b>Tablo 3.3.</b>	Nottingham Sağlık Profiline Boyutlarına Ait İfadeler ve Puanlaması	38
<b>Tablo 3.4.</b>	Araştırma Uygulama Çizelgesi	39
<b>Tablo 3.5.</b>	Beden Kitle İndeksi Değerlendirmeleri	40
<b>Tablo 4.1.</b>	Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	44
<b>Tablo 4.2.</b>	Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımı (I)	46
<b>Tablo 4.2.</b>	Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımı (II)	47
<b>Tablo 4.3.</b>	Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Daha Önce Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Eğitimi Alma Durumları	48
<b>Tablo 4.4.</b>	Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Son Bir Yılda Klinik Meme Muayenesi (KMM) Yaptırma ve Mamografi Çektirme Durumları	48
<b>Tablo 4.5.</b>	Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Son Bir Yılda KKMM Yapma Durumları	49
<b>Tablo 4.6.</b>	Kadınların Sağlık İnanç Modeli (SİM) Ölçeği Alt Boyutları Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamaları Dağılımı	50
<b>Tablo 4.7.</b>	Kadınların Nottingham Sağlık Profili (NHP) Ölçeği Alt Boyutları Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamaları Dağılımı	51
<b>Tablo 4.8.</b>	Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	52
<b>Tablo 4.9.</b>	Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	53
<b>Tablo 4.10.</b>	Kadınların Yaş Gruplarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	54
<b>Tablo 4.11.</b>	Kadınların Yaş Gruplarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	55
<b>Tablo 4.12.</b>	Kadınların Medeni Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	56
<b>Tablo 4.13.</b>	Kadınların Medeni Durumlarına Göre NHP Ölçeği Alt Boyutları Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamaları Dağılımı	57
<b>Tablo 4.14.</b>	Kadınların Aylık Gelir Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	58
<b>Tablo 4.15.</b>	Kadınların Aylık Gelir Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	59
<b>Tablo 4.16.</b>	Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	60

<b>Tablo 4.17.</b>	Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	61
<b>Tablo 4.18.</b>	Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	62
<b>Tablo 4.19.</b>	Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	63
<b>Tablo 4.20.</b>	Kadınların KKMM Eğitimi Alma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	64
<b>Tablo 4.21.</b>	Kadınların KKMM Eğitimi Alma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	65
<b>Tablo 4.22.</b>	Kadınların Son Bir Yıl İçerisinde KKMM Yapma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	66
<b>Tablo 4.23.</b>	Kadınların Son Bir Yıl İçerisinde KKMM Yapma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı	67
<b>Tablo 4.24.</b>	Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının İş Yaşamlarına Olumsuz Etkilerinin Dağılımı	68
<b>Tablo 4.25.</b>	Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının Ev İşi Yapmalarına Olumsuz Etkilerinin Dağılımı	68
<b>Tablo 4.26.</b>	Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının Sosyal Yaşamlarına Olumsuz Etkilerinin Dağılımı	69
<b>Tablo 4.27.</b>	Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının Ev Yaşamlarına Olumsuz Etkilerinin Dağılımı	69
<b>Tablo 4.28.</b>	Kadınların Sağlık Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Cinsel Yaşamlarına Olumsuz Etkilerinin Dağılımı	70
<b>Tablo 4.29.</b>	Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının İlgü ve Hobilerine Olumsuz Etkilerinin Dağılımı	70
<b>Tablo 4.30.</b>	Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının Tatillerine Olumsuz Etkilerinin Dağılımı	71
<b>Tablo E6.1.</b>	Meme Kanseriinde Amerikan Kanser Derneği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi	136

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

		<b><u>Sayfa No</u></b>
<b>Şekil 2.1.</b>	SİM'e Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar	30
<b>Şekil E5.</b>	Meme Muayenesi (E5.1, E5.2, E5.3, E5.4, E5.5, E5.6)	116
<b>Şekil E5.</b>	Meme Muayenesi (E5.7, E5.8, E5.9)	117
<b>Şekil E5.</b>	Meme Muayenesi (E5.10, E5.11, E5.12, E5.13)	118

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AB</b>	Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>BKİ</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>DCI</b>	Noninvaziv Duktal Kanser
<b>HRT</b>	Hormon Replasman Tedavisi
<b>IDC</b>	İnvaziv Duktal Kanser
<b>ILC</b>	İnvaziv Lobuler Kanser
<b>KKM</b>	Klinik Meme Muayenesi
<b>KKMM</b>	Kendi Kendine Meme Muayenesi
<b>LCI</b>	Noninvaziv Lobuler Kanser
<b>NHP</b>	Nottingham Sağlık Profili
<b>SİM</b>	Sağlık İnanç Modeli

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde insan sağlığını tehdit eden en önemli sağlık sorunlarından biri kanserdir. Kadınlar arasında en sık görülen kanserlerin başında meme kanseri yer almaktadır. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin % 23'ünü meme kanseri oluşturmaktadır. Dünyada meme kanseri sıklığı her yıl % 0.5 oranında artış gösterirken, yaklaşık olarak bir milyon kadına yeni tanı konulmaktadır. Yaşamı boyunca her sekiz kadından birinin meme kanseri olma, üçte birinin ise meme kanserinden ölme tehlikesi ile karşı karşıya olduğu tahmin edilmektedir (McPherson, Steel, & Dixon, 2000; Parkin, Bray, Ferlay, & Pisani, 2005; Porter, 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2007 yılı için bildirilen yeni meme kanserli vakalar (178480 vaka) kadınlarda görülen tüm kanser vakalarının % 26'sını oluşturmaktadır. Meme kanserinden ölümler, akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (American Cancer Society, 2007; Jemal et al., 2007). Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde ise 2006 yılında 319 bin yeni vakanın tanılanmasıyla meme kanseri en çok tanılanan ikinci kanser olmasının yanında, kadınlarda kanserden ölümlerin en yaygın nedenidir. (Ferlay et al., 2007). Meme kanseri Türkiye'de de kadınlarda en sık görülen kanserlerden birisidir. T.C. Sağlık Bakanlığı kanser istatistiklerine (2003) göre 12772'ye yükselen olgu sayısı ile kadınlarda en sık görülen kanserdir. Ülkemizde tüm kanserlerin % 24.1'ini meme kanserlerinin oluşturduğu bildirilmektedir (Aslan & Gürkan, 2007). Sık görülmesi, sıklığının giderek artması ve erken dönemde tanılanabilir ve tedavi edilebilir olması meme kanserinin önemini artırmaktadır (Aydınтуğ, 2004).

Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi, yaşam süresinin uzamasında, mortalitenin azaltılmasında ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde etkilidir (Stilman, 1997). Erken tanı için önerilen başlıca yöntemler; kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografidir (Bilir & Harmancı, 2002).

KKMM herhangi bir araç kullanımı gerektirmeyen, pahalı olmayan, uygulaması kolay, non-invaziv bir işlem olan ve kadının evinde tek başına uygulayabileceği evrensel bir yöntemdir (Gaskie & Nashelsky, 2005). Şimşek ve Tuğ (2002) tarafından memedeki kitlelerin % 90'ının ilk kez kişinin kendisi tarafından belirlendiği ve bunların % 25'inin kötü huylu tümör olduğu belirtilmektedir. Dünyadaki birçok organizasyon meme

kanserinin erken tanısının sağlanması için KKMM yapılmasını önermektedir. Amerikan Kanser Derneği (2004) 20 yaşın üzerindeki tüm kadınların her ay düzenli olarak KKMM yapmasını ve kadınların bu muayenenin yararları ve sınırlılıkları ile ilgili olarak bilgilendirilmelerini önermektedir. Ancak yapılan çalışmalar kadınların meme kanserinden korunma konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir (Topuz, Aydın, & Dinçer, 2003; Su, Grace, Brenda, Tan, & Hausman, 2006).

Yapılan araştırmalarda kadınların KKMM'yi bilme durumları % 5-85 arasında iken, aylık düzenli KKMM yapma durumları % 7-58 arasında değişmektedir (Ashton et al., 2001; Aydemir, 1990; Beydağ & Karaoğlan, 2007; Çadır ve diğer., 2004; Dişçiğil ve diğer., 2007; Dündar et al., 2006; Ekici & Utkualp, 2007; Gölbaşı ve diğer., 2007; Jane Lu, 2001; Kılıç ve diğer., 2006; Parlar ve diğer., 2004; Rashidi & Rajaram, 2000; Su et al., 2006). Ülkemizde konuyla ilgili yapılan çalışmalarda farklı oranlar elde edilmiştir. Aydemir (1990) tarafından yapılan araştırmada, çalışma kapsamına alınan 15-49 yaş grubundaki evli kadınların % 48.6'sının meme kanserini bildiği, % 44.2'sinin KKMM hakkında bilgi sahibi olduğu, bunların % 6.2'sinin tam olarak bildiği ve % 24.5'inin düzenli olarak ayda bir kez bu muayeneyi uyguladığı bulunmuştur. Kılıç ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada ise, genel cerrahi polikliniğine başvuran hastaların % 82'sinin KKMM'yi bildiği, % 20'sinin KKMM'yi her ay düzenli olarak uyguladığı belirlenmiştir. Parlar ve arkadaşları (2004) ise KKMM ile ilgili eğitim verilmeden önce Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'ne başvuran kadınların % 17'sinin KKMM'nin ayda bir yapılması gerektiğini bildiğini, eğitim sonrasında bu oranın % 94.3 olduğunu saptamıştır. Çalışmalarında KKMM'yi eğitim öncesi kadınların % 13.2'si doğru olarak yaparken, eğitim sonrasında % 73.5'inin doğru olarak yaptığı gözlenmiştir. Gölbaşı ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan araştırmada, halk eğitim merkezi eğitim programına devam eden kadınların yalnızca % 4.3'ünün son bir yıl içinde düzenli olarak KKMM yaptığı belirlenirken, verilen eğitim sonrasında bu oranın % 51.6'ya yükseldiği saptanmıştır. Aynı araştırmada kadınların % 74.2'sinin meme kanseri ve KKMM ile ilgili bilgi puanının orta ve altı düzeyde olduğu bulunmuş, verilen eğitim sonrasında bilgi puan ortalamalarının anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir. Beydağ ve Karaoğlan'ın (2007) çalışmasında, yurttan kalan kız öğrencilerin % 42'sinin KKMM hakkında bilgi sahibi olduğu ve % 7.5'inin ayda bir kez düzenli olarak KKMM yaptığı bulunmuştur. Bunun yanı sıra çalışmada verilen eğitimin bilgi ve uygulama düzeyini

anlamli şekilde artirdigi saptanmistir. Yurt dısında yapılan calismalarda da, ulkemizde yapılan calismalarda olduğu gibi farklı sonuçlar elde edilmiştir. Hoeman ve arkadaşlarının (1996) çalışmasında, Çinli kadınların % 80'inin KKMM'nin yapılması gerektiğine inandığı bulunmuştur. Rashidi ve Rajaram (2000) ise, Amerika'da yaşayan Müslüman kadınların % 85'inin KKMM'yi sadece duyduğunu, % 74'ünün ise KKMM'yi hiç uygulamadığını saptamıştır. Ashton ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında da, genel popülasyondan seçilen 18-64 yaş grubundaki kadınların % 18'inin düzenli olarak ayda bir kez KKMM yaptığı ve tamamının KKMM'nin faydalı bir uygulama olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir. Graham ve arkadaşları (2002) ise, sağlık motivasyonu iyi olan ve KKMM'nin faydalı olduğuna inanan kadınların KKMM yapma oranının anlamlı şekilde yüksek olduğunu saptamıştır. Fry ve Dunn (2006) tarafından yapılan çalışmada da, KKMM hakkında bilgilendirilen kadınların sağlık inanç puan ortalamaları ve KKMM yapma oranları bilgilendirilmeyenlerden daha yüksek bulunmuştur. Su ve arkadaşları (2006), Çin'li kadınların % 46.2'sinin KKMM'nin nasıl yapıldığını bildiğini, % 53.2'sinin uyguladığını ve sadece % 13.5'inin her ay düzenli olarak KKMM yaptığını belirlemiştir. Azaiza ve Cohen (2006) ise, Arap kadınlarda meme ile ilgili tarama yöntemlerini bilme durumu ve sağlık motivasyonunu genç kadınlarda daha yüksek olarak saptamıştır.

Literatürde KKMM yapılması ile toplumdaki kadınlarda meme kanseri evresinin düşeceği ve yaşam sürecinin olumlu yönde etkileneceği bildirilmiştir. Feldman ve arkadaşları (1981) tanısı konulmuş 996 meme kanserli hastada, hastalığın evresi ile KKMM arasında son derece önemli bir ilişki olduğunu göstermiştir. KKMM'ni ayda bir kez yapan kadınların tümör çapı 4 cm'den daha küçük olarak belirlenirken, KKMM'ni hiç yapmayan ya da nadir olarak yapan kadınların tümör çapının 4 cm ve daha büyük olduğu bulunmuştur. Foster ve Constanza (1984) yaptıkları çalışmada, düzenli olarak ve doğru bir şekilde KKMM uygulayanlarda 5 yıllık sağ kalım oranını % 75, uygulamayanlarda ise % 57 olarak saptamıştır. Huguley ve arkadaşlarının (1988) yaptığı çalışmada da bu sonuca benzer bulgular elde edilmiştir.

KKMM'nin meme kanseri evreleri ve mortalitede azalmaya neden olması ile ilgili literatürde karşıt görüşler de bulunmaktadır. Thomas ve arkadaşları (2002) tarafından Şanghai'da yapılan randomize kontrollü çalışma sonrasında, diğer tarama testleri konusunda bilgilendirilmeksizin kadınlara KKMM'nin öğretilmesinin mortalitede



azalmaya yol açmadığı saptanmıştır. Rusya’da yapılan benzer bir araştırmada da, KKMM öğretilmesinin, kanser evrelerinde ilerlemeyi engellemediği ve mortalite de azalmaya neden olmadığı belirlenmiştir (Semiglazov et al., 1992). Baxter (2001) tarafından belirtilen Moss ve arkadaşlarının (1999) İngiltere ve İskoçya’da yaptıkları diğer bir çalışmada ise, KKMM eğitimi verilen kadın grubunda meme kanseri mortalitesi yönünden bir değişiklik olmadığı bulunmuştur. Randomize çalışmalardan elde edilen verilere dayanarak kadınlara diğer tanı yöntemleriyle ilişkilendirilerek KKMM öğretilmesi ve çeşitli oturumlar düzenlenerek verilen bilgilerin pekiştirilmesi önerilmiştir (Gaskie & Nashelsky, 2005; McCready, Littlewood, & Jenkinson, 2005; Smith, 2003).

Verilen bilgilerin kişide davranışa dönüştürülebilmesi için, kişinin bilgi ve uygulamalara yönelik duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven, motivasyon algısının artırılması ve uygulamalarla ilgili engel algısının azaltılması gerekmektedir. Aynı zamanda kişinin sağlık profili, eğitim alma ve bunu davranışa dönüştürme süreçlerini etkileyebilir. Verilen eğitim de kişinin sağlık profilini olumlu yönde etkileyebilir. Bunun için eğitim öncesi ve sonrası kadının sağlık inançlarının, sağlık profilinin belirlenmesi önemlidir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda, KKMM ile ilgili eğitim ve değerlendirmelerde Sağlık İnanç Modeli (SİM) kullanılmakta ve kadınların meme sağlığı tarama davranışları daha sağlam temeller üzerine oturtulmaya çalışılmaktadır (Ashton et al., 2001; Graham et al., 2002; Hoeman et al., 1996, Jane Lu, 2001). Meme sağlığını koruma davranışlarına engel olan durumlar, hastalıkla ilgili hassasiyet algılamaları ve sağlık motivasyonları tanımlanmaktadır (Elik, 2006).

Champion’un geliştirdiği SİM’nin geçerlilik-güvenilirlik çalışması, Türkiye’de Karayurt (2003) tarafından yapılmıştır. Birçok araştırmacı tarafından bu ölçek tanımlayıcı ve deneysel çalışmalarda kullanılmıştır (Altuncan, Akın, & Ege, 2008; Canbulat, 2006; Elik, 2006; Nahcivan & Seçginli, 2003; Gerçek, Duran, Yıldırım, Karayel, & Demirliçakmak, 2008). Yapılan bu çalışmalar incelendiğinde, eğitim içeriklerinin yalnızca KKMM’ye özel olduğu görülmüştür. KKMM’nin yanı sıra verilen eğitimde kişinin algılarını ve sağlık profilini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülen bir içeriğin yer almasının, kadının KKMM ile ilgili tutum ve davranışlarını pozitif yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Böylece KKMM ile ilgili verilen planlı eğitimin kadınların sağlık inançlarına, algılanan sağlık durumuna etkisi birlikte değerlendirilebilecek ve kadının algılarını, sağlık profilini etkileyebilecek içerikte hazırlanarak verilen planlı eğitimin bu iki değişken üzerindeki etkisi ortaya konabilecektir. Elde edilen bulgular, KKMM ile ilgili eğitim ve değerlendirmelerin planlanmasında kullanılabilmesi açısından önemli olacaktır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, kadınlara KKMM ile ilgili verilen planlı eğitimin ve kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin, sağlık inançlarına ve algılanan sağlık durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Meme

#### 2.1.1. Memenin Anatomik Yapısı

Modifiye bir ter bezi olan meme, toraks ön duvarının yüzeysel fasyasının yüzeysel ve derin tabakaları içinde yer alır. Memenin deriden kabarık olan konik kısmı yukarıda 2.-3. kostalardan, aşağıda 6.-7. kostalar seviyesindeki meme altı deri kıvrımına kadar uzanır. Lateralinde ön aksiller çizgi, medialinde ise sternumun lateral sınırı yer alır (Kalaycı, 2002; Seven, Yatlı, Erbil, & Değerli, 2000; Topuz, Aydınır, & Dinçer 2003).

Meme, meme başından başlayan ve ışınal şekilde yerleşmiş olan, tubuloalveolar tipte glandüler doku içeren 15-20 lobdan oluşur. Memede bulunan her lob 20-40 lobulus, her lobulus da 10-100 asinüsten meydana gelir. Asinüsler birleşerek “terminal duktus” adı verilen kanala açılırlar. Her bir lobun duktusu meme başına açılmadan hemen önce, hafif bir genişleme gösterir. Bu genişlik sinüs laktiferus adını alır (Atasü, 2001; Süzen, 1997; Moore-Higgs, 2000).

Memenin derin yüzeyi toraks kaslarını kapsayan fasyanın üzerindedir. Meme dokusunun içinde bulunduğu yüzeysel fasya bir yandan deriye, bir yandan da derin fasyaya uzantılar gösterir. İçinde lenf damarlarının da bulunduğu bu fibröz doku kuşaklarına “Cooper ligamentleri” denir. Bu ligamentler memeyi toraks duvarı üzerinde dik tutup, destekler. Cooper ligamentleri kanser hücreleri tarafından infiltre edildiğinde kısalır. Bu kısalma meme derisinde çöküntüye yol açar. Buna deri çekintisi (retraksiyon) adı verilir. Bu bulgu, meme kanseri belirtileri açısından çok önemlidir. Meme arkasındaki gevşek doku ise memenin pektoralis fasyası üzerinde hareket etmesini sağlar. Pektoral fasyanın kanser hücreleri tarafından infiltre edilmesi ile meme pektoral kas üzerinde hareketsizleşir (Atasü, 2001; Değerli & Bozfakıoğlu, 2002; Pernoll, 1994).

Memenin orta bölümüne rastlayan kısmında, meme başı ve areola bulunur. Areola, meme derisinden daha fazla pigment içerdiği için rengi koyudur. Rengin koyuluğu, östrojen seviyesi ile yakından ilgilidir (Atasü, 2001; Atasü & Şahmay, 1996; Kalaycı, 2002).

Meme başında, gelişmiş cilt papilları ve yağ bezleri vardır. Areolada ise kıl folikülleri, yağ bezleri aksesuar areolar bezler “Montgomery bezleri” bulunur. Montgomery bezleri areola yüzeyinden küçük kabartılar görünümündedir (Kalaycı, 2002; Dickason, Silverman, & Schult, 1994; Topuz ve diğer., 2003).

Meme dokusu, meme başından geçen vertikal ve transvers iki sanal çizgi ile beş kadrana ayrılır. Bunlar; santral, üst dış, üst iç, alt dış ve alt iç kadranslar olarak adlandırılır. Meme dokusunun ana kitlesi daha çok üst dış kadranda yerleştiği için, benign ya da malign lezyonlar daha çok bu kadranda görülür (Atasü, 2001; Değerli & Bozfakıoğlu, 2002; Engin, 2000).

Meme dokusunun üst dış bölümü çoğu zaman pektoral kasın alt kenarı boyunca aksillaya uzanır. Bu bölüm, memenin aksiller kuyruğu (Spence) olarak adlandırılır. Kolları yanında ve dik olarak oturan bir kadında bu kuyruk kendini memeden ayrı gibi duran bir kabartı şeklinde belli eder. Memede oluşan fizyolojik olayların tümü aksiller kuyrukta da görülür. Bu nedenle muayene sırasında bu bölgeler de dikkatle incelenmelidir (Kalaycı, 2002; Seven ve diğer., 2000; Topuz ve diğer., 2003).

### **2.1.2. Memenin Kan Dolaşımı**

Memenin medial bölümü, internal torasik arterin perforan dalları tarafından, lateral kısmı ise aksiller arterin dalları ve posterior interkostal arterlerin lateral dalları tarafından beslenir. Venöz damarlar, arterlere ve lenfatiklere eşlik ederler. Ana venöz drenaj aksillaya doğrudur. Venler, özellikle kanser hücrelerinin metastazı açısından önemlidir (Engin, 2000; Kalaycı, 2002; Topuz ve diğer., 2003).

### **2.1.3. Memenin Lenfatikleri ve Dolaşım**

Meme dokusunun içerisinde bulunan lenfatik ağ çok yaygın ve zengindir. Özellikle malign olaylarda metastazlar açısından önemlidir. Memenin lenfatikleri; aksiller ven nodları, external meme nodları, skapular nodlar, santral nodlar, subklavikuler nodlar, interpektoral nodlar ve internal mammaryal nodlardan oluşmaktadır. Genel olarak memenin lenfatik akımı, subepitelyal pleksustan başlar. Buradan intraparakimal lenfatikler üzerinden aksiller veya parasternal internal mammaryal alana yönelir (Kalaycı, 2002; Topuz ve diğer., 2003).

#### **2.1.4. Memenin İnnervasyonu**

Memenin duyu sinirleri, 2-6. interkostal sinirlerin anterior kütanöz dallarıdır. Bunlardan 2. ve 3. interkostal sinirlerin kütanöz dalları memenin üst bölümünün duyusunu sağlarken, asıl duyu sinirleri 4., 5. ve 6. interkostal sinir dallarıdır. Memenin üst bölümünün sınırlı bir alanının duyusunu ise servikal pleksustan gelen dallar sağlar. Bu nedenle boyun lezyonlarında özellikle servikal omurları ilgilendiren patolojilerde memenin üst dış bölümünde yansıma ağrıları olabilir (Kalaycı, 2002; Topuz ve diğer., 2003).

#### **2.1.5. Memede Yaşam Boyu Görülen Değişiklikler**

Kadın memesinde yaşam boyu büyük değişimler olur. Meme, intrauterin yaşamın 5. haftasında bir çizgi halinde gelişmeye başlar. Bunlara süt çizgisi denir. Meme bezleri bu hat üzerinde gelişirler (Kalaycı, 2002, Atasü & Şahmay, 1996).

Adölesan dönemde, overlerden salgılanan östrojenin etkisi ile yağ ve bağ dokusunda artma olur. Bu etki nedeniyle meme büyümeye başlar. Memedeki büyüme puberteyi takiben 4-5 yıl sürebilir. Menarş ile birlikte östrojen ve progesteronda döngüsel artmalar, duktus ve lobuluslarda gelişmelere neden olur. Menstruasyon döngüsünde, memenin büyüklüğü, nodülaritesi ve duyarlılığı artar. Bu dönemde yapılan muayenede saptanan nodülaritenin hastalıkla karıştırılmaması gerekir (Kalaycı, 2002, Atasü & Şahmay, 1996).

Gebelikte yükselen östrojen, progesteron ve prolaktinin etkisi ile memede aşırı büyüme olur. Areolanın rengi koyulaşır, meme başı büyür. Memede belirgin duktal, lobüler ve alveolar gelişim gerçekleşir. Doğuma kadar olan dönemde meme, damarsal yapıda dolgunluk, epitel proliferasyon ve kolostrum birikimi ile birlikte üç katı kadar bir büyüklüğe erişir. Laktasyon döneminde de meme bezindeki aktivasyon devam etmektedir. Laktasyon döneminin bitmesini takiben meme bezi inaktif olur. Süt sentezlenmez. Prolaktin ve oksitosin uyarımı durur. Lobüler yapılar atrofiye uğrar (Kalaycı, 2002, Atasü & Şahmay, 1996).

Menopoz ile birlikte meme büyüklüğü ve yoğunluğu azalır. Glandların sayısında azalma olur ve elastik doku artar. Nodülarite genellikle kaybolur (Kalaycı, 2002, Atasü & Şahmay, 1996).

## **2.2. Meme Kanseri**

### **2.2.1. Meme Kanserinin Epidemiyolojisi**

Meme kanseri, dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümör olup, kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık % 23'ünü oluşturmaktadır. Meme kanserinin görülme sıklığı, ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (Parkin et al., 2005; Porter; 2008). ABD'de 2007 yılı için bildirilen yeni meme kanserli olgu sayısı 178480, ölüm sayısı 40460'dır. Yeni vakalar kadınlarda görülen tüm kanser vakalarının % 26'sını oluşturmaktadır. Kanserden ölümlerde ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada (% 15) yer almaktadır. 1999-2003 yılları arasında yaşa göre standardize meme kanseri insidansı yüz binde 128.2 olarak hesaplanmıştır. Yaşamı boyunca her sekiz kadından birinin meme kanseri riski ile karşı karşıya olduğu belirlenmiştir (American Cancer Society, 2007; Jemal et al., 2007). AB ülkelerinde 2006 yılında 319 bin yeni vakanın (tüm vakaların % 30.9) tanılanmasıyla meme kanseri en çok tanılanan ikinci kanser olmasının yanında, kadınlarda kanserden ölümlerin en yaygın (85300 olgu sayısı ile % 16.7) nedenidir (Ferlay et al., 2007). Türkiye'de ise 1998 yılında 8879 olan meme kanserli kadın sayısı, 2003 yılında 12772'ye yükselmiştir. Ülkemizde, tüm kanserlerin % 24.1'ini meme kanserlerinin oluşturduğu belirtilmektedir (Aslan & Gürkan, 2007).

### **2.2.2. Meme Kanserinin Etyolojisi**

Meme kanserinin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, bazı etkenlerin meme kanseri oluşumunda rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu etkenler aşağıda şu şekilde sıralanmaktadır:

**Cinsiyet:** Kadın olmak önemli bir risk faktörüdür. Meme kanseri erkeklerde nadir olarak görülür. Tüm meme kanserlerinin % 99'u kadınlarda görülürken, % 1'i erkeklerde görülmektedir (Branch, 2004; Muss, 2007).

**Yaş:** İleri yaş önemli bir risk faktörüdür. Yeni meme kanseri tanısı konulan kadınların % 77'si, meme kanserinden ölen kadınların % 84'ü 50 yaş ve üzerindedir (Branch, 2004; Lester, 2004).

**Memede Önceki Malign veya Benign Tümör Varlığı:** Bir memede kanser varlığı diğer memede kanser riskini 2-6 kez, atipik hiperplazi 4-5 kez artırmaktadır. Fibrokistik meme hastalığının meme kanseri oluşturma riski tartışmalı olsa da dikkatle takip edilmelidir (Korde, Calzone, & Zujewski, 2005; McPherson, Steel, & Dixon, 2000).

**Genetik:** Ailede meme kanseri öyküsü, BRCA1 ve BRCA2 genlerinde ve P53 geninde mutasyon olması meme kanseri riskini artırır. Meme kanserli kadınların yaklaşık % 5-10'unda BRCA1 ve BRCA2 genlerinde mutasyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu genlerinde mutasyon olan kadınlarda yaşam boyu meme kanseri gelişme riskinin % 56-85 olduğu belirtilmektedir. Meme kanseri olan bir kadının ailesi risk açısından değerlendirildiğinde; meme kanseri oluşma riski annesinde 8.8, kızında 4.6 ve kız kardeşinde 2.7'dir (Abeloff et al., 2008; Muss, 2007; Valea & Katz, 2007).

**İrk:** Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksektir. Ancak meme kanserine bağlı ölümler değerlendirildiğinde, Afrika kökenli Amerikalı kadınların ölme riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Korde et al., 2005; Lester, 2004).

**Menarş Yaşı:** Menarşın 12 yaşından önce olması meme kanseri gelişiminde bir risk faktörüdür. Menarş yaşındaki bir yıllık gecikmeler meme kanseri riskini % 20 oranında azaltmaktadır. Menarş sonrası düzenli menstruasyonların bir yıl içinde başlaması riski 2 katına çıkarmaktadır. Böylelikle menarşı erken başlayan ve düzenli menstruasyonlara kısa sürede geçen kadınların meme kanseri olma riski diğerlerine göre 4 kat daha fazla olmaktadır (Kalaycı, 2002; Lester, 2004; Topuz ve diğer., 2003).

**Menopoz Yaşı:** Menopoza 55 yaşından sonra giren kadınların meme kanseri riski 45 yaşından önce giren kadınların riskinin 2 katıdır. Aktif menstruasyon dönemi 30 yıl ya da daha az olan kadınlarda meme kanseri gelişme riski, 40 yıl ya da daha fazla olan kadınların riskinin yarısı kadardır (McPherson et al., 2000; Topuz ve diğer., 2003; Valea & Katz, 2007).

**Gebelik Yaşı:** Hiç doğum yapmamış olunması ve ilk doğumun 30 yaşı üzerinde yapılmış olması meme kanseri riskini artırmaktadır. İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan kadınlarda meme kanseri riski, 20 yaşından önce yapan kadınlara göre 4 kat daha fazladır. Ayrıca ikinci ve diğer çocukların doğumunun erken yaşlarda yapılması meme kanseri riskini azaltmaktadır (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002; McPherson et al., 2000; Valea & Katz, 2007).

**Laktasyon:** Laktasyonun meme kanseri üzerindeki etkisi tam olarak gösterilememiştir. Bununla birlikte özellikle premenopozal dönemde meme kanseri riskinin, emzirmeyen kadınlarda emzirenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Emzirme dönemi ile birlikte ovulasyon döneminin kısalmasının meme kanseri riskinin azalmasında rol oynadığı düşünülmektedir (Kalaycı, 2002; Lester, 2004).

**Östrojen İçeren İlaçların Kullanımı:** Erken veya uzun süreli (10-15 yıl) östrojen içeren oral kontraseptif ya da hormon replasman tedavisi (HRT) kullanımının meme kanseri riskini artırdığı belirlenmiştir. Östrojen ve progesteron kombinasyonlarında risk anlamlı bir şekilde artmakta (rölatif risk 2.5), ancak terapinin durdurulmasıyla birlikte risk azalmaktadır (Abeloff et al., 2008; McPherson et al., 2000).

**Beslenme:** Önceki çalışmalarda yağdan zengin beslenmenin meme kanseri riskini artırdığı belirlenmişken, son yıllarda yapılan çalışmalarda bu durum gösterilememiştir. Fitoöstrojen içeren besinlerin tüketiminin meme kanseri riskini azalttığı bulunmuştur. Bunun yanı sıra liften fakir beslenmenin meme kanseri üzerindeki etkisi tartışmalıdır (Abeloff et al., 2008; Vogel, 2000; Vogel, 2004).

**Vücut Ağırlığı:** Postmenopozal dönemde kilo artışı meme kanseri riskini artırabilmektedir (McPherson et al., 2000; Lester, 2004; Valea & Katz, 2007).

**Vitaminler:** A vitamini, folat ve beta karotenin meme kanserinden koruyucu etkisi bulunmaktadır. Özellikle alkol kullanan kadınlarda folat alımı artırıldığında, meme kanseri riskinin azaldığı belirlenmiştir (Atasü, 2001; Lester, 2004; Vogel, 2004).



**Alkol Alımı:** Alkol alımı (günlük 2 kadeh ya da daha fazla) meme kanseri riskini artırmaktadır. Günlük tüketim miktarı arttıkça rölatif risk de artmaktadır (rölatif risk 1.6) (Atasü, 2001; Boyce, 2007).

**Egzersiz:** Erişkin dönem ve öncesinde yapılan orta derecedeki etkin fiziksel aktivitelerin, 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir (Atasü, 2001; Lester, 2004).

**Radyasyon:** Vücutta tüm bölgeleri etkilemekle birlikte, özellikle meme radyasyona en duyarlı bölgelerden biridir. 30 yaş altında yüksek dozda radyasyona maruziyetin meme kanseri riskini artırdığı belirlenmiştir (Abeloff et al., 2008; Güler, 2006; Lester, 2004)

**Sigara:** Deneysel çalışmalarda sigara kullanımı ile meme kanseri arasında kesin bir ilişki gösterilemese de, sigara kullanımının meme kanserine neden olduğu düşünülmektedir (Bilir, 2002; Lester, 2004; Vogel, 2000).

Meme kanserinde yukarıda sayılan risk faktörleri 3 grupta kategorize edilebilir.  
Bunlar:

#### **Majör Risk Faktörleri**

- Kadın olmak,
- İleri yaşta olmak,
- Birinci derece yakınlarında meme kanseri öyküsü olması,
- BRCA1 ve BRCA2 genlerinde mutasyon olması,
- Memede önceki kanser yada atipik hiperplazi öyküsü.

#### **Minör Risk Faktörleri**

- Menarşın 12 yaşın altında olması,
- Menopoz döneminin 55 yaşın üzerinde başlaması,
- İlk doğumun 30 yaşın üzerinde yapılması,
- Alkol kullanılması,
- Beslenmede yağ oranının fazla olması.

### **Koruyucu Faktörler**

- Emzirme,
- İlk doğumun 30 yaş öncesinde yapılması,
- Haftada 3 kez düzenli olarak egzersiz yapılması (Branch, 2004; Prosnitz, 2001; Vogel, 2004).

### **2.2.3. Meme Kanserinun Tipleri**

Meme kanseri tümörün köken aldığı asıl dokuya göre sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre meme kanserleri 4'e ayrılır. Bunlar:

#### **Lobuler Kanserler:**

Memenin lobuler dokularındaki epitelyumdan köken almaktadırlar. Kendi içlerinde 2'ye ayrılırlar. Bunlar:

a) Noninvaziv (insitu) Lobuler Kanserler (LCI): Hastaların yaklaşık % 90'ı premenopoz dönemindeki genç kadınlardır. Başlangıçta lobul içinde sınırlı kalmaktadır. Belirti ve kitle oluşturmaz. Yavaş büyür, yıllarca sessiz kalabilir. Bu nedenle tanı konulamayabilir. Palpabl kitle, mamografide mikrokalsifikasyon, distorsiyon alanı gibi nedenlerle yapılmış biopsilerde, bu alanların dışında tesadüfen ortaya çıkar. Aynı memede multisentrik olma ve diğer memede de bulunma ihtimali % 100'e yakındır. LCI invaziv kanser gelişimi için bilinen en büyük risk faktörüdür (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina, Boztepe, & Atakan, 2006; Topuz ve diğer., 2003).

b) İnvaziv (infiltratif) Lobuler Kanserler (ILC): Nadir olarak (% 1-20) görülür. Boyutları çok değişkendir. Bazen gözle görülür bir kitle oluşturmaz ve makroskopik tanı konamaz. Multifokalite, multisantrisite ve bilateralite sıklığı invaziv duktal karsinoma göre yüksektir. Sıklıkla aksilla lenf nodu tutulumu yapar (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina, Boztepe, & Atakan, 2006; Topuz ve diğer., 2003).

Histopatolojik olarak; klasik tip, alveoler tip, solid tip ve miks tip şeklinde sınıflandırılır. Ayrıca bazı yazarlara göre; tubulolobuler karsinom, taşlı yüzük hücreli

karsinom ve hisitiyositoid karsinom olarak ta 3 tipte ele alınır (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina, Boztepe, & Atakan, 2006; Topuz ve diğer., 2003).

### **Duktal Kanserler:**

Memenin duktal dokularındaki epitelyumdan köken almaktadırlar. Kendi içlerinde 2'ye ayrılırlar. Bunlar:

a) Noninvaziv (insitu) Duktal Kanserler (DCI): Sıklıkla 55-60 yaş arasındaki kadınlarda rastlanır. % 12-15 oranında görülür. Önceden, klasik olarak kitle, meme başı akıntısı, paget görünümü ile kendini gösterirken, günümüzde giderek daha çok mamografide rastlanılan mikrokalsifikasyon ve distorsiyon alanının ortaya çıkması, asemptomatik olması ile dikkat çekicidir. Mikrokalsifikasyonlar lineer, dallanma gösteren türdendir. Yine de hastaların % 65'i kendi fark ettikleri kitle ile başvurmaktadır. DCI'ler invaziv duktal karsinomaya dönüşebilir (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina, Boztepe, & Atakan, 2006; Topuz ve diğer., 2003).

Histopatolojik olarak; papiller, mikropapiller, kribriform (üzerinde küçük delikler gösteren), solid ve komedo (yağ salgılı) olarak incelenir. Bunlardan ilk dördü, nonkomedo (yağ salgısız) ortak başlığı altında toplanırken, DCI'ler komedo ve nonkomedo olarak iki grupta ele alınır. Vakaların % 75'inin komedo olması beklenir. Komedo tiplerde aksiller lenf nodu tutulumu ve lokal nüks yüksektir. Hastaların % 10-15'inde bilateraldir. Bu nedenle prognozları daha kötüdür (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina, Boztepe, & Atakan, 2006; Topuz ve diğer., 2003).

b) İnvaziv (infiltratif) Duktal Kanserler (IDC): Memenin en sık görülen malign tümörüdür. İnvaziv karsinomların yaklaşık % 47-75'ini oluşturur. Prognozu diğer meme karsinomu tiplerinden daha kötüdür. Tipik olgularda makroskobik olarak tümör düzensiz sınırlı, kesit yüzeyi sert, pürüklü niteliktedir. Sık olarak ince, sarı tebeşir izi gibi çizgilenmeler görülür. Yüzeyde cilt, derinde fasya ve pektoral kas invazyonu görülebilir. Dermal lenfatiklerin tutulumu ile cilde karakteristik "portakal kabuğu" görünümü verir. Metastazlar genellikle aksiller lenf nodlarında gerçekleşir (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina, Boztepe, & Atakan, 2006; Topuz ve diğer., 2003).

### **Paget Karsinomu:**

Özel bir morfolojik tip olmayıp, karakteristik klinik özelliğe sahip bir tümördür. Meme karsinomlu hastaların % 1-3'ünde görülür. Genellikle insitu duktal karsinom ile ilişkilidir. Başlangıçta meme başı ve areolada yanma hissi, kaşıntı, kabuklanma ve ülserasyon görülür. Daha sonra egzamatöz lezyonlar oluşur. Geç evrede invaziv hale gelebilir. Enfeksiyon olarak tanımlanabilme şansı yüksektir. Prognozu oldukça iyidir (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina, Boztepe, & Atakan, 2006; Topuz ve diğer., 2003).

### **İnflamatuvar Karsinom:**

Paget karsinomu gibi morfolojik bir tip değildir. Meme karsinomlu hastaların % 1-2'sinde görülür. Belirtileri diğer meme karsinomlarından farklıdır. Tümör yumuşak ve ağırlıdır. Meme derisinde ödem, hiperemi, hassasiyet ve deride kalınlaşma ile karakterizedir. Prognozu oldukça kötüdür (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina, Boztepe, & Atakan, 2006; Topuz ve diğer., 2003).

### **2.2.4. Meme Kanserinin Belirtileri ve Bulguları**

Meme kanseri genelde uzun ve sinsi bir seyre sahiptir. Gerek tanı, gerekse takipte aşağıda sayılan belirti ve bulgular incelenmelidir. Bunlar:

**Kitle:** Genellikle serttir ve hareketsizdir. Ancak etrafındaki doku ile hareket eder ve bu özelliği ile kolayca ayırt edilebilir. Çoğu kez ağrısızdır, geç dönemde ağrı görülebilir. Tek taraflı ve sürekli. Kitlenin sınırları çoğu zaman iyi tayin edilemez. Kısmen belirlenebilir. Üzeri kaba ya da ince pürüklü olabilir. Memenin büyüklüğüne bağlı olmakla birlikte 1-2 cm büyüklüğündedir (Prosnitz, 2001; Topuz ve diğer., 2003).

**Ağrı:** Hastaların büyük çoğunluğunda (% 90) özellikle ilk dönemlerde memede ağrı görülmez. Ağrı daha çok son dönemlerde görülmektedir (Prosnitz, 2001; Topuz ve diğer., 2003).

**Meme Başı Akıntısı:** Meme kanserli kadınların ortalama % 10 kadarında ilk belirti meme başından olan akıntıdır. Bu duruma pek sık rastlanmaz. Kanserin neden olduğu

meme başı akıntısı hemen daima tek taraflı, tek porustan ve spontandır. Akıntının önemli bir özelliği de seröz, seröz-kanlı yada kanlı oluşudur (Prosnitz, 2001; Topuz ve diğer., 2003).

**Forgue Belirtisi:** Memenin üst kadranlarında yer alan tümörlerde meme başı tümörün bulunduğu kadrana doğru çekildiğinde görülür. Böylelikle tümörün yer aldığı meme yukarıda, dik ve dolgun bir görünüme sahip olur (Prosnitz, 2001; Topuz ve diğer., 2003).

**Meme Derisinde Ödem, Portakal Kabuğu Görünümü (Peau d'orange):** Memenin lenf damarlarına taşınan tümör hücreleri lenf damarlarını tıkayarak lenfatik akımın yavaşlamasına yol açar. Bu durum deri ve deri altı dokusunun beslenmemesine neden olur. Deri kalınlaşır, kıl folikülleri içeri doğru çekilmiş gibi kalır. Bu durum deriye portakal kabuğu görünümü kazandırır. İleri evre meme kanserleri için bir belirtidir (Prosnitz, 2001; Topuz ve diğer., 2003).

**Meme Başında Retraksiyon:** Memenin santral kadranında yer alan tümörlerin meme başını içeri doğru çekmesiyle oluşur. Bazı kadınlarda meme başı retraksiyonu yapısaldir. Bunlar daima bilateraldir ve memelerin gelişimi ile oluşmuştur (Prosnitz, 2001; Topuz ve diğer., 2003).

**Deride Eritem ve Ülserasyon:** Meme içinde büyüyen tümörün doğrudan meme derisini infiltre etmesi ile oluşur. Deri beslenmesi bozulduğu için önce deri kızarılarak eritem, daha sonra bozulan deride ülserasyonlar başlar (Prosnitz, 2001; Topuz ve diğer., 2003).

**Lenf Nodlarında Büyüme:** Tümörün lenf nodlarına metastazı sonucunda, lenf nodlarının tıkanmasıyla gelişir. Sert, 5 mm'den büyük lenf nodlarında metastaz düşünülmelidir (Prosnitz, 2001; Topuz ve diğer., 2003).

### 2.2.5. Meme Kanserinin Kadranlara Göre Görülme Olasılığı

Meme kanserinin görülme olasılığı; üst dış kadranda % 45, santral kadranda % 25, üst iç kadranda % 15, alt dış kadranda % 10 ve alt iç kadranda % 5'tir (Topuz ve diğer., 2003).

### 2.2.6. Meme Kanserinde Yayılım

Meme içinde tümör yayılımı meme parankiminin doğrudan infiltrasyonu, duktuslar boyunca ve meme lenfatikleri yoluyla olur. Doğrudan infiltrasyon tedavi edilmediğinde, cilt ve derin pektoral fasya infiltrasyonu oluşabilir. Duktuslar boyunca yayılım oldukça sık görülür. Meme lenfatikleri yoluyla ise vertikal olarak derin pektoral fasyaya ya da santral areolar bölgeye olur. Meme kanserinde en sık tutulan lenf nodları aksiller, internal meme ve supraklavikuler nodlardır. Uzak metastazlar kemik (% 71), akciğerler (% 69), karaciğer (% 65), plevra (% 51), adrenal bezler (% 49), deri (% 30), beyin (% 22) ve overlere (% 20) olur (Topuz ve diğer., 2003).

### 2.2.7. Meme Kanserinde Tanı

Meme kanserinde tanı; anamnez, fizik muayene, mamografi ve biyopsi yardımıyla konur.

**Anamnez:** Kadının yaşı, aile öyküsü, menarş yaşı ve düzeni, menapoz yaşı, meme ile ilgili geçirdiği hastalıklar öğrenilir (Engin, 2000; Kalaycı, 2002).

**Fizik Muayene (Klinik Meme Muayenesi):** Meme muayenesi konusunda deneyimli bir sağlık çalışanı tarafından yapılmalıdır. Muayene ile tespit oranları, memede bulunan kitlenin büyüklüğüne göre değişmektedir (1 cm ise % 87, 0.5 cm ise % 33, 0.3 cm ise % 14). Sağlık çalışanlarının klinik meme muayenesi ile bulguları belirleme oranı % 17-83'tür. Muayene iki aşamada gerçekleştirilmektedir. Bunlar:

a) İnspeksiyon: Memelerin büyüklüğü, simetrisi, deride renk değişikliği, portakal kabuğu görünümü, ülserasyon, retraksiyon, ödem ve meme başı akıntısı gibi değişiklikler

değerlendirilir (Murray, McKinney & Gorrie, 2002; Morrow & Evers, 2008; Valea & Katz, 2007).

b) **Palpasyon:** Kadın önce oturur, sonra yatar duruma getirilerek muayene edilir. Kitle hissedildiğinde kitlenin çapı, şekli, sınırları, yoğunluğu, mobilitesi ve lokalizasyonu belirlenir. Aksiller, supraklavikuler ve internal mammaryal lenf nodları muayene edilir. Meme ucu sıkılarak akıntı kontrol edilir (Murray, McKinney & Gorrie, 2002; Morrow & Evers, 2008; Valea & Katz, 2007).

**Mamografi:** Memenin iki plak arasında sıkıştırılırken çekilen “X-Ray” filmidir. Meme görüntülemesinde altın standart olarak kabul edilen bir yöntemdir. Meme kanserini palpabl olmadan 2 yıl önce belirlemektedir. Çekim sırasında memenin tümünün filme dahil edilmesi önemlidir. Bunun için meme sıkıştırılarak yassılaştırılır (Cody, 2002; Haydaroglu, 2007; Morrow & Evers, 2008).

Mamografinin duyarlılığı yüksek (% 85-90) olmasına rağmen, meme kanserinin % 10-15’ini belirleyememektedir. Yanlış negatifliğin en önemli nedeni yoğun meme dokusudur. Mamografinin 30 yaş altındaki kadınlarda kullanılması meme parankim dansitesinin yüksek, yağ oranının düşük olması nedeniyle sınırlıdır (Cody, 2002; Haydaroglu, 2007; Morrow & Evers, 2008).

Mamografide kitleler beyaz, yağ dokusu ise siyah olarak görünür. Meme kanserinin verdiği görüntünün yoğunluğu homojen değildir. Kanserde tipik olarak gruplaşma veya kümeleşme oluşturan, pleomorfik (birden fazla yapısal şekli bulunan) şekilli veya ince çubuk şeklinde dallanma gösteren mikrokalsifikasyonlar görülür. Nadiren tüm memeyi tutarlar (Cody, 2002; Haydaroglu, 2007; Morrow & Evers, 2008).

Mamografi çekiminde kadınların kaygısı ne kadar radyasyona maruz kalacaklarını bilmemeleridir. İlk mamografi uygulamalarında 1-4 rad’lık radyasyon dozları kullanılırken, bu günkü teknik ilerlemelerle 0.04-0.08 rad radyasyon dozu kullanılmaktadır. Mamografide kullanılan radyasyon dozunun düşmesi radyasyona bağlı kanser ihtimalini en aza indirmiştir. 0.1 rad’lık dozun 35 yaşın üzerindeki kadınlarda milyonda 4 kanser oluşmasına yol açtığı ileri sürülmüştür (Cody, 2002; Haydaroglu, 2007; Morrow & Evers, 2008).

**Mamografi Endikasyonları:**

- Varlığından klinik olarak şüphe edilen, fakat küçüklüğü nedeni ile palpe edilemeyen kitlelerin belirlenmesi,
- Palpe edilen kitlenin ultrason ile birlikte değerlendirilmesi,
- Aksiller bölgeye metastaz yapmış ancak memedeki yeri ortaya konulamayan primer lezyonun bulunması,
- Biyopsi alanının belirlenmesi,
- Yapılacak operasyonun planlanması ve operasyon sonrası memenin izlenmesidir (Cody, 2002; Haydaroğlu, 2007; Morrow & Evers, 2008).

**Ultrasonografi:** Yüksek frekanslı ses dalgaları yardımıyla memenin görüntülenmesidir. Meme kitlelerinin değerlendirilmesinde mamografiye yardımcı olan en önemli yöntemlerden birisidir. Lezyonların ekojenitesi, sınırları, iç yapısı, derinliği, genişliği ve mobilitesi hakkında bilgi verir (Cody, 2002; Morrow & Evers, 2008).

**Ultrasonografi Endikasyonları:**

- Kitlelerin solid, kistik ayrımının yapılması (% 96-100 başarılıdır),
- Solid kitlelerin benign ve malign ayrımının yapılması,
- Yoğun meme dokusu olan kadınlarda palpabl kitlelerin değerlendirilmesi (% 75 başarılıdır),
- Genç kadınlarda (35-40 yaş altı) palpabl kitlelerin değerlendirilmesi,
- Mamografi alanına girmeyen kitlelerin değerlendirilmesi,
- Lenf nodlarının değerlendirilmesi,
- Abselerin değerlendirilmesi,
- Biyopsi uygulamalarında lezyon lokalizasyonunun belirlenmesidir (Cody, 2002; Morrow & Evers, 2008).

**Bilgisayarlı Tomografi:** Sadece mastektomi uygulanmış hastalarda toraks kavitesi ve aksiller nükslerin belirlenmesinde yararlı olabilen bir yöntemdir (Engin, 2000; Kalaycı, 2002).



**Manyetik Rezonans Görüntüleme:** Mamografide tanı konulamayan, erken evre meme kanserinin belirlenmesinde kullanılan duyarlılığı yüksek bir görüntüleme yöntemidir. Ancak benign ve malign lezyonları ayırmada özgüllüğü ve pozitif öngörü değeri düşüktür. Şüphe edilen olguların % 63'ü benign oluşumlara ait olabilmektedir. Görüntüleme sırasında memenin enine kesitleri oluşturulabildiğinden, detaylı inceleme yapılabilmektedir. Genel popülasyonda tarama testi olarak kullanımı pahalı olduğundan, yüksek risk grupları için kullanımı uygundur. Memenin değerlendirilmesinde tek başına kullanılacak, mamografinin yerini alabilecek bir yöntem değildir (Cody, 2002; Morrow & Evers, 2008).

**Sitoloji:** Meme başından gelen akıntıda malign hücre aranması işlemidir (Engin, 2000; Kalaycı, 2002).

**Biyopsi:** Memede oluşan lezyonların, özellikle meme kanserinin kesin tanısı ancak biyopsi ile konur. Yanlış negatif tanı oranı % 1-3'tür. Memede her palpe edilen kitlede, meme başından devamlı akıntı varlığında (gebelik ve laktasyon dışında) yapılmalıdır (Cody, 2002; Kalaycı, 2002; Topuz ve diğer., 2003).

### **2.2.8. Meme Kanserinde Tedavi**

Meme kanserinde tedavi lokal ve sistemik olarak ikiye ayrılmaktadır. Lokal tedavide amaç; tümörün kendisinin ortadan kaldırılmasıdır. Bunun için, cerrahi tedavi ve radyoterapi kullanılmaktadır. Sistemik tedavinin amacı; meme dışına metastaz yapmış tümör hücrelerinin ortadan kaldırılmasıdır. Bu amaçla, kemoterapi, hormonal tedavi ve immunoterapi uygulanmaktadır (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002).

#### **Lokal Tedavi:**

a) Cerrahi Tedavi: Meme kanserinde iki tür cerrahi işlem söz konusudur. Bunlar; meme koruyucu cerrahi ve mastektomidir (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002).

**Meme Koruyucu Cerrahi:** Memenin tümü çıkarılmamaktadır. Meme koruyucu cerrahi içinde; tümör dokusunun bir miktar normal meme dokusu ile birlikte çıkarılması (lumpektomi), tümörün yer aldığı kadranın çıkarılması (kadranektomi) ve memenin dörtte

birinin tümörle birlikte çıkarılması (parsiyel mastektomi) yer alır (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002).

Mastektomi: Tümörün durumuna göre farklı mastektomi yaklaşımları uygulanmaktadır. Bunlar:

- Basit Mastektomi: Meme cildi, meme dokusunun tümü ve pektoral fasyanın çıkarılmasıdır.
- Modifiye Radikal Mastektomi: Meme cildi, memenin tümü, pektoral fasya ve aksiller lenf nodlarının çıkarılmasıdır.
- Radikal Mastektomi: Meme cildi, memenin tümü, aksiller lenf nodları, pektoralis majör ve minör kaslarının çıkarılmasıdır (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002).

b) Radyoterapi: Genellikle meme kanserinde cerrahi sonrası nüks olasılığını azaltmak için kullanılır (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002).

### **Sistemik Tedavi:**

a) Kemoterapi: Meme kanserinde sistemik tedavinin esasını oluşturur. Opere olmuş hastalara özellikle aksiller lenf nodu pozitif ise ameliyata yardımcı yöntem olarak ve uzak metastazların ortaya çıktığı durumlarda kullanılır (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002).

b) Hormonal Tedavi: Sistemik tedavinin bir diğer aracını oluşturur. Bu alanda en yaygın olarak kullanılan ilaç tamoksifendir. Östrojen reseptör blokeri olan bu ilaç, hem östrojenin tümör hücresi üzerindeki geliştirici etkisini önler, hem de sitostatik özellik taşır. Nüks ve sağ kalımını doğrudan etkiler. Etkilenmemiş olan memeyi korur (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002).

c) İmmunoterapi: Özellikle c-erB2 onkogenine karşı antikor oluşturmayı hedefler. Tedavinin hastalarda olumlu sonuç verdiği görülmüştür (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002).

### **2.2.9. Meme Kanserinde Prognoz**

Meme kanseri tedavisinde kullanılan standart prognostik faktörler şunlardır:

- Aksiller lenf nodu durumu,

- Histolojik alt tip,
- Tümör büyüklüğü,
- Nükleer ve histolojik evre,
- Östrojen ve progesteron reseptör durumu,
- Proliferasyon ölçümleri (Kalaycı, 2002; Wood & Styblo, 2004).

## **2.2.10. Meme Kanserinde Korunma**

### **Birincil Korunma:**

- Yağdan fakir, liften zengin diyet,
- Önerilen vücut ağırlığını koruma.

### **İkincil Korunma:**

- Her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapılması,
- Klinik meme muayenesi yapılması,
- Mamografi.

### **Üçüncül Korunma:**

- Meme ameliyatı sonrası yeniden meme oluşturma ameliyatları,
- Meme ameliyatı sonrası kol egzersizleri yapılması,
- Meme ameliyatı sonrası lenfödemi önlemek için uygun egzersiz ve pozisyon (Atasü, 2001; Kalaycı, 2002).

### **2.2.10.1. Birincil Korunma**

Birincil korunma yaklaşımları yaşam stili değişikliklerini içermektedir. Bunlar:

**Diyet:** Düşük yağ ve yüksek lifli gıda ile beslenme premenopozal kadınlarda ovulasyonu etkilemeden östradiol ve östron seviyesini azalttığı için, böyle bir diyetle meme kanseri riskinin azaltılabileceği düşünülmektedir. Meme kanserinden korunmak için risk grubundaki kadınlarda, günlük alınan kaloride yağın % 20'nin altına indirilmesi önerilmektedir (Abeloff et al., 2008; Atasü, 2001; Muss, 2007).

Diyette besin takviyeleri de kanserin önlenmesinde rol oynamaktadır. Folat, beta karoten, A vitaminini ve fitoöstrojenden zengin gıdalar meme kanseri riskini azaltmaktadır.

Özellikle alkol kullanan kadınlarda, folat içeren besinlerin tüketimi riski normale döndürmektedir (Abeloff et al., 2008; Atasü, 2001; Muss, 2007).

**Alkol Alımı:** Alkol alımının azaltılmasının meme kanseri riski üzerinde yararı bildirilmiştir. Bu nedenle alkol kullanımının sınırlandırılması önem taşımaktadır (Atasü, 2001; Muss, 2007; Vogel, 2004).

**Sigara Kullanımı:** Sigara ve meme kanserine yönelik çok az veri bulunmasına karşın, kanser riskini artırması nedeniyle sigaranın bırakılması önem taşımaktadır (Bilir, 2002; Lester, 2004; Vogel, 2000).

**Fiziksel Aktivite:** Egzersizin meme kanserinden koruyucu olduğu bilinmektedir. Bu koruyucu etkinin sürekli olabilmesi için haftada 3 kez düzenli egzersiz yapılması önerilmektedir. Haftada 4 saati aşan egzersizin premenapozal dönemde obez olmayan kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir. Çünkü egzersiz yağ dokusunu azaltarak endojen östrojen salınımını azaltmaktadır (Atasü, 2001; Topuz ve diğer, 2003; Vogel, 2004).

#### **2.2.10.2. İkincil Korunma**

İkincil korunma önlemlerini; kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi oluşturmaktadır (Bilir & Harmancı, 2002).

#### **Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)**

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), 20 yaşından sonra tüm kadınların her ay uygulaması önerilen görsel ve sistematik bir muayenedir. Muayene için en uygun zaman; premenopozal dönemdeki kadınlar için memelerin hormonal etkilere en az maruz olduğu menstrual periyodun 5-7. günleridir. Menopoz dönemindeki kadınlar için ise her ayın belirli bir günü (her ayın ilk günü vb.) yapılması önerilir (Branch, 2004; Murray, McKinney, & Gorrie, 2002; Valea & Katz, 2007).

Kendi kendine meme muayenesindeki (KKMM) amaç; kadının kendi meme dokusunu daha iyi tanıması ve olası değişiklikleri belirleyebilmesidir. Memedeki kitlelerin

% 90'ı kadınların kendileri tarafından belirlenmektedir. Bu nedenle KKMM'yi bilmeleri ve uygulamaları desteklenmelidir (Şimşek & Tuğ, 2002).

Dünyadaki birçok tıbbi organizasyon, meme kanserinin erken tanısını sağlamak için KKMM yöntemini tavsiye etmektedir. Erken tanıya yönelik tarama programlarında KKMM de yer aldığında kadınların mortalite oranlarında azalma olduğu tespit edilmiştir. KKMM'nin özellikle iki tarama zamanı arasında geçen sürede, "interval kanserlerin" belirlenmesinde yararlı olduğu düşünülmektedir (Kalaycı, 2002; Topuz ve diğer., 2003).

KKMM'yi kadınların hepsi aynı kalitede yapamamakta, uygulamayı bırakmakta, hatta normal ve anormal yapıları fark edemediklerini ileri sürmektedirler. Bu sorunların giderilmesi için, sağlık çalışanlarının kadınlara meme muayenesini erken dönemde öğretmeleri gerekmektedir. KKMM'nin etkin öğretimi ise bire bir öğretim ve uygulama ile ilişkilidir (Kalaycı, 2002; Topuz ve diğer., 2003; Valea & Katz, 2007).

Yapılan çalışmalarda kadınların KKMM'yi bilme durumları % 5-85 arasında iken, aylık düzenli KKMM uygulama durumları % 7-58 arasında değişmektedir (Ashton et al., 2001; Aydemir, 1990; Beydağ & Karaoğlan, 2007; Çadır ve diğer., 2004; Dişçiğil ve diğer., 2007; Dündar et al., 2006; Ekici & Utkualp, 2007; Gölbaşı ve diğer., 2007; Jane Lu, 2001; Kılıç ve diğer., 2006; Parlar ve diğer., 2004; Rashidi & Rajaram, 2000; Su et al., 2006).

Literatürde KKMM yapılması ile toplumdaki kadınlarda meme kanseri evresinin düşeceği ve yaşam sürecinin olumlu yönde etkileeneceği bildirilmiştir (Feldman, 1981; Foster & Constanza, 1984; Huguley, 1988). Ancak bu görüşün aksini gösteren randomize kontrollü çalışmalar da bulunmaktadır (Moss et al., 1999; Semiglazov et al., 1992; Thomas et al., 2002). Randomize çalışmalardan elde edilen verilere dayanarak kadınlara diğer tanı yöntemleriyle ilişkilendirilerek KKMM'nin öğretilmesi ve çeşitli oturumlar düzenlenerek verilen bilgilerin pekiştirilmesi önerilmiştir (Gaskie & Nashelsky, 2005; McCready et al., 2005; Smith, 2003). KKMM'nin meme kanseri mortalitesini azaltmasına ilişkin tartışmalı görüşler mevcut olsa da, özellikle gelişmekte olan ülkeler için meme kanseri mortalitesini azaltmada mamografi ve klinik meme muayenesi ile birlikte, KKMM uygulaması hala önemini korumaktadır. Bu nedenle meme kanserinin kadınlarda hastalık ve ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer aldığı ülkemizde, özellikle genç yaştan itibaren kadınlara KKMM'nin öğretilmesi meme sağlığı farkındalığının artırılmasında önemli bir

uygulamadır (Seçginli & Nahcivan, 2006). Bunun için, ülkemizde meme kanseri tarama programında KKMM önemli bir yer teşkil etmektedir.

**KKMM uygulanırken bilinmesi gerekenler şunlardır:**

- Doğru duruş,
- Muayene edilecek bölge,
- Palpasyon tekniği,
- Araştırma şekli (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

**KKMM Uygulaması:**

**1. Doğru Duruş:**

Doğru şekilde dururken;

- Kollar iki yana sarkık ve gevşek,
- Eller belde,
- Kollar her iki yanda başın üzerine doğru kaldırılmış,
- Kollar iki yanda gövde öne eğik veya eller belde öne doğru eğilme yapılı (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

**2. Ayna karşısında yukarıdaki pozisyonlarda her iki meme için gözlem yapılır.**

İyi aydınlatılmış bir odada ayna karşısına geçilerek meme muayenesine başlanır.

Gözlem sırasında;

- Memede kitle görünümü,
- Memelerin birinde anormal büyüme,
- Memelerin birinin diğerinden sarkık olması,
- Meme cildinde buruşukluk,
- Meme ucunda çukurlaşma,
- Meme ucunda kanlı akıntı,
- Meme ucu renginde değişiklik,

- Memeye komşu lenf nodlarında büyüme,
- Üst kolda anormal şişlik gibi belirtiler izlenir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

Gözle muayenenin farklı pozisyonlarda yapılmasının amacı; meme dokusunun arkasında kalan kasların farklı şekilde kasılmasını ve böylelikle meme dokusundaki muhtemel malign oluşumların gözle görülebilir hale gelmesini sağlamaktır. Özellikle malign oluşumların Cooper ligamentleri üzerindeki etkileri daha belirgin hale getirilebilir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

### **3. Muayene Edilmesi Gereken Bölgenin Belirlenmesi ve Bölgenin Elle Muayenesi:**

Sternumdan arka aksiller çizgiye (aksilla orta hat) kadar, klavikuladan alt meme çizgisine kadar olan kısımda kalan tüm bölge muayene edilir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

#### **Bölgenin Elle Muayenesi:**

Memenin elle muayenesine ayakta durur pozisyonda başlanır. Sol memenin muayenesi için, sol kol başın üzerine kaldırılır. Sağ elin orta üç parmağının iç yüzü ile muayene edilir. Ayakta yapılan muayene özellikle üst dış kadranda kitlelerin daha iyi tespit edilmesini sağlamaktadır. Meme dokusu daha çok üst dış kadranda bulunduğu için, malign oluşumlar daha çok bu bölümlerde görülmektedir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

Aynı işlem sağ meme için de tekrarlanır ve sonra sırtüstü yatar pozisyonda memeler tekrar muayene edilir. Muayene sırasında sırt üstü yatma, muayene edilecek tarafın sırt ve skapula altına ince bir yastık veya katlanmış havlu koyma, muayene edilecek taraftaki kolu başaltına yerleştirme önemlidir. Böylece meme dokusu kostalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay palpe edilebilir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

#### **4. Muayene Şekli:**

Meme dokusu 3 şekilde muayene edilir. Bunlar:

- Dairesel (sirküler),
- Dikey (vertikal) çizgilerle,
- Tekerlek (ışın tarzında) şeklindedir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

Memenin elle muayenesinde orta üç parmağın (2., 3.ve 4. parmak) iç yüzeyleri kullanılır. Muayenede parmaklar birbirine yapışık tutulmalıdır. Muayene sırasında aşamalı olarak önce hafif, ardından orta ve daha sonra kuvvetli basınç uygulanarak memenin tüm tabakaları hissedilmeye çalışılır. Her memenin en az 5 dakika muayene edilmesi gerekir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

#### **5. Meme Başı Muayenesi:**

Meme başı başparmak ve işaret parmağı arasında nazikçe sıkılır. Kanlı meme başı akıntısı görülebilir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

#### **6. Aksiller Muayene:**

Sırt üstü yatar pozisyonda aksiller bölgenin ön, orta ve dış bölümleri derinlemesine palpe edilir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

Meme muayenesinde yer alan, ayakta elle muayene bölümü duş ya da banyo sırasında yapılabilir. Muayenede sabun kullanılması, parmakların düz kısımları ıslak deri üzerinde kolayca kaydığı ve deri altındaki nodül ya da sertliklerin daha kolay hissedilmesini sağladığı için önerilmektedir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).



**Tablo 2.1. Meme Kanserinde Amerikan Kanser Derneği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi**

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM (isteğe bağlı) Klinik Muayene	Her ay 3 yılda bir
40-49	KKMM (isteğe bağlı) Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl 1-2 yılda bir
50 yaş ve üzeri	KKMM (isteğe bağlı) Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl

**Kaynak:** Branch, L. G. (2004). Breast Health, Chapter: 14, Youngkin E. K. & Davis M. S. (Eds.), *Women's Health, A Primary Care Clinical Guide* (3rd ed., pp: 351-385).

### 2.2.11. Kendi Kendine Meme Muayenesinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Meme kanserinin erken tanısında ve tarama yöntemlerinin geliştirilmesinde sağlık profesyonellerinin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Mevcut araştırma sonuçları, sağlık çalışanlarının KKMM'deki rollerini geliştirmiş ve değiştirmiştir. Bu doğrultuda;

1. Sağlık çalışanları kadınların sadece meme kanseri ve muayene yöntemine ilişkin bilgilerini değil, meme kanserine yönelik farkındalıklarını da artırmalıdır.

- Kadınların farkındalığını artırmak için, memelerindeki normal olmayan değişimlerin meme kanserinin erken dönem belirtilerinden birisi olabileceği anlatılmalıdır.
- Kadınlar, her ay düzenli olarak KKMM yapmaları konusunda cesaretlendirilmelidir.
- KKMM ile birlikte, diğer tarama yöntemleri de anlatılmalı, erken tanıdaki önemleri vurgulanmalıdır.
- KKMM'nin meme kanserinde ölümü azaltmada sınırlı olabileceği bilgisi verilmelidir.
- Bunlarla birlikte kadınlara KKMM'nin gereksiz biyopsi ve anksiyeteye yol açabileceği anlatılmalıdır (Seçginli & Nahcivan, 2006).

2. Sağlık profesyonelleri KKMM'ye ilişkin verdikleri eğitimlerde, muayene işleminin doğru ve etkin yapılmasının önemini vurgulamalıdır. Kadınlara KKMM'nin ancak etkin ve doğru bir şekilde yapıldığında meme kanserinin erken dönemde belirlenmesinde yararı olacağı anlatılmalıdır. Bunun için kadınların KKMM yapma konusundaki yeterlilikleri değerlendirilmelidir (Seçginli & Nahcivan, 2006).

3. Sağlık çalışanları kadınlarda KKMM yapma oranını artırmak için KKMM'yi etkileyen faktörleri (sağlık inançları, sağlıkla ilgili tutum ve algıları vb.) incelemeli ve kadınların kültürel özelliklerine uygun meme sağlığı eğitim programları planlamalıdır (Seçginli & Nahcivan, 2006).

### **2.3. Sağlık Eğitimi ve Sağlık Davranışı Kazandırma**

Sağlık eğitimi ile temel olarak, sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, bireyleri sağlık sorunlarını çözmek için kullanabileceği bilgi ve becerilerle donatmak, sağlık hizmetlerinin gelişmesini sağlamak amaçlanır. Bu amaçlar, toplumsal ihtiyaçlara göre çeşitlilik gösterir. Sağlık; davranış örüntüleri ve bireyin çevresi tarafından etkilendiği için, sağlık eğitimini sağlıkla ilgili "bilgi vermek" işi olarak sınırlandırmak doğru değildir. Sağlık eğitimini, sadece sağlık profesyonellerince "doğru" olan bir takım bilgilerin, birey ve toplum sanki "pasif alıcılar" gibi, tek yönlü aktarılması işi olarak görmek de son derece yanlıştır (Güler & Akın, 2006; Aykut ve diğer., 2001).

Sağlık eğitimi ile birey ve toplumda istenilen yönde davranış değişikliği oluşturabilmek için, birey ve toplumun kendi önceliklerini, beklentilerini, gelenek ve göreneklerini, sağlık ve hastalık konularındaki algılamalarını çift yönlü etkileşimle belirlemek gerekir. Bu doğrultuda eğitim programlarını geliştirmek ve uygulamak, beklenen sonuçlara daha kolay ulaşılmasını sağlar. Durum bir buz dağına benzetilirse; bireylerin sağlıkla ilgili davranışları suyun üzerindeki görünen bölümü, bireylerin gelenek ve görenekleri, inançları, hastalık ve sağlığı algılamaları ise suyun altındaki görünmeyen bölümü oluşturur ki, bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını asıl belirleyen de bu bölümdür. Bu nedenle, özellikle sağlığa ayrılan kaynakların sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde, bu durum dikkatle ele alınması gereken önemli bir sorundur (Güler & Akın, 2006; Aykut ve diğer., 2001).

Günümüzde davranış bilimleri sayesinde, davranışları etkileyen faktörlerin anlaşılması, sağlık eğitimine yeni bir boyut kazandırmıştır. Bu etkiyle, sağlık eğitimi veren profesyonellerden bilgi, tutum ve becerilere odaklanan programları uygulamaları yanında, davranışları olanaklı kılan faktörleri ortaya çıkaran ve olumlu sağlık davranışlarını güçlendirmeyi sağlayan yöntemler ve araç-gereç ile donanmış programları uygulamaları beklenmektedir. Bunun yanı sıra, sağlığı geliştirmede ilginin giderek davranışlar üzerine yoğunlaştığı, özellikle yaşam biçimi ve sosyal öğrenmenin ağırlık kazandığı durumlara dikkat etmenin önemli olduğu anlaşılmıştır (Güler & Akın, 2006; Aykut ve diğer., 2001).

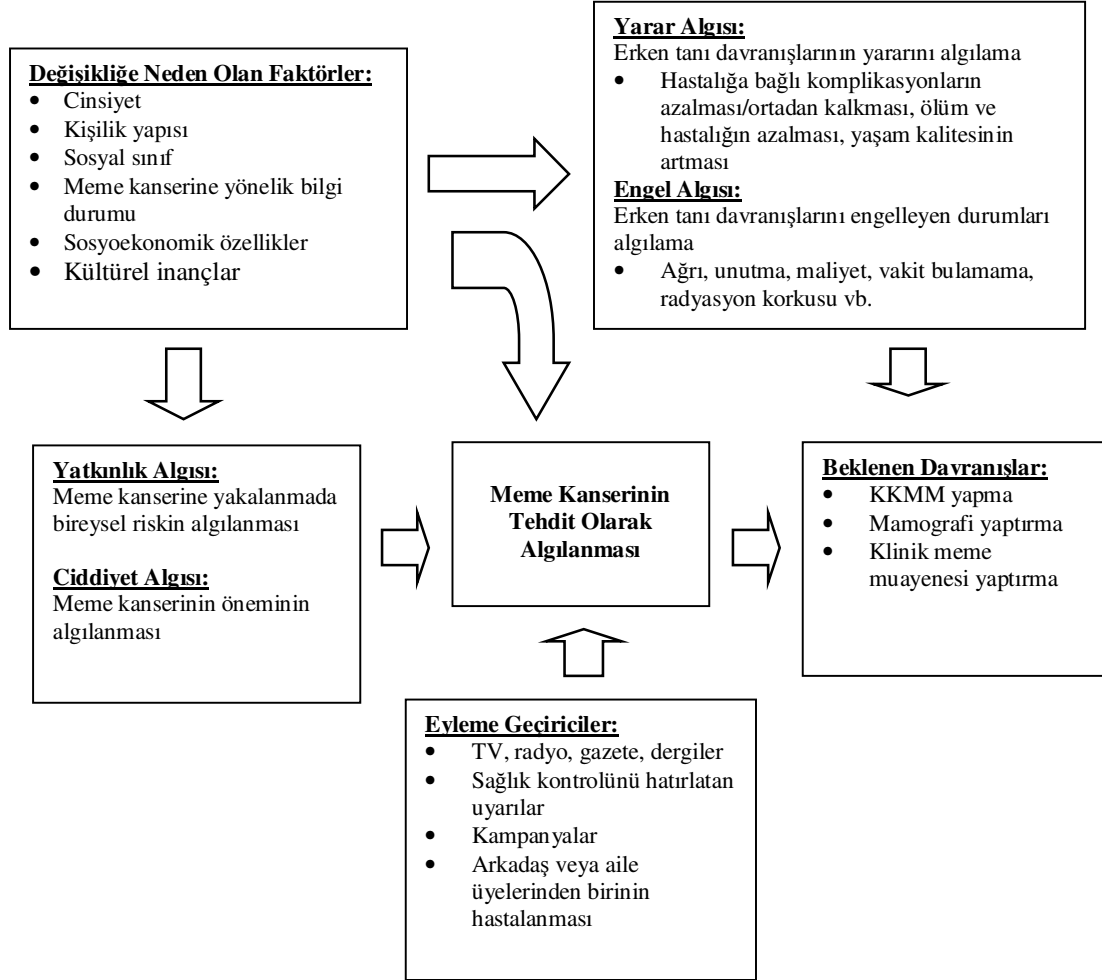
Sağlık eğitimi ile davranış kazandırmada ise, davranışları etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması ve sağlığın geliştirilmesi amacıyla çeşitli modellerden yararlanılabilmektedir. Sağlık İnanç Modeli ve Nottingham Sağlık Profili bu amaçla kullanılabilmektedir.

#### **2.4. Sağlık İnanç Modeli (SİM)**

Sağlık İnanç Modeli (SİM), 1950 yılında Hochbaum, Leventhal, Kegeles ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. İlk aşamada, algılanan hassasiyet, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar ve algılanan engeller olmak üzere dört kavramdan oluşmuştur. Daha sonra Bardura (1977), tarafından öz-etkililik, Rosenstock, Strecher ve Becker (1988) tarafından sağlık motivasyonu algıları modele eklenmiştir. Modelin oluşumunda Lewin ve Becker'in sosyo psikolojik kuramından yararlanılmıştır. Model, kişinin meme kanserinden korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Rosenstock'a (1988) göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde motivasyonun sağlık davranışlarına olan etkisini açıklar. Bunlarla birlikte model, kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının gösterilmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (Champion, 1985; Nahcivan & Seçginli, 2003; Petro-Nustus & Mikhail, 2002).

Modelin meme kanserine yönelik uyarlanmış kuramsal çerçevesi Şekil-1'de gösterilmiştir. Buna göre model; bireysel algılara, değişikliğe neden olan faktörlere ve beklenen davranışlara etkili olan değişkenleri içerir. Bu yönüyle bakıldığında modelin, özellikle bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen bireysel algılara temellendiği söylenebilir (Nahcivan & Seçginli, 2003).

## Şekil 2.1. SİM'e Göre Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutum ve Davranışlar



**Kaynak:** Bullough, B. & Bullough, V. (1990). *Nursing In The Community*, (pp: 108-121).

### 2.4.1. Sağlık İnanç Modelini Oluşturan Kavramlar

**1. Duyarlılık Algısı:** Bireyin herhangi bir hastalığa yakalanma ya da sağlığa yönelik herhangi bir etkiye maruz kalma konusundaki inancıdır. Duyarlılık algısının yüksek olması bireyin koruyucu eyleme geçme olasılığını yükseltmektedir. Bu nedenle hastalığın bireylerin hayatında az ya da çok olasılıkla her zaman için var olabileceğine inandırmak gerekmektedir. Ailede meme kanserine sahip kadınların varlığı gibi bazı durumlar

bireylerin duyarlılık algısını artırabilmektedir (Batlaş, 2000; Champion & Miller, 1992; Tabak, 2002; Umeh & Dimitrakaki, 2003).

**2. Ciddiyet/Önemseme Algısı:** Bireyi ilgilendiren özel bir duruma yönelik bireysel tehdidin ve hastalığın öneminin algılanmasıdır. Algılanan ciddiyetin fazla olması bireyin koruyucu davranış gösterme olasılığını artırabilmektedir. Algılanan ciddiyetin fazla ya da az oluşu meme kanseri yaşadığında ortaya çıkacak zorluğun türü konusundaki inancı ve meme kanseri olma düşüncesinin yarattığı duyguların özelliğine bağlıdır. Birey meme kanserine, hastalığın sonuçlarına bakarak karar verir. Meme kanserinin ölüme yol açıp açmadığı, fiziksel-mental fonksiyonu azaltıp azaltmadığı ya da sakat bırakıp bırakmadığı ile ilgilidir (Batlaş, 2000; Nahcivan & Seçginli, 2003; Rees, Fry, Cull, & Sutton, 2004; Tabak, 2002).

**3. Yarar Algısı:** Bireyin davranış değişikliğinin olumlu sonuçlarını ve yararlarını algılamasıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının sergilenmesi, davranışın bireye sağlayacağı yarar ile davranışı uygulamada karşılaşılabilecek sorunlar arasındaki dengeye bağlıdır. Bireyin, hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve sürdürülmesinde koruyucu davranışların yararına olan inancı, bu davranışların sergilenmesinde oldukça etkilidir. Bu nedenle, bireyin koruyucu sağlık davranışlarının sağlığa olan yararlarını bilmesi gerekir. Yarar algısının pekiştirilmesi için bireylere koruyucu sağlık davranışlarının yaşam süresi ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilmelidir. KKMM konusunda yarar algısı arttıkça, KKMM uygulamaları da o derece artmaktadır (Attia, Abdel Rahman & Kamel, 1997; Batlaş, 2000; Jane Lu, 2001; Nahcivan & Seçginli, 2003; Tabak, 2002).

**4. Engel Algısı:** Bireyin hastalığın önlenmesi, sağlığı korunması ve sürdürülmesine yönelik olarak tanımladığı engellerdir. Engelleyen durumlar arasında; maliyet, rahatsızlık, zahmet ve utanma duygusu bulunabilir. Sergilenecek davranışa yönelik engeller farklı olabilir. Önemli olan bu engellerin algılanması ve ortadan kaldırılmasıdır. Yarar algısı, engel algısından ne ölçüde fazla ise davranışa eğilim de o ölçüde fazladır. KKMM ile ilgili tanımlanan engeller; bilgisizlik, kanser korkusu, unutkanlık, uygulama zamanı bulunmaması ve memeye dokunmaktan korkmadır. Bireylere verilecek eğitim ile bu

engeller azaltılabilmektedir (Batlaş, 2000; Jane Lu, 2001; Nahcivan & Seçginli, 2003; Rao, Nair, Nair, & Kamath, 2005; Seif & Aziz, 2000; Tabak, 2002).

**5. Güven/ Öz Etkililik Algısı:** Bireyin bir eylemi başarıyla yapabilmeye olan inancıdır. Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amaca ulaşma gayretini, motivasyonunu azaltan sorunlar ve engellerle mücadele etme gücünü etkiler. Öz etkililik algısı artırılarak, KKMM uygulamaları geliştirilebilir (Aksayan & Gözüm, 1998; Jane Lu, 2001; Seif & Aziz, 2000).

**6. Sağlık Motivasyonu:** Bireyin sağlığını sürdürmesi ve geliştirmesinde davranışlarını oluşturması için genel niyetini ve isteklilik durumunu ifade eder. Motivasyonu yükseltmek için en etkin uygulamalardan biri eğitimidir. KKMM yapmaya yönelik yüksek motivasyon, KKMM uygulama olasılığı artırmaktadır (Champion, 1985; Nahcivan & Seçginli, 2003).

### **2.5. Nottingham Sağlık Profili (NHP)**

Nottingham Sağlık Profili (NHP), algılanan sağlık durumunu ölçmek amacıyla toplumsal araştırmalarda kullanılmaktadır. İlk kez 1975 yılında İngiltere’de Nottingham Üniversitesi Queens Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümü’nde bir ekip tarafından geliştirilmiş, 1981 yılında tamamlanmıştır. NHP, davranış değişikliği üzerinde durmaktan ziyade duygusal durumları ve kişilerin hissettiklerini direkt olarak sormaktadır. Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Küçükdeveci (2000) tarafından yapılmıştır. Bu profil, fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali ile ilgili geniş bir tanımlamayı yansıtmaktadır. Profil iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bireylerin fiziksel hareketlilik, ağrı, uyku, enerji, sosyal izolasyon ve duygusal reaksiyonlar alanlarındaki sağlık statülerini belirlemeye yönelik ifadeler yer almaktadır. İkinci bölümde ise; içinde bulunulan sağlık düzeyinin iş yaşamı, ev işleri, ev yaşamı, cinsel yaşam, sosyal yaşam, ilgi/hobiler ve tatiller üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik ifadeler yer almaktadır (Bowling, 1992; Şenol, 2006; Ware, 1991).

Sağlık durumunun bireylerin algıladıkları sağlık açısından ölçümü, genellikle günlük aktiviteleri ilgilendiren fonksiyonellikten, iyilik halinden ve sağlıkla ilgili genel algılamalardan sapmaların belirlenmesi ve değerlendirilmesi üzerine temellendirilmektedir. Çünkü sağlık durumunun belirli yönleri sadece bireylerin kendi ifadeleri ile belirlenebildiği için, temel veri kaynağının bireyin kendisi olduğu kabul edilmektedir. Bu ölçümler, sağlığın bireysel değerlendirmesini yansıttığı için daha güçlü olduğu öne sürülmektedir. Aynı zamanda, sağlığın çok boyutlu olma özelliği de dikkate alındığında, bireylerin sağlıkla ilgili değerlendirmelerinin tek boyuta indirgenmeden, çok boyutlu olarak bir profilde değerlendirilmesine de imkan tanımaktadır (Bowling, 1992; Şenol, 2006; Ware, 1991).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma, kadınlara kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili verilen planlı eğitimin ve kadınların bazı sosyodemografik özelliklerinin, sağlık inançlarına ve algılanan sağlık durumlarına etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

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

Araştırma, Sivas Yarı Açık Kadın Cezaevi, Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu (ASO) ile Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki bir Kur'an kursunda, 2 Nisan 2008-26 Haziran 2008 tarihleri arasında yürütülmüştür.

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

Araştırmanın evrenini, Sivas Yarı Açık Kadın Cezaevi'nde bulunan kadınlar, Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu'na gelen kursiyer kadınlar ve Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Kur'an kursuna devam eden kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırma grubunun sayısal olarak oluşturulmasında, Yarı Açık Kadın Cezaevi'nde bulunan kadınların sayısı dikkate alınmıştır. Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu kursiyerlerinden araştırma grubu seçiminde; kursa devam eden öğrenci sayısı stabil olmadığı için Nakış, Giyim ve Mefruşat kurslarına devam eden kadınların tamamı tercih edilmiştir. Emek Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan kadınlardan araştırma grubu seçiminde; Sağlık Ocağı ekibiyle yapılan paylaşımlar doğrultusunda, eğitim faaliyetleri için seçilen toplu grupların araştırma devamlılığını sağlayamayacağı görüşüne varılmıştır. Bu görüş doğrultusunda ekiple birlikte Sağlık Ocağı yakınında bulunan Kur'an kursu ile irtibata geçilmiş ve araştırma grubunda kursa devam eden kursiyerlerin yer alması kararlaştırılmıştır.

Araştırmanın eğitim faaliyetlerine grupların tamamı dahil edilmiştir. Ancak Sağlık İnanç Modeli (SİM) Ölçeği ve Nottingham Sağlık Profili (NHP) uygulamasında yer alan formları kadınların kendileri dolduracağı için, ilkokul mezunu olmayan kadınların



değerlendirmeleri araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırmanın örneklemini, araştırma grubuna dahil edilen ilkokul ve üzeri öğrenime sahip olan kadınlar oluşturmuştur.

Araştırma kapsamına alınan toplam kadın sayısı ve araştırma grubuna dahil edilen kadın sayısı Tablo 3.1’de verilmiştir.

**Tablo 3.1. Araştırma Grubunda Yer Alan Kadın Sayıları**

<b>Araştırma Grupları</b>	<b>Toplam Kadın Sayısı</b>	<b>Araştırma Grubundaki Kadın Sayısı</b>
Sivas Yarı Açık Kadın Cezaevi ( <b>Cezaevi</b> )	39	31
Halk Eğitim Merkezi ve ASO ( <b>Halk E.M.</b> )	37	36
Emek Sağlık Ocağı Bölgesi Kur’an Kursu ( <b>Emek K.K.</b> )	49	41
<b>Toplam</b>	125	108

### **3.4. Araştırmanın Hipotezi**

KKMM ile ilgili verilecek olan planlı eğitim öncesinde kadınların sağlık inançları ve algılanan sağlık durumlarına yönelik değerlendirmeleri ile eğitim sonrasındaki değerlendirmeleri arasında olumlu yönde önemli bir fark beklenmektedir.

### **3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, kadınlara yönelik sosyo-demografik soru formu (Ek 2), Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli (SİM) Ölçeği (Ek 3) ve Nottingham Sağlık Profili (NHP) (Ek 4) ile toplanmıştır.

#### **3.5.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 1)**

Bu form, kadınların bu araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belge olarak, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda araştırmanın amacı ve yararları kısaca anlatılmıştır.

### 3.5.2. Kadınlara Yönelik Sosyo-Demografik Soru Formu (Ek 2)

Form, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Karayurt, 2003; Gerçek, 2008) geliştirilmiş olup, kadınların tanıtıcı özelliklerini (yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, sosyal güvence durumu, aylık gelir durumu gibi) içeren 10 soru, meme kanseri gelişmesine yönelik riskleri içeren 13 soru ve meme kanserinin tanılanmasına yönelik bilgi, uygulama ve bilgi kaynaklarını içeren 10 soru olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır.

### 3.5.3. Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Ek 3)

Sağlık İnanç Modeli (SİM), 1950 yılında Hochbaum, Leventhal, Kegeles ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. İlk aşamada algılanan hassasiyet, algılanan ciddiyet, algılanan yararlar ve algılanan engeller olmak üzere dört kavramdan oluşmuştur. Daha sonra Bardura (1977), tarafından öz-etkililik, Rosenstock, Strecher ve Becker (1988) tarafından sağlık motivasyonu algıları modele eklenmiştir. Türkiye’deki geçerlilik güvenilirlik çalışması Karayurt (2003) tarafından yapılmıştır.

Ölçekte “duyarlılık” (3 madde), “ciddiyet/önemseme” (7 madde), “yarar” (5 madde), “engel” (11 madde), “güven/öz etkililik” (10 madde) ve “sağlık motivasyonu” (7 madde) olmak üzere toplam 43 madde bulunmaktadır. Ölçek 1’den 5’e kadar puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçekte yer alan ifadeler “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan), “katılmıyorum” (2 puan), “kararsızım” (3 puan), “katılıyorum” (4 puan) ve “tamamen katılıyorum” (5 puan) verilerek değerlendirilir. Ölçeğin her bir alt boyutu ayrı ayrı değerlendirilir. Tek bir toplam puanda birleştirilmez. Ölçeğin her bir boyutunda yer alan madde sayısı ve ölçekten alınabilecek en düşük-en yüksek puanlar Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.2. SİM Ölçeği Alt Boyutlarında Yer Alan Madde Sayısı-Alınabilecek En Düşük-En Yüksek Puanlar**

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Min. Puan	Max. Puan
Duyarlılık	3	3	15
Ciddiyet	7	7	35
Yarar	5	5	25
Engel	11	11	55
Güven	10	10	50
Sağlık Motivasyonu	7	7	35

### 3.5.4. Nottingham Sağlık Profili (NHP) (Ek 4)

Nottingham Sağlık Profili (NHP), algılanan sağlık durumunu ölçmek amacıyla ilk kez 1975 yılında İngiltere’de Nottingham Üniversitesi Queens Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümü’nde bir ekip tarafından geliştirilmiş, 1981 yılında tamamlanmıştır. NHP, duygusal durumları ve kişilerin hissettiklerini direkt olarak sormaktadır. Türkiye’de geçerlilik güvenilirlik çalışması Küçükdeveci (2000) tarafından yapılmıştır. Profil, kişilerin kendilerinin yanıtlayabileceği iki bölümden oluşan basit ve kısa bir anket şeklinde düzenlenmiştir.

Profilin birinci bölümünde, kişilerin sağlık durumları ile ilgili sorular, ikinci bölümünde ise, içinde bulunulan sağlık düzeyinin günlük yaşam üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Profilin birinci bölümü; toplam 38 sorudan meydana gelmekte ve bu sorularda fiziksel hareketlilik, ağrı, uyku, enerji, sosyal izolasyon ve duygusal reaksiyonlar gibi başlıca 6 alanı ilgilendirmektedir. Profilin ikinci bölümü; içinde bulunulan sağlık düzeyi tarafından etkilendiği düşünülen başlıca yedi ifadeden meydana gelmektedir. Bu alanlar; iş yaşamı, ev işleri, ev hayatı, cinsel yaşam, sosyal yaşam, ilgiler/hobiler ve tatillerdir. Kişilerin içinde buldukları durumu yansıtmaya durumuna göre her bir soruya evet/hayır şeklinde yanıt vermeleri istenmiştir (Şenol, 2006).

Profilin değerlendirmesinde; tüm boyutlardaki ifadeler için verilen “evet” yanıtlarına (1), “hayır” yanıtlarına (0) değeri verilmiştir. Her bir boyuttaki olumlu yanıtların toplamı, o boyutta yer alan toplam ifade sayısına bölünmüş ve elde edilen sonuç 100 ile çarpılmıştır (Tablo 3.3). Hesaplama 0-100 arasında olası sonuçlar elde edilmektedir. Skorun “100”e yakın olması sağlık düzeyinin kötü olduğunu, “0”a yakın olması sağlık durumu ile ilgili herhangi bir problemin bulunmadığını ve kişilerin sağlığının iyi bir durumda olduğunu, “0” olması ise mükemmel sağlığı göstermektedir.

**Tablo 3.3. Nottingham Sağlık Profiline Ait İfadeler ve Puanlaması**

<b>NHP ALT BOYUTLARI&amp;İFADELER</b>	<b>PUANLAMA</b>
<b>ENERJİ (E)</b>	
1. Enerjim kısa sürede tükeniyor.	Evet denilen ifade sayısı E= ----- × 100 3
2. Her şey çaba harcamamı gerektiriyor.	
3. Her zaman yorgunum.	
<b>AĞRI (A)</b>	
1. Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor.	Evet denilen ifade sayısı A= ----- × 100 8
2. Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor.	
3. Pozisyonumu değiştirirken ağrım oluyor.	
4. Oturduğum zaman ağrım oluyor.	
5. Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor.	
6. Geceleri ağrım var.	
7. Dayanılmaz ağrılarım var.	
8. Sürekli ağrılar içindeyim.	
<b>DUYGUSAL REAKSIYONLAR (DR)</b>	
1. Günler çok ağır geçiyor.	Evet denilen ifade sayısı DR= ----- × 100 9
2. Kendimi sinirli hissediyorum.	
3. Eğlenmenin nasıl bir şey olduğunu unuttum.	
4. Bu günlerde kolaylıkla öfkeleniyorum.	
5. Birtakım şeyler beni huzursuz ediyor.	
6. Keyfim kaçmış bir şekilde uyanıyorum.	
7. Endişelenmek geceleri uykumu kaçırıyor.	
8. Sanki kontrolümü kaybediyormuş gibi hissediyorum.	
9. Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünüyorum.	
<b>UYKU (U)</b>	
1. Sabahın erken saatlerinde istemeden uyanıyorum.	Evet denilen ifade sayısı U= ----- × 100 5
2. Uykuya dalmam uzun sürüyor.	
3. Geceleri kötü uyuyorum.	
4. Uyumama yardımcı olması için ilaç alıyorum.	
5. Gecenin büyük bir kısmında uyanık yatıyorum.	
<b>SOSYAL İZOLASYON (Sİ)</b>	
1. İnsanlarla geçinmek güç oluyor.	Evet denilen ifade sayısı Sİ= ----- × 100 5
2. İnsanlarla iletişim kurarken zorlanıyorum.	
3. Kendimi yakın hissedeceğim kimse yok.	
4. Kendimi yalnız hissediyorum.	
5. İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum.	
<b>FİZİKSEL HAREKETLİLİK (FH)</b>	
1. Bir şeye uzanmak çok zor geliyor.	Evet denilen ifade sayısı FH= ----- × 100 8
2. Eğilirken zorlanıyorum.	
3. Merdivenlerden inerken ve çıkarken güçlük yaşıyorum.	
4. Uzun ayakta duramıyorum.	
5. Sadece ev içinde yürüyebiliyorum.	
6. Giyinirken zorlanıyorum.	
7. Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyorum.	
8. Hiç yürüyemiyorum.	

### 3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada kontrol grubu kullanılmamış, kadınların eğitim verilmeden önceki değerlendirmeleri, eğitim sonrası değerlendirmelerinin kontrolü olarak kullanılmıştır.

Araştırmanın uygulanmasında yer alan aktiviteler, bir çizelge haline getirilerek tarihlendirilmiştir. Araştırma uygulama çizelgesi Tablo 3.4'te verilmiştir.

**Tablo 3.4. Araştırma Uygulama Çizelgesi**

#### **Sivas Yarı Açık Kadın Cezaevi**

<b><u>Tarih</u></b>	<b><u>Saat</u></b>	<b><u>Uygulama</u></b>
02.04.2008	09:00	Bilgilendirilmiş Onam Formu Uygulaması
04.04.2008	09:00	Soru Formu Uygulaması
07.04.2008	14:00	SİM Ölçeği ve NHP Uygulaması (Ön Değerlendirme)
09.04.2008	09:00	Drama Uygulaması
09.04.2008	14:00	Anlatım&Demonstrasyon Uygulaması
09.06.2008	09:00	SİM Ölçeği ve NHP Uygulaması (Son Değerlendirme)

#### **Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu**

<b><u>Tarih</u></b>	<b><u>Saat</u></b>	<b><u>Uygulama</u></b>
02.04.2008	10:00	Bilgilendirilmiş Onam Formu Uygulaması
07.04.2008	10:00	Soru Formu Uygulaması
11.04.2008	10:00	SİM Ölçeği ve NHP Uygulaması (Ön Değerlendirme)
14.04.2008	09:00	Drama Uygulaması
16.04.2008	09:00	Anlatım&Demonstrasyon Uygulaması
13.06.2008	09:00	SİM Ölçeği ve NHP Uygulaması (Son Değerlendirme)

#### **Emek Sağlık Ocağı Bölgesi'ndeki Kur'an Kursu**

<b><u>Tarih</u></b>	<b><u>Saat</u></b>	<b><u>Uygulama</u></b>
02.04.2008	11:00	Bilgilendirilmiş Onam Formu Uygulaması
18.04.2008	09:00	Soru Formu Uygulaması
25.04.2008	14:00	SİM Ölçeği ve NHP Uygulaması (Ön Değerlendirme)
28.04.2008	09:00	Drama Uygulaması
30.04.2008	14:00	Anlatım&Demonstrasyon Uygulaması
26.06.2008	09:00	SİM Ölçeği ve NHP Uygulaması (Son Değerlendirme)

Araştırma grubuna alınan kadınlar araştırmanın konusu, önemi ve yararları hakkında bilgilendirilmiştir. Yapılan bilgilendirme sonrasında yazılı onamları alınmıştır.

Daha sonra belirlenen bir günde kadınların vücut ağırlığı ve boy uzunlukları tespit edilmiştir. Boy tespitinde, her 3 uygulama alanında da düz bir zemin olması nedeniyle kapı

girişinde yer alan eşikler kullanılmıştır. Boy ölçümünün doğruluğu için ise sert, pürüzsüz ve daha iyi görüşe imkan sağlayan, kapının takıldığı yerde kalan alan tercih edilmiştir. Boy hesaplamaları alttan 100 cm tespit edildikten sonra, kullanılan mezürün belirlenen alana tespiti gerçekleştirildikten sonra yapılmıştır. Boy uzunluğu değerlendirmelerinin ayakkabısız ve çıplak ayakla yapılmasına dikkat edilmiştir. Tüm ölçümlerde aynı mezür kullanılmıştır.

Vücut ağırlığı, 100 grama hassas, sıfıra ayarlanabilir, 120 kg kadar ölçüm yapabilen yer baskülü ile belirlenmiştir. Baskül ölçüm yapılmadan önce düz ve sert bir zemine yerleştirilmiştir. Ölçüm öncesi baskülün ibresinin “0” hizasında olması sağlanmıştır. Ölçüm, ayakkabısız ve kadınların üzerinde ince bir giysi varken yapılmıştır. Tüm ölçümlerde aynı baskül kullanılmıştır.

Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı değerlendirmelerinden sonra kadınların soru formunu (Ek 2) doldurmaları sağlanmıştır. Vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları ile hesaplanan Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerleri konusundaki bilgilendirme, soru formunda kadınların vücut ağırlıklarına yönelik öz değerlendirmeleri yer aldığı için bir sonraki uygulama öncesinde yapılmıştır. BKİ’ye ilişkin bilgilendirmelerde Tablo 3.5’te verilen değerlendirmeler kullanılmıştır.

**Tablo 3.5. Beden Kitle İndeksi Değerlendirmeleri**

<b>BKİ</b>	<b>Değerlendirme</b>
18.5 kg/m <sup>2</sup> , nin altı	Zayıf
18.5-24.9 kg/m <sup>2</sup>	Normal kilolu
25-29.9 kg/m <sup>2</sup>	Hafif şişman
30-39.9 kg/m <sup>2</sup>	Obez
40 kg/m <sup>2</sup> ve üzeri	İleri derecede obez

**Kaynak:** Attila, S. (2006). Kronik ve Dejeneratif Hastalıklarda Beslenme, Güler, Ç. & Akın, L. (Eds.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, (ss: 818-821).

SİM Ölçeği (Ek 3) ve NHP (Ek 4) uygulamaları öncesinde ölçekte yer alan ifadelerin ne anlama geldiği paylaşılmış ve ölçeklerin doldurulması sağlanmıştır.

Eğitim planlaması yapılmadan önce, planlamaya yardımcı olması amacıyla Erciyes Üniversitesi’nin 2 Şubat 2008-4 Şubat 2008 tarihleri arasında düzenlemiş olduğu “Meme Kanseri Eğitiminin Eğitimi” kursuna katılmıştır. Eğitimin planlamasında, eğitim

uzmanı Yrd.Doç.Dr. Suna KARAKÜÇÜK ve Yrd.Doç.Dr. Arzu TAŞDELEN KARÇKAY'ın görüşleri alınmıştır. Eğitim, drama, ve anlatım/demonstrasyon yöntemi olmak üzere 2 bölüme ayrılmıştır. Eğitim faaliyeti, grup eğitimi şeklinde araştırmacı tarafından yürütülmüştür. Eğitimin demonstrasyon bölümünde, Ek 5'te gösterilen KKMM'de izlenecek adımlar dikkate alınmıştır. Eğitim faaliyetleri sonrası, kadınlara MEVA Vakfı tarafından hazırlanmış olan broşür verilmiştir. Eğitim planının detayları Ek 6'da, eğitim sonrası verilen broşür Ek 7'de gösterilmiştir. Eğitimden 8 hafta sonra SİM Ölçeği ve NHP son değerlendirmesi yapılmıştır.

### **3.7. Araştırma İle İlgili Olarak Alınan İzinler**

Uygulama öncesi araştırmaya katılan kadınlara araştırmanın amacı açıklanmış, gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, yazılı onamları alınmıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için, T.C. Adalet Bakanlığı (Ek 8), Sivas İl Sağlık Müdürlüğü (Ek 9), Sivas Halk Eğitim Merkezi ve Akşam Sanat Okulu Müdürlüğü (Ek 10) ve Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (Ek 11) gerekli yasal izinler alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, Sağlık Ocağı Bölgesi ve Halk Eğitim Merkezi'ndeki kadınların tamamını temsil edemeyeceğinden, genelleme yapılamayacaktır. Cezaevinde bulunan kadınlardan elde edilen sonuçlar da, diğer cezaevlerinde bulunan kadınları temsil etmeyecektir. Araştırma kapsamına ilkokul ve üzeri öğrenime sahip olan kadınlar alınacaktır.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS For Windows 10.0 programına aktarılarak değerlendirilmiştir. Niteliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluk analizi sonuçlarına göre; SİM ölçeğinden elde edilen verilerin normal dağıldığı, NHP'den elde edilen verilerin ise normal dağılmadığı belirlenmiştir. NHP'den alınan puanlar 0-100 arasında değiştiğinden, bazı tablolarda ortalamalardan daha yüksek değerlerde standart

sapmalar olduğu gör÷lmektedir. Şenol (2006) tarafından, 15 yaş ¼zerindeki 1304 kişi ¼zerinde yapılan ¼alıřmada da benzer durum belirlenmiştir. Bu nedenle yorumlamalar a¼ısından, ortalamalar ile birlikte olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı da dikkate alınmıştır. Araştırma grubunun sonraki değerlendirmeleri, ¼nceki değerlendirmelerinin kontrol¼ olarak kullanıldığından, SİM ¼lçeđinin değerlendirmesinde Paired T testi, NHP ¼lçeđi i¼in ise Wilcoxon T testi kullanılmıştır. ¼lçek değerlerinin, sosyodemografik değerrişkenlerle karşılaştırılabilmesi i¼in, ¼lçeklerden alınan sonraki değerlerden, ¼nceki değerler ¼ıkarılmıř ve “fark değerleri” oluşturulmuştur. “Fark değerleri”nin karşılaştırılmasında parametrik varsayımların ger¼ekleřtiđi durumlarda; Varyans analizi ve Student T testi, parametrik varsayımların ger¼ekleřmediđi durumlarda da; Kruskal Wallis Varyans analizi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sağlık durumunun g¼nl¼k yaşam aktivitelerini etkileme durumu ile ilgili eğitim ¼ncesi ve sonrası değerlendirmelerde ise, McNemar testi kullanılmıştır (Aksakoğlu, 2006; ¼zdamar, 2004).



#### 4. BULGULAR

Araştırma grubuna alınan 108 kadının yaş ortalaması  $34.4 \pm 11.7$ 'dir. Araştırma kapsamına alınan kadınlar, 3 farklı gruptan oluşmaktadır. Bu nedenle gruplar arasında yaş grupları açısından benzerlik olup olmadığı incelenmiş, yaş grupları bakımından gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.1), ( $p < 0.05$ ).

Kadınlar medeni durumları bakımından değerlendirildiğinde, % 61.1'inin evli, % 38.9'unun ise bekar olduğu belirlenmiştir. Medeni durum açısından gruplar arasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1), ( $p < 0.05$ ).

Araştırma kapsamına alınan kadınların öğrenim durumlarına bakıldığında; % 51.9'unun ilkokul, % 25'inin ortaokul, % 23.1'inin ise lise ve üzeri öğrenime sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma grupları öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde, aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.1), ( $p < 0.05$ ).

Kadınların çalışma durumları incelendiğinde de, % 8.3'ünün çalıştığı, % 91.7'sinin ise çalışmadığı tespit edilmiştir. Grupların çalışma durumu bakımından benzer oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.1), ( $p > 0.05$ ).

Sosyal güvence durumları değerlendirildiğinde kadınların % 77.8'inin sosyal güvencesinin olduğu, % 22.2'sinin ise sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Sosyal güvence durumları açısından, çalışma grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.1), ( $p < 0.05$ ).

Kadınların aylık gelir durumları incelendiğinde; % 44.4'ünün 500 YTL ve altında, % 27.8'inin 501-999 YTL arasında, % 27.8'inin 1000 YTL ve üzerinde aylık gelire sahip olduğu tespit edilmiştir. Aylık gelir düzeylerini göz önüne alarak yaptıkları ekonomik durum değerlendirmelerinde ise ekonomik durumlarını kadınların % 25.9'unun iyi, % 55.6'sının orta ve % 18.5'inin kötü olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Aylık gelir düzeylerinin geçimlerini sağlama konusundaki durumunu da, % 26.9'u yeterli, % 34.2'si kısmen yeterli ve % 38.9'u ise yetersiz olarak değerlendirmiştir. Aylık gelir düzeyi, aylık

gelirin değerlendirmesi ve aylık gelirin yeterliliği bakımından, çalışma grupları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1), ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.1. Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Sosyodemografik zelliklerinin Dağılımı**

Değişkenler	Cezaevi		Halk E. M.		Emek S. O.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş</b>								
18-29 yaş	11	35.5	22	61.1	8	19.5	41	38.0
30-39 yaş	14	45.2	2	5.6	16	39.0	32	29.6
40-49 yaş	5	16.1	7	19.4	9	22.0	21	19.4
50-59 yaş	1	3.2	5	13.9	8	19.5	14	13.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 23.55$				$p = 0.001$			
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	15	48.4	17	47.2	34	82.9	66	61.1
Bekar	16	51.6	19	52.8	7	17.1	42	38.9
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 13.24$				$p = 0.001$			
<b>ğrenim Durumu</b>								
İlkokul	19	61.3	9	25.0	28	68.3	56	51.9
Ortaokul	8	25.8	12	33.3	7	17.1	27	25.0
Lise ve üzeri	4	12.9	15	41.7	6	14.6	25	23.1
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 17.37$				$p = 0.001$			
<b>alışma Durumu</b>								
alışan	5	16.1	3	8.3	1	2.4	9	8.3
Çalışmayan	26	83.9	33	91.7	40	97.6	99	91.7
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 4.33$				$p = 0.115$			
<b>Sosyal Güvence</b>								
Olan	9	29.0	35	97.2	40	97.6	84	77.8
Olmayan	22	71.0	1	2.8	1	2.4	24	22.2
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 59.77$				$p = 0.001$			
<b>Aylık Gelir Durumu</b>								
500 YTL ve ↓	29	93.5	6	16.7	13	31.7	48	44.4
501-999 YTL	2	6.5	16	44.4	12	29.3	30	27.8
1000 YTL ve ↑	-	-	14	38.9	16	39.0	30	27.8
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 45.35$				$p = 0.001$			
<b>Aylık Gelir Değerlendirme</b>								
İyi	8	25.8	13	36.1	7	17.1	28	25.9
Orta	10	32.3	20	55.6	30	73.1	60	55.6
Kötü	13	41.9	3	8.3	4	9.8	20	18.5
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 20.89$				$p = 0.001$			
<b>Aylık Gelir Yeterlilik</b>								
Yeterli	4	12.9	12	33.3	13	31.7	29	26.9
Kısmen yeterli	7	22.6	17	47.3	13	31.7	37	34.2
Yetersiz	20	64.5	7	19.4	15	36.6	42	38.9
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 15.03$				$p = 0.005$			
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0

Kadınlar meme kanseri risk faktörleri açısından değerlendirildiğinde; % 16.7'sinin 12 yaş ve altında, % 83.3'ünün ise 13 yaş ve üzerinde menarş yaşamış olduğu belirlenmiştir. İlk doğumunu yaptıkları yaş incelendiğinde, kadınların % 98.7'sinin 30 yaş ve altında, % 1.3'ünün 31 yaş ve üzerinde ilk doğumunu gerçekleştirmiş olduğu tespit edilmiştir. Menopoza girme durumlarına bakıldığında da; % 14.8'inin menopoza girdiği, % 85.2'sinin ise girmediği belirlenmiş, menopoza girenlerin ise % 87.5'inin 50 yaş ve altında, % 12.5'inin 51 yaş ve üzerinde menopoza girdiği saptanmıştır. Meme ile ilgili geçirilen önceki rahatsızlıklar değerlendirildiğinde ise % 5.6'sının memesi ile ilgili bir rahatsızlık geçirdiği, bu rahatsızlıkların % 83.3'ünün memenin fibrokistik sorunları olduğu, % 16.7'sinin de memede apse gelişimi ile ilgili olduğu tespit edilmiştir. Grupların, kadınların menarş yaşı, ilk doğumunu yaptıkları yaş, menopoza girme durumları, menopoza girme yaşı ve memede yaşanan rahatsızlıklar açısından benzer oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.2), ( $p > 0.05$ ).

Araştırma grubundaki kadınların % 71.3'ünün çocuğu olduğu, % 28.7'sinin çocuğu olmadığı, çocuğu olanların ise % 92.2'sinin çocuklarını emzirdiği, % 7.8'inin ise emzirmede bulunmuştur. Kadınların aileleri meme kanseri açısından incelendiğinde; % 8.3'ünün ailesinde meme kanseri olduğu, ailede meme kanseri olan kişilerin akrabalık durumlarına bakıldığında ise, % 66.7'sinin annesinde, % 22.2'sinin teyzesinde, % 11.1'inin babaannesinde meme kanseri olduğu belirlenmiştir. Emzirme durumu ve ailede meme kanseri olması bakımından, çalışma grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2), ( $p < 0.05$ ).

Kadınların % 22.2'sinin sigara, % 4.6'sının ise alkol kullandığı belirlenmiştir. Sigara kullananların % 62.5'inin günde 20 ve daha fazla sayıda sigara içtiği saptanmıştır. Alkol ve sigara kullanma durumu açısından, çalışma grupları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2), ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.2. Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımı (I)**

Değişkenler	Cezaevi		Halk E. M.		Emek S. O.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Menarş Yaşı</b>								
12 yaş ve ↓	7	22.6	6	16.7	5	12.2	18	16.7
13 yaş ve ↑	24	77.4	30	83.3	36	87.8	90	83.3
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 1.37$				<b>p = 0.504</b>			
<b>İlk Doğum Yaşı</b>								
30 yaş ve ↓	27	100.0	14	93.3	35	100.0	76	98.7
31 yaş ve ↑	-	-	1	6.7	-	-	1	1.3
<b>Toplam</b>	27	100.0	15	100.0	35	100.0	77	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 4.18$				<b>p = 0.123</b>			
<b>Menopoza Girme Durumu</b>								
Giren	1	3.2	6	16.7	9	22.0	16	14.8
Girmeyen	30	96.8	30	83.3	32	78.0	92	85.2
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 5.05$				<b>p = 0.080</b>			
<b>Menopoza Girme Yaşı</b>								
50 yaş ve ↓	1	100.0	5	83.3	8	88.9	14	87.5
51 yaş ve ↑	-	-	1	16.7	1	11.1	2	12.5
<b>Toplam</b>	1	100.0	6	100.0	9	100.0	16	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 0.25$				<b>p = 0.881</b>			
<b>Emzirme Durumu</b>								
Emziren	22	81.5	15	100.0	34	97.1	71	92.2
Emzirmeyen	5	18.5	-	-	1	2.9	6	7.8
<b>Toplam</b>	27	100.0	15	100.0	35	100.0	77	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 6.77$				<b>p = 0.034</b>			
<b>Ailede Meme Kanseri</b>								
Olan	1	3.2	1	2.8	7	17.1	9	8.3
Olmayan	30	96.8	35	97.2	34	82.9	99	91.7
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 6.61$				<b>p = 0.037</b>			
<b>Memede Rahatsızlık</b>								
Olan	1	3.2	3	8.3	2	4.9	6	5.6
Olmayan	30	96.8	33	91.7	39	95.1	102	94.4
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 0.88$				<b>p = 0.642</b>			
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>								
Kullanan	20	64.5	3	8.3	1	2.4	24	22.2
Kullanmayan	11	35.5	33	91.7	40	97.6	84	77.8
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 45.38$				<b>p = 0.001</b>			
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>								
Kullanan	4	12.9	1	2.8	-	-	5	4.6
Kullanmayan	27	87.1	35	97.2	41	100.0	103	95.4
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 7.07$				<b>p = 0.029</b>			

**Tablo 4.2. Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımı (II)**

Değişkenler	Cezaevi		Halk E. M.		Emek S. O.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Beden Kitle İndeksi (BKİ)</b>								
Zayıf	-	-	2	5.6	-	-	2	1.8
Normal	11	35.5	16	44.4	4	9.8	31	28.7
Hafif şişman	8	25.8	6	16.7	12	29.2	26	24.1
Öbez	12	38.7	12	33.3	25	61.0	49	45.4
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 17.70$				$p = 0.007$			
<b>Kilo Değerlendirme Durumu</b>								
Zayıf	-	-	3	8.3	-	-	3	2.8
Normal	19	61.3	16	44.5	17	41.5	52	48.1
Şişman	12	38.7	17	47.2	24	58.5	53	49.1
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 9.04$				$p = 0.060$			
<b>Hormon Tedavisi Kullanma Durumu</b>								
Kullanan	6	19.4	5	13.9	6	14.6	17	15.7
Kullanmayan	25	80.6	31	86.1	35	85.4	91	84.3
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 0.43$				$p = 0.804$			
<b>Oral Kontraseptif (OK) Kullanma Durumu</b>								
Kullanan	13	41.9	6	16.7	11	26.8	30	27.8
Kullanmayan	18	58.1	30	83.3	30	73.2	78	72.2
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 5.33$				$p = 0.070$			
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0

Beden kitle indeksi (BKİ) ortalamaları  $28.7 \pm 5.6$  olarak bulunurken, kadınların kilolarını nasıl değerlendirdikleri incelendiğinde; % 2.8'i kendisini zayıf, % 48.1'i normal ve % 49.1'i ise şişman olarak değerlendirmiştir. Çalışma grupları arasında BKİ açısından değerlendirilen fark anlamlı olarak saptanmıştır (Tablo 4.2), ( $p < 0.05$ ). Kilo değerlendirmeleri açısından ise grupların benzer oldukları tespit edilmiştir (Tablo 4.2), ( $p > 0.05$ ).

Kadınların % 15.7'sinin bugüne kadar herhangi bir nedenle hormon tedavisi aldığı, tedavi alanların ise % 70.6'sının 1 yıl, % 17.6'sının 2 yıl ve % 11.8'inin 5 yıl tedavi gördüğü bulunmuştur. Oral kontraseptif kullanma durumları değerlendirildiğinde; % 27.8'inin oral kontraseptif kullandığı, oral kontraseptif kullananların ise % 6.6'sının 10 yıl ve daha fazla süreyle, % 94.4'ünün ise 5 yıl ve daha az süreyle kullandığı saptanmıştır. Hormon tedavisi ve oral kontraseptif kullanma durumuna yönelik, çalışma gruplarının benzer özellikler taşıdıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2), ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.3. Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Daha Önce Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Eğitimi Alma Durumları**

KKMM Eğitimi Alma	Cezaevi		Halk E. M.		Emek S. O.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Alan	16	51.6	12	33.3	7	17.1	35	32.4
Almayan	15	48.4	24	66.7	34	82.9	73	67.6
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2=9.63$				$p = 0.008$			

Araştırma grubunda yer alan kadınların % 32.4'ünün daha önce kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bir eğitim aldığı, % 67.6'sının ise eğitim almadığı belirlenmiştir. Eğitim alanların eğitim aldıkları kaynaklar incelendiğinde; % 54.3'ünün sağlık personelinden, % 36.7'sinin ise medya ve yazılı materyallerden bilgilendiği bulunmuştur. Bunun yanı sıra araştırma grubuna alınan kadınların % 32.4'ü KKMM yapmayı bildiklerini ifade etmişlerdir. KKMM eğitimi alması bakımından, çalışma grupları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3), ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.4. Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Son Bir Yılda Klinik Meme Muayenesi (KMM) Yaptırma ve Mamografi Çektirme Durumları**

Değişkenler	Cezaevi		Halk E. M.		Emek S. O.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>KMM Yaptırma Durumu</b>								
Yaptıran	3	9.7	3	8.3	5	12.2	11	10.2
Yaptırmayan	28	90.3	33	91.7	36	87.8	97	89.8
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2=9.63$				<b>p = 0.850</b>			
<b>Mamografi Çektirme Durumu</b>								
Çektiren	1	5.0	3	21.4	3	9.1	7	10.4
Çektirmeyen	19	95.0	11	78.6	30	90.9	60	89.6
<b>Toplam</b>	20	100.0	14	100.0	33	100.0	67*	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2=2.50$				<b>p = 0.286</b>			

\* Mamografi çektiren, 30 yaş ve üzerinde olan kadınlar değerlendirmeye alınmıştır.

Kadınların son bir yıl içerisinde, meme kanseri için erken tanıya yönelik davranışları incelendiğinde; % 10.2'sinin klinik meme muayenesi (KMM) yaptırdığı, % 10.4'ünün ise mamografi çektirdiği belirlenmiştir. Grupların, KMM yaptırmaları ve mamografi çektirmeleri yönünden benzer oldukları saptanmıştır (Tablo 4.4), ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.5. Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Son Bir Yılda KKMM Yapma Durumları**

Değişkenler	Cezaevi		Halk E. M.		Emek S. O.		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>KKMM Yapma Durumu</b>								
Yapan	6	19.4	6	16.7	5	12.2	17	15.7
Yapmayan	25	80.6	30	83.3	36	87.8	91	84.3
<b>Toplam</b>	31	100.0	36	100.0	41	100.0	108	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 0.71$				<b>p = 0.699</b>			
<b>KKMM Yapma Sayısı</b>								
Yılda 1 defa	5	83.3	5	83.3	4	80.0	14	82.4
Yılda 2 defa	1	16.7	1	16.7	1	20.0	3	17.6
<b>Toplam</b>	6	100.0	6	100.0	5	100.0	17	100.0
<b>Test Değeri</b>	$X^2 = 0.02$				<b>p = 0.987</b>			

Erken tanıya yönelik davranışlardan birisi olan KKMM yapma durumlarına bakıldığında, kadınların % 15.7'sinin son bir yıl içerisinde KKMM yaptığı, % 84.3'ünün ise yapmadığı belirlenmiştir. KKMM yapanların % 82.4'ünün yılda 1 kez, % 17.6'sının ise yılda 2 kez yaptığı bulunmuştur. Gruplar KKMM yapma durumu ve KKMM yapma sıklığı açısından benzerlik göstermektedir (Tablo 4.5), ( $p > 0.05$ ).

Kadınlara, memelerinde herhangi anormal bir bulgu bulunup bulunmadığı sorulduğunda ise % 9.3'ü memesinde anormal bir bulgu bulunduğunu, % 90.7'si ise anormal hiç bir bulgunun memesinde olmadığını ifade etmiştir. Memede olan anormal bulguların % 60'ının bir memenin diğerinden sarkık olması, % 40'nın ise kitle olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.6. Kadınların Sağlık İnanç Modeli (SİM) Ölçeği Alt Boyutları Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamaları Dağılımı**

SİM Alt Boyutları	Puan Ortalamaları (n=108)		Test Değeri	
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS		
Duyarlılık	7.67 ± 2.19	9.39 ± 1.46	t = 9.08	<b>p = 0.001</b>
Ciddiyet	20.70 ± 6.15	24.72 ± 4.26	t = 6.66	<b>p = 0.001</b>
Yarar	17.47 ± 4.50	21.02 ± 2.20	t = 8.25	<b>p = 0.001</b>
Engel	29.08 ± 6.85	21.57 ± 3.69	t = 11.73	<b>p = 0.001</b>
Güven	30.70 ± 7.87	40.20 ± 3.60	t = 12.82	<b>p = 0.001</b>
Sağlık Motivasyonu	23.45 ± 6.36	26.96 ± 3.46	t = 5.96	<b>p = 0.001</b>

Tablo 4.6’da araştırma grubuna alınan kadınların, Sağlık İnanç Modeli (SİM) ölçeği alt boyutlarına göre eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının karşılaştırıldığı görülmektedir. Duyarlılık algısına bakıldığında; eğitim öncesinde  $7.67 \pm 2.19$  iken, eğitim sonrasında  $9.39 \pm 1.46$ ’ya yükseldiği belirlenmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası duyarlılık algısı değerlendirmeleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $t = 9.08$ ,  $p < 0.05$ ). Ciddiyet algısındaki değişim incelendiğinde; eğitim öncesinde  $20.70 \pm 6.15$  iken, eğitim sonrasında  $24.72 \pm 4.26$ ’ya yükseldiği ve aradaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $t = 6.66$ ,  $p < 0.05$ ). Yarar algısının eğitim öncesinde  $17.47 \pm 4.50$  olduğu bulunmuşken, eğitim sonrasında  $21.02 \pm 2.20$ ’ye yükseldiği tespit edilmiştir. Yarar algısının, eğitim öncesine göre sonrasında anlamlı şekilde değiştiği belirlenmiştir ( $t = 8.25$ ,  $p < 0.05$ ). Eğitim öncesinde  $29.08 \pm 6.85$  olan engel algısının, eğitim sonrasında  $21.57 \pm 3.69$ ’a düştüğü saptanmıştır. Engel algısında eğitimle görülen bu farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $t = 11.73$ ,  $p < 0.05$ ). Güven algısının da, eğitim öncesinde  $30.70 \pm 7.87$  olduğu belirlenmişken, eğitim sonrasında  $40.20 \pm 3.60$ ’a anlamlı ölçüde yükseldiği tespit edilmiştir ( $t = 12.82$ ,  $p < 0.05$ ). Sağlık motivasyonu algısının ise,  $23.45 \pm 6.36$ ’dan,  $26.96 \pm 3.46$ ’ya yükseldiği, eğitim öncesi ve sonrasındaki değerler arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $t = 5.96$ ,  $p < 0.05$ ).



**Tablo 4.7. Kadınların Nottingham Sağlık Profili (NHP) Ölçeği Alt Boyutları Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamaları Dağılımı**

NHP Alt Boyutları	Puan Ortalamaları (n=108)		Test Değeri	
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Wilcoxon T	
Enerji	61.10 ± 33.95	47.83 ± 36.25	Z = 3.88	<b>p = 0.001</b>
Ağrı	31.13 ± 33.37	18.28 ± 23.33	Z = 5.07	<b>p = 0.001</b>
Duygusal Reaksiyonlar	40.60 ± 27.52	33.74 ± 25.27	Z = 4.91	<b>p = 0.001</b>
Uyku	34.62 ± 31.24	23.14 ± 26.39	Z = 4.44	<b>p = 0.001</b>
Sosyal İzolasyon	20.18 ± 26.86	15.37 ± 21.80	Z = 2.52	<b>p = 0.012</b>
Fiziksel Hareketlilik	20.94 ± 22.91	12.50 ± 14.70	Z = 4.76	<b>p = 0.001</b>

Araştırma grubuna alınan kadınların, Nottingham Sağlık Profili (NHP) ölçeği alt boyutlarına göre eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.7’de görülmektedir. Enerji alt boyutundaki puan ortalaması eğitim öncesinde  $61.10 \pm 33.95$  iken, eğitim sonrasında  $47.83 \pm 36.25$ ’e düştüğü, aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $Z = 3.88, p < 0.05$ ). Bununla birlikte enerji alt boyutu için olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı eğitim öncesinde 44 (% 40.7) olarak saptanmışken, eğitim sonrasında bu sayının 61’e (% 56.5) yükseldiği bulunmuştur. Ağrı alt boyutunda puan ortalaması eğitim öncesinde  $31.13 \pm 33.37$  ve eğitim sonrasında  $18.28 \pm 23.33$  olarak belirlenmiş, aradaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( $Z = 5.07, p < 0.05$ ). Aynı zamanda ağrı alt boyutu için olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı eğitim öncesinde 54 (% 50) olarak bulunmuşken, eğitim sonrasında bu sayının 66’ya (% 61.1) yükseldiği belirlenmiştir. Duygusal reaksiyonlar alt boyutundaki eğitim öncesi ve sonrası değişim incelendiğinde; eğitim öncesinde  $40.60 \pm 27.52$  olan puan ortalamasının, eğitim sonrasında  $33.74 \pm 25.27$ ’ye anlamlı ölçüde düştüğü tespit edilmiştir ( $Z = 4.91, p < 0.05$ ). Bunun yanı sıra duygusal reaksiyonlar alt boyutunda olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı eğitim öncesinde 43 (% 39.8) ve eğitim sonrasında 65 (% 60.2) olarak saptanmıştır. Uyku alt boyutunun puan ortalaması, eğitim öncesinde  $34.62 \pm 31.24$  bulunmuşken, eğitim sonrasında  $23.14 \pm 26.39$ ’a düşmüştür. Uyku alt boyutunda eğitim öncesi ve sonrası belirlenen farkın önemli olduğu belirlenmiştir ( $Z = 4.44, p < 0.05$ ). Uyku alt boyutu için olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısının ise eğitim öncesinde 60 (% 55.6) ve eğitim sonrasında 75 (% 69.4) olduğu tespit edilmiştir. Eğitim öncesinde  $20.18 \pm 26.86$  olan sosyal izolasyon alt boyutu puan ortalamasının, eğitim sonrasında  $15.37 \pm 21.80$ ’e önemli ölçüde

düştüğü bulunmuştur ( $Z = 2.52, p < 0.05$ ). Sosyal izolasyon alt boyutu için olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı da, eğitim öncesinde 54 (% 50) ve eğitim sonrasında 61 (% 56.5) olarak saptanmıştır. Fiziksel hareketlilik alt boyutu puan ortalamasının ise,  $20.94 \pm 22.91$ 'den,  $12.50 \pm 14.70$ 'e düştüğü, eğitim öncesi ve sonrasındaki değerler arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $Z = 4.76, p < 0.05$ ). Bunun yanı sıra fiziksel hareketlilik alt boyutu için olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısının eğitim öncesinde 62 (% 57.4) ve eğitim sonrasında 74 (% 68.5) olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.8. Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

SİM Alt Boyutları	Çalışma Grupları						Fark Test Değeri
	Cezaevi (n=31)		Halk E. M. (n=36)		Emek K.K. (n=41)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Duyarlılık	8.19 ± 2.44	9.25 ± 1.59	7.27 ± 1.89	9.25 ± 1.50	7.63 ± 2.22	9.63 ± 1.33	F = 2.49 p = 0.088
Ciddiyet	21.19 ± 6.81	23.74 ± 6.03	22.11 ± 4.55	25.22 ± 3.78	19.09 ± 6.60	25.02 ± 2.79	F = 3.26 <b>p = 0.042</b>
Yarar	17.45 ± 5.80	20.93 ± 2.25	17.91 ± 4.50	21.50 ± 2.22	17.09 ± 5.03	20.68 ± 1.80	F = 0.01 p = 0.995
Engel	29.74 ± 8.05	22.22 ± 4.58	29.72 ± 5.86	21.72 ± 3.03	28.02 ± 6.71	20.95 ± 3.44	F = 0.18 p = 0.833
Güven	29.41 ± 9.49	40.77 ± 4.43	30.83 ± 6.48	40.02 ± 3.96	31.56 ± 7.57	39.92 ± 2.41	F = 1.38 p = 0.255
Sağlık Motivasyonu	23.77 ± 7.09	27.29 ± 4.34	23.75 ± 6.28	27.30 ± 4.35	22.95 ± 5.97	27.30 ± 3.24	F = 0.02 p = 0.983

Tablo 4.8'de çalışma gruplarına göre, SİM ölçeği alt boyutlarının eğitim öncesi ve sonrasındaki puan ortalamaları dağılımı görülmektedir. Duyarlılık, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarıyla ilgili puan ortalamalarının her üç çalışma grubunda da, eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında yükseldiği, ancak ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Engel algısında ise grupların tamamında, eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında puan ortalamalarının düştüğü, ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Ciddiyet algısında da, Emek K.K. grubundaki kadınlarda, diğer gruplara göre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.9. Çalışma Gruplarına Göre Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

NHP Alt Boyutları	Çalışma Grupları						Fark Test Değeri
	Cezaevi (n=31)		Halk E. M. (n=36)		Emek K.K. (n=41)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Enerji	70.96 ± 26.86	55.91 ± 34.84	61.01 ± 37.79	46.29 ± 35.88	53.65 ± 34.05	43.08 ± 37.44	KW = 1.04 p = 0.592
Ağrı	33.87 ± 34.33	22.17 ± 24.30	26.04 ± 30.23	19.09 ± 23.04	33.53 ± 35.51	14.63 ± 22.86	KW = 4.09 p = 0.129
Duygusal Reaksiyonlar	63.07 ± 20.56	49.09 ± 24.47	42.28 ± 24.74	32.71 ± 25.60	37.93 ± 29.49	23.03 ± 19.62	KW = 0.11 p = 0.944
Uyku	50.32 ± 33.81	40.00 ± 30.98	26.66 ± 25.29	16.66 ± 20.00	29.75 ± 30.37	16.09 ± 22.00	KW = 0.13 p = 0.934
Sosyal İzolasyon	34.19 ± 32.32	30.32 ± 25.23	18.88 ± 25.27	16.11 ± 21.81	10.73 ± 18.49	3.41 ± 7.61	KW = 0.77 p = 0.67
Fiziksel Hareketlilik	25.00 ± 27.38	16.53 ± 16.57	19.09 ± 21.85	10.06 ± 13.30	19.51 ± 20.16	11.58 ± 14.08	KW = 0.70 p = 0.702

Çalışma grupları bakımından, NHP ölçeği alt boyutları eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.9'da görülmektedir. Enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel hareketlilik alt boyutları ile ilgili puan ortalamalarının, her üç çalışma grubunda da eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında düştüğü, ancak ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.10. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

SİM Alt Boyutları	Yaş Grupları								Fark Test Değeri
	18-29 Yaş (n=41)		30-39 Yaş (n=32)		40-49 Yaş (n=21)		50 yaş ↑ (n=14)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Duyarlılık	7.82 ± 1.86	9.43 ± 1.36	8.40 ± 1.79	9.75 ± 1.31	7.00 ± 2.91	9.04 ± 1.77	6.57 ± 2.17	9.00 ± 1.46	KW = 2.63 p = 0.451
Ciddiyet	21.24 ± 5.55	24.87 ± 4.26	22.71 ± 6.60	24.65 ± 4.51	18.14 ± 7.30	24.95 ± 4.01	18.35 ± 7.51	24.07 ± 4.48	KW = 12.21 <b>p = 0.007</b>
Yarar	17.78 ± 4.87	21.39 ± 2.18	17.84 ± 5.23	20.56 ± 2.22	15.85 ± 5.35	21.04 ± 2.31	18.14 ± 4.86	21.00 ± 2.03	KW = 5.39 p = 0.145
Engel	29.36 ± 6.33	21.53 ± 3.93	29.96 ± 7.94	22.03 ± 3.98	27.19 ± 5.74	21.76 ± 2.73	29.07 ± 7.34	20.35 ± 3.60	KW = 2.66 p = 0.446
Güven	28.85 ± 7.85	39.46 ± 4.02	32.46 ± 7.34	41.18 ± 3.51	29.19 ± 8.07	39.57 ± 3.04	34.35 ± 6.99	41.07 ± 2.75	KW = 3.93 p = 0.268
Sağlık Motivasyonu	22.68 ± 6.23	26.43 ± 3.27	23.90 ± 6.01	27.78 ± 3.84	22.66 ± 7.33	26.52 ± 3.35	25.85 ± 5.98	26.85 ± 3.18	KW = 4.09 p = 0.252

Tablo 4.10'da araştırma grubundaki kadınların yaş gruplarına göre, SİM ölçeği alt boyutlarının eğitim öncesi ve sonrasındaki puan ortalamaları dağılımı görülmektedir. Duyarlılık, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarının, yaş gruplarının tamamında eğitim sonrasında yükseldiği, ancak ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Engel algısı puan ortalamasının da, yaş gruplarının tümünde eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında düştüğü, fakat ortalamalar arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). 40-49 yaş grubundaki kadınlarda ise 30-39 yaş grubundaki kadınlara göre, ciddiyet algısı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.11. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

NHP Alt Boyutları	Yaş Grupları								Fark Test Değeri
	18-29 Yaş (n=41)		30-39 Yaş (n=32)		40-49 Yaş (n=21)		50 yaş ↑ (n=14)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Enerji	58.53 ± 37.10	49.33 ± 37.17	60.41 ± 28.63	45.83 ± 33.60	60.31 ± 35.93	47.61 ± 35.85	71.42 ± 34.23	57.14 ± 42.22	KW = 0.32 p = 0.955
Ağrı	19.20 ± 26.38	11.28 ± 17.63	35.15 ± 36.12	21.87 ± 25.98	30.35 ± 32.00	17.85 ± 21.85	58.03 ± 32.74	31.25 ± 24.48	KW = 3.44 p = 0.328
Duygusal Reaksiyonlar	44.71 ± 27.71	35.22 ± 28.09	44.09 ± 24.02	29.51 ± 22.50	53.43 ± 31.74	35.97 ± 25.55	47.61 ± 29.04	35.71 ± 25.53	KW = 0.75 p = 0.861
Uyku	35.12 ± 33.40	28.29 ± 23.12	33.12 ± 29.00	23.12 ± 27.40	32.38 ± 25.67	15.23 ± 20.88	40.00 ± 39.22	20.00 ± 28.28	KW = 2.33 p = 0.506
Sosyal İzolasyon	25.85 ± 31.38	20.48 ± 27.38	16.25 ± 22.96	11.87 ± 15.12	18.09 ± 25.22	13.33 ± 21.29	15.71 ± 22.43	11.42 ± 15.11	KW = 0.38 p = 0.944
Fiziksel Hareketlilik	13.71 ± 18.28	9.75 ± 14.11	22.65 ± 26.07	13.28 ± 16.16	21.42 ± 18.17	16.69 ± 11.79	37.50 ± 26.40	16.96 ± 16.70	KW = 9.39 <b>p = 0.024</b>

Yaş grupları bakımından, NHP ölçeği alt boyutları eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.11’de görülmektedir. Enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku ve sosyal izolasyon alt boyutları ile ilgili puan ortalamalarının dört yaş grubunda da, eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında düştüğü, ancak ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Fiziksel hareketlilik alt boyutunda ise 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda, 18-29 yaş grubundaki kadınlara göre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.12. Kadınların Medeni Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

SİM Alt Boyutları	Medeni Durum				Fark Test Değeri
	Evli (n=66)		Bekar (n=42)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Duyarlılık	7.57 ± 2.23	9.33 ± 1.48	7.83 ± 2.14	9.50 ± 1.45	t = 0.23 p = 0.816
Ciddiyet	20.01 ± 6.34	24.95 ± 3.88	21.78 ± 5.74	24.35 ± 4.83	t = 1.93 p = 0.055
Yarar	17.34 ± 5.03	20.93 ± 2.08	17.66 ± 5.16	21.16 ± 2.38	t = 0.10 p = 0.919
Engel	28.60 ± 7.12	21.22 ± 3.46	29.83 ± 6.41	22.11 ± 4.00	t = 0.25 p = 0.800
Güven	30.18 ± 7.86	39.90 ± 3.03	31.52 ± 7.79	40.66 ± 4.34	t = 0.38 p = 0.702
Sağlık Motivasyonu	23.65 ± 5.98	26.65 ± 3.25	23.14 ± 6.99	27.30 ± 3.77	t = 0.98 p = 0.329

Tablo 4.12’de araştırma grubundaki kadınların medeni durumlarına göre, SİM ölçeği alt boyutlarının eğitim öncesi ve sonrasındaki puan ortalamaları dağılımı görülmektedir. Duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarının hem evli ve hem de bekar kadınlarda, eğitim sonrasında yükseldiği, engel algısının ise eğitim sonrasında düştüğü, ancak medeni durum açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.13. Kadınların Medeni Durumlarına Göre NHP Ölçeği Alt Boyutları Eğitim Öncesi ve Sonrası Puan Ortalamaları Dağılımı**

NHP Alt Boyutları	Medeni Durum				Fark Test Değeri (MWU)
	Evli (n=66)		Bekar (n=42)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Enerji	62.62 ± 32.30	50.50 ± 35.68	58.72 ± 36.67	43.64 ± 37.16	Z = 0.54 p = 0.584
Ağrı	37.87 ± 34.73	21.21 ± 25.37	20.53 ± 28.40	13.69 ± 19.08	Z = 1.80 p = 0.072
Duygusal Reaksiyonlar	45.95 ± 26.57	32.48 ± 23.97	47.61 ± 29.27	35.71 ± 27.38	Z = 0.22 p = 0.826
Uyku	34.84 ± 30.84	20.90 ± 25.64	34.28 ± 32.24	26.66 ± 27.46	Z = 1.06 p = 0.289
Sosyal İzolasyon	16.06 ± 23.59	11.21 ± 17.93	26.66 ± 30.49	21.90 ± 25.68	Z = 0.10 p = 0.914
Fiziksel Hareketlilik	23.86 ± 23.07	13.63 ± 15.30	16.39 ± 22.17	10.71 ± 13.68	Z = 1.59 p = 0.110

Kadınların medeni durumları bakımından, NHP ölçeği alt boyutları eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.13'te görülmektedir. Enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel hareketlilik alt boyutları ile ilgili puan ortalamalarının eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında düştüğü, ancak evli ve bekar kadınlar için ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.14. Kadınların Aylık Gelir Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

SİM Alt Boyutları	Aylık Gelir Durumu						Fark Test Değeri
	500 YTL ve ↓ (n=48)		501-999 YTL (n=30)		51 yaş ve ↑ (n=30)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Duyarlılık	7.87 ± 2.06	9.37 ± 1.48	7.43 ± 2.25	9.40 ± 1.24	7.60 ± 2.37	9.43 ± 1.67	F = 0.57 p > 0.05
Ciddiyet	20.93 ± 6.39	24.68 ± 4.98	20.36 ± 6.12	25.00 ± 3.00	20.66 ± 5.96	24.50 ± 4.22	F = 0.19 p > 0.05
Yarar	16.79 ± 5.54	20.68 ± 2.25	18.06 ± 4.60	21.36 ± 2.32	17.96 ± 4.73	21.23 ± 1.97	F = 0.24 p > 0.05
Engel	30.91 ± 7.57	21.93 ± 4.27	27.56 ± 5.89	21.40 ± 3.23	27.66 ± 5.94	21.16 ± 3.13	F = 2.17 p > 0.05
Güven	29.85 ± 8.54	40.27 ± 3.87	31.40 ± 7.77	40.06 ± 3.80	31.36 ± 6.71	40.23 ± 2.99	F = 0.61 p > 0.05
Sağlık Motivasyonu	22.95 ± 6.76	26.64 ± 4.00	23.93 ± 5.98	27.00 ± 3.41	23.76 ± 6.22	27.23 ± 2.51	F = 0.09 p > 0.05

Tablo 4.14'te araştırma grubundaki kadınların aylık gelir durumlarına göre, SİM ölçeği alt boyutlarının eğitim öncesi ve sonrasındaki puan ortalamaları dağılımı görülmektedir. Duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarının gelir gruplarının tamamında eğitim sonrasında yükseldiği, engel algısının ise eğitim sonrasında düştüğü, ancak aylık gelir durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (p > 0.05).



**Tablo 4.15. Kadınların Aylık Gelir Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

NHP Alt Boyutları	Aylık Gelir Durumu						Fark Test Değeri
	500 YTL ve ↓ (n=48)		501-999 YTL (n=30)		51 yaş ve ↑ (n=30)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Enerji	62.27 ± 34.35	49.30 ± 37.02	48.88 ± 31.23	39.99 ± 34.35	66.66 ± 33.90	53.33 ± 36.72	KW = 1.84 p = 0.397
Ağrı	29.42 ± 32.04	18.22 ± 21.56	22.08 ± 25.57	13.33 ± 17.95	42.91 ± 39.48	23.33 ± 29.67	KW = 2.76 p = 0.251
Duygusal Reaksiyonlar	53.46 ± 26.49	40.50 ± 26.57	32.96 ± 23.96	25.18 ± 21.42	49.25 ± 28.39	31.47 ± 24.42	KW = 2.07 p = 0.355
Uyku	42.08 ± 34.08	30.41 ± 28.58	23.33 ± 24.68	16.66 ± 22.33	34.00 ± 29.28	18.00 ± 24.26	KW = 1.55 p = 0.460
Sosyal İzolasyon	24.58 ± 29.53	21.25 ± 25.89	15.33 ± 24.45	10.66 ± 17.20	18.00 ± 24.26	10.66 ± 16.38	KW = 0.57 p = 0.749
Fiziksel Hareketlilik	22.39 ± 24.86	12.76 ± 14.92	15.41 ± 18.18	9.16 ± 12.68	24.16 ± 23.65	15.41 ± 15.97	KW = 0.04 p = 0.979

Kadınların aylık gelir durumları bakımından, NHP ölçeği alt boyutları eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.15'te görülmektedir. Enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel hareketlilik alt boyutları ile ilgili puan ortalamalarının tüm gelir gruplarında, eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında düştüğü, ancak ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.16. Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

SİM Alt Boyutları	Çalışma Durumu				Fark Test Değeri MWU
	Çalışan (n=9)		Çalışmayan (n=99)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Duyarlılık	7.55 ± 3.50	9.44 ± 2.00	7.68 ± 2.06	9.39 ± 1.42	Z = 0.79 p = 0.427
Ciddiyet	23.00 ± 7.41	26.11 ± 5.57	20.49 ± 6.02	24.59 ± 4.14	Z = 0.51 p = 0.604
Yarar	20.66 ± 5.59	22.44 ± 3.16	17.18 ± 4.94	20.89 ± 2.06	Z = 1.12 p = 0.261
Engel	28.88 ± 8.52	20.33 ± 5.19	29.10 ± 6.73	21.68 ± 3.53	Z = 0.52 p = 0.597
Güven	35.22 ± 8.70	43.00 ± 3.35	30.29 ± 7.66	39.94 ± 3.52	Z = 0.69 p = 0.487
Sağlık Motivasyonu	27.88 ± 7.07	29.55 ± 4.95	23.05 ± 6.18	26.66 ± 3.22	Z = 0.94 p = 0.345

Tablo 4.16’de araştırma grubundaki kadınların çalışma durumlarına göre, SİM ölçeği alt boyutlarının eğitim öncesi ve sonrasındaki puan ortalamaları görülmektedir. Duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarının hem çalışan, hem de çalışmayan kadınlarda eğitim sonrasında yükseldiği, engel algısının ise eğitim sonrasında düştüğü, ancak çalışma durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.17. Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

NHP Alt Boyutları	Çalışma Durumu				Fark Test Değeri MWU
	Çalışan (n=9)		Çalışmayan (n=99)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Enerji	66.66 ± 28.86	48.14 ± 37.67	60.60 ± 34.45	47.80 ± 36.31	Z = 0.29 p = 0.765
Ağrı	36.11 ± 28.25	22.22 ± 29.82	30.68 ± 33.89	17.92 ± 22.80	Z = 0.55 p = 0.577
Duygusal Reaksiyonlar	55.55 ± 16.66	40.73 ± 32.86	45.78 ± 28.22	33.10 ± 24.58	Z = 0.19 p = 0.844
Uyku	60.00 ± 31.62	33.33 ± 41.23	32.32 ± 30.33	22.22 ± 24.72	Z = 0.75 p = 0.453
Sosyal İzolasyon	13.33 ± 20.00	17.77 ± 18.55	20.80 ± 27.39	15.15 ± 22.14	Z = 1.31 p = 0.189
Fiziksel Hareketlilik	20.83 ± 29.97	1.38 ± 4.16	20.95 ± 22.36	13.51 ± 14.90	Z = 1.13 p = 0.256

Kadınların çalışma durumları bakımından, NHP ölçeği alt boyutları eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.17’de görülmektedir. Enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku ve fiziksel hareketlilik alt boyutları ile ilgili puan ortalamalarının çalışan ve çalışmayan kadın grubunda, eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında düştüğü, sosyal izolasyon alt boyutunda eğitim sonrasında çalışanlarda yükselme görüldüğü, ancak ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.18. Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

SİM Alt Boyutları	Öğrenim Durumu						Fark Test Değeri
	İlkokul (n=56)		Ortaokul (n=27)		Lise ve ↑ (n=25)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Duyarlılık	7.96 ± 2.39	9.41 ± 1.53	7.55 ± 1.94	9.44 ± 1.31	7.16 ± 1.92	9.32 ± 1.51	KW = 3.18 p = 0.204
Ciddiyet	20.00 ± 6.17	25.21 ± 3.79	19.85 ± 5.99	23.33 ± 4.74	23.20 ± 5.84	25.12 ± 4.57	KW = 5.34 p = 0.069
Yarar	17.42 ± 4.72	20.80 ± 2.10	16.48 ± 5.26	20.88 ± 2.24	18.64 ± 5.55	21.68 ± 2.32	KW = 0.69 p = 0.706
Engel	30.12 ± 6.83	22.05 ± 3.01	27.96 ± 7.08	21.59 ± 4.15	27.96 ± 6.54	20.48 ± 4.40	KW = 0.63 p = 0.726
Güven	31.14 ± 8.46	40.16 ± 3.41	27.74 ± 6.08	39.92 ± 4.04	30.70 ± 7.82	40.60 ± 3.61	KW = 3.52 p = 0.172
Sağlık Motivasyonu	24.30 ± 6.09	27.19 ± 3.71	21.25 ± 6.54	26.11 ± 3.70	23.92 ± 6.46	27.12 ± 2.43	KW = 1.45 p = 0.483

Tablo 4.18’de araştırma grubundaki kadınların öğrenim durumlarına göre, SİM ölçeği alt boyutlarının eğitim öncesi ve sonrasındaki puan ortalamaları dağılımı görülmektedir. Duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarının her üç öğrenim durumunda da, eğitim sonrasında yükseldiği, engel algısının ise eğitim sonrasında düştüğü, ancak öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.19. Kadınların Öğrenim Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

NHP Alt Boyutları	Öğrenim Durumu						Fark Test Değeri
	İlkokul (n=56)		Ortaokul (n=27)		Lise ve ↑ (n=25)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Enerji	62.28 ± 32.94	49.99 ± 35.95	53.08 ± 37.27	41.97 ± 38.77	62.66 ± 32.37	49.33 ± 34.85	KW = 0.39 p = 0.823
Ağrı	39.50 ± 36.13	22.54 ± 25.71	18.51 ± 23.09	13.42 ± 17.65	26.00 ± 32.05	14.00 ± 22.04	KW = 3.23 p = 0.198
Duygusal Reaksiyonlar	49.20 ± 28.01	33.52 ± 23.92	48.12 ± 28.57	34.15 ± 30.02	39.10 ± 24.86	33.77 ± 23.67	KW = 1.98 p = 0.371
Uyku	37.50 ± 33.91	27.14 ± 31.08	30.37 ± 25.64	19.25 ± 21.82	32.80 ± 31.02	18.40 ± 17.24	KW = 0.65 p = 0.721
Sosyal İzolasyon	17.85 ± 24.32	14.28 ± 22.14	25.92 ± 32.25	17.03 ± 21.98	19.20 ± 26.12	16.00 ± 21.60	KW = 1.75 p = 0.416
Fiziksel Hareketlilik	23.88 ± 24.45	14.50 ± 14.84	16.20 ± 19.85	11.11 ± 15.63	19.50 ± 22.26	9.50 ± 13.14	KW = 0.68 p = 0.710

Kadınların öğrenim durumları bakımından, NHP ölçeği alt boyutları eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.19’da görülmektedir. Enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel hareketlilik alt boyutları ile ilgili puan ortalamalarının her üç öğrenim durumunda da, eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında düştüğü, ancak ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.20. Kadınların Daha Önce KKMM Eğitimi Alma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

SİM Alt Boyutları	KKMM Eğitimi Alma Durumu				Fark Test Değeri
	Alan (n=35)		Almayan (n=73)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Duyarlılık	8.17 ± 2.45	9.60 ± 1.57	7.34 ± 2.03	9.30 ± 1.41	t = 1.07 p = 0.286
Ciddiyet	22.00 ± 6.69	25.42 ± 5.35	20.08 ± 5.82	24.38 ± 3.63	t = 0.67 p = 0.501
Yarar	18.02 ± 5.82	21.57 ± 2.60	17.20 ± 4.68	20.76 ± 1.94	t = 0.02 p = 0.984
Engel	28.88 ± 7.98	21.05 ± 4.63	29.17 ± 6.30	21.82 ± 3.14	t = 0.34 p = 0.732
Güven	34.00 ± 6.97	40.91 ± 3.98	29.12 ± 7.76	39.86 ± 3.37	t = 2.47 <b>p = 0.015</b>
Sağlık Motivasyonu	24.57 ± 7.04	26.74 ± 3.37	22.91 ± 5.99	26.98 ± 3.52	t = 1.54 p = 0.126

Tablo 4.20’de kadınların daha önce KKMM eğitimi alma durumlarına göre, SİM ölçeği alt boyutlarının eğitim öncesi ve sonrasındaki puan ortalamaları dağılımı görülmektedir. Duyarlılık, ciddiyet, yarar ve sağlık motivasyonu algılarıyla ilgili puan ortalamalarının hem eğitim alanlarda, hem de eğitim almayanlarda eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında yükseldiği, ancak ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Engel algısında ise her iki grupta, eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında puan ortalamalarının düştüğü, ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Bunun yanı sıra KKMM eğitimi almayan kadınlarda, eğitim alan kadınlara göre güven algısı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.21. Kadınların Daha Önce KKMM Eğitimi Alma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

NHP Alt Boyutları	KKMM Eğitimi Alma Durumu				Fark Test Değeri MWU
	Alan (n=35)		Almayan (n=73)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Enerji	64.75 ± 33.27	51.42 ± 39.88	59.35 ± 34.35	46.11 ± 34.52	Z = 0.24 p = 0.805
Ağrı	30.71 ± 32.98	16.78 ± 22.05	31.33 ± 33.79	19.00 ± 24.03	Z = 0.44 p = 0.658
Duygusal Reaksiyonlar	50.15 ± 27.66	37.45 ± 24.26	44.89 ± 27.49	31.96 ± 25.72	Z = 0.15 p = 0.876
Uyku	38.28 ± 32.31	22.28 ± 24.62	32.87 ± 30.79	23.56 ± 27.35	Z = 1.07 p = 0.282
Sosyal İzolasyon	21.71 ± 27.59	18.28 ± 17.73	19.45 ± 26.66	13.97 ± 23.49	Z = 0.66 p = 0.507
Fiziksel Hareketlilik	22.85 ± 24.53	11.78 ± 16.02	20.03 ± 22.21	12.84 ± 14.12	Z = 1.31 p = 0.188

Kadınların daha önce KKMM eğitimi alma durumları bakımından, NHP ölçeği alt boyutları eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.21’de görülmektedir. Enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel hareketlilik alt boyutları ile ilgili puan ortalamalarının hem eğitim alan, hem de eğitim almayan kadınlarda, eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında düştüğü, ancak ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.22. Kadınların Son Bir Yıl İçerisinde KKMM Yapma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası SİM Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

SİM Alt Boyutları	KKMM Yapma Durumu				Fark Test Değeri MWU
	Yapan (n=17)		Yapmayan (n=91)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Duyarlılık	8.17 ± 2.40	9.94 ± 1.19	7.58 ± 2.15	9.29 ± 1.49	Z = 0.33 p = 0.737
Ciddiyet	21.05 ± 4.91	24.23 ± 3.03	20.63 ± 6.37	24.81 ± 4.46	Z = 0.19 p = 0.805
Yarar	18.88 ± 5.32	21.23 ± 2.30	17.20 ± 5.00	20.98 ± 2.19	Z = 1.46 p = 0.143
Engel	26.58 ± 6.74	20.52 ± 4.75	29.54 ± 6.81	21.75 ± 3.43	Z = 1.42 p = 0.154
Güven	34.82 ± 7.61	39.64 ± 3.63	29.93 ± 7.66	40.30 ± 3.60	Z = 3.00 <b>p = 0.003</b>
Sağlık Motivasyonu	24.94 ± 6.53	27.47 ± 3.43	23.17 ± 6.33	26.80 ± 3.47	Z = 0.23 p = 0.812

Tablo 4.22’de kadınların son bir yıl içerisinde KKMM eğitimi alma durumlarına göre, SİM ölçeği alt boyutlarının eğitim öncesi ve sonrasındaki puan ortalamaları dağılımı görülmektedir. Duyarlılık, ciddiyet, yarar ve sağlık motivasyonu algılarıyla ilgili puan ortalamalarının hem muayene yapanlarda, hem de yapmayanlarda eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında yükseldiği, ancak ortalamalar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Engel algısında ise her iki grupta, eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında puan ortalamalarının düştüğü, ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Bunun yanı sıra son bir yıl içerisinde KKMM yapmayan kadınlarda, yapan kadınlara göre güven algısı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).



**Tablo 4.23. Kadınların Son Bir Yıl İçerisinde KKMM Yapma Durumlarına Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası NHP Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamaları Dağılımı**

NHP Alt Boyutları	KKMM Yapma Durumu				Fark Test Değeri MWU
	Yapan (n=17)		Yapmayan (n=91)		
	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	Önce X ± SS	Sonra X ± SS	
Enerji	52.93 ± 33.45	45.09 ± 33.20	62.63 ± 34.00	48.34 ± 36.93	Z = 0.74 p = 0.458
Ağrı	22.79 ± 29.72	9.55 ± 14.34	32.69 ± 33.94	19.91 ± 24.36	Z = 0.62 p = 0.530
Duygusal Reaksiyonlar	41.17 ± 25.98	39.86 ± 22.92	47.61 ± 27.82	32.59 ± 25.64	Z = 1.70 p = 0.088
Uyku	40.00 ± 30.00	24.70 ± 26.95	33.62 ± 31.53	22.85 ± 26.42	Z = 1.10 p = 0.271
Sosyal İzolasyon	16.47 ± 21.48	22.35 ± 24.37	20.87 ± 27.79	14.06 ± 21.18	Z = 2.23 <b>p = 0.026</b>
Fiziksel Hareketlilik	22.05 ± 24.01	11.02 ± 12.40	20.74 ± 22.83	12.77 ± 15.13	Z = 0.76 p = 0.444

Kadınların son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu bakımından, NHP ölçeği alt boyutları eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.23'te görülmektedir. Enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku ve fiziksel hareketlilik alt boyutları ile ilgili puan ortalamalarının hem muayene yapan, hem de yapmayanlarda, eğitim öncesi değerlendirmelere göre eğitim sonrasında düştüğü, ancak ortalamalar arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Sosyal izolasyon alt boyutunda ise KKMM yapan kadınlarda, yapmayan kadınlara göre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.24. Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının İş Yaşamlarına Olumsuz Etkilerinin Dağılımı**

Sağlık Durumunun İş Yaşamına Etkisi		Eğitimden Önce Etkilenme		Toplam	Test Değeri McNemar
		Evet	Hayır		
Eğitimden Sonra Etkilenme	Evet	18	5	23	p = 0.774
	Hayır	7	78	85	
Toplam		25	83	108	

Tablo 4.24'te kadınların eğitim öncesi ve sonrasındaki değerlendirmelerine göre, mevcut sağlık durumlarının iş yaşamlarına olumsuz etkilerinin dağılımı görülmektedir. Buna göre mevcut sağlık durumlarının iş yaşamlarına etkisi açısından, eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.25. Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının Ev İşi Yapmalarına Olumsuz Etkilerinin Dağılımı**

Sağlık Durumunun Ev İşi Yapmaya Etkisi		Eğitimden Önce Etkilenme		Toplam	Test Değeri McNemar
		Evet	Hayır		
Eğitimden Sonra Etkilenme	Evet	17	7	24	p = 0.263
	Hayır	13	71	84	
Toplam		30	78	108	

Kadınların eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmelerine göre, mevcut sağlık durumlarının ev işi yapmalarına olumsuz etkilerinin dağılımı Tablo 4.25'te görülmektedir. Sağlık durumlarının ev işi yapmalarına etkisi bakımından, eğitim öncesine göre eğitim sonrasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.26. Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının Sosyal Yaşamlarına Olumsuz Etkilerinin Dağılımı**

Sağlık Durumunun Sosyal Yaşama Etkisi		Eğitimden Önce Etkilenme		Toplam	Test Değeri McNemar
		Evet	Hayır		
Eğitimden Sonra Etkilenme	Evet	12	3	15	<b>p = 0.013</b>
	Hayır	14	79	93	
Toplam		26	82	108	

Tablo 4.26’da kadınların eğitim öncesi ve sonrasındaki değerlendirmelerine göre, mevcut sağlık durumlarının sosyal yaşamlarına olumsuz etkilerinin dağılımı görülmektedir. Buna göre mevcut sağlık durumlarının sosyal yaşamlarına etkisi açısından, eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.27. Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının Ev Yaşamlarına Olumsuz Etkilerinin Dağılımı**

Sağlık Durumunun Ev Yaşamına Etkisi		Eğitimden Önce Etkilenme		Toplam	Test Değeri McNemar
		Evet	Hayır		
Eğitimden Sonra Etkilenme	Evet	11	4	15	<b>p = 0.003</b>
	Hayır	19	74	93	
Toplam		30	78	108	

Kadınların eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmelerine göre, mevcut sağlık durumlarının ev yaşamlarına olumsuz etkilerinin dağılımı Tablo 4.27’de görülmektedir. Sağlık durumlarının ev yaşamlarına etkisi bakımından, eğitim öncesine göre eğitim sonrasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.28. Kadınların Sağlık Durumlarının Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Cinsel Yaşamlarına Olumsuz Etkilerinin Dağılımı**

Sağlık Durumunun Cinsel Yaşama Etkisi		Eğitimden Önce Etkilenme		Toplam	Test Değeri McNemar
		Evet	Hayır		
Eğitimden Sonra Etkilenme	Evet	11	5	16	p = 0.143
	Hayır	12	80	92	
Toplam		23	85	108	

Tablo 4.28’de kadınların eğitim öncesi ve sonrasındaki değerlendirmelerine göre, mevcut sağlık durumlarının cinsel yaşamlarına olumsuz etkilerinin dağılımı görülmektedir. Buna göre mevcut sağlık durumlarının cinsel yaşamlarına etkisi açısından, eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.29. Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının İlgisi ve Hobilerine Olumsuz Etkilerinin Dağılımı**

Sağlık Durumunun İlgi ve Hobilere Etkisi		Eğitimden Önce Etkilenme		Toplam	Test Değeri McNemar
		Evet	Hayır		
Eğitimden Sonra Etkilenme	Evet	6	6	12	p = 0.035
	Hayır	17	79	96	
Toplam		23	85	108	

Kadınların eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmelerine göre, mevcut sağlık durumlarının ilgi ve hobilerine olumsuz etkilerinin dağılımı Tablo 4.29’da görülmektedir. Sağlık durumlarının ilgi ve hobilerine etkisi bakımından, eğitim öncesine göre eğitim sonrasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.30. Kadınların Eğitim Öncesi ve Sonrasındaki Değerlendirmelerine Göre Sağlık Durumlarının Tatillerine Olumsuz Etkilerinin Dağılımı**

Sağlık Durumunun Tatillere Etkisi		Eğitimden Önce Etkilenme		Toplam	Test Değeri McNemar
		Evet	Hayır		
Eğitimden Sonra Etkilenme	Evet	6	2	8	<b>p = 0.022</b>
	Hayır	11	89	100	
Toplam		17	91	108	

Kadınların eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmelerine göre, mevcut sağlık durumlarının tatillerine olumsuz etkilerinin dağılımı Tablo 4.30'da görülmektedir. Sağlık durumlarının tatillerine etkisi bakımından, eğitim öncesine göre eğitim sonrasında önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Amerikan Kanser Derneği (2004) 20 yaşın üzerindeki tüm kadınların, her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmasını ve kadınların bu muayenenin yararları, sınırlılıkları ile ilgili olarak bilgilendirilmelerini önermektedir. KKMM'nin etkin öğretimi ise birebir öğretim ve uygulama ile ilişkilidir (Kalaycı, 2002; Topuz ve diğer., 2003; Valea & Katz, 2007).

Araştırmamızda, kadınların KKMM eğitimi alması ile KKMM yöntemini bilmesinin paralellik gösterdiği belirlenmiştir. Bu anlamda kadınların % 32.4'ünün hem KKMM eğitimi aldığı, hem de KKMM yapmayı bildiği saptanmıştır. Çalışma gruplarına göre KKMM eğitimi alma oranı incelendiğinde ise Cezaevi'nde KKMM eğitimi alan ve KKMM yapmayı bilen kadın sayısının (16 kadın, % 45.7) , Halk Eğitim Merkezi (12 kadın, % 34.3) ve Emek Kur'an Kursu'na (7 kadın, % 20) göre daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.3), (p < 0.05).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, kadınların KKMM'yi bilme oranı % 5-82 arasında değişmektedir (Aydemir, 1990; Demirhan ve diğer., 2002; Parlar ve diğer., 2004; Çadır ve diğer., 2004; Kum ve diğer., 2004; Avcı & Keskin, 2005; Dündar ve diğer., 2006; Kılıç ve diğer., 2006; Güner ve diğer., 2007; Beydağ & Karaoğlan, 2007; Dişçigil ve diğer., 2007; Gerçek ve diğer., 2008).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda da, kadınların % 13-85'inin KKMM yapmayı bildiği belirlenmiştir (Hoeman et al., 1996; Seif & Aziz, 2000; Rashidi & Rajaram, 2000; Sadler et al., 2001; Chong et al., 2002; Su et al., 2006; Oluwatosin & Oladepo, 2006).

Ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunluğunda, kadınların KKMM ile ilgili bilgi sahibi olma ve eğitim alma oranının, yurt dışında yapılan çalışmalara göre düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum, eğitim kaynaklarına ulaşma ve bu kaynaklardan yararlanma farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Bizim araştırmamızda elde edilen sonuç ise ülkemizde yapılan bazı çalışmalardan elde edilen sonuçlara yakın bir değerdedir (Parlar ve diğer., 2004; Çadır ve diğer., 2004; Güner ve diğer., 2007). Bu sonucun, eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarının yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma

grupları arasındaki fark, Cezaevi'ndeki kadınlara bir yıl öncesinde verilen sağlığı geliştirme ile ilgili eğitimlerden kaynaklanmaktadır.

Araştırmamızda, KKMM bilgisi olan kadınların bilgi kaynakları incelendiğinde, % 54.3'ünün sağlık personelinden, % 36.7'sinin ise medya ve yazılı materyallerden bilgilendiği bulunmuştur.

Bilgi kaynakları açısından ülkemizde yapılan çalışmalarda, medya ve yazılı materyallerden bilgilenme oranı % 20-88, sağlık personelinden bilgilenme oranı % 13-85 arasında değişmektedir (Aydemir, 1990; Demirhan ve diğer., 2002; Karayurt, 2003; Kum ve diğer., 2004; Parlar ve diğer., 2004; Kılıç ve diğer., 2006; Elik, 2006; Güner ve diğer., 2007; Beydağ & Karaoğlan, 2007; Dişçigil ve diğer., 2007; Gerçek ve diğer., 2008).

Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise KKMM ile ilgili medya ve yazılı materyallerden bilgilenme oranının % 17-76, sağlık personelinden bilgilenme oranının da % 9-42 olduğu belirlenmiştir (Abdel-Fattah et al., 2000; Seif & Aziz, 2000; Sadler et al., 2001; Su et al., 2006).

Gerek ülkemizde, gerekse yurt dışında yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda, KKMM ile ilgili ana bilgi kaynağı medya ve yazılı materyallerdir. İkincil kaynak ise sağlık personelleridir. Bizim çalışmamızda, sağlık personelinden bilgilenme öne çıkmaktadır. Bu durumun, özellikle Cezaevi grubunda bilgi alanların fazla olması nedeniyle, sağlık personelinin yaptığı sağlığı geliştirme eğitimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda Cezaevi'nde bulunan kadınların medya ve yazılı materyallere ulaşma oranının azlığı da söz konusudur.

Kadınların son bir yıl içerisinde, meme kanseri için erken tanıya yönelik davranışları değerlendirildiğinde; % 10.2'sinin klinik meme muayenesi (KMM) yaptırdığı, % 10.4'ünün ise mamografi çektiği saptanmıştır. Çalışma gruplarının, KMM yaptırmaları ve mamografi çekilmeleri yönünden benzer oldukları belirlenmiştir. (Tablo 4.4), ( $p > 0.05$ ).

Ülkemizde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; kadınların % 11-25'inin KMM yaptırdığı, % 10-15'inin ise mamografi çektiği tespit edilmiştir (Günel & Günel, 2000; Karayurt, 2003; Çadır ve diğer., 2004; Dündar ve diğer., 2006; Elik, 2006).

Yurt dışında ise kadınların KMM yaptırma oranı % 23-54, mamografi çekirme oranı da % 25-50 olarak belirlenmiştir (Modeste, 1999; Chong et al., 2002).

Araştırmamızda, KMM yaptırma durumu çalışmaların çoğunluğuyla benzerlik göstermekle birlikte oldukça düşük düzeydedir. Aynı şekilde mamografi çekirme oranının da, çalışmalara göre düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Her iki erken tanı yöntemini de, kadınların tarama amacıyla değil de şikayetleri olduğunda kullanması bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olabilir. Kadınların KMM yaptırılmaları ve mamografi çekilmeleri açısından bir takım engelleri olduğu düşünülmektedir. Meme kanserinden korunmak için bilinçlendirmeye yönelik eğitimlerde, erken tanı yöntemlerinin yaş gruplarına özgü kullanımının bireylere öğretilmeyişi ve sağlık sisteminde de bu tür taramaların programlaştırılmamış olması konuyla ilgili engeller arasında sayılabilir. Aynı zamanda kültürel inançlar, utanma, korkma ve maddi imkanlar nedeniyle de bu konuda engeller yaşanmış olabilir.

Meme kanserinde erken tanıya yönelik yöntemlerden birisi olan KKMM yapma durumları değerlendirildiğinde de, kadınların % 15.7'sinin son bir yıl içerisinde KKMM yaptığı, KKMM yapanların % 82.4'ünün yılda 1 kez, % 17.6'sının da yılda 2 kez yaptığı bulunmuştur. Çalışma grupları, KKMM yapma durumu ve KKMM yapma sıklığı açısından benzerlik göstermektedir (Tablo 4.5), ( $p > 0.05$ ).

Ülkemizde konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, kadınların % 18-66 oranında KKMM yaptığı belirlenmişken, ayda bir kez düzenli olarak uygulayan kadın oranının % 7-58 olduğu saptanmıştır (Aydemir, 1990; Demirhan ve diğer., 2002; Karayurt, 2003; Beyhun ve diğer., 2004; Kum ve diğer., 2004; Çadır ve diğer., 2004; Parlar ve diğer., 2004; Avcı & Keskin, 2005; Dündar ve diğer., 2006; Kılıç ve diğer., 2006; Güner ve diğer., 2007; Ekici & Utkualp, 2007; Dişçigil ve diğer., 2007; Beydağ & Karaoğlan, 2007; Aslan ve diğer., 2007; Gerçek ve diğer., 2008).

Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde ise kadınların % 13-78 oranında KKMM yaptığı, % 14-47'sinin ise ayda bir kez düzenli olarak uyguladığı bulunmuştur (Modeste et al., 1999; Brain et al., 1999; Brewer & Baldwin, 2000; Lee et al., 2000; Abdel-Hadi, 2000; Ashton et al., 2001; Sadler et al., 2001; Haris et al., 2003; Klug et al., 2005; Su et al., 2006; Funke et al., 2008).



Yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar ile araştırmamızın bulguları karşılaştırıldığında, KKMM yapma oranının çalışmalarda sözü geçen değerlerden düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. KKMM'yi kadınların bildiği halde yapmıyor olmaları da ilgi çekicidir. Bu durumun özellikle KKMM eğitimlerinde amacın sadece bilgilendirme olması, bununla birlikte bilinç kazandırılmaması ile ilgili olduğu düşünölmektedir. Aynı zamanda kadınların KKMM ile ilgili inançları, bilgilendirme sırasında dikkate alınmamış da olabilir. Bunun yanı sıra buradaki sorun, KKMM ile ilgili bilgilendirme çalışmalarında eğitim sonrası periyodik değerlendirmeler yapılmamış olmasından ve periyodik değerlendirmeler sırasında engellerin ortadan kaldırılmamasından da kaynaklanabilir.

Araştırmamızda, KKMM eğitimi ve meme kanserinde erken tanı yöntemleri ile ilgili değerlendirmeler yapıldıktan sonra, yapılan eğitim etkinliğinin Sağlık İnanç Modeli (SİM) ölçeği boyutlarına etkisi incelenmiştir.

SİM ölçeği alt boyutlarından birisi olan duyarlılık algısı, kişinin meme kanserine yakalanma ya da meme kanseri risklerine maruz kalma konusundaki inancı ile ilgilidir. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, duyarlılık algısına etkisi incelendiğinde; eğitim öncesinde  $7.67 \pm 2.19$  olan puan ortalamasının, eğitim sonrasında  $9.39 \pm 1.46$ 'ya yükseldiği belirlenmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası duyarlılık algısı değerlendirmeleri arasındaki fark, anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.6), ( $t = 9.08, p < 0.05$ ).

Ölkemizde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; Öztürk ve arkadaşları (2000) tarafından Isparta'da 25-75 yaş grubu kadınlarda yapılan çalışmada, eğitim girişimi sonrasında duyarlılık algısını içeren KKMM ile ilgili bilgi ve farkındalığın eğitim verilen grupta anlamlı şekilde arttığı tespit edilmiştir. Aydın'ın (2004) alışmasında; meme maketiyle eğitim sonrasında, öğretmenlerin duyarlılık algılarında anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. Elik (2006) alışmasında, KKMM eğitimi verdiği grubun eğitim öncesi ve sonrası değerler açısından duyarlılık algısında eğitim sonrasında anlamlı bir yükselme olduğunu belirlemiştir. Hacıhasanoğlu ve Gözüm (2008) tarafından Erzincan'da Halk Eğitim Merkezi kursiyerleri üzerinde yapılan çalışmada da, eğitim sonrasında kadınların meme kanseri ile ilgili duyarlılık algılarında artış olduğu bulunmuştur.

Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde ise Agars ve McMurray'ın (1993) hemşireler üzerinde KKMM ile ilgili eğitim stratejilerinin (broşür, film, grup tartışması, bireysel öğrenme) karşılaştırılması amacıyla yaptığı araştırmada, eğitim sonrası duyarlılık algısında, kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. Jane Lu (2001) tarafından yapılan, Tayvan'da 22-57 yaşlarındaki kadın kuaförleri kapsayan araştırmada, KKMM eğitimi verilen grupta duyarlılık algısının anlamlı şekilde azaldığı belirlenmiştir. Oliver-Vazquez ve arkadaşları (2002) tarafından Porto Riko'lu kadınlarda yapılan çalışmada; kadınlara sağlığı koruma ile ilgili verilen eğitim ve meme kanserinin erken tanınmasında gerekli olan bilgi, uygulama, inançlardan oluşan program sonrasında kadınların düşük olan sağlık inançlarının arttığı, meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyinin de geliştiği tespit edilmiştir. Rao ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise 30-59 yaş grubundaki kadınların eğitim öncesi değerlendirmelere göre, eğitim sonrasında meme kanseri ile ilgili farkındalığının arttığı ve bu durumun KKMM uygulama durumunu artırdığı bulunmuştur.

Araştırmamızın bulguları, KKMM ile ilgili verilen planlı eğitimin kadınların sağlık inançlarını olumlu yönde etkileyeceğine ilişkin hipotezimizi destekler niteliktedir. Jane Lu'nun (2001) çalışması dışındaki çalışmalar da sonucumuzu desteklemektedir. Bu çalışmada eğitim sonrasında duyarlılık algısında saptanan düşüşün nedeni belirtilmemektedir. Araştırmamızda, eğitim sırasında kullanılan drama, anlatım ve demonstrasyon yöntemleri ile eğitimin gruplara 16-20 kişiyi geçmeyecek şekilde verilmesinin ortaya çıkan sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, drama yönteminde yer alan öyküler ve dramaya taşınması ile ilgili süreç, kadınları meme kanseri olma düşüncesine yaklaştırmış ve duyarlılıklarını artırmış olabilir.

Duyarlılık algısına yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, yaş grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.8, 4.10, 4.12, 4.14, 4.16, 4.18), ( $p > 0.05$ ). Ancak duyarlılık algısında, grupların tamamında eğitim sonrasındaki artış dikkat çekicidir. Bu durumda, eğitim faaliyetinde farklı yöntemlerin kullanılmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Duyarlılık algısına yönelik,

eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; ortalamalar arasındaki fark önemli bulunmamıştır (Tablo 4.20, 4.22), ( $p > 0.05$ ). Ancak her iki değişken açısından da, gruplarda duyarlılık algısında eğitim sonrasında artış söz konusudur. Gruplar arasında farkın ortaya ıkmayışının, eğitim faaliyetine olan ilgi ve etkin grup etkileşiminden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun nedenle eğitim sonrası her iki değişken açısından da duyarlılık algısında görülen artışın, uygulamalar açısından olumlu olacağı düşünülebilir.

SİM leği alt boyutlarından bir diğerisi olan ciddiye algısı, bireyin meme kanseri yaşadığında ortaya çıkacak zorluğun türü konusundaki inancı ve meme kanseri olma düşüncesinin yarattığı duygular ile ilgilidir. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, ciddiye algısına etkisi incelendiğinde; ciddiye algısı puan ortalaması eğitim öncesinde  $20.70 \pm 6.15$  iken, eğitim sonrasında  $24.72 \pm 4.26$ 'ya yükseldiği ve aradaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6), ( $t = 6.66, p < 0.05$ ).

Ülkemizde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde; Elik'in (2006) alışmasında, KKMM eğitimi verdiği grubun eğitim öncesi ve sonrası değerler açısından, ciddiye algısında eğitim sonrasında anlamlı bir yükselme olduğunu belirlemiştir. Hacıhasanoğlu ve Gözüm (2008) tarafından Erzincan'da yapılan çalışmada da, eğitim sonrasında kadınların meme kanseri risk algılamalarında ve önemseme algılarında artış olduğu tespit edilmiştir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise Brain ve arkadaşlarının (1999) İngiltere'de yaptıkları araştırmada, kadınların anksiyete düzeyleri arttıka KKMM'yi önemsedikleri ve uygulamasını artırdıkları belirlenmiştir. Cohen (2002) yaptığı çalışmada; birinci derecede akrabasında meme kanseri olan kadınların, olmayan kadınlara göre anksiyeteleri ve meme kanseri risk algılarının arttığını, buna yönelik olarak da korunma girişimlerini artırdıklarını ve KKMM uygulama sıklığının da arttığını saptamıştır. Chuntharapat ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada ise perimenopozal dönemdeki kadınlarda eğitim sonrası önemseme algısında artma olduğu ve bu durumun KKMM uygulama sıklığını da artırdığı bulunmuştur.

KKMM ile ilgili verilen planlı eğitim, kadınların ciddiye algılarını önemli düzeyde artırmıştır. Yapılan çalışmaların bulguları da, araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir.

Kadınların, eğitimde kullanılan drama yöntemindeki öykülerde yer alan kişilerin yerine kendilerini koymalarının ve empati kurarak öyküyü değerlendirmelerinin ciddiye algısındaki artışa neden olduğu düşünülmektedir.

Ciddiyet algısı aynı zamanda çalışma grupları ve yaş gruplarıyla ilişkilendirildiğine; Emek Kur'an Kursu grubundaki kadınlarda, diğer gruplara göre, 40-49 yaş grubundaki kadınlarda ise, 30-39 yaş grubundaki kadınlara göre eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8, 4.18), ( $p < 0.05$ ). Eğitim sırasında meme kanseri risklerine yönelik verilen bilgiler doğrultusunda ve öykülerde kullanılan yaşlardan birisinin de 41 olması nedeniyle, ciddiye algısı bu yaş grubunu daha fazla düzeyde etkilenmiş olabilir. Buna bağlı olarak da, bu yaş grubunda bulunan kadın oranının Emek Kur'an Kursu'nda daha fazla olması nedeniyle, Emek Kur'an Kursu'nda da aynı artışın olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra diğer yaş grupları ve çalışma gruplarında da ciddiye algısında, eğitim sonrasında artış olması dikkat çekicidir. Ciddiyet algısına yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.10, 4.12, 4.14, 4.16, ), ( $p > 0.05$ ). Bu durumda eğitimde farklı yöntemlerin kullanılmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda grupların eğitim sonrası ciddiye algısı puan ortalamalarında artma olması da önemlidir. Ciddiyet algısı, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.20, 4.22), ( $p > 0.05$ ). Ancak her iki değişken açısından da, gruplarda ciddiye algısında eğitim sonrası bir artış söz konudur. Değişkenler arasında fark bulunmayışının, kadınların meme muayenesi ile ilgili bilgilendirmesinin yanında meme kanseri ile ilgili de bilgilendirilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

SİM ölçeği alt boyutlarından olan yarar algısı, KKMM yapmanın meme kanserinden korunmak için sağladığı yararlar ile ilgilidir. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, yarar algısına etkisi incelendiğinde; yarar algısı puan ortalamasının, eğitim öncesinde 17.47

$\pm 4.50$  olduğu bulunmuşken, eğitim sonrasında  $21.02 \pm 2.20$ 'ye yükseldiği, eğitim öncesine göre sonrasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6), ( $t = 8.25, p < 0.05$ ).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Merey'in (2002) yaptığı çalışmada, KKMM eğitimi alan kadınların yarar algısında anlamlı bir artış olduğu tespit edilmiştir. Elik (2006) tarafından yapılan çalışmada, KKMM eğitimi verilen grubun eğitim öncesi ve sonrası değerleri açısından, yarar algısında eğitim sonrasında anlamlı bir yükselme olduğunu saptanmıştır. İzmir'de üniversite öğrencilerinde Karayurt ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada da, akran eğitimi ve grup eğitimi verilen öğrencilerin eğitim sonrası yarar algısında önemli bir yükselme olduğu belirlenmiştir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise Jane Lu (2001), KKMM eğitimi verilen kuaförlerin yarar algısında eğitim sonrasında anlamlı ölçüde artış olduğunu bulmuştur. Umeh ve Rogan-Gibson'un (2001) yaptıkları çalışmada, KKMM ile ilgili yarar algısı arttıkça, KKMM sıklığının da arttığı tespit edilmiştir. Graham'ın (2002) çalışmasında da, KKMM ile sağlık inançları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, yarar algısı ile KKMM sıklığı arasında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Petro-Nustus ve Mikhail'in (2002) çalışmasında ise yarar algısı ile KKMM arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar ile araştırma bulgumuz benzerlik göstermektedir. KKMM ile ilgili verilen planlı eğitimin, kadınların yarar algılarını artırdığı bulunmuştur. Eğitimde kullanılan anlatım yönteminde, KKMM'nin kadınlara sağladığı yararlar ile ilgili bilgilendirmenin, sonucu olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Yarar algısına yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, yaş grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.8, 4.10, 4.12, 4.14, 4.16, 4.18), ( $p > 0.05$ ). Ancak yarar algısında, grupların tamamında görülen eğitim sonrasındaki artış dikkat çekicidir. Bu durumda eğitimde farklı yöntemlerin kullanılmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Yarar algısına yönelik, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.20, 4.22), ( $p > 0.05$ ). Bu durumun, eğitimde

KKMM'nin meme kanserinin erken tanısı için sağladığı yararlar ile ilgili bilgilendirmeden ve bunun izlem süresi sonunda tekrarlanması kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak her iki değişken açısından da, gruplarda yarar algısında bir artma söz konusudur.

SİM ölçeği alt boyutlarından bir başkası olan engel algısı, bireyin KKMM'yi yapmasını engelleyen durumlar (bilgisizlik, kanser korkusu, unutkanlık, uygulama zamanı bulunmaması ve memeye dokunmaktan korkma gibi) ile ilgilidir. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, engel algısına etkisi değerlendirildiğinde; eğitim öncesinde  $29.08 \pm 6.85$  olan puan ortalamasının, eğitim sonrasında  $21.57 \pm 3.69$ 'a düştüğü, eğitimle görülen bu farkın önemli olduğu bulunmuştur ( Tablo 4.6), ( $t = 11.73$ ,  $p < 0.05$ ).

Ülkemizde Merey'in (2002) çalışmasında, KKMM ile ilgili eğitim alan kadınların engel algısında eğitim sonrasında önemli bir azalma olduğu tespit edilmiştir. Elik'in (2006) yaptığı çalışmada ise KKMM eğitimi verilen grubun, eğitim öncesi ve sonrası değerleri açısından engel algısında, eğitim sonrasında anlamlı bir azalma olduğunu belirlemiştir. Karayurt ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan araştırmada da, akran ve grup eğitimi sonrasında, öğrencilerin engel algısında önemli bir azalma olduğu saptanmıştır.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise Jane Lu (2001) tarafından, kuaförlerin yapılan eğitim sonrasında engel algılarında anlamlı bir azalma olduğu bulunmuştur. Ashton ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında, KKMM açısından engel algısının azaldığı durumda, KKMM uygulama sıklığının arttığı belirlenmiştir. Petro-Nustus ve Mikhail'in (2002) çalışmasında, benzer şekilde engel algısında azalmanın KKMM sıklığını artırdığı tespit edilmiştir. Rao ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada ise eğitim sonrası kadınların engel algısında azalma olduğu, bu durumun KKMM uygulama sıklığını artırdığı saptanmıştır. Mason ve White (2008) tarafından yapılan araştırmada da, engel algısı KKMM yapmayı etkileyen en önemli değişkenlerden birisi olarak bulunmuştur.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuç, yapılan çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Yapılan eğitimde; demonstrasyon yöntemi ile KKMM'nin doğru yapılana kadar tekrarının, anlatım yöntemi ile de KKMM'nin erken tanındaki yeri ve önemi hakkında diğer tanı yöntemleri ile ilişkilendirilerek verilen bilgilerin sonucu olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Aynı zamanda KKMM ile ilgili Rao ve arkadaşları (2005) tarafından tanımlanan (zaman alma, risk olmadığında uygulama gereksiniminin de olmaması, unutma)

engellerin azaltılmasına yönelik, kadınlara pozitif bildirimler verilmesi ve algıda değişiklik sağlanmaya çalışılması da engel algısının azalmasında etkili olabilir.

Engel algısına yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, yaş grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.8, 4.10, 4.12, 4.14, 4.16, 4.18), ( $p > 0.05$ ). Ancak grupların tümünde engel algısında eğitim sonrasında azalma olması ilgi çekicidir. Bu durumda eğitimde farklı yöntemlerin kullanılmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda sosyodemografik değişkenlerin tümü için, KKMM ile ilgili tanımlanan engeller farklılık göstermemiş de olabilir. Engel algısı için eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; ortalamalar arasındaki farkın önemli olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.20, 4.22), ( $p > 0.05$ ). Bu durumun, eğitim faaliyetinde kadınların tümü için tanımlanabilen engellerin azaltılmasına yönelik olumlu etkileşimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak her iki değişken açısından da, gruplarda engel algısında azalmanın olması uygulama açısından olumlu olarak değerlendirilebilir.

SİM ölçeği alt boyutlarından 5.'si olan güven algısı, KKMM'nin başarılı bir şekilde yapılabileceğine olan inançla ilgilidir. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, güven algısına etkisi incelendiğinde; puan ortalamasının eğitim öncesinde  $30.70 \pm 7.87$  olduğu belirlenmişken, eğitim sonrasında  $40.20 \pm 3.60$ 'a anlamlı ölçüde yükseldiği tespit edilmiştir (Tablo 4.6), ( $t = 12.82, p < 0.05$ ).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Aydın (2004) yaptığı çalışmada, meme maketiyle eğitim verilen öğretmenlerin, eğitim sonrasında güven algısında anlamlı bir artış olduğunu belirlemiştir. Elik (2006) tarafından yapılan çalışmada; KKMM eğitimi verilen grubun eğitim öncesi ve sonrası değerleri açısından güven algısında, eğitim sonrasında önemli bir yükselme olduğunu saptanmıştır. Karayurt'un (2008) çalışmasında da, akran eğitimi ve grup eğitiminden sonra öğrencilerin güven algısının anlamlı şekilde

arttığı bulunmuştur. Hacıhasanoğlu ve Gözüm (2008) tarafından yapılan araştırmada ise eğitim sonrasında kadınların güven algısında önemli bir artma olduğu tespit edilmiştir.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda da Attia ve arkadaşları (1997), yaptıkları eğitim çalışmasından sonra KKMM'ni etkili olarak yapabildiğini düşünen kadınların oranında anlamlı bir artış olduğunu saptamıştır. Jane Lu (2001) çalışmasında, kuaförlerin yapılan eğitim sonrasında güven algısında önemli bir artış olduğunu belirlemiştir. Petro-Nustus ve Mikhail'in (2002) yaptığı çalışmada ise KKMM güven algısı arttıkça, KKMM sıklığının da arttığı bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar, sonucumuzu destekler niteliktedir. Güven algısının artışında; demonstrasyon yöntemi ile yapılan bire bir uygulamaların, araştırma sürecinde kadınlara uygulanan KMM'nin, herhangi bir risk belirlediklerine hangi kurumlardan, nasıl yararlanacakları ile ilgili bilgilendirmenin ve sağlık personeli bulunan kurumlarda personelle yapılan işbirliğinin bu durum üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Güven algısına yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, yaş grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.8, 4.10, 4.12, 4.14, 4.16, 4.18), ( $p > 0.05$ ). Ancak grupların tamamında, güven algısında eğitim sonrasındaki görülen artış dikkat çekicidir. Bu durumda eğitimde kullanılan yöntemler ile birlikte, kadınlara KMM yapılmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Güven algısına yönelik, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; KKMM eğitimi almayan ve KKMM uygulamayan grupta ortalamalar arasındaki farkın önemli şekilde arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.20, 4.22), ( $p < 0.05$ ). Bu durumun, KKMM eğitimi öncesinde güven algısının eğitim alan ve KKMM uygulayan grupta, eğitim almayan ve KKMM uygulamayan gruba göre belirli bir düzeyde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak her iki değişken açısından da, gruplarda güven algısında artma oluşu da dikkat çekicidir. Bunun yanı sıra eğitim alan ve muayeneyi yapan grupta periyodik değerlendirme çalışmalarının olmayışı da güven algılarını etkilemiş olabilir.



SİM ölçeği alt boyutlarından sonuncusu olan sağlık motivasyonu algısı, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için genel niyet, isteklilik durumu ile ilgilidir. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, sağlık motivasyonu algısına etkisi değerlendirildiğinde; eğitim öncesi  $23.45 \pm 6.36$  olan puan ortalamasının eğitim sonrasında  $26.96 \pm 3.46$ 'ya yükseldiği, eğitim öncesi ve sonrasındaki değerler arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6), ( $t = 5.96, p < 0.05$ ).

Ülkemizde Merey'in (2002) çalışmasında, KKMM ile ilgili eğitim alan kadınların sağlık motivasyonu algısında eğitim sonrasında anlamlı bir artış olduğu tespit edilmiştir. Elik (2006) tarafından yapılan çalışmada; KKMM eğitimi verilen grubun eğitim öncesi ve sonrası değerleri açısından sağlık motivasyonu algısında, eğitim sonrasında önemli bir yükselme olduğunu belirlenmiştir. Hacıhasanoğlu ve Gözüm'ün (2008) çalışmasında ise eğitim sonrasında kadınların sağlıkla ilgili risk algılamaları ile sağlık motivasyonu algısında önemli bir artma olduğu bulunmuştur.

Chuntharapat ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada da, perimenopozal dönemdeki kadınlarda eğitim sonrası sağlık motivasyonu algısında artma olduğu ve bu durumun KKMM uygulama sıklığını artırdığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızın bulguları, KKMM ile ilgili verilen planlı eğitimin kadınların sağlık inançlarını olumlu yönde etkileyeceğine ilişkin hipotezimizi desteklemektedir. Yapılan çalışmalar da, araştırmamızdaki sonuçla benzerlik göstermektedir. Bu sonucun, eğitim öncesinde kadınların risklerinin değerlendirilmesinde BKİ hesaplaması ve eğitimde meme kanserinden korunmak için verilen bilgiler nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bunların yanı sıra, sağlıkla ilgili müdahalelerin bireyin tek bir yönünü etkilememesi, bütününe ilgilendirmesi nedeniyle de olabilir.

Sağlık motivasyonu algısına yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, yaş grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.8, 4.10, 4.12, 4.14, 4.16, 4.18), ( $p > 0.05$ ). Ancak grupların tamamında eğitim sonrasında bir artma oluşu dikkat çekicidir. Bu durumda, eğitim faaliyetleri gerçekleştirilirken sağlanan grup etkileşiminin etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı

zamanda sosyodemografik değişkenlerin tümü için, KKMM ile ilgili tanımlanan sağlık motivasyonu kriterleri (erken tanı isteği, sağlığı sürdürmeye verilen önem, sağlığı geliştirmek için yeni bilgiler araştırma, sağlığı geliştirecek aktivitelere verilen önem, dengeli beslenme, egzersiz, sağlık kontrollerine gösterilen hassasiyet) değişiklik göstermemiş de olabilir. Bununla birlikte, sağlık motivasyonu algısı için eğitim öncesi puanlar ile eğitim sonrası puanlar arasındaki fark, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; ortalamalar arasındaki fark önemli bulunmamıştır (Tablo 4.20, 4.22), ( $p > 0.05$ ). Bu durumun, önceki eğitimlerde meme sağlığının sürdürülmesi için erken tanı ve korunma önlemlerine yeterince değinilmemesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Ancak her iki değişken açısından da, gruplarda sağlık motivasyonu algısında artış görülmesi uygulama açısından olumlu olarak değerlendirilebilir. Bunun dışında kadınlarla kurulan etkileşim sırasında, sağlığı koruyucu davranışlara olan yüksek ilginin sonuçların gruplarda benzer olmasını etkilediği düşünülebilir.

Araştırmamızda; kadın bütüncül olarak değerlendirildiği için, kadınlara verilen KKMM eğitimi sadece meme kanseri ve meme muayenesi ile ilişkilendirilmemiş, aynı zamanda genel anlamda kadının sağlık algısına yaptığı etkiler açısından da değerlendirme yapılmıştır. Çünkü eğitim müdahalelerinin, kişinin sadece sağlığının özel bir bölümünü etkilemediği düşünülmektedir. Bununla birlikte, kişinin sağlık algısı da yapılan müdahaleleri etkileyebilmektedir. Bu amaçla araştırmamızda, SİM ölçeği yanında, NHP ölçeği ile de ilgili değerlendirmeler yer almaktadır. NHP ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar 0-100 arasında değiştirdiğinden, verilen bazı sonuçlarda, ortalamalardan daha yüksek değerde standart sapmalar olduğu görülmektedir. Bu nedenle yapılan yorumlamalarda, ortalamalar ile birlikte olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı da dikkate alınmıştır. Ölçekle ilgili yapılan değerlendirmelerde, ölçeğin kestirim noktası olmadığı için, alınan puanın “100”e yakın olması durumunda negatif sağlık algısı, “0”a yakın olması durumunda pozitif sağlık algısı ve “0” olması durumunda ise mükemmel sağlık algısı söz konusu olmaktadır.

Diğer taraftan, NHP ölçeği ve KKMM eğitimi ile ilişkilendirilen herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bunun için, NHP ölçeğinde yer alan boyutlar değerlendirilmeden önce, karşılaştırmalarda öngörü sağlaması açısından bazı çalışmalardan elde edilen kadınların sağlık algılama düzeyleri verilecektir. Boyutların değişkenlerle karşılaştırılmasında ise kadınlarla ilgili boyut puan ortalamalarının yer aldığı kesitsel bir çalışmanın sonuçları kullanılacaktır. Şenol (2006) tarafından yapılan bu çalışma, Kayseri il merkezinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın kadın grubu, 15 yaş ve üzerinde olan 716 kadından oluşmaktadır.

Sağlık algısıyla ilgili ülkemizde, Erengin ve Dedeoğlu (1997) yaptıkları çalışmada; kadınların sağlığını olumsuz olarak ifade etme oranının % 41.9 olduğunu belirlenmiştir. Belek (1998) tarafından yapılan çalışmada, kadınların olumsuz sağlık algılamalarının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Uzanti'nin (1999) çalışmasında, kadınların genel sağlık durumunu olumsuz olarak ifade etme durumunun yüksek olduğu (% 55.5) tespit edilmiştir. Kartal ve Özsoy (2004) tarafından yapılan çalışmada, kadınların sağlık algısını “kötü” olarak değerlendirme oranı % 67.9 olarak belirlenmiştir. Çapık'ın (2006) Kars'ta yaptığı çalışmasında, kadınların sağlığını “kötü-orta” olarak tanımlama düzeyi % 60.7 olarak tespit edilmiştir. Şenol'un (2006) Kayseri'de yaptığı çalışmada ise kadınların % 51'inin genel sağlık durumunu “kötü” olarak tanımladığı saptanmıştır.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise Fernandez ve Leon (1996) tarafından İspanya'da yapılan çalışmada, kadınların % 37.5'inin sağlık durumlarını “orta-kötü” olarak belirttikleri belirlenmiştir. Seculi ve arkadaşları'nın (2001) İspanya'da yaptıkları çalışmada, kadınların olumsuz sağlık algısı oranı % 57.3 olarak tespit edilmiştir. Gilmore ve arkadaşlarının ise Ukrayna'da yaptıkları çalışmada, kadınların % 43'ünün sağlıklarını “kötü/çok kötü” olarak tanımladıkları saptanmıştır.

NHP ölçeği alt boyutlarından birisi olan enerji, yaşam enerjisinde meydana gelen tükenme, yaşamsal olaylarda çaba harcanmasının gerekliliği ve yorgunluk ifadeleriyle ilgili değerlendirmelerden oluşmaktadır. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, enerji boyutuna etkisi incelendiğinde; puan ortalaması eğitim öncesinde  $61.10 \pm 33.95$  iken, eğitim sonrasında  $47.83 \pm 36.25$ 'e düştüğü, aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7),

( $Z = 3.88$ ,  $p < 0.05$ ). Enerji boyutu için, olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı, eğitim öncesinde 44 (% 40.7) iken, eğitim sonrasında bu sayının 61'e (% 56.5) yükseldiği saptanmıştır.

NHP boyutları bazında durum değerlendirildiğine; Şenol'un (2006) çalışmasında, kadınlarda algılanan sağlık açısından enerji boyutunda puan ortalamasının ( $57.9 \pm 40.5$ ) yüksek olduğu bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda da, Şenol'un (2006) çalışmasında olduğu gibi eğitim öncesinde kadınların enerji boyutundaki puan ortalaması yüksektir. Dolayısıyla, negatif bir sağlık algılaması söz konusudur. Eğitim öncesi puan ortalaması ise eğitim sonrasında anlamlı şekilde düşerek, sağlık algısını belirli oranda pozitiflemiştir. Enerji boyutunda; özellikle tükenme, yorulma, çaba harcama ifadelerindeki olumlu değişimin, gerek eğitim faaliyetlerinin doğasında yer alan etkileşimden, gerekse sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilendirmelerden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu anlamda, eğitim faaliyeti sağlık algısını olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Enerji boyutuna yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, yaş grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.9, 4.11, 4.13, 4.15, 4.17, 4.19), ( $p > 0.05$ ). Ancak grupların tamamında puan ortalaması yönünden, enerji boyutunda eğitim sonrasında azalma oluşu dikkat çekicidir. Bu durumun, sağlık inançlarındaki sağlık motivasyonu ile ilgili algının, kadınların tamamında artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Enerji boyutuna yönelik olarak, eğitim öncesi puanlar ile eğitim sonrası puanlar arasındaki fark, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.21, 4.23), ( $p > 0.05$ ). Bunun yanı sıra, her iki değişken açısından da, gruplarda enerji boyutunda bir azalma söz konusudur. Sağlıkla ilgili eğitimler ve uygulamalar periyodik değerlendirme süreci ile pekiştirildiğinde, algılanan sağlığı bütüncül olarak ve farklı düzeylerde etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu durumun, burada

söz konusu olan önceki eğitim ve uygulamaların periyodik değerlendirme boyutunun eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

NHP ölçeği alt boyutlarından bir diğeri olan ağrı, aktiviteler esnasında (merdiven inme/çıkma, ayakta durma, oturma, yürüme vb.) meydana gelen ağrı değerlendirmeleri ve ağrı zamanı (geceleri, sürekli gibi) ile ilgili değerlendirmelerden oluşmaktadır. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, ağrı boyutuna etkisi incelendiğinde; puan ortalaması eğitim öncesinde  $31.13 \pm 33.37$  ve eğitim sonrasında  $18.28 \pm 23.33$  olarak bulunmuş, aradaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ( Tablo 4.7), ( $Z = 5.07$ ,  $p < 0.05$ ). Ağrı boyutu için, olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı, eğitim öncesinde 54 (% 50) olarak bulunmuşken, eğitim sonrasında bu sayının 66'ya (% 61.1) yükseldiği belirlenmiştir.

Şenol'un (2006) çalışmasında ise kadınların ağrı boyutunda ( $35.1 \pm 35.4$ ) bizim araştırmamızdaki eğitim öncesi ortalama değerine yakın bir değer elde edilmiştir. Eğitim sonrası, ağrı boyutundaki puan ortalamasında görülen azalmanın, NHP ölçeğinin diğer boyutlarındaki olumlu değişimle ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Çünkü ağrı algısı, daha çok soyut bir biçimde ifade edilmektedir. Herhangi fiziksel bir rahatsızlık olmaması durumunda dahi, bireyler sağlığın diğer boyutlarındaki etkilenmeler nedeniyle subjektif ağrı değerlendirmesi yapabilmektedir. Aynı zamanda ortaya çıkan pozitif gelişme, eğitimin sürecinde oluşan olumlu iletişim ortamının etkisiyle ilişkilendirilebilir.

Ağrı boyutuna yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, yaş grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.9, 4.11, 4.13, 4.15, 4.17, 4.19), ( $p > 0.05$ ). Ancak grupların tamamında eğitim sonrasında bir azalma oluşu ilgi çekicidir. Bu durumda, sağlık inançlarındaki olumlu değişimin etkisi olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, ağrı boyutu için eğitim öncesi puanlar ile eğitim sonrası puanlar arasındaki fark, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; ortalamalar arasındaki fark önemli bulunmamıştır (Tablo 4.21, 4.23), ( $p > 0.05$ ). Bu durumun, eğitim faaliyetlerindeki olumlu etkileşimlerden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu nedenle her iki değişken açısından da, gruplarda ağrı

boyutu puan ortalamalarında azalma görüldüğü, uygulama açısından olumlu olarak değerlendirilebilir.

NHP ölçeği alt boyutlarından olan duygusal reaksiyonlar, içinde bulunulan duygusal durumun kişiye (sinirlenme, öfkelenme, keyfi kaçmış şekilde uyanma, hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünme gibi) olan etkileri ile ilgili değerlendirmelerden oluşmaktadır. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, duygusal reaksiyonlar alt boyutuna etkisi incelendiğinde; eğitim öncesinde  $40.60 \pm 27.52$  olan puan ortalamasının,  $33.74 \pm 25.27$ 'ye anlamlı ölçüde düştüğü tespit edilmiştir (Tablo 4.7), ( $Z = 4.91$ ,  $p < 0.05$ ). Duygusal reaksiyonlar boyutu için, olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı, eğitim öncesinde 43 (% 39.8) iken, eğitim sonrasında bu sayının 65'e (% 60.2) yükseldiği belirlenmiştir.

Şenol (2006) tarafından yapılan çalışmada kadınların duygusal reaksiyonlar puan ortalaması ( $45.7 \pm 32.8$ ), araştırmamızda eğitim öncesi elde ettiğimiz ortalamaya yakın bir değerdedir. Eğitim faaliyetlerindeki sosyal etkileşim ve paylaşımların duygusal reaksiyonlar alanındaki olumlu değişime neden olduğu düşünülmektedir. Kadınlar doğal yapıları gereği, yaşamlarında gelişen her tür olumlu ya da olumsuz değişimden duygusal olarak daha kolay etkilenmektedir. Bu etkilenimlerin sosyal paylaşımlarla ve sağlıkla ilgili diğer alanların olumlu etkilenmesiyle azalması mümkün olabilir.

Duygusal reaksiyonlar boyutuna yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, yaş grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.9, 4.11, 4.13, 4.15, 4.17, 4.19), ( $p > 0.05$ ). Ancak grupların tamamında duygusal reaksiyonlar boyutunda eğitim sonrasında azalma oluşu dikkat çekicidir. Bu durumun, eğitim faaliyetinin küçük gruplarla yürütülmesinden ve drama yönteminde kadınların duygusal reaksiyonlarının çoğunluğunu dışa vurmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Duygusal reaksiyonlar boyutuna yönelik olarak, eğitim öncesi puanlar ile eğitim sonrası puanlar arasındaki fark, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.21, 4.23), ( $p > 0.05$ ). Ancak her iki değişken açısından da,

gruplarda duygusal reaksiyonlar boyutunda herhangi bir artış söz konusu değildir. Eğitim faaliyetlerinde kadınların duygusal anlamda yaşadıklarını grupla paylaşımlarının sonucu etkilediği düşünülebilir.

NHP ölçeği alt boyutlarından bir başkası olan uyku, erken saatlerde istemeden uyanma, uykuya dalmanın uzun sürmesi, geceleri iyi uyuyamama, uyumaya yardımcı olması için ilaç kullanma ve gecenin büyük bir kısmında uyanık olma durumu ile ilgili değerlendirmelerden oluşmaktadır. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, uyku boyutuna etkisi incelendiğinde; uyku alt boyutu puan ortalaması eğitim öncesinde  $34.62 \pm 31.24$  iken, eğitim sonrasında  $23.14 \pm 26.39$  olduğu tespit edilmiştir. Uyku alt boyutunda eğitim öncesi ve sonrası belirlenen farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7), ( $Z = 4.44$ ,  $p < 0.05$ ). Uyku boyutu için, olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı, eğitim öncesinde 60 (% 55.6) olarak bulunmuşken, eğitim sonrasında bu sayının 75'e (% 69.4) yükseldiği belirlenmiştir.

Şenol'un (2006) çalışmasında ise kadınların uyku boyutunda ( $31.7 \pm 30.4$ ) bizim araştırmamızdaki eğitim öncesi ortalama değerine yakın bir değer elde edilmiştir. Cezaevi'ndeki kadınlarda uyku puan ortalamasının eğitim öncesinde yüksek olması çalışmamızdaki ortalamayı bir miktar artırmıştır (Tablo 4.9). Genel anlamda uyku boyutunda görülen bu değişimin, duygusal reaksiyonlar alanındaki olumlu etkilenmeden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü duygusal alandaki olumsuzluklar, fiziksel koşullar ne kadar elverişli olursa olsun uyku alanını olumsuz etkileyebilir.

Uyku boyutuna yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, yaş grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.9, 4.11, 4.13, 4.15, 4.17, 4.19), ( $p > 0.05$ ). Ancak grupların tamamında eğitim sonrasında bir azalma oluşu ilgi çekicidir. Bu durumu, kadınların tamamında duygusal reaksiyonlardaki olumlu değişimin etkileyebileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, uyku boyutu için eğitim öncesi puanlar ile eğitim sonrası puanlar arasındaki fark, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; ortalamalar arasındaki

fark önemli bulunmamıştır (Tablo 4.21, 4.23), ( $p > 0.05$ ). Ancak, gruplarda uyku boyutu puan ortalamalarında azalma oluşu uygulama açısından olumlu olarak değerlendirilebilir.

NHP ölçeği alt boyutlarından olan sosyal izolasyon, insanlarla geçinmenin güçlüğü, iletişim kurarken zorlanma, yakın hissedilecek kimselerin varlığı, kendini yalnız hissetme ve insanlara yük olunduğu düşüncesi ile ilgili değerlendirmelerden oluşmaktadır. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, sosyal izolasyon alt boyutuna etkisi incelendiğinde; eğitim öncesinde  $20.18 \pm 26.86$  olan puan ortalamasının, eğitim sonrasında  $15.37 \pm 21.80$  olduğu bulunmuş, aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7), ( $Z = 2.52$ ,  $p < 0.05$ ). Sosyal izolasyon boyutu için, olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı, eğitim öncesinde 54 (% 50) iken, eğitim sonrasında bu sayının 61'e (% 56.5) yükseldiği bulunmuştur.

Şenol (2006) tarafından yapılan çalışmada kadınların sosyal izolasyon puan ortalaması ( $23.5 \pm 28.2$ ), araştırmamızda eğitim öncesi elde ettiğimiz ortalamaya yakın bir değerdedir. Eğitim faaliyetlerdeki sosyal etkileşim ve paylaşımlar sosyal izolasyon alanında olumlu değişime neden olmuş olabilir. Aynı zamanda araştırma süresince aralıklı olarak kadınlarla 6 kez görüşülmüş olmasının, kadınların drama etkinliklerinde kaynaştırma çalışmaları ile birbirlerinin farklı özelliklerini tanımalarının ve demonstrasyon aşamasında ise gerek grup içerisinde, gerekse birebir düzeyde olumlu bir iletişim ortamı oluşmasının sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Sosyal izolasyon boyutuna yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark çeşitli değişkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, yaş grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.9, 4.11, 4.13, 4.15, 4.19), ( $p > 0.05$ ). Ancak sadece çalışanlarda sosyal izolasyon alt boyutunda eğitim sonrasında bir yükselme oluşu, diğer gruplarda yükselme olmayışı dikkat çekicidir (Tablo 4.17). Çalışan grupta ortaya çıkan artışın, iş yoğunluğu ve sadece mesleki iletişim kurmak ile ilgili olduğu düşünülebilir. Diğer yandan öteki gruplarda ortaya çıkan durumun ise araştırma grubu ile eğitim faaliyetleri sırasında oluşturulan olumlu bir iletişim ortamından kaynaklandığını söylemek mümkündür. Sosyal izolasyon boyutuna yönelik olarak, eğitim öncesi puanlar ile eğitim sonrası puanlar arasındaki fark, KKMM



eğitimi alma durumuna göre anlamlı bulunmazken, son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde, ortalamalar arasındaki fark anlamlı olarak belirlenmiştir (Tablo 4.21, 4.23), (Sırasıyla  $p > 0.05$ ,  $p < 0.05$ ). KKMM eğitimi alması bakımından kadınların tamamında sosyal izolasyon boyutunda eğitim sonrası puan ortalamasında azalma söz konusudur. Ancak KKMM yapan grupta sosyal izolasyon boyutunda puan ortalamasında anlamlı lde yükselme görülmektedir (Tablo 4.23). Bu durumun, kadınların bireysel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

NHP leği alt boyutlarından sonuncusu olan fiziksel hareketlilik, bir şeylere uzanırken zorluk çekme, eğilirken zorlanma, merdiven inerken ve çıkarken güçlük yaşama, uzun süre ayakta duramama, sadece ev içinde yürüyebilme, giyinirken zorlanma, dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyma, hiç yürüyememe ile ilgili değerlendirmelerden oluşmaktadır. KKMM ile ilgili yapılan eğitimin, fiziksel hareketlilik boyutuna etkisi incelendiğinde; fiziksel hareketlilik alt boyutu puan ortalaması eğitim öncesinde  $20.94 \pm 22.91$ 'den,  $12.50 \pm 14.70$ 'e düştüğü, eğitim öncesi ve sonrasındaki değerler arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7), ( $Z = 4.76$ ,  $p < 0.05$ ). Fiziksel hareketlilik boyutu için, olumlu sağlık algısı ifade eden kadın sayısı eğitim öncesinde 62 (% 57.4) olarak bulunmuşken, eğitim sonrasında bu sayının 74'e (% 68.5) yükseldiği belirlenmiştir.

şenol'un (2006) alışmasında ise kadınların fiziksel hareketlilik boyutunda ( $24.6 \pm 24.9$ ), bizim araştırmamızdaki eğitim öncesi ortalama değerine yakın bir değer elde edilmiştir. Fiziksel hareketlilik ile ilgili olumlu değişimi, daha çok enerji ve ağrı boyutu ile ilgili olan değişimlere bağlamak mümkündür. Çünkü kadınlar fiziksel hareketlilik boyutu ile ilgili günlük hayatta, sıklıkla merdiven çıkarken güçlük yaşama, uzun süre ayakta duramama ve eğilirken zorlanma problemleri ifade etmiştir. Diğer yandan kadınlar, drama etkinliklerinde kullanılan ısınma ve rahatlama çalışmalarını günlük hayatlarında da kullandıklarını belirtmişlerdir. Bunun sonucu olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Fiziksel hareketlilik boyutuna yönelik olarak, eğitim öncesi puan ortalamaları ile eğitim sonrası puan ortalamaları arasındaki fark, çeşitli değerkenlerle ilişkilendirildiğinde; çalışma grupları, medeni durum, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve öğrenim durumu açısından ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.9, 4.13,

4.15, 4.19), ( $p > 0.05$ ). Ancak grupların tamamında eğitim sonrasında bir azalma oluşu ilgi çekicidir. Bu durumu enerji ve ağrı boyutlarındaki olumlu değişimlerle açıklamak mümkündür. Bununla birlikte 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda, 18-29 yaş grubundaki kadınlara göre fiziksel hareketlilik boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Bu durumun ise artan yaş ile birlikte kültürel olarak daha az fiziksel aktivite yapılmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan, fiziksel hareketlilik boyutu için eğitim öncesi puanlar ile eğitim sonrası puanlar arasındaki fark, KKMM eğitimi alma ve son bir yıl içerisinde KKMM yapma durumu ile ilişkilendirildiğinde; ortalamalar arasındaki fark önemli bulunmamıştır (Tablo 4.21, 4.23), ( $p > 0.05$ ). Bu durumun, kadınların sağlık inançları, sağlık algıları ile ilgili olumlu değerlendirmelerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle her iki değişken açısından da, gruplarda fiziksel hareketlilik boyutu puan ortalamalarında azalma görülüşü, uygulama açısından olumlu olarak değerlendirilebilir.

Araştırmamızda eğitim faaliyetinin kadınların sağlık inançlarına, algılan sağlık durumlarına etkileri yanında, eğitim öncesi ve sonrası sağlık durumunun günlük yaşam aktivitelerine olumsuz etkileri de değerlendirilmiştir.

Buna göre kadınların, mevcut sağlık durumlarının iş yaşamlarına olumsuz etkisi açısından, eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.24), ( $p > 0.05$ ). Bu durumun, iş yaşamı açısından değerlendirmelerde, ev hanımlarının da kendilerini “ücretsiz işçi” olarak değerlendirip seçenekleri işaretlemelerinden ve değerlendirmeye alınmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer yandan kişilerin sağlık algıları olumlu olsa da, iş koşulları nedeniyle sağlık durumları ve sağlıkları nedeniyle de durumsal olarak iş yaşamları döngüsel şekilde etkilenebilmektedir.

Kadınların mevcut sağlık durumlarının ev işi yapmalarına olumsuz etkisi bakımından, eğitim öncesine göre eğitim sonrasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.25), ( $p > 0.05$ ). Bu durumun kadınların her sağlık koşulunda ev işi

yapmasıyla ilgili olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda olumlu olan sağlık algısıyla daha fazla ev işi yapılmaya çalışılması da bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir.

Mevcut sağlık durumlarının kadınların sosyal yaşamlarına olumsuz etkisi açısından, eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında önemli bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.26), ( $p < 0.05$ ). Bu olumlu durumun, gerek eğitim faaliyetlerinin dinamiğinden, gerekse eğitim sürecindeki değerlendirme çalışmasının kadınların sosyal yaşamlarında meydana getirdiği hareketlilikten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların mevcut sağlık durumlarının ev yaşamlarına etkisi bakımından, eğitim öncesine göre eğitim sonrasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.27), ( $p < 0.05$ ). Olumlu yönde gelişen bu farkın, pozitif sağlık algısının ev yaşamına aktarılması nedeniyle ortaya çıktığı düşünülebilir.

Mevcut sağlık durumlarının kadınların cinsel yaşamlarına olumsuz etkisi açısından, eğitim öncesine göre, eğitim sonrasında önemli bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.28), ( $p > 0.05$ ). Cinsel yaşam ile ilgili olumsuz etkileri kişilere özgü bilgilendirme ve müdahalelerle çözmek mümkün olduğundan, böyle bir sonucun ortaya çıkması doğal olabilir.

Kadınların mevcut sağlık durumlarının ilgi ve hobilerine olumsuz etkisi bakımından, eğitim öncesine göre eğitim sonrasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.29), ( $p < 0.05$ ). Olumlu olan bu farkın, pozitif sağlık algısı nedeniyle kadınların ilgi ve hobilere daha fazla zaman ayırmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Aynı zamanda eğitim faaliyetlerini de, kadınlar ilgi ve hobi olarak değerlendirmiş olabilir.

Mevcut sağlık durumlarının kadınların tatillerine olumsuz etkisi bakımından, eğitim öncesine göre eğitim sonrasında önemli bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.30), ( $p < 0.05$ ). Bu durumun pozitif sağlık algısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili verilen planlı eğitimin kadınların sağlık inançlarına ve algılanan sağlık durumlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Araştırma grubuna alınan kadınların;

- Meme kanserinde erken tanıya yönelik davranışlar açısından, KKMM yapma, klinik meme muayenesi (KMM) yaptırma ve mamografi çekirme oranlarının düşük düzeyde olduğu,
- Eğitim öncesinde, meme muayenesi eğitimi alma oranının istenilen düzeyde olmadığı,
- Meme muayenesi ile ilgili bilgi kaynaklarının, başta sağlık personeli olmak üzere, medya ve yazılı materyaller olduğu,
- Eğitim faaliyeti sonrasında, Sağlık İnanç Modeli (SİM) ölçeği alt boyutlarından olan duyarlılık, ciddiye, yarar, güven ve sağlık motivasyonu algılarında olumlu yönde anlamlı bir artış olduğu,
- Eğitim girişimi sonunda, SİM ölçeği alt boyutlarından olan engel algısının olumlu yönde değişerek, önemli ölçüde azaldığı,
- Eğitim faaliyeti sonrasında, Nottingham Sağlık Profili (NHP) ölçeği alt boyutlarından olan enerji, ağrı, duygusal reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon ve fiziksel hareketlilik boyutlarında olumlu sağlık algısı yönünde anlamlı bir artış olduğu,
- Sağlık durumlarının günlük yaşam aktivitelerine olumsuz etkileri bakımından, eğitim girişimi sonrasında sosyal yaşam, ev yaşamı, ilgi ve hobiler ile tatillerin sağlık durumundan olumsuz etkilenimlerinin önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Meme muayenesi ile ilgili eğitimlerde; kadınların sağlık inançları ile sağlık algılarının göz önünde bulundurulması ve eğitim programlarının bu doğrultuda hazırlanması,
- Meme muayenesi ile ilgili eğitim amacının sadece bilgilendirme değil, aynı zamanda bilinçlendirme olarak belirlenmesi,
- KKMM ile ilgili eğitimlerin, meme kanserinin erken tanısında kullanılan diğer tanı yöntemleriyle ilişkilendirilerek verilmesi,
- Eğitimlerde farklı öğretim tekniklerinin bir arada kullanılması (drama, anlatım, demonstrasyon),
- Meme muayenesini doğru uygulayana kadar, kadınlarla etkili tekrarlar yapılması,
- Meme muayenesi ve diğer erken tanı yöntemlerinin kullanımında engellerin ortadan kaldırılması için, eğitim faaliyetlerinde periyodik izlemler yapılması,
- Eğitim sonrası yapılan izlemlerde, kadınların doğru yaptıkları uygulamaları pekiştirmek ve kendilerine güven duymalarını sağlamak için KMM yapılması, KMM’de sorun belirlenen kadınların uygun birimlere sevkinin sağlanması,
- Eğitim faaliyetlerinin sağlık algısıyla bütünleştirilmesi ve eğitim süresince kişilerin sağlık algılarının değerlendirilmesi,
- Kadınların meme muayenesi sırasında fark ettikleri sorunlarda başvuru yapacakları birimler hakkında bilgilendirilmesi,
- Eğitim veren sağlık personeliyle, kadınlar arasında etkin bir iletişim ağı oluşturulması (telefon vb),
- Eğitimde verilen bilgilerin, eğitim sonrasında etkin şekilde kullanılmasını sağlamak için mevcut sağlık bakım sisteminde de eğitimle aynı doğrultuda uygulama ve stratejiler geliştirilmesi,
- 20 yaşın üzerindeki bütün kadınların konu ile ilgili eğitilmesinin hedeflenmesi ve buna yönelik olarak eğitim planlarının hazırlanması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Abeloff, M. D., Wolff, A. C., Weber, B. L., Zaks, T. Z., Sacchini, Z., & McCormick, B. (2008). Cancer of the breast, Chapter: 95, Abeloff M. D., Armitage J. O., Niederhuber J. E., Kastan M. B., & McKenna W. G. (Eds.), *Abeloff: Abeloff's Clinical Oncology* (4th ed., pp: 1875-1934), Philadelphia: Churchill Livingstone Elseiver.
2. Abdel-Fattah, M., Zaki, A., Bassili, M., El-Shazly, M., & Tognoni, G. (2000). Breast self-examination practice and its impact on cancer diagnosis in Alexandria, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 6 (1), 34-40.
3. Abdel-Hadi, M. S. S. (2000), Breast cancer awareness among health professionals, *Annals Of Saudi Medicine*, 20 (2), 135-136.
4. Agars, J. & McMurray, A. (1993). An evaluation of comparative strategies for teaching breast self-examination, *Journal Of Advanced Nursing*, 10, 1595-1603.
5. Aksakoğlu, G. (2006). Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme, II. Baskı, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi.
6. Aksayan, S. & Gözüm, S. (1998). Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1), 35-41.
7. Altuncan, H., Akın, B., & Ege, E. (2008). 20-60 yaş arası kadınlarda kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 (2), 84-90.
8. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures (2004). Atlanta: American Cancer Society.
9. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures (2007). Atlanta: American Cancer Society.
10. Ashton, L., Karnilowicz, W., & Fooks, D. (2001). The incidence and belief structures associated with breast self-examination, *Social Behavior And Personality*, 29 (3), 223-230.
11. Aslan, F. E. & Gürkan, A. (2007). Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (2), 63-68.

12. Aslan, A. ve diğeri., (2007). Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin meme kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışları, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (3), 193-198.
13. Atasü, T. (2001). *Menopoz-Tedavisi ve Kanser*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
14. Atasü, T. & Şahmay, S. (1996). *Jinekoloji (Kadın Hastalıkları)*, İstanbul: Üniwersal Bilimsel Yayınları.
15. Attia, A. K., Abdel Rahman, D. A., Kamel L. I. (1997). Effect of an educational film on the health belief model and breast self-examination practice, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 3 (3), 435-443.
16. Attila, S. (2006). Kronik ve Dejeneratif Hastalıklarda Beslenme, Güler, Ç. & Akın, L. (Eds.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, (ss: 818-821), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
17. Austoker, J. (2003). Breast self-examination, *BMJ*, 326: 1-2.
18. Avcı, İ. A. & Keskin, T. (2005). Hemşire öğrencilerin kendi kendine meme muayenesine yönelik sağlık inançları, *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 22 (4), 146-150.
19. Aydemir, G. (1990). 15-49 yaş evli kadınların kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgileri, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (3), 1-9.
20. Aydın, İ. (2004). Meme Kanserinin Erken Tanısına Yönelik İki Farklı Eğitimin, Öğretmenlerin Meme Kanseri Taramalarındaki İnanç ve Davranışlarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum.
21. Aydınтуğ, S. (2004). Meme kanserinde erken tanı, *Sted*, 13 (6), 226-228.
22. Aykut, M., Ceyhan, O., Çetinkaya, F., Gün, İ., Günay, O., Öztürk Y., & Öztürk, A. (Çevr.). (2001). *Sağlık Eğitimi, Temel Sağlık Bakımında Sağlık Eğitimi El Kitabı*, (II. Baskı), Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları.
23. Azaiza, F. & Cohen, M. (2006). Health beliefs and rates of breast cancer screening among Arab women, *Journal Of Women's Health*, 15 (5), 520-529.
24. Baltaş, Z. (2000). *Sağlık Psikolojisi*, İstanbul: Remzi Kitabevi.
25. Baxter, N. (2001). Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer?, *CMAJ*, 164 (13), 1837-1846.

26. Brain, K., Norman, P., Gray, J., & Mansel, R. (1999). Anxiety and adherence to breast self-examination in women with a family history of breast cancer, *Pyschosomatic Medicine*, 61, 181-187.
27. Belek, İ. (1998). Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyoekonomik eşitsizlikler, *Toplum ve Hekim*, 13 (4), 293-296.
28. Beydağ, K. D. & Karaoğlan, H. (2007). Kendi kendine meme muayenesi eğitimin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2), 106-111.
29. Beyhun, N. E. ve diğer. (2004). 18 yaş üzeri kadınların meme kanseri risk faktörlerinin, bilgi düzeylerinin ve meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlarının belirlenmesi, *IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Kitabı*, (ss:334), Ankara.
30. Bilir, N. (2002). Sigara-kanser ilişkisi, *II. Uluslararası Katılımlı Beslenme, Çevre ve Kanser Sempozyumu, Bildiri Kitabı*, (ss: 48-49), Ankara.
31. Bilir, N. & Harmancı, H. (2002). Kanserden korunmada güncel yaklaşımlar, *VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Kitabı*, (ss: 147-152), Diyarbakır.
32. Bowling, A. (1992). Assessing needs and measuring patient satisfaction, *Nursing Time*, 88 (31), 31-34.
33. Boyce, J. (2007). Breast cancer, Chapter: 76, Rakel D. (Ed.), *Integrative medicine* (2th ed., pp: 821-835), Philadelphia: Saunders Elsevier.
34. Branch, L. G. (2004). Breast health, Chapter: 14, Youngkin E. K., & Davis M. S. (Eds.), *Women's health, a primary care clinical guide* (3rd ed., pp: 351-385), New Jersey: Pearson Education.
35. Bullough, B. & Bullough V. (1990). *Nursing in The Community*, Toronto: Mosby Company.
36. Burroughs, A. & Leifer, G. (2001). *Maternity Nursing an Introductory Text* (8th ed.), USA: W.B. Saunders Company.
37. Canbulat, N. (2006). Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançlarının İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.



38. Champion, V. L. (1985). Use of the health belief model in determining frequency of breast self-examination, *Research In Nursing & Health*, 8, 373-379.
39. Champion, V. L. & Miller, T. K. (1992). Variables related to breast self-examination model generation, *Psychology Of Women Quarterly*, 16, 81-96.
40. Chong, P. N., Krishnan, M., Hong, C. Y., & Swah, T. S. (2002). Knowledge and practice of breast cancer screening amongst public health nurses in Singapore, *Singapore Medical Journal*, 43 (10), 509-516.
41. Chuntharapat, S., Sripotchanart, W., & Phongthanasarn, J. (2004) Effects of health belief model instruction on breast self-examination compliance in perimenopausal women, *Songklanakarind Journal Of Nursing*, 20 (2), 123-138.
42. Cody, H. S. III. (2002). Current surgical management of breast cancer, *Current Opinion In Obstetrics And Gynecology*, 14, 45-52.
43. Cohen, M. (2002). First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping, and adherence to breast self-examination, *Behavioral Medicine*, 28 (1), 15-22.
44. Çadır, G. ve diğer., (2004). Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN: 1303-5134.
45. Çapık, C. (2006). Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
46. Değerli, Ü. & Bozfakıoğlu, Y. (Eds.). (2002). *Genel Cerrahi*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
47. Demirhan, H., Özen, İ., Bostancı, M., & Zincir, M. (2002). Pamukkale Üniversitesi Kredi ve Yurtlar Kurumu kız öğrencilerinde kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bir araştırma, *Sağlık ve Toplum*, 12 (3), 81-84.
48. Dickason, E. J., Silverman, B. L., & Schult, M. O. (1994). *Maternal-infant nursing care* (2nd ed.), USA: Mosby.

49. Dişçigil, G., Şensoy, N., Tekin, N., & Söylemez, A. (2007). Meme sağlığı: Ege Bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları, *Marmara Medical Journal*, 20 (1), 29-36.
50. DüNDAR, P. E., ÖZMEN, D., ÖZTÜRK, B., HASPOLAT, G., AKYILDIZ, F., ÇOBAN, S., & ÇAKIROĞLU, G. (2006). The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in rural area in Western Turkey, *BMC Cancer*, 6 (43), 1-9.
51. Ekici, E. & Utkualp, N. (2007). Kadın öğretim elemanlarının meme kanserine yönelik davranışları, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (3), 136-139.
52. Elik, Z. (2006). Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi, Kocaeli Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli.
53. Engin, A. (2000). *Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri*, Ankara: Atlas Kitapçılık Ltd. Şti.
54. Erengin, K. H. & Dedeoğlu, N. (1997) Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: Algılanan sağlık, *Toplum ve Hekim*, 12 (77), 11-15.
55. Feldman, J. G., Carter, A. C., Nicastri, A. D., & Hosat, S. T. (1981). Breast self-examination, relationship to stage of breast cancer at diagnosis, *Cancer*, 47 (11), 2740-2745.
56. Ferlay, J. et al. (2007). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006, *Annals Of Oncology*, 18 (3), 581-592.
57. Fernandez, K. & Leon, D. A. (1996). Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spain, *International Journal Of Epidemiology*, 25 (3), 593-603.
58. Foster, R. S. & Constanza, M. C. (1984). Breast self-examination practices and breast cancer survival, *Cancer*, 53 (4), 999-1005.
59. Fry, R. B. & Dunn, S. P. (2006). Effects of a psychosocial intervention on breast self-examination attitudes and behaviors, *Health Educational Research*, 21 (2), 287-295.
60. Funke, L., Kause-Bergmann, B., Pabst, R., & Nave, H. (2008). Prospective analysis of the long-term effect of teaching breast self-examination and breast awareness, *European Journal Of Cancer Care*, 17, 477-482.

61. Gaskie, S. & Nashelsky, J. (2005). Are breast self exams or clinical exams effective for screening breast cancer?, *Clinical Inquiries*, 54 (9), 803-804.
62. Gerçek, S., Duran, Ö., Yıldırım., G., Karayel, H., & Demirliçakmak, H. (2008). Kredi Yurtlar Kurumunda kalan kız öğrencilerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi sağlık inançları ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4 (3), 157-161.
63. Gilmore, A. B., McKee, M., & Rose, R. (2002). Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine, *Soc Sci Med*, 55 (12), 2177-2188.
64. Gölbaşı, Z., Kutlar, Z., & Akdeniz H. (2007). Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri/kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (2), 53-57.
65. Graham, M. E., Liggons, Y., & Hypolite, M. (2002). Health beliefs and self-breast examination in black women, *Journal Of Cultural Diversity*, 9 (2), 49-54.
66. Griff, S. K. & Dershaw, D. D. (2002). Breast cancer, Chapter: 16, Bragg G. D., Rubin P., & Hricak H. (Eds.), *Oncologic Imaging* (2nd ed., pp: 265-293), Philadelphia: W.B. Saunders Company.
67. Güler, E. N. (2006). Çevre ve kanser, *II. Ulusal Çevre Hekimliği Kongresi, Bildiri Kitabı*, (ss: 33-37), Ankara.
68. Güler, Ç. & Akın, L. (Eds.). (2006). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
69. Günal, S. Y. & Günal A. İ. (2000). 25-55 yaş çalışan kadınların meme kanserine yönelik davranışları, *Sağlık ve Toplum*, 10 (1), 21-24.
70. Güner, İ. C., Tetik, A., & Gönener, H. D. (2007). Kadınların kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 55-60.
71. Hacıhasanoğlu, R. & Gözüm, S. (2008). The effect of training on the knowledge levels and beliefs regarding breast-self examination on women attending a public education centre, *European Journal Of Oncology*, 12 (1), 58-64.

72. Haris, D. M., Miller, J. E., & Davis, D. M. (2003). Racial differences in breast cancer screening knowledge and compliance, *Journal Of The National Medical Association*, 95, 693-701.
73. Haydaroglu, A. (2007). Meme kanseri tarama yöntemleri, *Meme Sağlığı Dergisi*, 3 (2), 109-111.
74. Hoeman, S. P., Ku, Y. L., & Ohl, D. R. (1996). Health beliefs and early detection among Chinese women, *Western Journal Of Nursing Research*, 18 (5), 518-533.
75. Huguley, C. M., Brown, R. L., Greenberg, R. S., & Clark, W. S. (1988). Breast self-examination and survival from breast cancer, *Cancer*, 62 (7), 1389-1396.
76. Jane Lu, Z. (2001). Effectiveness of breast self-examination nursing interventions for Taiwanese community target groups, *Journal Of Advanced Nursing*, 34 (2), 163-170.
77. Jemal, A. et al. (2007), Cancer statistics, 2007, *Cancer J Clin*, 53, 47-66.
78. Kalaycı, G. (Ed.). (2002). *Genel Cerrahi, Cilt I*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
79. Karayurt, Ö. (2003). Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Türkiye İçin Uyarlanması Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Sıklığını Etkileyen Faktörler, Ege Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir.
80. Karayurt, Ö., Dicle, A., & Tuna-Malak, A. (2008). Effects of peer and group education on knowledge, beliefs and breast self-examination practice among university students in Turkey, *Turk J Med Sci*, 38, 1-8.
81. Kartal, A. & Altuğ Özsoy, S. (2004). 15 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde algılanan sağlık durumunun değerlendirilmesi, *Sağlık ve Toplum*, 14(1), 29-36.
82. Kılıç, S., Uçar, M., Seymen, E., İnce, S., Ergüvenli, Ö., Yıldırım, A., Portakal, N., & Kuru, N. (2006). Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması, *Gülhane Tıp Dergisi*, 48 (4), 200-204.
83. Klug, S. J., Hetzer, M., & Blettner, M. (2005). Screening for breast and cervical cancer in a large German city: Participation, motivation and knowledge of risk factors, *European Journal Of Public Health*, 15, 70-77.
84. Korde, L. A., Calzone, K. A., & Zujewski, J. (2005). Meme kanseri riskini değerlendirme, *Sendrom*, 116 (4), 21-28.

85. Kum, S., Göksu, A. U., Kelkitli, E., & Yücel, İ. (2004). Orta Karadeniz Bölgesi'nde kendi kendine meme muayene sıklığı ve etki eden faktörler, *Türk Onkoloji Dergisi*, 19 (19), 24-27.
86. Küçükdeveci, A. A. et al. (2000). The development on psychometric assesment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile, *Int J. Rehabil. Res.*, 23, 31-38.
87. Lee, C. Y., Kim, H. S., & Ham, O. (2000). Knowledge, practice and risk of breast cancer among rural women in Korea, *Nursing Health Sciences*, 2, 225-230.
88. Lester, S. C. (2004). The Breast, Chapter: 23, Kumar V., Fausto N., & Abbas A. K. (Eds.), *Robbins&Cotran Pathologic Basis of Disease* (7th ed., pp: 1129-1149), Philadelphia: Elsevier Saunders.
89. Mason, T. E. & White, K. M. (2008). The role of behavioral, normative and control beliefs in breast self-examination, *Women & Health*, 47 (3), 39-56.
90. McCready, T., Littlewood, D., & Jenkinson, J. (2005). Breast self-examination and breast awarenes: A literature review, *Journal Of Clinical Nursing*, 14, 570-578.
91. McPherson, K., Steel, C. M., & Dixon, J. M. (2000). Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics, *British Medical Journal*, 321, 624-628.
92. Merey, S. (2002). Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları, İstanbul Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
93. Modeste, N. N., Caleb-Drayton, V. L. & Montgomery, S. (1999). Barriers to early detection of breast cancer among women in a Caribbean population, *Pan Am J Puplic Health*, 5 (3), 152-156.
94. Moore-Higgs, G. J. (2000). Women and Cancer, *A Gynecologic Oncology Nursing Perspective* (2th ed.). USA: Jones And Bartlett Publishers.
95. Morrow, M. & Evers, K. (2008). The breast, Cameron J. L. (Ed.), *Current surgical therapy* (9th ed., pp: 646-684), Philadelphia: Mosby Elsevier.
96. Moss, S. M., Coleman, D. S., Chamberlain, J., Mapp, T. J, & UK Trial of Early Detection of Breast Cancer Group. (1999). 16 year mortality from breast cancer in the UK trial of early detection of breast cancer, *Lancet*, 353, 1909-1914.
97. Murray, S. S., McKinney, E. S. & Gorrie, T. M. (2002). *Foundations maternal-Newborn Nursing* (3rd ed.),USA: W.B. Saunders Company.

98. Muss, H. B. (2007). Breast cancer and differential diagnosis of benign lesions, Chapter: 208, Goldman L. & Ausiello D. (Eds.), *Cecil Medicine* (23rd ed., pp: 1501-1509), Philadelphia: Elsevier Saunders.
99. Nahcivan, N. Ö. & Seçginli, S. (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1), 33-38.
100. Oliver-Vazquez, M., Snchez-Ayendez, M., Suarez-Perez, E., Velez-Almodovar, H., & Arroyo-Calderon, Y. (2002). Breast cancer health promotion model for older Puerto Rican women: Results Of Pilot Programme, *Health Promotion International*, 17, 3-11.
101. Oluwatosin, O. A. & Oladepo, O. (2006). Knowledge of breast cancer and its early detection measures among rural women in Akinyele local government area, Ibadan, *BMC Cancer*, 6 (271), 1-6.
102. Özdamar, K. (2004). *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi*, (Genişletilmiş V. Baskı), Eskişehir: Kaan Kitabevi.
103. Parlar, S., Bozkurt, A. İ., & Ovayolu, N. (2004). Bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (2), 9-14.
104. Parkin, D. D., Bray, F., Ferlay, J., & Pisani, P. (2005). Global cancer statistics, 2002, *CA Cancer J Clin*, 55, 74-108.
105. Parlar, S., Bozkurt, A. İ., & Ovayolu, N. (2004). Ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezine başvuran kadınlarda kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışların değerlendirilmesi, *Sağlık ve Toplum*, 14 (2), 53-58.
106. Pernoll, M. L. (Ed.). (1994). *Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi*, (Cilt II), İstanbul: Barış Kitabevi.
107. Petro-Nustus, W. & Mikhail, B. I. (2002). Factors associated with breast self examination among Jordanian women, *Public Health Nursing*, 19 (4), 263-271.
108. Porter, P. (2008). "Westernizing" women's risks? Breast cancer in lower-income countries, *The New England Journal Of Medicine*, 358 (3): 213-216.

109. Prosnitz, L. N., Dirkgledart J., & Winer E. P. (2001). Breast cancer, Chapter: 17, Rubin P. (Ed.), *Clinical Oncology* (8th ed., pp: 267-296 ), Philadelphia: W.B. Saunders Company.
110. Rao, R. S., Nair, S., Nair, N. S., & Kamath, V. G. (2005). Acceptability and effectiveness of a breast health awareness programme for rural women in India, *Indian Journal Medicine Science*, 59 (9), 398-402.
111. Rashidi, A. & Rajaram, S. S. (2000). Middle Eastern Asian Islamic women and breast self-examination, *Cancer Nursing*, 23 (1), 64-70.
112. Rees, G., Fry, A., Cull, A., & Sutton, S. (2004). Illness perceptions and distress in women at increased risk of breast cancer, *Psychology and Health*, 19 (6), 749-765.
113. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model, *Health Education & Behavior*, 15 (2), 175-183.
114. Seçginli, S. & Nahcivan, N. Ö. (2006). Kendi kendine meme muayenesi: Yeni öneriler neler?, *Sağlık ve Toplum*, 16 (4), 13-18.
115. Seif, N. Y. & Aziz, M. A. (2000). Effect of breast self-examination training program on knowledge, attitude and practice of a group of working women, *Journal Of Egyptian National Cancer Institue*, 12 (2), 105-115.
116. Seculi, E., Fuste, J., Brugulat, P., Junca, S., Rue, M., & Guillen, M. (2001). Health-self perception in men and women among the elderly, *Gac Sanit*, 15 (3), 217-223.
117. Semiglazov et al. (1992). The role of breast self-examination in early breast cancer detection (results of the 5-years USSR/WHO randomized study in Leningrad), *European Journal Of Epidemiology*, 8 (4), 498-502.
118. Seven, R., Yathı, T., Erbil, Y., & Değerli, Ü. (2000). *Cerrahi Anatomi ve Teknik*, (II. Baskı), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
119. Smith, A. R. (2003). Breast self-examination, *BMJ*, 327, 198-199.
120. Stilman, M. J. (1997). Women's health beliefs about breast cancer and breast self-examination, *Nursing Research*, 26 (2), 121-127.
121. Su, X., Grace, X., Brenda, S., Tan, Y., & Hausman, A. (2006). Breast cancer early detection among Chinese women in Philadelphia area, *Journal Of Women's Health*, 15 (5), 507-518.

122. Süzen, L. B. (1997). *İnsan Anatomisi ve Fizyolojisine Giriş*, İstanbul: Birol Basın Yayın Dağıtım ve Ticaret Ltd. Şti.
123. Şenol, V. (2006). Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Ve Algılanan Sağlık İle İlişkisi, Erciyes Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri.
124. Şimşek, Ş. & Tuğ, T. (2002). Memenin iyi huylu tümörleri: Fibroadenomlar, *Sted*, 11 (3), 102-105.
125. Tabak, R. S. (2000). *Sağlık Eğitimi*, Ankara: Özkan Matbaacılık.
126. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (2000). *Ulusal Aile Planlaması Rehberi*, (III. Baskı), Ankara: Damla Matbaacılık.
127. T.C. Sağlık Bakanlığı, (2003). *Kanser İstatistikleri*, Ankara.
128. Thomas, D. B. et al. (2002). Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: Final results, *Journal Of The National Cancer Institute*, 94 (19), 1445-1457.
129. Topal, U. (2005). Meme Kanseri Taraması, Engin K. (Ed.), *Meme Kanseri* (pp: 623-627), Bursa: Nobel Tıp Kitabevleri.
130. Topuz, E., Aydın, A., & Dinçer, M. (2003). *Meme Kanseri*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
131. Umeh, K. & Dimitrakaki, V. (2003). Breast cancer detection in asymptomatic women: Health beliefs implicated in secondary prevention, *Journal Of Applied Biobehavioral Research*, 8 (2), 96-115.
132. Umeh, K. & Rogan-Gibson, J. (2001). Perceptions of threat, benefits and barriers in breast self-examination amongst young asymptomatic women, *British Journal Of Health Psychology*, 6 (4): 361-372.
133. Uzantı, A. (1999). 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
134. Ware, J. E. (1991). Conceptualizing and measuring generic health outcomes, *Cancer*, 67 (1), 774-779.
135. Wood, W. C., & Styblo T. M. (2004). Clinically established prognostic factors in breast cancer, Chapter: 21, Bland K. I. & Copeland III E. M. (Eds.), *The breast*



- comprehensive management of benign and malign disorders* (3rd ed., pp: 448-460), Philadelphia: Elsevier Saunders.
136. Valea, F. A. & Katz, V. L. (2007). Breast diseases: Diagnosis and treatment of benign and malignant disease, Chapter: 15, Katz V. L., Lentz G. M., Lobo R. A., & Gershenson D. M. (Eds.), *Comprehensive Gynecology* (5th ed., pp: 330-352 ), Philadelphia: Mosby Elsevier.
137. Vogel, V. G. (2000). Meme kanseri riskinin değerlendirilmesi, *Sendrom*, 105 (6), 63-69.
138. Vogel, V. G. (2004). Epidemiology of breast cancer, Chapter: 16, Bland K. I. & Copeland III E. M. (Eds.), *The Breast Comprehensive Management of Benign and Malign Disorders* (3rd ed., pp: 341-360 ), Philadelphia: Elsevier Saunders.
139. Yıldırım, G. (Ed.) (2005). *Ebe ve Hemşireler İçin Uygulama Becerileri Öğrenim Rehberi*, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları.

## ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler**

Adı Soyadı	Özlem DURAN
Doğum Yeri ve Tarihi	Turhal, 26/02/1978
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, 58140 Kampüs/SİVAS
E-posta Adresi	oduran@cumhuriyet.edu.tr

### **Eğitim ve Akademik Durumu**

Lise	Tokat Sağlık Meslek Lisesi, 1996
Lisans	Gazi Osman Paşa Üniversitesi, 2000
Yüksek Lisans	Erciyes Üniversitesi, 2003
Doktora	Cumhuriyet Üniversitesi, 2008

### **İş Tecrübesi**

Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Bakımevi	Ebe, Süpervizör 1997-2002
Cumhuriyet Üniversitesi	Araştırma Görevlisi, 2002-

### **Ödüller, Teşvikler ve Üyelikler**

X. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bilimsel Kurulu	En iyi bildiri ödülü
Ebeler Derneği	Üye
Sağlık İçin Sosyal Bilimler Derneği	Üye

**EK 1**  
**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ İLE İLGİLİ VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN**  
**KADINLARIN SAĞLIK İNANÇLARI VE ALGILANAN SAĞLIK DURUMLARINA**  
**ETKİSİ**

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Meme kanserinin erken dönemde belirlenmesi ve tedavisi yaşam süresinin uzamasında, kaliteli bir yaşam sürdürülmesinde oldukça etkilidir. Memede kanser belirtisi olabilecek değişikliklerin belirlenebilmesinde Kendi Kendine Meme Muayenesi yapılması önerilen başlıca yöntemlerden birisidir. Kendi Kendine Meme Muayenesi ile ilgili vereceğimiz eğitimin sağlığınıza ilgili inançlarınıza, davranışlarınıza ve sağlığınıza değerlendirme durumunuza etkisini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmanın, meme muayenesi ile ilgili eğitimlerin planlanması ve değerlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bu günün tarihini yazıp, imzanızı atınız. İlginiz için teşekkür ederiz.

---

**YUKARIDA BELİRTİLEN AMACA YÖNELİK ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL**  
**EDİYORUM.**

Tel. No: .....

TARİH

ADI-SOYADI

İMZA

## EK 2

### KADINLARA YÖNELİK SOSYO-DEMOGRAFİK SORU FORMU

**Kilo:** ..... **Boy:** ..... **BKİ:** .....

**1. Kişi no:**

**2. Çalışma yapılan yer:**

Sivas Yarı Açık Kadın Cezaevi

Sivas Halk Eğitim Merkezi

Emek Sağlık Ocağı Bölgesi

**3. Yaşınız:** .....

**4. Medeni durumunuz:**  Evli  Bekar

**5. Öğrenim durumunuz:**

Okuryazar değil

Okuryazar (ilkokulu bitirmemiş)

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Üniversite mezunu

**6. Mesleğiniz:** .....

**7. Sağlık güvence durumunuz:** .....

**8. Aylık gelir durumunuz (YTL olarak):** .....

**9. Aylık gelir durumunuzu göz önüne alarak ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

Çok iyi

İyi

Orta

Kötü

Çok kötü

Diğer (Açıklayınız) .....

**10. Aylık gelirinizi geçiminizi sağlamaya yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?**

Çok yeterli

Yeterli

Kısmen yeterli

Yetersiz

Çok yetersiz

Diğer (Açıklayınız) .....

- 11. İlk adet kanamanızı kaç yaşında gördünüz? .....**
- 12. Menopoza girdiniz mi? (Adetten kesildiniz mi?)**  
 Evet  Hayır (13. soruya geçiniz)
- 13. Kaç yaşında menopoza girdiniz? .....**
- 14. Çocuğunuz var mı?**  
 Evet  Hayır (17. soruya geçiniz)
- 15. Kaç çocuğunuz var? .....**
- 16. Çocuğunuz/çocuklarınızı emzirdiniz mi?**  
 Evet  Hayır
- 17. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız? .....**
- 18. Sigara kullanıyor musunuz?**  
 Evet (Günde kaç tane: .....)  Hayır
- 19. Alkol kullanıyor musunuz?**  
 Evet (Ne sıklıkla: .....)  Hayır
- 20. Memenizle ilgili herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?**  
 Evet (Hastalığınızın Adı:.....)  Hayır
- 21. Ailenizde (anne veya kız kardeşlerinizde) meme kanseri tanısı alan kişi yada kişiler var mı?**  
 Evet (Kim? .....)  Hayır
- 22. Arkadaşlarınızda meme kanseri tanısı alan kişi yada kişiler var mı?**  
 Evet  Hayır
- 23. Kilonuzu nasıl değerlendirirsiniz?**  
 Zayıf  
 Normal  
 Şişman
- 24. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusunda eğitim aldınız mı?**  
 Evet  Hayır (26. soruya geçiniz)
- 25. Eğitimi nereden/nerelerden aldınız?**  
 Kitap, dergi, broşür  
 Sağlık personeli  
 Televizyon, radyo  
 Diğer (Açıklayınız: .....) )

**26. Son bir yıl içerisinde bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdınız mı?**

Evet

Hayır

**27. Son bir yıl içerisinde mamografi çektirdiniz mi?**

Evet

Hayır

**28. Kendi kendine meme muayenesi yapmayı biliyor musunuz?**

Evet

Hayır

**29. Son bir yıl içerisinde memelerinizi muayene ettiniz mi?**

Evet

Hayır

**30. Son bir yıl içerisinde memelerinizi ne sıklıkta muayene ettiniz?**

.....

**31. Bugüne kadar hiç hormon tedavisi aldınız mı?**

Evet (Ne kadar süre:.....)

Hayır

**32. Herhangi bir nedenle bu güne kadar hiç doğum kontrol hapı kullandınız mı?**

Evet (Ne kadar süre:.....)

Hayır

**33. Memelerinizde aşağıdaki bulgulardan biri yada bir kaç oldu mu? Olanları işaretleyiniz?**

Meme ucundan kanlı akıntı gelmesi

Bir memenin diğer memeden belirgin düzeyde sarkık olması

Diğer (Açıklayınız:.....)

### EK 3

## TÜRKÇE CHAMPION SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

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

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
<b>DUYARLILIK ALGISI</b>					
1-Meme kanseri olma olasılığım çok yüksek.					
2-Birkaç yıl içinde meme kanseri olma şansım çok yüksek.					
3-Yaşamımın bir döneminde meme kanserine yakalanacağımı hissediyorum.					
<b>CİDDİYET ALGISI</b>					
4-Meme kanseri olma düşüncesi beni korkutuyor.					
5-Meme kanserini düşündüğüm zaman kalbim daha hızlı çarpıyor.					
6- Meme kanseri hakkında düşünmek beni korkutur.					
7- Meme kanseri olursam yaşayabileceğim sorunlar uzun sürebilir.					
8-Meme kanseri olmam eşim veya erkek arkadaşım ile ilişkiyi kötüleştirir.					
9- Eğer meme kanseri olursam tüm hayatım değişir.					
10- Meme kanseri olursam 5 yıldan fazla yaşayamam.					
<b>YARAR ALGISI</b>					
11- Kendi kendine meme muayenesi yaptığımda kendi sağlığım için bir şey yapmış oluyorum.					
12-Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kitlelerini (bezelerini) erken bulmama yardımcı olur.					
13-Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak meme kanserinden ölme olasılığımı azaltabilir.					
14-Kendi kendine meme muayenesi yaparken erken dönemde bir kitle (beze) saptarsam, meme kanseri tedavim kötü olmayabilir.					
15-Her ay kendi kendine meme muayenesi yapmak benim için mememde oluşan küçük bir kitleyi bulabilmenin en iyi yoludur.					
<b>ENGEL ALGISI</b>					
16-Kendi kendine meme muayenesini doğru olarak yapabildiğimi sanmıyorum.					
17-Kendi kendine meme muayenesi yapmak mememde bir sorun olduğunu düşündürerek beni endişelendirir.					
18-Kendi kendine meme muayenesi beni utandırıyor.					
19-Kendi kendine meme muayenesi çok zamanımı alıyor.					

	<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kararsızım</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Tamamen Katılıyorum</b>
20-Kendi kendine meme muayenesi yapmayı unutuyorum.					
21-Kendi kendine meme muayenesi yapabileceğim gizliliğimi koruyacak bir yerim yok.					
22-Bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırıyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur.					
23-Düzenli mammografi (meme filmi) çektiriyorsanız kendi kendine meme muayenesi yapmanıza gerek yoktur.					
24-Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok büyüktür.					
25-Kendi kendine meme muayenesi yapmak için memelerim çok yumruludur.					
26-Kendi kendine meme muayenesi yapmaktan daha önemli sorunlarım var.					
<b>GÜVEN ALGISI</b>					
27-Kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağını biliyorum.					
28-Kendi kendine meme muayenesini doğru bir şekilde yapabilirim.					
29-Kendi kendine meme muayenesi yaparken bir kitle (beze) varsa bulabilirim.					
30-Mememde 2,5cm (1 YTL) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim.					
31-Mememde 1,5 cm (50 kuruşluk) büyüklüğündeki bir kitleyi (bezeyi) bulabilirim.					
32-Mememde bezelye büyüklüğünde bir kitle (beze) bulabilirim.					
33-Kendi kendine meme muayenesi yaparken izlenecek adımları biliyorum.					
34-Kendi kendine meme muayenesi yaparken memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim.					
35-Aynaya baktığımda memelerimde bir problem varsa söyleyebilirim.					
36-Meme muayenesi yaparken parmaklarımın doğru bölümlerini kullanabilirim.					
<b>SAĞLIK MOTİVASYONU</b>					
37-Sağlık sorunlarını erken saptamak isterim.					
38- Sağlıklı olmayı sürdürmek benim için çok önemlidir.					
39-Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgiler araştırırım.					
40-Sağlığımı geliştirecek aktivitelerde bulunmanın önemli olduğunu düşünüyorum.					
41-Dengeli beslenirim.					
42-Haftada en az üç kez egzersiz yaparım.					
43-Hasta olmasam bile sağlık kontrollerimi düzenli olarak yaptırım.					



## EK 4

### NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ

**AÇIKLAMA:** Aşağıda insanların günlük hayatında karşılaşılabilecekleri bazı problemler sıralanmıştır. Listeye bakarak, şu anda sahip olduğunuz problem için “**Evet**”, sahip olmadığınız problem için “**Hayır**” seçeneğini işaretleyiniz. Boş bırakmayınız.

<b>NHP ALT BOYUTLARI&amp;İFADELER</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
<b>ENERJİ (E)</b>		
1. Enerjim kısa sürede tükeniyor.		
2. Her şey çaba harcamamı gerektiriyor.		
3. Her zaman yorgunum.		
<b>AĞRI (A)</b>		
1. Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrım oluyor.		
2. Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor.		
3. Pozisyonumu değiştirirken ağrım oluyor.		
4. Oturduğum zaman ağrım oluyor.		
5. Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor.		
6. Geceleri ağrım var.		
7. Dayanılmaz ağrılarım var.		
8. Sürekli ağrılar içindeyim.		
<b>DUYGUSAL REAKSİYONLAR (DR)</b>		
1. Günler çok ağır geçiyor.		
2. Kendimi sinirli hissediyorum.		
3. Eğlenmenin nasıl bir şey olduğunu unuttum.		
4. Bu günlerde kolaylıkla öfkeleniyorum.		
5. Birtakım şeyler beni huzursuz ediyor.		
6. Keyfim kaçmış bir şekilde uyanıyorum.		
7. Endişelenmek geceleri uykumu kaçırıyor.		
8. Sanki kontrolümü kaybediyormuş gibi hissediyorum.		
9. Hayatın yaşamaya değer olmadığını düşünüyorum.		
<b>UYKU (U)</b>		
1. Sabahın erken saatlerinde istemeden uyanıyorum.		
2. Uykuya dalmam uzun sürüyor.		
3. Geceleri kötü uyuyorum.		
4. Uyumama yardımcı olması için ilaç alıyorum.		
5. Gecenin büyük bir kısmında uyanık yatıyorum.		
<b>SOSYAL İZOLASYON (Sİ)</b>		
1. İnsanlarla geçinmek güç oluyor.		
2. İnsanlarla iletişim kurarken zorlanıyorum.		
3. Kendimi yakın hissedeceğim kimse yok.		
4. Kendimi yalnız hissediyorum.		
5. İnsanlara yük olduğumu düşünüyorum.		
<b>FİZİKSEL HAREKETLİLİK (FH)</b>		
1. Bir şeylere uzanmak çok zor geliyor.		

2. Eğilirken zorlanıyorum.		
3. Merdivenlerden inerken ve çıkarken güçlük yaşıyorum.		
4. Uzun ayakta duramıyorum.		
5. Sadece ev içinde yürüyebiliyorum.		
6. Giyinirken zorlanıyorum.		
7. Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyorum.		
8. Hiç yürüyemiyorum.		

**AÇIKLAMA:** Yaşamınızda sağlık problemlerinizi etkilenebilecek aktiviteleri düşününüz. Sağlık durumunuzdan etkilenen aşağıda listelenen her aktivite için “**Evet**”, etkilenmeyen her aktivite için “**Hayır**” seçeneğini işaretleyiniz. Boş bırakmayınız.

<b>MEVCUT SAĞLIK DURUMUNUZUN ETKİLENEBİLECEĞİ AKTİVİTELER</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
1. Sağlık durumunuz iş yaşamınızı etkiliyor mu?		
2. Sağlık durumunuz ev işi yapmanızı etkiliyor mu?		
3. Sağlık durumunuz sosyal yaşamınızı etkiliyor mu?		
4. Sağlık durumunuz ev yaşamınızı etkiliyor mu?		
5. Sağlık durumunuz cinsel yaşamınızı etkiliyor mu?		
6. Sağlığınız ilgi/hobilerinizi etkiliyor mu?		
7. Sağlık durumunuz tatillerinizi etkiliyor mu?		

## EK 5

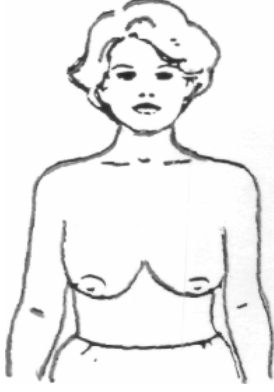
### KKMM'DE İZLENECEK ADIMLAR

#### KKMM UYGULAMA BASAMAKLARI

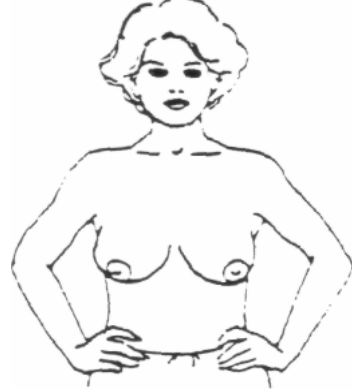
<b>DOĞRU DURUŞ</b> (Şekil E5.1, E5.2, E5.3, E5.4)
1-Doğru şekilde durma <ul style="list-style-type: none"><li>• Kollar iki yanda sarkık ve gevşek</li><li>• Kollar belde</li><li>• Kollar her iki yanda başın üzerine kaldırılmış</li><li>• Kollar her iki yanda gövde öne doğru eğilmiş</li></ul>
<b>GÖZLEM</b>
2-Aşağıdakileri kontrol etme <ul style="list-style-type: none"><li>• Memede kitle görünümü</li><li>• Memelerden birinde anormal büyüme</li><li>• Memelerden birinin diğerinden sarkık olması</li><li>• Meme cildinde buruşukluk</li><li>• Meme ucunda çukurlaşma</li><li>• Meme ucundan kanlı akıntı</li><li>• Meme ucu renginde değişiklik</li><li>• Memeye komşu lenf nodlarında büyüme</li><li>• Üst kolda anormal şişlik</li></ul>
3-Doğru yatar pozisyon alma <ul style="list-style-type: none"><li>• Sırtüstü yatma</li><li>• Meme küçükse muayene edilecek tarafın altına yastık koyma (Şekil E5.5)</li><li>• Meme büyükse muayene edilecek taraftaki kolu başaltına yerleştirme (Şekil E5.6)</li></ul>
<b>MUAYENE EDİLECEK ALAN</b> (Şekil E5.7)
4-Doğru bölgeyi muayene etme (yatarak ve oturarak/ayakta)
<b>MUAYENE TEKNİĞİ</b> (Şekil E5.8)
5- Palpasyonda 3 doğru teknikten birini kullanma <ul style="list-style-type: none"><li>• Sirküler teknik (Şekil E5.9)</li><li>• Vertikal çizgiler halinde (Şekil E5.10)</li><li>• Işın tarzında (Şekil E5.11)</li></ul>
6-Meme ucunu baş ve işaret parmağı arasında hafifçe sıkarak akıntıyı kontrol etme (Şekil E5.12)
7-Sırtüstü yatarken kol başın altından alınıp yan tarafa uzatılarak aksilla çukurunu, ön-orta-dış aksilla çizgilerini derinlemesine palpe etme (Şekil E5.13)
8-Meme dokusunu 2 elle göğüs kafesine doğru bastırma

**Kaynak:** Yıldırım, G. (Ed.) (2005). *Ebe ve Hemşireler İçin Uygulama Becerileri Öğrenim Rehberi*, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları.

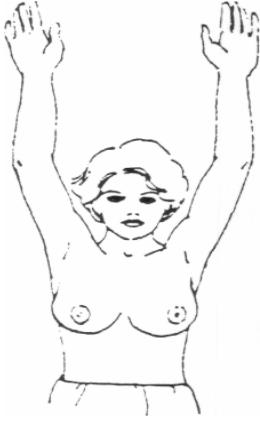
E5.1. Kollar her iki yanda sarkık ve gevşek



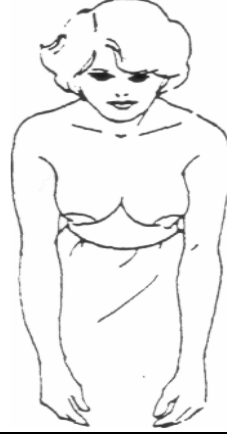
E5.2. Kollar belde



E5.3. Kollar her iki yanda başın üzerine doğru kaldırma



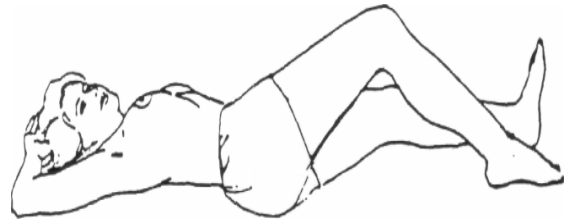
E5.4. Kollar her iki yanda gövde öne doğru olacak şekilde eğilmiş



E5.5. Memesi küçük olanlarda muayene edilecek tarafın altına bir yastık konularak o taraf kol avuç içi yukarı gelecek ve kol dik açı yapacak şekilde yana uzatma



E5.6. Memesi büyük olanlarda aynı pozisyonda kol baş üzerine doğru uzatma

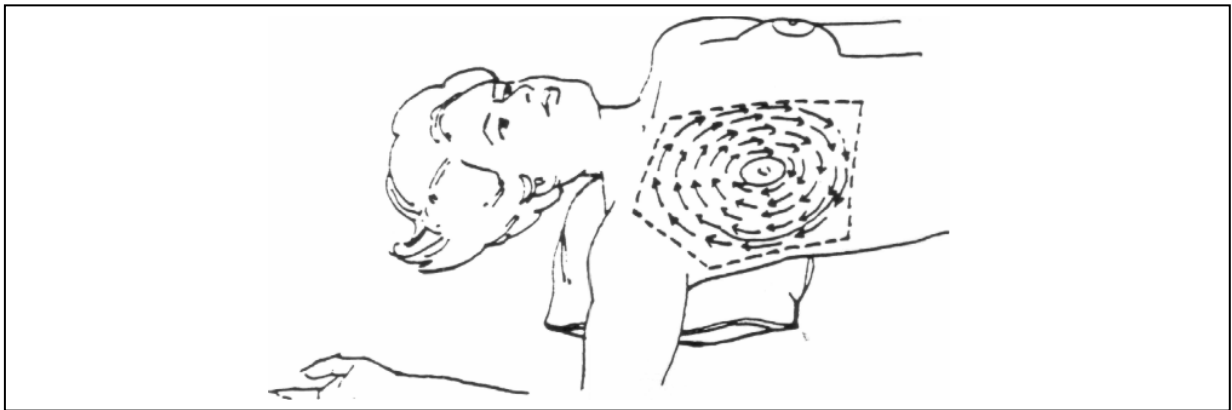


Şekil E5. Meme Muayenesi

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (2000). *Ulusal Aile Planlaması Rehberi*, (III. Baskı), Ankara: Damla Matbaacılık.



E5.9. Sirküler :

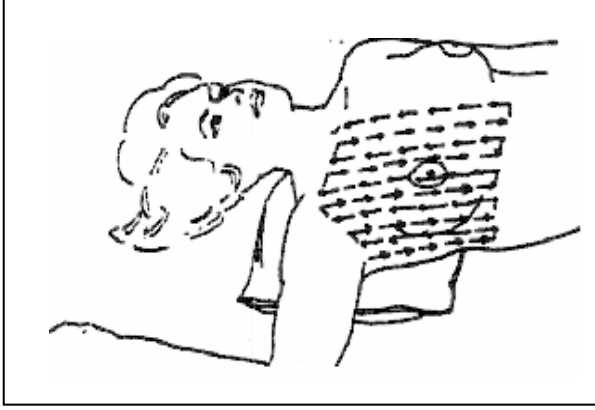


Başparmak hariç elin ilk üç parmaklarının tabanı kullanılarak dairesel hareketlerle muayene etme

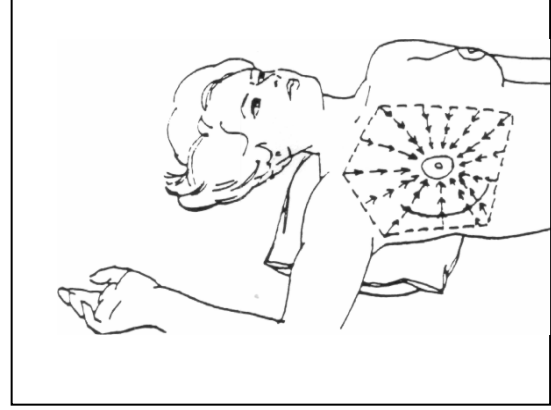
**Şekil E5. Meme Muayenesi**

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel M¼d¼rl¼ę¼,  
(2000). *Ulusal Aile Planlaması Rehberi*, (III. Baskı), Ankara: Damla Matbaacılık.

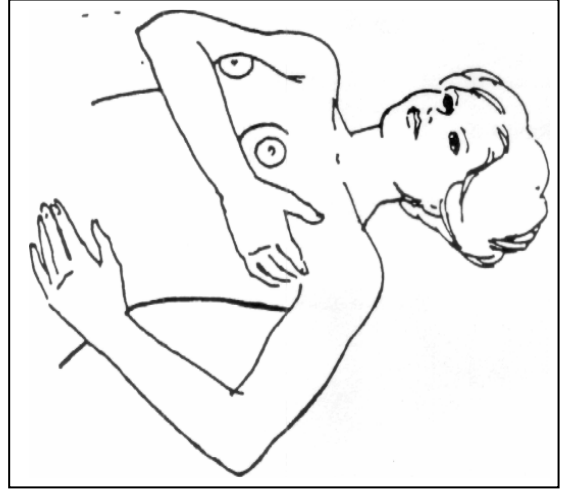
E5.10. Vertikal çizgiler halinde



E5.11. Tekerlek şeklinde, ışın tarzında



E5.12. **Meme ucu muayenesi:** Areola başparmak ve işaret parmağı arasında nazikçe sıkma.



E5.13. **Aksilla muayenesi:** Sırt üstü uzanarak aksilla çukuru ön, orta ve dış aksilla çizgileri derinlemesine palpe etme.

### Şekil E5. Meme Muayenesi

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, (2000). *Ulusal Aile Planlaması Rehberi*, (III. Baskı), Ankara: Damla Matbaacılık.

## EK 6

### KKMM İLE İLGİLİ EĞİTİM PLANI

#### I. DRAMA YÖNTEMİ

**Konu:** Meme kanseri konusunda koruyucu ve bilinçlendirici bir çalışma

**Amaç:** Meme kanserine ilişkin bilgilendirici ve koruyucu destek sağlama

**Drama Türü:** Eğitsel-psikososyal drama

**Yaş Düzeyi:** 18-70 yaş

#### **Gruplar:**

1. Yarı Açık Kadın Cezaevindeki Kadınlar (**Grup İsmi:** Cezaevi)
2. Halk Eğitim Merkezindeki Kursiyerler (**Grup İsmi:** Halk E.M.)
3. Emek Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlar (**Grup İsmi:** Emek K.K.)

#### **1. Aşama: Isınma**

##### **1.1. Nefes Çalışmaları**

- Derin nefes alma
- Derin nefes alıp 1'e kadar sayıp verme
- Derin nefes alıp 2'ye kadar sayıp verme
- Derin nefes alıp nefesi tutup pat diye verme
- Derin nefes alıp dudakları büzerek mum üfler gibi nefes verme

##### **1.2. Yürüme Çalışmaları**

- Yavaş yürüme
- Tempolu yürüme
- Buz üstündeymiş gibi yürüme
- Çamur üzerindemiş gibi yürüme
- İhtiyar gibi yürüme



### **1.3. Boyun Çalışmaları**

- Boynu sağına döndürme
- Boynu sola döndürme
- Boynu öne eğdirme
- Boynu arkaya eğdirme
- Boynu saat yönünde çevirme

### **1.4. Omuz Çalışmaları**

- Sağ omzu öne doğru döndürme
- Sol omzu öne doğru döndürme
- Sağ omzu arkaya doğru döndürme
- Sol omzu arkaya doğru döndürme
- İki omzu birden öne ve arkaya doğru döndürme

### **1.5. Bel Hareketleri:**

- Kollar belde sağına doğru eğilme
- Kollar belde sağına doğru eğilme
- Kollar yere doğru öne eğilme
- Kollar belde arkaya doğru gerilme
- Kollar belde beli saat yönünde döndürme

### **1.6. Bilek ve Bacak Hareketleri:**

- El bileklerini saat yönünde döndürme
- Ayak bileklerini sağına döndürme
- Ayak bileklerini sola döndürme
- Bacakları karna doğru çekme
- Ayakları kalçaya eğdirme ve ayak bileklerinden tutma

## **2. Aşama: Kaynaştırma**

### **2.1. Ben Kimim Oyunu**

Gruptaki kişilere küçük kağıtlar dağıtılır. Ellerindeki kağıtlara kendilerine ait, kendilerini öne çıkararak 4 özelliği yazarak kutuya atmaları istenir. Gruptakiler arasında bir

ebe seçilir. Ebe çektiği kağıtta yazan özelliğin kime ait olduğunu bulmaya çalışır. Eğer bulursa bulunduğu kişi ebe olur. Eğer bulamazsa grup kendisine yardımcı olmaya çalışır. Bulamayan kişi ebe olarak oyuna devam eder.

## **2.2. Hastaneyi Tanıyalım Oyunu**

Gruptan bir kişi ebe seçilir. Ebe seçilen kişinin gruptan gönüllü bir kişiyi hastanede gezdirmesi ve hastaneyi tanıtmayı ister. Gezen kişinin gözü bağlanır. Hastanede neler görüyor, nereleri geziyor, neler hissediyor hayal edip anlatması istenir.

## **2.3. Tombala Oyunu**

Gruptaki kişilere tombala kartları dağıtılır. Grup ayağa kaldırılır. Gruptaki her kişinin seçtiği kişilere ait sordukları iki özellikle birlikte, seçtikleri kişilerin adlarını tombala kartlarına yazmaları istenir. Daha sonra grup üyelerinin ismi yazılı kutudan isimler sırasıyla seçilir. 1. çinko, 2. çinko ve tombalayla tamamlayan grup üyelerine ödül verilir.

## **3. Aşama: Etkinlik**

Öykülerin okunması ve dramaya taşınması.

## **4. Aşama: Değerlendirme**

Drama sürecinin değerlendirilmesi için aşağıdaki sorular sorulur.

- Drama sürecinde neler hissettiniz?
- Drama sürecinde neler öğrendiniz?
- Yakın çevrenizde böyle yaşantısı olanlar var mıdır?

## **5. Aşama: Rahatlama**

### **5.1. Fiziksel Eğlence**

Grup üyeleri ile hareketli bir müzik eşliğinde halay çekilir, oyun oynanır.

### **5.2. Fiziksel Rahatlama**

Grup üyelerinin fiziksel olarak rahat edebilecekleri şekilde kalmaları sağlanıp “Bedenime güveniyorum.”, “Bedenimi seviyorum.”, “Bilime güveniyorum.”, “Sağlık görevlilerine güveniyorum.” “Sağlıklıyım, mutluyum” şeklinde kendilerini rahatlatıcı ifadeleri söyleyip rahatlama beklenir.

## ÖYKÜLER

### Öykü 1

Güler hayat dolu, neşeli bir insandı. Duru bakışlarında hep bir tebessüm gizliydi. 41 yaşında, lise mezunuydu. Evlenmemişti, ailesiyle yaşıyor, ailesi ve arkadaşlarıyla vakit geçirmeyi seviyordu. Seramik kursuna gidiyor, boş zamanlarını da takı yaparak dolduruyordu. Bir gün gittiği kursa gelen sağlık görevlileri kursun yanı sıra bir takım konularda kendilerine eğitim vereceklerini söylediler. Adı geçen konular oldukça ilgi çekiciydi. Ancak meme muayenesi diye bir şeyden bahsettiler ki daha önce böyle bir şey duymamıştı. Oldukça ilgisini çekti. Eve gidince kendisinde uygulamaya çalıştı. Sağ memesinde bir sertlik hissetti ve yanıldığını düşündü. “Neyse” dedi kendi kendine, “Yarımda eğitim için gelecekle, kendilerine sorarım”. Ertesi gün kursa nasıl hızlı gittiğini anlamadı. Sağlık görevlileri gelmişti. Çekingen halde durumunu anlattı. Görevliler uygun bir yerde muayene ettiler. Güler hissettiği şeyde yanılmamıştı. Memesinde bir kitle vardı. Güler’i detaylı muayene ve incelemeler için hastaneye gönderdiler. Hastanede incelemeleri yapan doktoru “Sağ memesinde bir kitle olduğunu” söyledi. Ne yapacağını bilemedi Güler. “Nasıl yani?” dedi kendi kendine.

- Güler’de belirlenen kitle sizce iyi huylu mu, kötü huylu mudur?
- Şu anda siz böyle bir haber alsanız, kitle iyi huylu olsa neler yaşarsınız?
- Şu anda siz böyle bir haber alsanız, kitle kötü huylu olsa neler yaşarsınız?
- Güler memesinde kitle bulunduğu haberini ailesine nasıl verebilir?
- Güler memesinde kitle bulunduğu haberini ailesine ne zaman verebilir?
- Gülerin ailesi böyle bir haberi öğrendiğinde ne gibi duygular yaşar?
- Güler sonrasındaki süreçte neler yaşayabilir?
- Güler böyle bir durumla karşılaştığında kimlerden yardım almalıdır?
- Güler eğer hiç kimseden yardım almaz ve hiçbir şey yapmaz ise neler yaşayabilir?
- Güler eğer hiç kimseden yardım almaz ve hiçbir şey yapmaz ise çevresindekiler neler yaşayabilir?
- Güler’in memesinde belirlenen kitle kötü huylu ise neden meme kanseri olmuş olabilir?
- Eğer böyle bir öyküyü siz yazmış olsanız başlığını ne koyardınız? Neden?

## Öykü 2

Deniz 61 yaşında, evli, 2 çocuk annesiydi. 50 yaşından bu yana her yıl düzenli olarak mamografi çektiriyordu. Bu yılda aynı şekilde hastaneden randevu almış, her zamanki gibi sonucun temiz çıkacağı düşüncesiyle hastanenin yolunu tutmuştu. Çekim işlemi bitip, sonucu öğrendiğinde ne kadar yanıldığını anladı. Sonucu kendisiyle endişeli bir şekilde paylaşan doktoru “Memesinde bir kitle gördüğünü, ultrason çekimi yapılması gerektiğini” söyledi. “Şimdi neden ultrason çekiliyordu ki” “Daha önce hiç yapılmamıştı” diye düşündü.

- Deniz’de belirlenen kitle sizce iyi huylumu yoksa kötü huylu mudur?
- Deniz’in aldığı bu haberi siz almış olsanız neler hissederdiniz?
- Deniz bu haberi aldığı anda yanında kimsenin olmaması onu etkilemiş olabilir mi?
- Siz böyle bir haberi aldığınızda yanınızda kim olmasını isterdiniz?
- Deniz’in yaşadıklarını yaşamış olsanız bu haberi ailenize, eşinize, çocuklarınıza ve arkadaşlarınıza nasıl söylersiniz?
- Deniz’in yaşadıklarını yaşamış olsanız bu haberi ailenize, eşinize, çocuklarınıza ve arkadaşlarınıza ne zaman söylersiniz?
- Deniz memesinde kitlelerin erken dönemde belirlenmesini sağlamak için elinden gelen her şeyi yapmış mıdır?
- Deniz’in çocukları böyle bir haber karşısında ne hissetmiş, ne söylemiş olabilir?
- Deniz’in eşi böyle bir haber karşısında ne hissetmiş, ne söylemiş olabilir?
- Günün birinde memenizde kitle olabileceğini ve bunun kanser olabileceğinizi düşünür müsünüz?
- Sizce meme kanseri olmak hayatın sonu mudur?
- Deniz’in hikayesinin nasıl bitmesini isterdiniz?
- Deniz bundan sonra hayatı nasıl yaşamalıdır?
- Meme kanseri olmamak için sizce nasıl yaşamak, neler yapmak gereklidir?

## II. ANLATIM/DEMONSTRASYON YÖNTEMİ

**Konu:** Meme kanseri konusunda koruyucu ve bilinçlendirici bir çalışma

**Amaç:** Meme kanserine ilişkin bilgilendirici ve koruyucu destek sağlama

**Yaş Düzeyi:** 18-70 yaş

### Gruplar:

1. Yarı Açık Kadın Cezaevindeki Kadınlar (**Grup İsmi:** Cezaevi)
2. Halk Eğitim Merkezindeki Kursiyerler (**Grup İsmi:** Halk E.M.)
3. Emek Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlar (**Grup İsmi:** Emek S.O.)

### SAĞLIK

Bir kişinin yalnızca hasta ve sakat olmaması değil aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal yönden iyi olmasıdır. Bu nedenle bir kişinin tam anlamıyla sağlıklı olabilmesi için hasta veya sakat olmaması yetmemektedir. Aynı zamanda ruhen de dengeli olması, çevresindeki kişi ve olaylara ilgisi ve etkileşiminin iyi olması gerekmektedir (Güler & Akın, 2006).

### HASTALIK

Vücuttaki organlara ilişkin ölçülebilen ve çeşitli belirti ve bulgularla tanımlanabilen bozukluktur. Kişi için ise hastalık, bedende yada ruhsal durumda olağan dışı değişiklik, his ve rahatsızlıktır (Güler & Akın, 2006).

Hastalık kavramının özellikle kişi açısından taşıdığı anlam önemlidir. Çünkü kişinin sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için onu hizmet aramaya yönelten normal dışı bir durumun olması gerekmektedir. Her insanın kendisini bir algılama biçimi, buna uygun olarak ta bir sağlık ve hastalık anlayışı vardır. İnsanların bedenleri ya da ruhsal durumlarındaki normal dışı belirti ve duygulara gösterdikleri tepkiler oldukça farklı olabilmektedir. Bu farklılık kişinin içinde bulunduğu kültürün sağlık ve hastalık anlayışı ile sağlık konusundaki bilgi düzeyinden kaynaklanmaktadır(Güler & Akın, 2006).

Bir genelleme yapmak gerekirse, hemen her kültürde kendisini iyi hissetmeyen bir insan önce iyilik halini bozan belirti ya da bulgunun nedenini kendi kendine açıklamaya çalışır. Daha sonra yakın çevresindeki güvendiği kişilere açılır ve onların görüşünü alır. Bundan sonra eğer normal olmayan durumunun bu konuda uzman bir kişiden yardım istemeyi gerektirdiği sonucuna varır ise, sağlıkla ilgilenen bir uzmana başvurur (Güler & Akın, 2006).

## **MEMENİN YAPISI**

Meme göğüs ön duvarında 2. ile 6. kaburgalar arasında yer alan, iman tahtası kemiği ile koltuk altı çizgisine doğru uzantısı olan bezdir. Meme dokusunun büyük bölümünü emzirme dönemi dışında yağ dokusu oluşturur. Şekli ve sertliği yağ dokusunun miktarına bağlıdır. Yetişkin bir kadında meme yuvarlak, küresel yada koni şeklindedir (Kalaycı, 2002; Seven ve diğer., 2000; Topuz ve diğer., 2003).

Memeler süt bezleri ve süt kanalları olmak üzere iki kısımdan oluşur. Süt bezleri ve süt kanalları arası boşluğu destek ve yağ dokusu doldurmaktadır. Memede süt salgılayan süt bezleri, süt kanalları ile memenin tam ortasında bulunan meme başını çevreleyen koyu renkli bölgede (areola) meme başına açılırlar. Meme başını çevreleyen koyu renkli bölgede küçük tüyler, yağ ve ter bezleri bulunur. Bu bölgenin çevresinde ise küçük yumrular (montgomery bezleri) bulunur. Meme başını çevreleyen koyu renkli bölgenin rengi gül pembesi ile açık kahverengi arasındadır (Atasü, 2001; Kalaycı, 2002; Moore-Higgs, 2000).

Meme dokusu en fazla üst dış kadranda bulunur. Koltuk altı bölgesini kapsayan üst dış kadranda geniş ölçüde meme dokusu bulunması bu bölümde tümörlerin daha fazla oluşmasına neden olur (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002; Engin, 2000).

Doğumdan yaşlılığa kadar olan süre içinde memeler değişime uğrar. Memede büyüme ve gelişme adet dönemi, gebelik ve emzirme olmak üzere 3 fizyolojik süreçte kendini gösterir. Ergenlik döneminde, genç kız ilk adetini görmeye başlamadan önce çeşitli hormonlarının (östrojen ve progesteron) etkisiyle memelerde büyüme başlar. Adet döneminde bu hormonların kandaki seviyesine bağlı olarak meme yapısında değişiklikler görülür. Gebeliğe hazırlanır gibi her ay süt bezleri aktif hale geçerek memelerde dolgunlaşma görülür. Hormon düzeyinin normale dönmesi ile birlikte süt bezleri eski haline döner. Kadının adetten kesilmesi ile birlikte, hormon seviyesinde düşme görülür. Süt bezlerinin bir bölümü küçülür. Bu durum meme dokusunun küçülmesine neden olur. Gebelik ve emzirme döneminde ise hormonlarının (östrojen, progesteron ve prolaktin) etkisi ile memeler büyür (Kalaycı, 2002, Atasü & Şahmay, 1996).

## **MEME KANSERİNİN GÖRÜLME SIKLIĞI**

Meme kanseri kadınlarda en yaygın görülen kanser türüdür. Kanserden ölümler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırayı almaktadır. Dünyada her 8 kadından biri meme kanseri riski altındadır. Ülkemizde de meme kanseri kadınlarda en yaygın görülen kanser türüdür. Sağlık Bakanlığı 2003 yılı kanser istatistiklerine göre tüm kanser türleri içinde görülme oranı % 24.1'dir (Aslan & Gürkan, 2007; Jemal et al., 2007; Porter, 2008).

## **MEME KANSERİNE NEDEN OLAN FAKTÖRLER**

Meme kanserinin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, bazı faktörler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

**Cinsiyet:** Kadın olmak meme kanseri için bir risk faktörüdür. Tüm meme kanserlerinin %99'u kadınlarda, %1'i erkeklerde görülür (Branch, 2004; Muss, 2007).

**Yaş:** Yaş ilerledikçe meme kanseri riski artmaktadır. Yeni meme kanseri tanısı konulan kadınların %77'si, meme kanserinden ölümlerin % 84'ü 50 yaş ve üzerinde görülür (Branch, 2004; Lester, 2004).

**Daha Önce Memede Kötü Huylu Ya Da İyi Huylu Tümör Varlığı:** Bir memede kanser varlığı diğer memede kanser riskini 2-6 kez artırmaktadır. İyi huylu meme tümörlerinin meme kanseri oluşturma riski tartışmalı olsa da dikkatle takip edilmelidir (Korde et al., 2005; McPherson et al., 2000).

**Genetik:** Ailede meme kanseri öyküsü olması, gen testlerinde değişiklik olması meme kanseri riskini artırmaktadır. Meme kanseri olan bir kadının ailesi risk açısından değerlendirildiğinde; meme kanseri oluşma riski annesinde 8.8, kızında 4.6 ve kız kardeşinde 2.7'dir (Abeloff et al., 2008; Muss, 2007; Valea & Katz, 2007).

**İrk:** Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksek olmasına rağmen, Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riski daha yüksektir (Korde et al., 2005; Lester, 2004).

**İlk Adet Yaşı:** Erken adet görmenin meme kanseri gelişiminde bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Genel olarak ilk adet görme yaşının her bir yıl gecikmesi ile meme kanseri riskinin %20 oranında azaldığı kabul edilmektedir. İlk adeti takiben düzenli adet görülmeye başlanma süresi de önemlidir. İlk adeti takiben düzenli adetlerin bir yıl içinde başlaması geç başlayanlara göre riski 2 katına çıkarmaktadır. İlk adetini 12 yaşından önce görenler ve düzenli adet dönemine kısa sürede geçen kişilerde meme kanserine yakalanma riski diğerlerine göre 4 kat daha fazladır (Kalaycı, 2002; Lester, 2004; Topuz ve diğer., 2003).

**Adetten Kesilme Yaşı:** Meme kanseri ile adetten kesilme yaşı arasında ilişki bulunur. 45 yaşından önce adetten kesilen kadınlarda meme kanseri riski 55 yaşından sonra adetten kesilen kadınların yarısı kadardır. Aktif olarak adet dönemi 40 yıl ve daha fazla süren kadınlarda risk aynı dönemi 30 yıl ya da daha az olan kadınların iki katıdır (McPherson et al., 2000; Topuz ve diğer., 2003; Valea & Katz, 2007).

**Gebelik Yaşı:** Hiç doğum yapmamış olma ve ilk doğumunu 30 yaşın üzerinde yapmış olma meme kanseri riskini artırmaktadır. 30 yaşından sonra doğum yapan kadınlarda kanser riski ilk doğumunu 20 yaşından önce yapan bir kadına göre 4 kat daha fazladır (Değerli & Bozfakıoğlu, 2002; McPherson et al., 2000; Valea & Katz, 2007).

**Emzirme:** Emzirme dönemi ile birlikte yumurtlama (ovulasyon) döneminin kısalmasının meme kanseri riskinin azalmasında rol oynadığı düşünülmektedir (Kalaycı, 2002; Lester, 2004).

**Dışarıdan Hormon Alımı:** Erken veya uzun süreli doğum kontrol hapı kullanımı ve uzun süreli (10-15 yıl ve üzeri) hormon tedavisi kullanımının (östrojen takviye terapininin) riski artırdığı belirlenmiştir (Abeloff et al., 2008; McPherson et al., 2000).

**Beslenme:** Yağdan zengin beslenmenin meme kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir. Liften fakir beslenme konusunda ise tartışmalar söz konusudur (Abeloff et al., 2008; Vogel, 2000; Vogel, 2004).

**Vücut Ağırlığı:** Adetten kesildikten sonraki dönemde kilonun artmış olması riski artırır (McPherson et al., 2000; Lester, 2004; Valea & Katz, 2007).



**Vitaminler:** A vitaminin, folat ve beta karotenin koruyucu etkisi varken, E ve C vitaminlerine ilişkin kesin veri bulunmamaktadır (Atasü, 2001; Lester, 2004; Vogel, 2004).

**Alkol Alımı:** Günlük alkol alım miktarı artışı ile meme kanseri riski arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Alkol alımı (günlük 2 kadeh ya da daha fazla) meme kanseri riskini artırmaktadır (Atasü, 2001; Boyce, 2007).

**Egzersiz:** Genç ve erişkin dönemlerde yapılan egzersizlerin 40 yaşın altındaki kadınlarda meme kanseri riskini azalttığı belirlenmiştir (Atasü, 2001; Lester, 2004).

**Fazla Film Çektirme (Radyasyona Maruz Kalma):** Özellikle 30 yaşın altında ve ergenlikten önce radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini artırmaktadır (Abeloff et al., 2008; Güler; 2006, Lester, 2004)

**Sigara:** Sigara kullanımının meme kanserine neden olduğu düşünülmektedir (Bilir, 2002; Lester, 2004; Vogel, 2000).

## **MEME KANSERİNE NEDEN OLAN FAKTÖRLERİN SINIFLANDIRILMASI**

### **Daha Fazla Neden Olan Faktörler (Majör)**

- Kadın olmak,
- İleri yaşta olmak,
- Birinci derece yakınlarda meme kanseri öyküsü olması,
- Memede daha önce kötü huylu yada iyi huylu tümör varlığı,
- Genetik.

### **Daha Az Neden Olan Faktörler (Minör)**

- İlk adet görme yaşının 12'nin altında olması,
- Adetten kesilme yaşının 55'in üzerinde olması,
- İlk doğum yaşının 30'un üzerinde olması,
- Alkol kullanılması,
- Beslenmede yağ oranının fazla olması.

### **Koruyucu Faktörler**

- Emzirme,
- İlk doğumun 30 yaş öncesinde yapılması,
- Haftada 3 kez düzenli olarak egzersiz yapılması (Branch, 2004; Prosnitz, 2001; Vogel, 2004).

### **MEME KANSERİNİN TİPLERİ**

Meme kanseri tümörün köken aldığı asıl dokuya göre şu şekilde sınıflandırılır:

- **Süt Bezlerinden Kaynaklanan Kanseler:**

Kendi içerisinde sınırlı ve yayımlı kanseler olmak üzere ikiye ayrılır. Başlangıçta kanser süt bezi içinde sınırlı kalır. Belirti ve kitle oluşturmaz. Yavaş büyür, yıllarca sessiz kalabilir. Bu nedenle belirlenemeyebilir. Sıklıkla her iki memede de görülür. Genellikle genç kadınlarda görülür. Yayımlı olan tipi genellikle nadir olarak görülür. Boyutları değişkendir. Bazen gözle görülür bir kitle oluşturmaz. Sıklıkla koltuk altı lenf düğümlerine yayılım gösterir (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina ve diğer., 2006; Topuz ve diğer., 2003).

- **Süt Kanallarından Kaynaklanan Kanseler:**

Kendi içerisinde sınırlı ve yayımlı kanseler olmak üzere ikiye ayrılır. Sınırlı olanlar sıklıkla 55-60 yaşındaki kadınlarda görülür. Kitle görülebilir. Sıklıkla belirlenmesi kolaydır. Tedavi edilmezse yayılım gösterir. Yayılım gösteren tipi en yaygın görülen meme hastalığıdır. İleri dönemlerde tedavi edilme şansı düşüktür. Genellikle koltuk altı lenf düğümlerine yayılım gösterir (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina ve diğer., 2006; Topuz ve diğer., 2003).

- **Paget Hastalığı:**

Nadir görülür. Başlangıçta meme başında ve meme başını çevreleyen koyu renkli bölgede yanma hissi, kaşınma, kabuklanma ve iltihabi yaralar görülür. Geç evrelerinde ise tümör yayımlı hale gelir. Bazen iltihabi meme kanseri ile karıştırılabilir. Tedavi şansı oldukça yüksektir (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina ve diğer., 2006; Topuz ve diğer., 2003).

- **İltihabi Meme Kanseri:**

Meme kanserinin nadir görülen tipidir. Tümör yumuşak ve ağırlıdır. Belirtileri diğer meme kanseri tiplerinden farklıdır. Meme derisinde sıvı toplanması, kızarıklık, sıcaklık ve

deride kalınlaşma belirtileri vardır. Tedavi şansı düşüktür (Griff & Dershaw; 2002; Nuralina ve diğer., 2006; Topuz ve diğer., 2003).

## **MEME KANSERİNİN BELİRTİLERİ VE BULGULARI**

### **Kitle:**

- Hareketsizdir.
- Genellikle ağrısızdır. Geç dönemde ağrı görülebilir.
- 1-2 cm büyüklüğündedir.
- Tek taraflı ve sürekli.
- Sınırları kısmen belirlenebilir.
- Şekilsizdir. Elle dokunarak zor hissedilir.

### **Ağrı:**

- Başlangıçta %90 oranında ağrısızdır. Ağrı daha çok geç dönemde oluşur.

### **Meme Başı Akıntısı:**

- Pek rastlanmaz.
- Genellikle tek taraflıdır.
- Genellikle kanlıdır. Sıvı bir akıntı da görülebilir.
- Kendiliğinden gelir.

### **Memenin Yukarıda ve Dik Olması (Forgue Belirtisi):**

- Tümör taşıyan memenin yukarıda dik ve dolgun olmasıdır.
- Memenin üst tarafındaki kanserlerde meme başının kitleye doğru çekilmesiyle oluşur.

### **Meme Derisinde Sıvı Toplanması, Portakal Kabuğu Görünümü:**

- Tümör hücrelerinin derinin lenf damarlarını tıkamasıyla deride lenf dolaşımı bozulur ve sıvı toplanır.

- Lenf akımının yavaşlaması deri ve deri altı dokusunun beslenmemesine neden olur. Deri kalınlaşır. Kıl kökleri içe doğru çekilmiş gibi kalır. Deri portakal kabuğu gibi görünür.

#### **Meme Başında İçe Çekilme veya Çökme:**

- Tümör büyüyüp meme başını tuttuğunda görülür.

#### **Deride İltihabi Yaralar ve Kızarıklık:**

- Tümörün yayılımı sonucunda görülür.

#### **Lenf Düğümlerinde Büyüme:**

- Tümörün lenf düğümlerine yayılımı sonucu görülür (Prosnitz, 2001; Topuz ve diğer., 2003).

### **MEME KANSERİNDE YAYILIM**

Meme kanseri yayılımını yakın dokulara direkt, uzak dokulara tümör hücrelerinin lenf ve kan yoluyla taşınmasıyla yapar. Koltukaltı, göğüs boşluğu, köprücük kemiği altındaki lenf düğümleri ilk olarak etkilenir. Uzakta ise kemik, akciğer, karaciğer, kalp zarı, böbrekler, deri ve beyin etkilenir (Topuz ve diğer., 2003).

### **MEME KANSERİNDEN KORUNMA**

#### **Birincil Korunma:**

- Yağdan fakir, liften zengin diyet,
- Önerilen vücut ağırlığını koruma (Atasü, 2001; Kalaycı, 2002).

#### **İkincil Korunma:**

- Her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapılması,
- Klinik meme muayenesi yapılması,
- Mamografi (Atasü, 2001; Kalaycı, 2002).

### **BİRİNCİL KORUNMA**

Birincil korunma yaklaşımları yaşam stili değişikliklerini içermektedir. Düşük yağ ve yüksek lifli gıda ile beslenme önerilmektedir. Bu beslenme düzeni adetten kesilmeden önce

kadınlarda yumurtlama dönemini (ovulasyon) etkilemeden hormon düzeyini (östrojen) azaltmaktadır (Abeloff et al., 2008; Muss, 2007).

Alkol alımı kanser oluşumuna neden olabileceğinden alkol alınmaması veya azaltılması önerilmektedir. Meme kanseri riskini artırması nedeniyle sigara kullanılıyorsa bırakılması önem taşımaktadır (Bilir, 2002; Lester, 2004; Vogel, 2004).

Egzersiz meme kanserinden koruyucu olduğu bilinmektedir. Bu koruyucu etkinin sürekli olabilmesi için haftada 3 kez düzenli egzersiz yapılması önerilmektedir. Çünkü egzersiz yağ dokusunu azaltarak hormon (endojen östrojen) salınımını azaltmaktadır (Atasü, 2001; Topuz ve diğer, 2003; Vogel, 2004).

## **İKİNCİL KORUNMA**

### **Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)**

Kendi kendine meme muayenesindeki (KKMM) amaç; kadının kendi meme dokusunu daha iyi tanımasıdır. Meme kitlelerinin %90'ı kadınların kendileri tarafından bulunduğu için kadınların KKMM'yi bilmeleri ve uygulamaları gerekmektedir (Şimşek & Tuğ, 2002).

KKMM işlem öğrenilene kadar ilk birkaç ayda haftada bir, daha sonra adetin başlangıcından sonra 5.-7. günlerde yapılır. Bu dönemde memeler normal şeklini almış olup daha az duyarlıdır. Bu nedenle de kolay ve etkin muayene yapılabilir. Adetten kesilen kadınlar için her ayın belirli günü (her ayın ilk günü v.b.) yapılması önerilir (Branch, 2004; Murray et al., 2002; Valea & Katz, 2007).

20 yaşındaki her kadın KKMM'ye başlamalıdır (Branch, 2004; Valea & Katz, 2007).

### **KKMM yapacak kişinin bilmesi gerekenler şunlardır:**

- Doğru duruş,
- Muayene edilecek alan bölge,
- Elle muayene tekniği,
- Araştırma şekli (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

### ***Uygulama Şekli:***

#### **1. Doğru duruş:**

Doğru şekilde dururken;

- Kollar iki yana sarkık ve gevşek,
- Eller belde,

- Kollar her iki yanda başın üzerine doğru kaldırılmış,
- Kollar iki yanda gövde öne eğik veya eller belde öne doğru eğilme yapılır (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

## **2. Ayna karşısında yukarıdaki pozisyonlarda her iki meme için gözlem yapılır.**

Gözlem sırasında;

- Memede kitle görünümü,
- Memelerin birinde anormal büyüme,
- Memelerinin birinin diğerinden sarkık olması,
- Meme cildinde buruşukluk,
- Meme ucunda çukurlaşma,
- Meme ucunda kanlı akıntı,
- Meme ucu renginde değişiklik,
- Memeye komşu lenf düğümlerinde büyüme,
- Üst kolda anormal şişlik gibi belirtiler izlenir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

## **3. Muayene edilmesi gereken bölgenin belirlenmesi ve bölgenin elle muayenesi:**

Göğüs kemiğinin ortasından koltukaltının orta hattına kadar, yukarıda köprücük kemiğinden aşağıda memeden birkaç santimetre aşağısına kadar olan bütün bölge muayene edilir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

### **Bölgenin elle muayenesi:**

Memenin elle muayenesine ayakta durur pozisyonda başlanır. Sol memenin muayenesi için sol kol başın üzerine kaldırılır. Sağ elin orta üç parmağının iç yüzü ile muayene edilir. Aynı işlem sağ meme içinde tekrarlanır ve sonra sırtüstü yatar pozisyonda memeler tekrar muayene edilir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

Muayene sırasında sırt üstü yatma, muayene edilecek tarafın sırt ve kürek kemiği altına ince bir yastık veya katlanmış havlu koyma, muayene edilecek taraftaki kolu başaltına yerleştirme önemlidir. Böylece meme dokusu kaburgalar üzerine yayılır ve memedeki anormal oluşumlar daha kolay elle belirlenebilir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

#### **4. Muayene şekli:**

Üç çeşit muayene şekli vardır. Bunlar:

- Dairesel (sirküler),
- Dikey (vertikal) çizgilerle,
- Tekerlek (ışın tarzında) şeklinde ışın tarzında.

Memenin elle muayenesinde orta üç parmağın iç yüzleri kullanılır, parmaklar birbirine yapışık tutulmalıdır. Her memenin en az 5 dakika muayene edilmesi gerekir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007)..

#### **5. Meme başı muayenesi:**

Meme başı başparmak ve işaret parmağı arasında nazikçe sıkılır. Kanlı meme başı akıntısı olabilir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

#### **6. Koltuk altı muayenesi:**

Sırt üstü uzanarak koltuk altı çukurunun ön, orta ve dış bölümleri derinlemesine elle muayene edilir. Elle muayenenin, her iki meme içinde belirtilen şekilde yapılması gerekir. Meme muayenesinin elle muayenesinin ayakta olan bölümünün duş ya da banyo sırasında yapılması sabun deri altındaki kitle ya da sertlikleri daha kolay hissedilmesini sağladığı ve parmakların düz kısımları ıslak deri üzerinde kolayca kaydığı için önerilmektedir (Branch, 2004; Burroughs & Leifer, 2001; Topal, 2005; Valea & Katz, 2007).

#### **Klinik Meme Muayenesi (KMM)**

**Gözle Muayene:** Memelerin büyüklüğü, iki memenin eşit olup olmadığı, meme derisinde renk değişimi, portakal kabuğu görünümü, memede iltihabi yaralar, sıvı toplanması ve meme başı akıntısı gibi değişiklikler değerlendirilir (Morrow & Evers, 2008; Valea & Katz, 2007)..

**Elle Muayene:** Önce oturur, sonra yatar duruma getirilerek muayene yapılır. Kitle hissedildiğinde kitlenin çapı, şekli, sınırları, yoğunluğu, hareketli olup olmadığı ve yeri saptanır. Koltukaltı ve köprücük kemiği altı lenf düğümleri muayene edilir (Morrow & Evers, 2008; Valea & Katz, 2007).

## **Mamografi**

Memenin iki plak arasında sıkıştırılırken çekilen röntgen filmidir. Meme görüntüleme bugün için altın standart olarak kabul edilen bir yöntemdir. Memenin tümünün filme dahil edilmesi önemlidir. Mamografi çekiminden önce memenin sıkıştırılarak yassılaştırılması gerekir. Daha az meme dokusu üst üste geldiğinde daha ince bir doku incelenecek olduğu için alınan radyasyon miktarı azalacak, net görüntü alma şansı artacaktır (Cody, 2002; Haydaroglu, 2007; Morrow & Evers, 2008).

Mamografide kadınların en büyük korkusu radyasyona maruz kalmak durumunda olmalarıdır. Günümüzde mamografi çekimiyle alınan radyasyon dozu 35 yaşın üzerindeki kadınlarda milyonda 4 kanser oluşumuna yol açacak düzeydedir (Cody, 2002; Haydaroglu, 2007; Morrow & Evers, 2008).

Mamografide kitleler beyaz, yağ dokusu ise siyah görüntü vermektedir. Mamografide kanserin verdiği görüntünün yoğunluğu homojen değildir. Kenarları düzgün değil, iğne biçiminde çıkıntıları vardır (Cody, 2002; Haydaroglu, 2007; Morrow & Evers, 2008).

## **Ultrasonografi**

Yüksek frekanslı ses dalgaları yardımıyla memenin görüntülenmesidir. Meme kitlelerinin değerlendirilmesinde mamografiye yardımcı olan en önemli yöntemlerden birisidir (Cody, 2002; Morrow & Evers, 2008).

## **Biyopsi**

Meme hastalıklarında şüphelenilen dokudan parça alınması işlemidir. Memede elle hissedilen kitlelerde ve meme başından gebelik ve emzirme dönemi dışında sürekli akıntı varlığında uygulanır (Cody, 2002; Kalaycı, 2002; Topuz ve diğer., 2003).

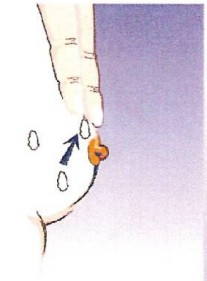


**Tablo E6.1. Meme Kanserinde Amerikan Kanser Derneği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi**

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM (isteğe bağlı) Klinik Muayene	Her ay 3 yılda bir
40-49	KKMM (isteğe bağlı) Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl 1-2 yılda bir
50 yaş ve üzeri	KKMM (isteğe bağlı) Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl

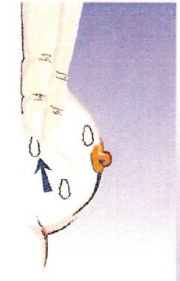
**Kaynak:** Branch, L. G. (2004). Breast Health, Chapter: 14, Youngkin E. K. & Davis M. S. (Eds.), *Women's Health, A Primary Care Clinical Guide* (3rd ed., pp: 351-385).

**MUAYENE SIRASINDA PARMAKLARIMI NE KADAR BASTIRMALYIM?**  
Memede ki kitleler farklı derinliklerde olabilir. Bu nedenle parmaklarınızla aynı noktada daire çizerken 3 farklı basıncı parmaklarınızı bastırın.



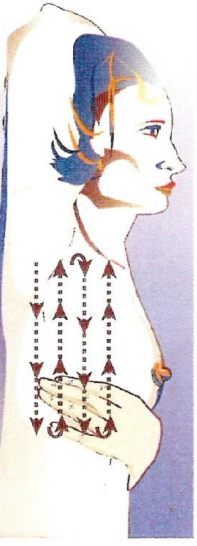
**BİRİNCİ DAİRE** (hafif basınç)  
Birinci daireyi parmaklarınızı hafif bastırarak yapın. Yüzeydeki kitleler bu şekilde hissedilir. İlk daireyi fazla bastırarak yaparsanız yüzeydeki kitle yana itilerek kaçabilir.

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



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

**TÜM MEMEYİ NASIL MUAYENE ETMELİSİNİZ?**  
Seğilideki pozisyonunda yatın. Koltuk altından başlayarak, seğilide gördüğü gibi aynı noktada üçlü daireler çizerek aşağı sınıra kadar inin.



Koltuk altından başlayarak alt sınıra ulaşıldıktan sonra buna paralel bir çizgi üzerinde yukarı çıkın. Seğilideki gibi paralel çizgiler üzerinde 3'ü daireler çizerek devam edin.



"Yerel STK'ların Kapasitelerinin Artırılması Yoluyla Türkiye'de Meme Kanseri Tarama Hizmetlerine Talebin Artırılması Projesi", Avrupa Birliği tarafından finanse edilen, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında desteklenmektedir.

Bu yayının içeriği sadece İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Proje Ekibi sorumluluğu altında olup, hiçbir şekilde T.C. Sağlık Bakanlığı ile Avrupa Birliği'nin görüşlerini yansıtmaz.

Batu tükellerinde düzenli yapılan meme kanseri taramalarıyla her 100 meme kanserinden 30 tanesi yukarıda anlatığımız en erken dönemde teşhis ediliyor.  
Ülkemizde ise düzenli tarama yapılmadığı için, 100 meme kanserinden sadece 2 tanesi erken dönemde teşhis ediliyor.

**DAHA FAZLA BİLGİ İÇİN BİZİ ARAYIN**



**TÜRKİYE MEME VAKFI**

Tel: (0212) 361 71 31 Faks: (0212) 361 71 32  
www.memekanseri.org



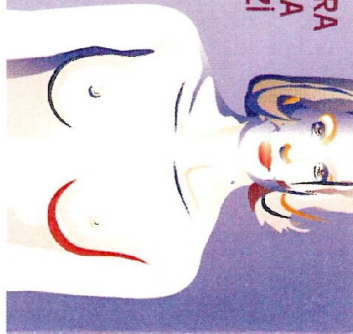
**KENDİ KENDİNİZİ  
MUAYENE  
EDİYOR MUSUNUZ?**

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

40 yaşınızı geçtiyseniz her yıl mamografi çektiyor musunuz?

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

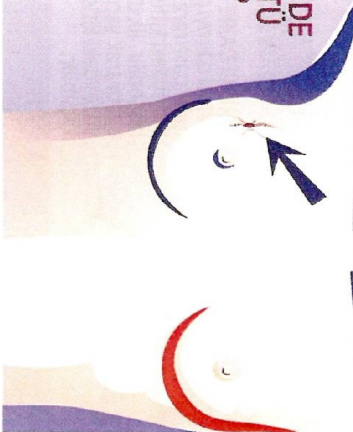
BANYODAN SONRA AYNA KARŞISINDA HER İKİ MEMENİZİ KONTROL EDİN



HANGİ BÖLGEYİ MUAYENE ETMENİZ GEREKİYOR?  
ALT SINIR  
sütyenin alt çizgisi  
ÜST SINIR  
Kopruçuk kemiği  
İÇ SINIR  
Göğüs kafesinin ortası  
DIŞ SINIR  
Koltuk altı ortasından aşağı inen sınırdır.



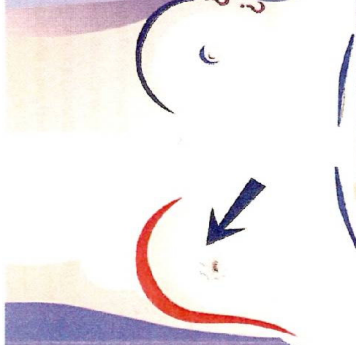
MEME DERİSİNDE ÇÖKÜNTÜ VAR MI?



KOLLARINIZI KALDIRARAK BAKIN



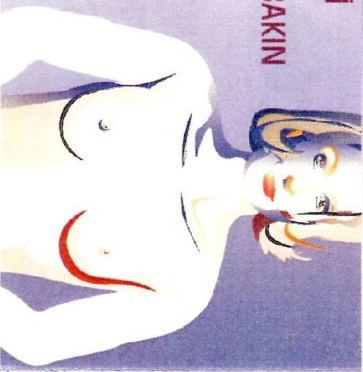
MEME BAŞINDA ÇEKİNTİ VAR MI? ÇÖKME VAR MI?



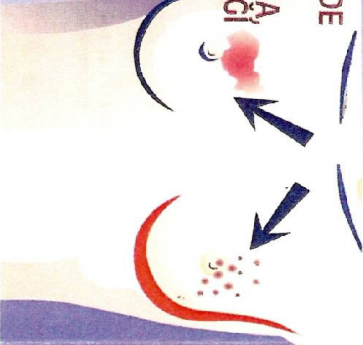
MUAYENE EDERKEN HANGİ PARMAKLARINIZI KULLANMANIZ GEREKİYOR?  
İşaret, orta ve yüzük parmaklarınızın ön yüzlerini kullanınız. Parmaklar göğüs duvarına paralel olsun.



HER İKİ ELİNİZİ BELİNİZE BASTIRARAK BAKIN

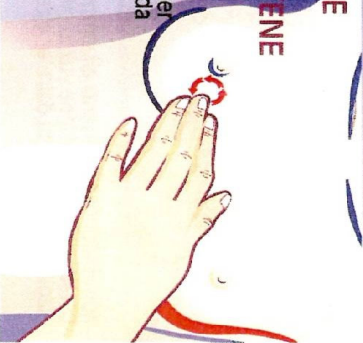


MEME DERSİNDE VE BAŞINDA KIZARIKLIK, YARA, RENK DEĞİŞİKLİĞİ VAR MI?



HER SEFERİNDE NE KADAR BÖLGEYİ MUAYENE ETMENİZ GEREKİYOR?

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



## EK 8

T.C.  
ADALET BAKANLIĞI  
Ceza ve Tevkifhaneleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.03.0.CTE.0.00.09-94-88/ 073

FAKS  
0312/2003

Konu : Anket Çalışması.


### SİVAS CUMHURİYET BAŞSAVCILIĞINA

İlgi : 20/11/2007 tarihli ve 2007/6603 sayılı yazınız.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Özlem DURAN'ın, "Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Verilen Plânlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançlarına ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi" konulu doktora tez çalışmasına ait uygulama kısmının, Sivas Kadın Açık Ceza İnfaz Kurumunda bulunan hükümlülere uygulanmasına izin verilmesine ilişkin ilgi yazınız ve ekleri incelendi.

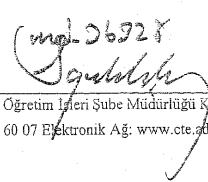
Söz konusu çalışmanın; Sivas Kadın Açık Ceza İnfaz Kurumunda bulunan hükümlülerin rızaları alınarak, kimliği, geçmişi, ailesi hakkındaki diğer bilgiler ve işlediği suç teşhir edilmeden, Cumhuriyet Başsavcılığınızca uygun görülecek tarihler arasında yapılması, çalışma sonucunda hazırlanacak raporun bir örneği ile CD'sinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi koşullarıyla, ses kayıt cihazı kullanılmadan gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

  
Kenan İPEK  
Hâkim  
Bakan a.  
Genel Müdür

09.07.01.2008

- 2. müd. M. ACUN
- Öğr. S. FİLİZ'e tablo ve personel k.
- CD'nin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi
- birer tane

06928  


## EK 9



T.C.  
SIVAS VALİLİĞİ  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI :B.104.İSM.4.58.0009-773-02  
KONU: Uygulama

09/01/2008

### MÜDÜRLÜK MAKAMINA

**İLGİ:** Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 08/11/2008 tarihli ve 15 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Halk Sağlığı Programı doktora öğrencisi Özlem DURAN'ın "Kendi Kendine Meme Muayenesi ile İlgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançlarına ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi" konulu doktora tez çalışmasına ait uygulama kısmının anket formlarını Emek Sağlık Ocağı bölgesinde bulunan kadınlara uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunu;  
Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Vakıf ÖZMERCAN  
Sağlık Müdür Yardımcısı

OLUR

09/01/2008

Dr. Sadettin YAZI  
Vali  
Sağlık Müdürü

Adres : Sağlık Müdürlüğü-58040 / SIVAS Tel : 0 (346) 225 63 67 – Dahili: 1165-66-67  
İnternet Adresi : [www.sivassm.gov.tr](http://www.sivassm.gov.tr) e - mail: [sivas.es@saglik.gov.tr](mailto:sivas.es@saglik.gov.tr) Faks : 0 (346) 221 95 55

## EK 10

T.C.  
SİVAS İLİ  
Halk Eğitimi Merkezi ve ASO Müdürlüğü

Sayı : B.08.4.MEM.4.58.00.15 .50 / 1376  
Konu : İzin Verilmesi


28/12/2007

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
(SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE)  
SİVAS

İLGİ :12/11/2007 ve B.30.2.CUM.0.A1.00.00-50/522 sayılı yazınız.

Enstitümüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktoru öğrencisi Özlem DURAN'ın "Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançlarına ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi" konulu doktora tez çalışmasının Müdürlüğümüzdeki kursiyer kadınlara uygulanması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

  
Cemal DALCI  
Müdür

# EK 11



T. C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI


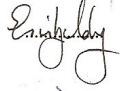
Sayın : B.30.2.CUM.0.1H.00.00- 07/106  
Konu :

04.12.2007

## Karar No: 2007 - 10/2

Prof.Dr.Ferit KOÇOĞLU'nun yürüttüğü Doktor öğrencisi Özlem DURAN'ın "Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Verilen Planlı Eğitimin Kadınların Sağlık İnançlarına ve Algılanan Sağlık Durumlarına Etkisi" konulu (Deneysel Çalışma) Doktora Tezinin Yerel Etik Kurul Kararında uygun olduğuna;

## Karar Verilmiştir.

Ünvanı/Adı Soyadı	Etik Kurul Üyeliği	Uzmanlık Dalı	İmzası
Prof.Dr.Suat TOPAKTAŞ	Başkan	Nöroloji	
Doç.Dr.Şahin YILDIRIM	Başkan Yrd.	Klinik Farmakoloji	
Yrd.Doç.Dr.Özen KARADAĞ	Raportör	Beyin ve Sinir Cerrahisi	
Prof.Dr.İlyas DÖKMETAŞ	Üye	Klinik Bak.ve İnfeksiyon Hastalıkları	Katılmadı
Prof.Dr.Dilara İÇAĞASIOĞLU	Üye	Çocuk Sağ. ve Hastalıkları Pediatrik Nörolojisi	Katılmadı
Prof.Dr.Tijen KAYA	Üye	Farmakolog	
Doç.Dr.Esin YILDIZ	Üye	Tıbbi Patoloji	
Doç.Dr.Hatice PINARBAŞI	Üye	Tıbbi Biyokimya	