



T.C.

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ÇALIŞAN KADINLARA SAĞLIK İNANÇ MODELİ  
DOĞRULTUSUNDA VERİLEN EĞİTİMİN VE SAĞLIK  
OKURYAZARLIĞININ MEME KANSERİ ERKEN TANI  
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Simge ERDAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞEN

KARABÜK

2018

## TEZ ONAYI

SİMGE ERDAL'ın hazırladığı “Çalışan Kadınlara Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin ve Sağlık Okuryazarlığının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi” adlı bu çalışma 25/06/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından **HEMŞİRELİK BİLİMİ ANABİLİM DALI**'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞEN

**Tez Danışmanı**

Dr. Öğr. Üyesi Sevil ALBAYRAK

**Üye**

Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZTÜRK ŞAHİN

**Üye**



Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından **YÜKSEK LİSANS** tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN  
**Enstitü Müdürü V.**

## BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Simge ERDAL

25/06/2018



## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sűrecinde deęerli bilgileri, deneyimleri ve tecrűbesiyle bana yűn veren, samimiyetini ve gűler yűzűnű benden esirgemeyen, mesleki ve űzel hayata dair verdięi űęűtleri ve tavsiyeleri asla unutmayacaęım deęerli danıőmanım Dr. űęr. űyesi Gűlcan ŐEN hocama,

Hayatım boyunca yaőadıęım tűm zorluklarda bana destek olan ve mutlu olduęum her anda da sevincimi benimle paylaőan, varlıkları benim için çok deęerli annem Arife űZDAę ve babam Vedat űZDAę'ya teőekkűr ederim.

Simge ERDAL

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	ii
BEYAN .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
TABLolar DİZİNİ .....	ix
KISATMALAR.....	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY .....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	1
2.1. Meme Kanseri.....	1
2.1.1. Epidemiyolojisi .....	1
2.1.2. Risk Faktörleri.....	3
2.1.3. Semptomları .....	9
2.1.4. Risk Değerlendirme Araçları .....	10
2.2. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama .....	12
2.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi.....	16
2.2.2. Klinik Meme Muayenesi .....	18
2.2.3. Mamografi.....	19
2.2.4. Türkiye’de Ulusal Tarama Standartları.....	20
2.2.5. Yüksek Riskli Grupta Tarama Programı .....	22
2.3. Meme Kanseri Erken Tanı ve Taramada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü ..	23
2.4. Sağlık Okuryazarlığı .....	25
2.4.1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli ve Boyutları .....	26
2.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Araçları .....	28
2.4.3. Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Etkileyen Faktörler.....	30
2.4.4. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlık Araştırmaları .....	31

2.4.5.	Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığına Etkisi ve Önemi .....	33
2.4.6.	Sağlık Okuryazarlığı Bilincini Geliştirme Yaklaşımları.....	36
2.5.	Sağlık Okuryazarlığın Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	38
2.6.	Koruyucu Sağlık Davranışları Kazandırmada Sağlık İnanç Modeli Kullanımı.....	42
2.6.1.	Sağlık İnanç Modeli .....	43
2.6.2.	Sağlık İnanç Modeli Birleşenleri .....	44
2.7.	Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Okuryazarlığı.....	48
3.	GEREÇ VE YÖNTEMLER .....	50
3.1.	Araştırmanın Tipi.....	50
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	50
3.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	50
3.4.	Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri .....	52
3.5.	Araştırmanın Değişkenleri.....	53
3.6.	Veri Toplama Araçları .....	53
3.7.	Araştırmanın Tasarımı .....	58
3.8.	Veri Toplama Yöntemleri.....	59
3.9.	Eğitim Programının Hazırlığı ve Uygulanması .....	59
3.11.	Araştırmanın Etik Boyutu .....	71
3.12.	Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler .....	72
4.	BULGULAR.....	73
5.	TARTIŞMA .....	82
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	103
6.1.	Sonuçlar .....	103
6.2.	Öneriler .....	105
7.	KAYNAKLAR .....	107
8.	EKLER.....	120
9.	ÖZGEÇMİŞ .....	146

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Rölatif Risk Puanlarına Göre Sınıflandırılması.....	9
Şekil 2. Ulusal Toplum Tabanlı Tarama Standartları .....	21
Şekil 3. Sağlık İnanç Modeli'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Uyarlanması .....	47
Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık İnanç Modeline Uyarlanması .....	49
Şekil 5. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Yapılan Eğitim Programı.....	63
Şekil 6. Eğitim Planı .....	64
Şekil 7. Eğitim İçerik Planı .....	65
Şekil 8. Sağlık Okuryazarlığı Oturum Planı .....	66
Şekil 9. Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri Oturum Planı .....	67
Şekil 10. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Sağlık Okuryazarlığa Yönelik Kullanılan İfadeler .....	68
Şekil 11. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Yönelik Kullanılan İfadeler.....	69

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Erken Tanı ve Tarama Yöntemlerin Avantajları, Dezavantajları ve Tartışmalı Konulara İlişkin Bilgiler .....	14
Tablo 2. Kavramsal Modele Dayalı Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt Boyutu.....	27
Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ve Ölçek Puan Ortalamaları .....	51
Tablo 4. SİMÖ Alt Boyut Madde Sayısı, Min-Max Puanları ve Cronbach Alfa Değerlerine İlişkin Bilgiler .....	55
Tablo 5. YSOYÖ Güvenilirlik Çalışma Sonuçlarına İlişkin Bilgiler .....	56
Tablo 6. SİMÖ Alt Boyutları ve YSOYÖ Arasındaki Korelasyon Analizi .....	56
Tablo 7. SİMÖ Alt Boyutları ve YSOYÖ Normal Dağılım Bilgileri .....	70
Tablo 8. Gail Modeli Beş Yıllık ve Yaşama Boyu Risk Düzeylerinin Sınıflandırılması.....	71
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunda Eğitim Öncesi ve Sonrası SİMÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	74
Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubunda Eğitim Öncesi ve Sonrası YSOYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	76
Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubunda Eğitim Sonrası KKMM Yapma Durumunun Karşılaştırılması .....	76
Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubunda Eğitim Sonrası KMM Yaptırma Durumunun Karşılaştırılması .....	77
Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubunda 40 Yaş Üstü Kadınların Eğitim Sonrası Mamografi Çektirme Durumunun Karşılaştırılması .....	77
Tablo 14. Deney Grubunda Eğitim Sonrası Sağlık Okuryazarlığının ve SİMÖ Alt Boyutları Erken Tanı Davranışlarına Etkisi .....	78
Tablo 15. Deney Grubunda Eğitim Öncesi Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Engellerine İlişkin Bilgiler .....	80



## **EKLER DİZİNİ**

Ek 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU .....	120
Ek 2. SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ.....	122
Ek 3. YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ .....	124
Ek 4. EĞİTİM SONRASI TARAMA DAVRANIŞI İZLEM FORMU .....	126
Ek 5. EĞİTİMİN POWERPOİNT SUNUMU .....	127
Ek 6. SAĞLIK OKURYAZARLIK AFİŞİ.....	136
Ek 7. MEME KANSERİ AFİŞİ-1.....	137
Ek 8. MEME KANSERİ AFİŞİ-2.....	138
Ek 9. MEME KANSERİ AFİŞİ-3.....	139
Ek 10. MEME KANSERİ BROŞÜRÜ .....	140
Ek 11. HATIRLATICI KART .....	142
Ek 12. BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL İZNİ.....	143
Ek 13. KARABÜK ÜNİVERSİTESİ KURUM İZNİ .....	144
Ek 14. YSOYÖ KULLANIM İZNİ .....	145

## **KISATMALAR**

SİMÖ	: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
YSOYÖ	: Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	: Klinik Meme Muayenesi
IARC	: Uluslararası Kanseri Ajansı
KETEM	: Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri
DES	: Dietilstilbestrol

## ÖZET

### **Çalışan Kadınlara Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin ve Sağlık Okuryazarlığının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi**

Bu araştırma, çalışan kadınlarda Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılan eğitimin ve sağlık okuryazarlığının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma yarı deneysel bir çalışmadır. Araştırmaya Karabük Üniversitesinde çalışan 332 kadından örneklem kriterlerine uyan 50 deney, 50 kontrol olmak üzere 100 kadın dahil edildi. Deney grubundaki kadınlara Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda hazırlanan iki oturumluk yüz yüze eğitim uygulandı. Bu eğitimden sonra her ay bir kez olmak üzere toplam 3 kez eğitim videosu, hatırlatıcı kart ve afişleri içeren e-posta gönderildi. Gönderilen e-postaların ardından telefon hatırlatması yapıldı. Kontrol grubuna bir girişim uygulanmadı. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği kullanılarak toplandı. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası olmak üzere iki kez veri toplandı. Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirildi. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler olarak Student t testi, Mann-Whitney U testi, Wilcoxon Signed Ranks testi, Ki-Kare, Fisher Kesin ve Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı.

Eğitim sonrasında deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre sağlık okuryazarlığı, duyarlılık, ciddiyet, KKMM yarar, KKMM öz etkililik algıları anlamlı düzeyde daha yüksek, KKMM ve mamografi engel algıları ise anlamlı düzeyde daha düşük bulundu. Deney grubundaki kadınların eğitimden sonra KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çektirme oranları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ayrıca deney grubunda eğitim sonrası KKMM'ni düzenli olarak uygulayan kadınların sağlık okuryazarlığı ve KKMM yarar algısı anlamlı düzeyde yüksek, KKMM engel algısı anlamlı düzeyde düşük bulundu. KMM yaptıran kadınların ise sağlık okuryazarlığı anlamlı düzeyde yüksek, KKMM ve mamografi engel algısı anlamlı düzeyde düşük bulundu.

Çalışmada eğitim programının çalışan kadınlarda meme kanseri sağlık inanç algılarını, erken tanı davranışlarını ve sağlık okuryazarlığını olumlu etkilediği; sağlık okuryazarlığının meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmede etkili olduğu belirlendi. Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını geliştirirken sağlık okuryazarlık düzeylerine uygun girişimler planlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Meme Kanseri, Sağlık İnanç Modeli, Sağlık Okuryazarlığı, Erken Tanı Davranışları, Sağlık Eğitimi.



## **SUMMARY**

### **The Effect of Health Belief Model Oriented Training and Health Literacy on Breast Cancer Early Detection Behaviours of Working Women**

This study was carried out to analyse the effects of Health Belief Model oriented training and health literacy on breast cancer early detection behaviours of working women.

The study is quasi-experimental and a total of 100 out of 332 women working in Karabuk University were selected and included in, 50 of them for experimental group and 50 of them for control group. A Health Belief Model oriented two session face to face training was carried out with the experimental group, and e-mails including an educational video clip, reminder cards and posters were sent to the participants once each month, for three months in total. Phone reminder calls were made after e-mail deliveries. No interference was carried out with the control group. The data were collected by using a personal information form, Health Belief Model Scale and Adult Health Literacy Scale. The collected data were analysed electronically, by using descriptive statistics such as Student T test, Wilcoxon Signed Ranks test, Mann-Whitney U test, Chi-Square, and Fisher Exact and Spearman's ROC correlation analysis.

It is found out in the study that, health literacy, sensibility, seriousness, breast self-examination benefits and breast self-examination self-efficacy perception levels of women in the experimental group were significantly high whereas their breast self-examination and mammography barrier perception levels of them were significantly lower. After the training, doing breast self-examination, having clinical breast examination and having mammography levels of women in the experimental groups were found significantly higher than the levels of women in the control group. Besides, in the experimental group, health literacy and breast self-examination benefits perception levels of the women having regular breast self-examination after the educational intervention were found significantly high whereas breast self-

examination barriers level was found significantly low. The health literacy levels of women having clinical breast examination were found significantly high whereas their breast self-examination and mammography barriers perceptions were found significantly low.

It is found out that the Health Belief Model oriented training has a positive effect on breast cancer health belief perceptions, early detection behaviours and health literacy of working women and health literacy is effective on developing breast cancer early detection behaviours. It is advised for the future interferences that they should be planned taking health literacy levels into consideration.

**Keywords:** breast cancer, Health Belief Model, Health Literacy, early detection behaviours, health education.

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Meme kanseri, insidans ve mortalite bakımından kadınlarda en sık görülen kanser türü olup kadın sağlığını etkileyen önemli evrensel bir halk sağlığı problemi olmaya halen devam etmektedir (Seçginli 2011; Lodi et al. 2017; Coleman 2017). Dünyada bir yıl içerisinde 1,5 milyondan fazla kadın meme kanseri tanısı almaktadır. 2015 yılında yaklaşık 570.000 kadının ölümüne neden olan meme kanseri, kadın kanserlerinin %25'ini oluşturmaktadır 2017 yılında, Amerika'da kadınlarda yeni kanser vakalarının %30'unu meme kanserinin oluşturduğu tahmin edilmektedir (Sun et al. 2017; Coleman 2017). Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2012 verilerine göre meme kanseri, kadınlarda en sık görülen ilk beş kanser türü arasında Dünyada ve Türkiye'de birinci sırada yer almaktadır. IARC araştırmasında meme kanserinin insidansının bir önceki tahminlere göre %20, mortalitesinin ise %14 arttığını belirterek özellikle meme kanserindeki artışa dikkat çekmiştir (Şencan ve Keskinliç 2017).

Türkiye'de 2014 yılı sağlık verileri incelendiğinde, meme kanserinin tüm kadın kanserleri arasında %24,9'luk bir oranla birinci sırada yer aldığı ve her dört kadın kanserinden birinin meme kanseri olduğu görülmektedir. 2002 yılında meme kanseri insidansı 31,9 /100.000 iken bu oran 2014 yılı verilerine göre 43,0/100.000'e ulaşmıştır (Başaran vd. 2017). Türkiye'de 25 kadından birisi meme kanserine yakalanma riski taşımakta olup meme kanseri insidans hızı daha çok gelişmiş ülkelere oranla orta düzeydedir (Eser 2015). Türkiye kanser istatistikleri verilerine göre son bir yıl içerisinde yaklaşık 17.000 kadına meme kanseri teşhisi konulmuş ve daha genç popülasyonda yer alan kadınlarda görünme oranında artış tespit edilmiştir. Meme kanseri vakalarının sadece %11,1'i uzak evrede (III ve IV) tespit edilmiştir (Şencan ve Keskinliç 2017).

Meme kanserinin, epidemiyolojik veriler doğrultusunda incelenmesi sonucunda kadın sağlığını önemli düzeyde tehdit eden bir risk faktörü olduğu anlaşılmaktadır.

Birincil ve ikincil korunma yöntemleri ile meme kanseri insidans ve mortalite oranlarının düşürülmesi hedeflenmelidir. Meme kanserinde yaş, cinsiyet, aile öyküsü, menstural durum gibi bazı risk faktörleri kontrol edilemezken, obezite, egzersiz, alkol, beslenme alışkanlıkları ve diyet gibi kontrol edilebilir risklerin ele alınması birincil koruma kapsamında yer almaktadır. Birincil korumada yer alan önlemler meme kanseri riskinde %5-10 arasında bir azalma sağlamaktadır. İkincil korunma kapsamında meme kanserinin erken evrede saptanması için erken tanı ve tarama yöntemlerinin kullanımı önerilmektedir (Gençtürk 2007; Dinçel vd. 2010; Andıç 2011; Kayhan ve Arıbal 2014; Yılmaz ve Atak 2014).

Meme kanserinin önlenmesi ve erken dönemde tanı konulabilmesi için yüksek riskli kadınların bilgilendirilerek yakın takip altında tutulmaları önemlidir. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyinin belirlenmesi, birincil korumaya yönelik gerekli önlemlerin alınmasına, ayrıca ikincil korumaya yönelik etkili tarama yöntemlerinin kullanılmasıyla erken dönemde kanserin tespit edilmesi açısından hayat kurtarıcı olabilir (Koçak vd. 2011; Açıkgöz ve Ergör 2013; Dinçel vd. 2014).

Meme kanseri riskini hesaplamak için birkaç matematiksel risk değerlendirme modeli mevcuttur. Kadınlarda meme kanseri riskini tespit etmede en sık kullanılan Gail Modelidir. Model kadınların beş yıllık ve yaşam boyu meme kanseri risk düzeyini belirlemektedir. (Karakayali vd. 2007; Yılmaz et al. 2011; Aker vd. 2014; Ewaid and El-Azzawi 2017)

Meme kanseri tanısının, %61'i erken tanı ve tarama yöntemleri sayesinde erken lokalize evrede konulabilmektedir. Meme kanserinin erken lokalize evrede tanısı ile etkin tedavi sayesinde iyi prognoz sağlandığı bilinmektedir. Bu dönemde hastaların beş yıllık sağkalım oranları %99'dur. Gelişmiş ülkelerde, meme kanserinin beş yıllık sağkalım oranı %70'in üzerindeyken gelişmekte olan ülkelerde %50 civarındadır. Gelişmiş ülkelerde, erken tanı ve tarama yöntemlerinin uygun ve etkili kullanımıyla birlikte zamanında ve etkin tedavi seçenekleriyle meme kanseri sağkalım oranlarının arttığı bilinmektedir (Altuncan vd. 2008; Kılbaş vd. 2012; Gençtürk 2013; Kayhan ve Arıbal 2014; Kozar ve Tekgöz 2016; Masoudiyekta et al. 2018).



Meme kanserinde erken tanı ve tarama yöntemleri; Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Klinik Meme Muayenesi (KMM) ve mamografidir (Uncu ve Bilgin 2011; Sönmez vd. 2012; Aksoy vd. 2015; Coleman 2017; Masoudiyekta et al. 2018). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınlar meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini yeterli düzeyde kullanmadıkları bilinmektedir (Güney 2009; Yıldırım ve Özaydın 2014; Açıköz vd. 2015; Kartal vd. 2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verilerinde ülkemizde 15 yaş ve üzeri kadınların %19,7'sinin her ay düzenli KKMM yaptığı, %60,9'unun KKMM'yi hiçbir zaman uygulamadığı, 40 yaş ve üzeri kadınların ise %9,0'unu son bir yıl içerisinde, %5,2'sinin beş yıldan fazla bir sürede, %71,1'inin ise hiçbir zaman mamografi çekmediği belirtilmektedir (Başaran vd. 2017).

Güncel araştırmalar kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışlarının yeterli düzeyde olmadığını ve meme kanseri farkındalığının yükseltilmesinin tarama davranışlarının düzenli aralıklarla uygulama oranlarının artırılması için modellerle desteklenmiş eğitim programlarına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Meme sağlığı bilgisini artırmak ve meme kanseri erken tanı davranışlarını geliştirmek amacıyla yapılan girişimlerde, bilişsel-davranışçı modellerden yararlanmanın erken tanı davranışlarının kazandırılmasında etkili olduğu vurgulanmaktadır. Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik eğitim programlarında davranış değişiminin sağlanması için en sık kullanılan model Sağlık İnanç Modeli 'dir (Mermer 2010; Ersin ve Bahar 2011; Açıköz vd. 2015; Kartal vd. 2017).

Birçok çalışmada, Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınlarda meme kanseri farkındalığını ve tarama programlarına katılımı artırdığını göstermektedir (Seçginli 2007; Avcı vd. 2007; Hajian vd. 2011; Aydoğdu 2011; Ersin 2012; Tuzcu 2013; Olgun 2015; Kolutek ve Avcı 2015; Yılmaz et al. 2017; Khiyali et al. 2017, Masoudiyekta et al. 2018).

Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının kazanımının sağlanabilmesi için ilk adımda bu davranışları gerçekleştirmesinde rol alan faktörlerin belirlenmesi, sonra bu faktörler doğrultusunda eğitim programlarının düzenlenmesi beraberinde de eğitimlerin hatırlatıcılarla desteklenmesi önem taşımaktadır. Sağlık İnanç Modeline göre, bireyden beklenen eylemi gerçekleştirmesi için kişinin motivasyonunu artıracak olay veya stratejiler gerekmektedir. Meme kanseri erken tanı davranış oranlarını artıran çeşitli stratejiler arasında telefonla hatırlatma, hatırlatıcı mektuplar, mail ile hatırlatma, bilgi verici broşürler ve ev ziyaretleri yer almaktadır (Ersin ve Bahar 2012; Kıssal ve Beşer 2012; Bulduk vd. 2015; Aker vd. 2015).

Yapılan çalışmalarda, kadının sağlık okuryazarlığı düzeyinin, kanserden korunmada inanç ve davranışlarını etkilediği belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesinin, kanser erken tanı tarama programlarına katılım oranlarını artıracığı ve hastalık yükünü azaltacağı belirtilmektedir. Bu durumun aksine bireylerde yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin, koruyucu hizmetlerin kullanım oranlarını düşürdüğü bilinmektedir (Zarcadoolas et al. 2005; Tözün ve Sözmen 2014; Oldach ve Katz 2014; Talley ve Williams 2015; Yıldırım ve Keser 2015; Carolla 2015).

Birçok çalışmada yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin meme kanseri erken tanı davranışlarını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir. Meme kanseri erken tanı davranışlarının kazanılmasında sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmesi önerilmektedir (Berkman et al. 2011; Pagan et al. 2012; Fernandez et al. 2016; Roh et al. 2018; Yılmazel 2018). Ülkemizde yapılan sağlık okuryazarlık ve meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Çopurlar (2016) 500 kadın üzerinde yaptığı çalışmasında, kadınların %55,2'sinin hiç mamografi çekmediğini ve bu kadınların en az bir kez mamografi çektirenlere göre daha düşük sağlık okuryazarlık puanına ve daha düşük bilgi puanına sahip olduğunu belirtmiştir.

Çimen ve Temel (2017)'de 550 kişinin sağlık okuryazarlık durumlarını değerlendirdiği çalışmasında, devlet memuru olan kadınların ev hanımlarına göre sağlık okuryazarlık puan ortalamasının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Yılmaz vd.

(2011) akademisyen ve ev hanımlarından oluşan 415 kadında meme kanseri sağlık inançlarını ve erken tanı davranışlarını incelediği çalışmasında; akademik kadınların, ev hanımlarına göre Gail Modeli beş yıllık ve yaşam boyu risk düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Ev hanımlarına göre akademisyen kadınların daha çok erken tanı davranışlarını uyguluyor olsa da yeterli düzeyde olmadığını belirtmişlerdir. Ayrıca meme kanseri sağlık inanç algılarından duyarlılık ve ciddiye algıları da akademisyen kadınlarda, ev hanımlarına göre daha düşük bulunmuştur. Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarında ve sağlık inançlarında olumlu değişimler gerçekleştirmek için sağlık eğitim uygulamaları önerilmektedir.

Çalışan kadınlar için meme kanserinde erken tanı davranışlarına yönelik iş yeri eğitim programları yeterli düzeyde değildir. İşyeri sağlık eğitim programlarının, çalışan kadınların meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi düzeylerini, inançlarını ve davranışlarını olumlu açıdan etkileyebileceği düşünölmektedir (Güney 2009).

Bu bilgiler doğrultusunda araştırmada, Karabük Üniversitesi bünyesinde çalışan kadınlarda Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılan eğitimin ve sağlık okuryazarlığının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi incelenmektedir.

## **Araştırmanın Hipotezleri**

**H.1** Deney grubunda yer alan kadınların, eğitim sonrası meme kanseri erken tanıya yönelik Sağlık İnanç Modeli **alt boyut algı puanları** kontrol grubunda yer alan kadınlardan **yüksek** olacaktır.

- a. ciddiye algısı
- b. duyarlılık algısı
- c. sağlık motivasyon algısı
- d. KKMM-yarar
- e. KKMM öz etkinliği algısı
- f. mamografi-yarar algısı

**H.2** Deney grubunda yer alan kadınların, eğitim sonrası meme kanseri erken tanıya yönelik Sağlık İnanç Modeli **alt boyut engel algıları** kontrol grubunda yer alan kadınlara göre **düşük** olacaktır.

- a. KKMM-engel
- b. mamografi-engel

**H.3** Deney gurubunda yer alan kadınların eğitim sonrası sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalaması kontrol grubunda yer alan kadınlardan **yüksek** olacaktır.

**H.4** Deney gurubunda yer alan kadınların eğitim sonrası yeterli KKMM **yapma sıklığı** (KKMM'nin üç ayda 3 kez yapılması) kontrol grubunda yer alan kadınlardan **yüksek** olacaktır.

*Araştırma sorusu: Kadınlarda meme kanseri sağlık inanç algıları ile sağlık okuryazarlığın KKMM yapma durumuna etkisi var mıdır?*

**H.5** Deney grubunda yer alan kadınların eğitim sonrası KMM **yaptırma sıklığı** kontrol grubunda yer alan kadınlardan **yüksek** olacaktır.

*Araştırma sorusu: Kadınlarda meme kanseri sağlık inanç algıları ile sağlık okuryazarlığın KMM yaptırma durumuna etkisi var mıdır?*

**H.6** Deney grubunda yer alan kadınların eğitim sonrası mamografi **çektirme sıklığı** kontrol grubunda yer alan kadınlardan **yüksek** olacaktır.

*Araştırma sorusu: Kadınlarda meme kanseri sağlık inanç algıları ile sağlık okuryazarlığın mamografi çektirme durumuna etkisi var mıdır?*

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Meme Kanseri**

Meme kanseri, kadınlarda süt üretimi gerçekleştiren ve bir ter bezi olan memenin dokusundaki yapı ve hücrelerin bozularak kontrolsüz olarak çoğalma eğilimi göstermesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Secginli 2007; Açıkğöz vd. 2015; Coleman 2017). Meme kanseri, insidans ve mortalite bakımından kadınlarda en sık görülen kanser türü olup kadın sağlığını etkileyen önemli bir evrensel halk sağlığı problemi olmaya halen devam etmektedir (Lodi et al. 2017; Seçginli 2011; Coleman 2017).

#### **2.1.1. Epidemiyolojisi**

Dünyada bir yıl içerisinde 1,5 milyondan fazla kadın meme kanseri tanısı almaktadır. 2030 yılında gelişmekte olan ülkelerde beklenen artışla birlikte bu sayının 2,4 milyona ulaşması beklenmektedir. 2015 yılında yaklaşık 570.000 kadının ölümüne neden olan meme kanseri, kadın kanserlerinin %25'ini oluşturmaktadır. 2017 yılında, Amerika'da kadınlarda yeni kanser vakalarının %30'unu meme kanserinin oluşturduğu tahmin edilmektedir (Sun et al. 2017; Coleman 2017). Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2012 verilerine göre meme kanseri, kadınlarda en sık görülen ilk beş kanser türü arasında dünyada birinci sırada yer almaktadır. IARC araştırmasında, meme kanserinin insidansının bir önceki tahminlere göre %20, mortalitesinin ise %14 arttığını belirterek özellikle meme kanserindeki artışa dikkat çekmiştir (Şencan ve Keskinçelik 2017). Dünya genelinde 21 kadından, Avrupa'da 13 kadından, Amerika'da 10 kadından, daha çok gelişmiş ülkelerde 12 kadından, daha az gelişmiş ülkelerde 31 kadından biri meme kanserine yakalanma riski taşımaktadır. Meme kanseri insidansı açısından bazı ülkeler arasında 10 katlık bir farklılık mevcuttur. Endüstrileşmiş ülkelere kıyasla daha az endüstrileşmiş ülkelerde meme kanseri insidansı daha düşük olma eğilimindedir (Eser 2015; Özçelik 2018).

Meme kanserinde tanı evresine bağlı beş yıllık sağkalım oranları: uzak metastazda %23,4, bölgesel lenfatik yayılımında %83,6 iken lokalize tümörlerde ise %98'dir. Meme kanserinin beş yıllık sağkalım oranları; ABD, Kanada, Avusturya, İsrail, Brezilya ve kuzey/batı Avrupa ülkelerinde %85'ten fazla iken Hindistan, Cezayir, Güney Afrika ve Moğalistan gibi gelişmekte olan ülkelere %60 veya daha düşük oranda izlenmektedir. Ayrıca Çin, İngiltere, ABD, Kanada ve Danimarka'da kadınlarda meme kanseri tanısı I ve II evrede yaygın tespit edilirken, Nijerya (%77), Libya (%60) ve Malezya'da (%56) III ve IV evrede tanı almaktadır (Coleman 2017; Özçelik 2018).

Türkiye'de 2014 yılı sağlık verileri incelendiğinde ise, meme kanseri tüm kadın kanserleri arasında %24,9'luk bir oranla birinci sırada yer almakta ve her 4 kadın kanserinden birinin meme kanseri olduğu görülmektedir. Ülkemizde 2002 yılında meme kanseri insidansı 31,9/100.000 iken, bu oran 2014 yılı verilerine göre 43,0/100.000'e ulaşmıştır (Başaran vd. 2017). Ülkemizde 25 kadından birisi meme kanserine yakalanma riski taşımakta olup ülkemizin meme kanseri insidans hızı daha çok gelişmiş ülkelere oranla orta düzeydedir (Eser 2015). Ayrıca 2014 yılı kanser istatistik verilerine göre de meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5'i 50-69 yaş arasında iken %40,4 ünün 25-49 yaş aralığında yer aldığı tespit edilmiştir. Aynı verilere göre son bir yıl içerisinde yaklaşık 17.000 kadına meme kanseri teşhisi konulmuş ve daha genç popülasyonda yer alan kadınlarda görünme oranında artış tespit edilmiştir. Meme kanseri vakalarının sadece %11,1'i uzak evrede (III ve IV) tespit edilmiştir (Şencan ve Keskinlik 2017).

Ayrıca mevcut bilgilere göre ülkemizde meme kanseri sıklığının doğu bölgesinde 20/100.000 iken batı bölgesinde 40-50/100.000 oranlarında olduğu belirtilmektedir. Söz konusu belirgin farkın sebebinin, ülkenin batı bölgesindeki yaşam tarzının batı ülkelerinin yaşam tarzına olan benzerliği ve sağlık hizmetlerine erişim imkanların daha fazla olmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir (Açıkgöz vd. 2015; Kozan ve Tokgöz 2016).

Meme kanseri erkeklerde nadir rastlanan tümörlerdendir. Erkek kanserleri içinde %1'inden azını kapsamakta olup erkeklerde, kadınlara oranla 146 kat daha az sıklıkta saptanmaktadır. Meme kanserinin erkeklerde yıllık görülme insidansı 1/100.000'dir. Yaklaşık bir yıl içerisinde 1400 erkek meme kanseri vakası ve buna bağlı olarak 250 ölüm gerçekleştiği bildirilmektedir (Sevinç vd. 2007). Erkek meme kanseri tanıda gecikme nedeni ile ileri evrelerde tespit edildiği için prognozu kadın meme kanserine göre daha agresiftir. Kadın meme kanseri ile aynı evre ise benzer prognoza sahiptir (Tatar vd. 2013).

### **2.1.2. Risk Faktörleri**

Meme kanseri karmaşık değişkenleri barındıran kompleks bir hastalık olup hastalığa neden olan etmenler tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Yapılan bilimsel araştırmalar bazı risk faktörlerinin meme kanserine yakalanma olasılığını arttırdığı göstermektedir. Ancak meme kanserinde çok çeşitli risk faktörleri göz önünde bulundurulsa da herhangi bir risk faktörü olguların %75'inde görülmemektedir (Eroglu vd. 2010; Özçelik 2018; Ateş et al. 2018).

Meme kanseri gelişiminde rol alan risk faktörlerini aşağıda yer aldığı gibi kategorize etmek mümkündür (Koçak vd. 2011)

1. Demografik özellikler (yaş, cinsiyet, ırk)
2. Reprodüktif öykü (ilk tam dönem hamilelik yaşı, doğum yapma ve sayısı menarş yaşı, menapoz yaşı, laktasyon)
3. Ailesel/genetik faktörler (şüpheli veya bilinen BRCA1/2, p53, PTEN veya ilişkili diğer gen mutasyonları, birinci derece aile öyküsü)
4. Çevresel faktörler (toraks bölgesine 30 yaşından önce radyoterapi, alkol kullanımı, hormon replasman tedavisi, sosyoekonomik düzey, egzersiz)
5. Diğer faktörler (dens meme yapısı, atipik hiperplazi/lobüler karsinoma in situ, kişisel meme kanseri öyküsü, fazla kilo veya obezite)

## Demografik Özelliklere İlişkin Risk Faktörleri

**Yaş:** İlerlemiş yaş en önemli risk faktörlerindedir. 55 yaş ve üstü kadınlarda görülme sıklığı artmaktadır Meme kanseri hastalarının %25–30'u premenopozal dönemde %70–75 postmenopozal dönemdedir (Özçelik 2018; American Cancer Society, ACS, 2018a).

**Cinsiyet:** Kadın cinsiyeti ereklere oranla 100 kat artmış risk taşımaktadır (Koçak vd. 2011; ACS 2018a).

**İrk:** Beyaz kadınlarda meme kanseri insidansı zencilere oranla %20 daha fazla iken mortalite oranı zenci ırkında daha fazladır. Bu farkın sosyoekonomik ve yaşam tarzı özelliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Koçak vd. 2011; ACS 2018a).

## Reprodüktif Öykülere İlişkin Risk Faktörleri

**İlk Doğum Yaşı ve Doğum Sayısı:** İlk doğumunu 30 yaşından sonra yapan kadınlarda, 18 yaşından önce ilk doğumunu yapan kadınlara göre risk artmaktadır. Hiç doğum yapmama risk artışına neden olurken doğum sayısının artışı hamilelik döneminde östrojen hormonunu seviyesinin düşük olmasına bağlı olarak riski düşürebilir (Özçelik 2018; ACS 2018a).

**Laktasyon:** En az 1 yıl süreyle emzirmenin meme kanserinde koruyucu etkisinin olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra etkisinin olmadığını ifade eden çalışmalar da mevcuttur (Özçelik 2018; ACS 2018a).

**Menarş ve Menapoz Yaşı:** Östrojen hormonunun etki süresinde artış, riskin artışıyla ilişkilidir. 12 yaşından önce ilk adetini görenler ve 55 yaşından sonra menapoz giren kadınlarda, ömür boyu daha fazla östrojen hormonunun etkisi altında olacağından risk artmaktadır. Östrojen hormonu etki süresi azalmasının ise koruyucu etki yarattığı düşünülmektedir (Koçak vd. 2011; Özçelik 2018; ACS 2018a).



## **Ailesel/Genetik Faktörlere İlişkili Faktörler**

**Şüphelenilen veya Bilinen Gen Mutasyonları:** Meme kanserinin %5–10'unu kalıtsal meme kanseri olduğu bilinmektedir (ACS 2018a). Başlıca genetik faktörler; BRCA1 ve BRCA2, p53, ATM, PTEN, STK11/LKB1, MSH1 ve MLH2, CHEK2 ve CDH1'dir. En önemlileri BRCA1 ve BRCA2 genleridir. Diğerleri daha az yaygın ve daha az risk oluşturmaktadır (Koçak vd.2011; Özçelik 2018).

**Aile Öyküsü:** Meme kanserinin %15'ini ailesel meme kanseri varlığı oluşturmaktadır. Anne ve baba tarafına ait kanser öyküsü sorgulanmalıdır. Meme kanseri riskini yakınlarında bir kişinin varlığı iki kat, iki kişinin varlığı üç kat artırmaktadır (Koçak vd. 2011; Özçelik 2018; ACS 2018a).

## **Çevresel Risk Faktör**

**Radyasyona maruz kalma:** Memenin aktif olarak geliştirdiği süreç 10-14 yaş dönemi içerisinde toraks bölgesinin radyasyona maruz kalması riski artırmaktadır. Fakat 40 yaş sonrası kadınlarda radyoterapi veya radyasyona maruz kalma meme kanseri riskini etkilememektedir (Koçak vd. 2011; ACS 2018a).

**Alkol Kullanımı:** Çalışmalar alkol tüketim süresi ile miktarının meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Alkol kullanımının östradiol serum düzeyini yükselttiği bilinmektedir. Birçok araştırmada her gün 1-2 kadeh alkol kullanımının meme kanseri insidans oranında %30-50 arasında artışa neden olduğu gösterilmiştir (Koçak vd. 2011; ACS 2018a).

**Hormon Replasman Tedavisi:** Meme kanseri riski ile Östrojen ve progesteron doz miktarı arasında pozitif ilişki vardır. Doğum kontrol haplarının etkisi tartışmalı olup kullananlarda hafif düzeyde risk artışı görülmektedir. Ayrıca kullanımı bırakıldığında 10 yıl sonra risk normale dönmektedir. Ayrıca bazı araştırmalar, doğum kontrol implantların, rahimiçi cihazların (RİA) meme kanseri riski ile bağlantılı

olduğunu göstermiştir. Kadınların menopoza bağlı şikayetlerinin tedavisi amacıyla kullanılan ilaçlar östrojen ve progesteron hormonlarını içerdikleri için kombine preparatlarda risk artışı gözlenmektedir. Bu ilaçların beş yıl ve üzeri bir sürede kullanılması kadınlarda menopoz sonrası dönemde meme kanseri riskini 1,26 kat arttırır. Kullanımı kesildiğinde ise 5 yıl sonraki risk hiç kullanmayanlarla aynıdır (Koçak vd. 2011; Özçelik 2018; ACS 2018a).

**Sosyoekonomik Düzey:** Sosyoekonomik düzeyi yüksek kadınlarda meme kanseri insidansı daha yüksektir. Düşük sosyoekonomik düzeyde ise insidans daha düşük ancak mortalite daha yüksektir. Bu durumun reproduktif özelliklere ilişkin değişiklik sebebiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (Koçak vd. 2011; Özçelik 2018a).

**Egzersiz:** Meme kanseri riskini haftada iki saat tempolu yürümek %18 oranında azaltmaktadır. Tam olarak fiziksel aktivitenin meme kanseri riskini nasıl azalttığı net değildir, ancak bunun vücut ağırlığı, inflamasyon, hormonlar ve enerji dengesi üzerindeki etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Koçak vd. 2011; Özçelik 2018; ACS 2018a).

**Dietilstilbestrol (DES) Maruz Kalma:** Düşük riskini azaltmak amacıyla 1940-1960 yılları arasında gebelerde kullanılmıştır. DES kullanan kadınlarda ve çocuklarında hafif düzeyde risk artırmaktadır (ACS 2018a).

## **Diğer Faktörler**

**Kişisel Meme Kanseri Öyküsü:** Kadında bir memesinde kanser olma durumu diğer memesinde kanser oluşma risk oranını her yıl için %0,5–1 artırmaktadır. Over ya da endometrium kanser hikayesi olan kadında meme kanseri riski iki kat artar. Tiroid, kolon, melanom ve tükrük bezi kanseri hikayesi olan kadında ise risk hafif düzeyde artmaktadır (Özçelik 2018; ACS 2018a).

**Atipik Hiperplazi/Lobüler Karsinoma İn situ:** Proliferatif meme lezyonlarından sitolojik atipi içerenler, özellikle invazif ve non invazif meme

kanserinde risk faktörüdürler. Atipi içeren proliferatif lezyonlarda risk artışı daha yüksekken, atipi içermeyen proliferatif lezyonda risk artışı hafif düzeydedir (Koçak vd. 2011).

**Dens Meme Yapısı:** Mamografide yoğun memeleri olan kadınların meme kanseri riski, ortalama meme yoğunluğu olan kadınlara oranla yaklaşık 1,5 ile 2 kat daha fazladır. Ayrıca yoğun meme dokusu, mamografi çekimlerinde tanıyı zorlaştırmaktadır. Yaş, menopoz durumu, bazı ilaçların kullanımı, hamilelik ve genetik gibi bazı faktörler meme yoğunluğunu etkileyebilir (ACS 2018a).

**Fazla Kilo veya Obezite:** Fazla miktarda yağ dokusu östrojen hormonu üretimine neden olmaktadır. Postmenapozal dönemde fazla kilolar kadınlarda riski yaklaşık %30 oranında yükseltmektedir. 18 yaşından sonra da 25 kilo ve fazla alımı postmenopozal meme kanseri riskini yükseltmektedir. Kalça-uyluk ve bel bölgesinde yağlanmaya göre riski daha fazla yükseltmektedir (Özçelik 2018; ACS 2018a).

Yukarıda söz edilen risk faktörlerinin dışında yapılan araştırmalar ile meme kanseri riskini gerçekten etkileyip etkilemedikleri konusunda henüz kanıtlanmamış belirsiz risk faktörleri de aşağıda yer almaktadır (ACS 2018a).

**Beslenme alışkanlığı:** Konuyla ilgili araştırmalar tartışmalı olup yağ oranı yüksek besinlerin uzun süreli kullanımının serum östrojen düzeyini artırarak meme kanseri riskinde artışa katkı sağladığını düşündüren bazı araştırmalar vardır (Koçak vd. 2011; Özçelik 2018; ACS 2018a).

**Vitaminler:** Vitamin düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalarda tutarsız sonuçlar elde edilmiştir. Meme kanseri riskine, Vitamin C, E veya beta-karoten gibi antioksidanların tüketiminin etki ettiği yönünde güçlü araştırmalar mevcut değildir. Vitamin A tüketimine ilişkin kanıtlar ise tartışmalıdır. Farklı araştırmalarda düşük selenyum düzeyinin riski yükselttiği gösterilmekle beraber, yüksek selenyum düzeylerinin koruyucu etkisi kanıtlanmamıştır. Bunların yanı sıra birçok çalışma D

vitaminin meme kanserine karşı koruyucu etkisinin olduğunu belirtmektedir (Koçak vd. 2011; ACS 2018a).

**Çevresel kimyasallar:** Östrojen hormonu içeriği bulunan bazı plastiklerde bulunan maddeler, bazı kozmetikler ve kişisel bakım ürünleri, böcek ilaçları ve poliklorlu bifeniller gibi ürünlerin meme kanseri riskine teoride neden olabileceği düşünülebilir. Mevcut araştırmalar meme kanseri ile bir bağlantı göstermemektedir. Ancak bu konuya ilişkin daha fazla kanıta dayalı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (ACS 2018a).

**Sigara kullanımı:** Çalışmalarda çelişkili bulgular elde edilmekle beraber, eşlik eden diğer faktörler ile birlikte riskten bahsedilmektedir (Koçak vd. 2011; ACS 2018a).

**Gece vardiyası çalışma şekli:** Bazı çalışmalar gece vardiyasında çalışan kadınların melatonin düzeylerindeki değişikliklere bağlı olarak meme kanseri riskinin artmış olduğunu öne sürmektedir. Konuya ilişkin daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (ACS 2018a).

**Antiperspiranlar:** Antiperspiran ürünlerinin kullanımının koltuk altında ciltten emilimiyle lenf dolaşımını etkilediği ve meme kanserine neden olduğu öne sürülmekte olup konuya ilişkin kanıta dayalı bilgilere rastlanmamıştır (ACS 2018a).

**Sütyen Kullanımı:** Lenf akışını engelleyerek meme kanserine neden olduğunu öne sürmüş olup bilimsel veya klinik kanıtları mevcut değildir (ACS 2018a).

**İndüklenen kürtaj:** Birçok çalışmada ne indüklenmiş ne de spontan abortusların meme kanseri riski üzerinde genel bir etkiye sahip olmadığını kanıtlamıştır (ACS 2018a).

**Göğüs implantları:** Bazı araştırmalar meme kanseri riskini artırdığını ve memede skar doku oluşumuna neden olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte göğüs implantları memenin mamografi görüntüsünü zorlaştırmaktadır (ACS 2018a).

Ayrıca şekil 1’de meme kanseri risk faktörleri rölatif risk puanlarına göre de sınıflandırılmaktadır.

Çok Yüksek Risk (Rölatif risk 5'in üzerinde)	Yüksek Risk (Rölatif risk 1,5-5 arasında)	Düşük Risk(Rölatif risk 1,5'un altında)
<ul style="list-style-type: none"><li>• BRCA1/2 Mutasyonu</li><li>• Lobüler Karsinoma İnsitu</li><li>• Hereditör Meme Kanseri Özelliği Taşıyan Aile Yakını</li><li>• Göğüs Boşluğuna Yönelik Radyasyon</li><li>• Multifokal Atipik Duktal Hiperplazi/atipik Lobüler Hiperplazi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İleri Yaş</li><li>• Yakın Akrabada Meme Kanseri</li><li>• Diğer Memede İnvaziv Kanser veya Duktal Karsinoma İnsitu</li><li>• Tek Odakta Atipik Duktal Hiperplazi/atipik Lobüler Hiperplazi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Erken Menarş</li><li>• Genç Menapoz</li><li>• 35 Yaş Üzeri İlk Doğum Yaşı</li><li>• Nulliparite</li><li>• Emzirmeme</li><li>• İntraduktal Papillom</li><li>• Şiddetli Epitelyal Hiperplazi</li><li>• Hormon Replasman Tedavisi</li><li>• Alkol Kullanımı</li><li>• Obezite</li><li>• Sedanter Yaşam</li></ul>

**Şekil 1. Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Rölatif Risk Puanlarına Göre Sınıflandırılması (Aydın ve Akça 2011; Kozan ve Tokgöz 2016)**

Ülkemizde Çakır vd. (2016) meme kanseri tanısı almış kadınları meme kanseri risk faktörleri yönünden değerlendirdiği çalışmasında, kadınların meme kanseri gelişmesine sebep olan güncel risk faktörlerine anlamlı ölçüde sahip olduklarını belirtmektedirler. Ayrıca kadınların %41,2'sinin şikayetinin olmadığını ve %52,8'in de fizik muayene semptomu olduğunu belirtmektedir.

### 2.1.3. Semptomları

Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri, kanserin erken evrede tanısına, tipik olarak erken evrede semptomsuz ilerlemesine, meme kanseri belirtilerin

gözlenmesinde azalmaya sebep olmaktadır. En sık belirtilerinden birisi ele gelen kitledir. Meme de hissedilen kitle ağrısız, sert ve düzensiz alanı olması kanseröz olmasına meyil oluştursa da düzenli alanlı ve yumuşak kitleler de kanseröz özellik gösterebilmektedir. Meme kanserinin diğer klinik bulguları arasında;

- Memenin bir kısmında veya memenin tamamında şişlik
- Meme başında çekilme
- Meme derisinde anormal görünüm
- Meme derisinin sertleşmesi
- Meme derisinde kızarıklık olması
- Meme başında akıntı olması
- Memede veya meme başında ağrı olması
- Meme komşu lenf düğümlerinde şişlik
- Üst kolda anormal şişlik yer almaktadır (Çopurlar 2016; ASC 2018b).

#### **2.1.4. Risk Değerlendirme Araçları**

Meme kanseri riskinin tespit edilmesi, gelecekte meme kanserine yakalanma riski yüksek olan sağlıklı bireylerin seçilmesi anlamına gelmekte olup meme kanseri mortalitesi ve insidansı oranlarında düşüş sağlayabilir. Meme kanseri risk düzeyinin belirlenmesi, kadınlarda birincil korumaya yönelik gerekli önlemlerin alınmasını ve ikincil korumaya yönelik etkili tarama yöntemlerinin kullanılmasını sağlayabilir ve bu durum erken dönemde kanserin tespiti ile hayat kurtarıcı olabilir. Meme kanserinin önlenmesi için erken dönemde tanı konulabilmesi ve yüksek riskli kadınların bilgilendirilerek yakın gözlem altında tutulmaları önemlidir (Koçak vd. 2011; Açıkgöz ve Ergör 2013; Dinçel vd. 2014).

Kişisel meme kanseri riskinin tespit edilmesi için ilk adımda yukarıda meme kanseri risk faktörleri açısından bireylerin doğru değerlendirilmesi gerekir. Meme kanseri risk düzeyini hesaplamak için matematiksel risk değerlendirme modeli mevcuttur. Bu modellerin bazıları; Gail Modeli, Ford Modeli, Claus Modeli, BRCAPro Modeli, Bodian Modeli, Manual Modeli, Hultson Murday Modeli, Rosner-

Colditz Modeli, Myriad, Tyrer-Cuzick ve Couch Modeli'dir. Bu modellerin birtakım avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Ayrıca meme kanserine neden olan bütün genetik faktörlerin belli olmadığı için modeller kansere yakalanma riskini yaklaşık olarak öngörebilmektedir. Hesaplanan meme kanseri riski popülasyona ve uygulanan modele göre değişebilmektedir. Bu nedenle her zaman klinik değerlendirme de dikkate alınmalıdır (Koçak vd. 2011; Demirkazık 2014).

Söz konusu modeller arasında en sık kullanılanlar Claus modeli, BRCAPro, modifiye Gail modelidir. Claus modeli sadece ailesinde meme kanseri öyküsü olanlarda kullanılmaktadır. Model, 1. ve 2. derece olmak üzere iki adet akraba öyküsü, meme kanseri öyküsünün anne veya baba tarafına ait olması ve kişilerin kansere yakalandığı yaşları sorgulamaktadır. Ayrıca model, kişinin ilk menarş yaşı, ilk doğum yaşı ve atipik duktal hiperplazi dikkate alınmaz. BRCAPRO modeli ise meme kanserinde genetik mutasyonların tanımlanmasından sonra geliştirilmiştir ve 1. ve 2. derece akrabalarda over veya meme kanseri hikayesini, BRCA 1/2 mutasyonu prevalansını hesaplamaya dahil etmektedir (Koçak vd. 2011; Demirkazık 2014)

Kadınlarda meme kanseri riskini tespit etmede en sık kullanılan modellerden Gail modeli, 1989 yılında Gail ve arkadaşları tarafından 284.780 Amerikan kadın üzerinde tarama amaçlı mamografi yapılan bir çalışmanın verileri kullanılarak oluşturulmuştur. Gail modelinin, invazif ve non-invazif meme kanseri riskini belirleyen modeli "Model 1" olarak adlandırılmış ve sonrasında modifiye edilerek invazif meme kanseri kesin riskini hesaplayan "Model 2" geliştirilmiştir. Birçok klinik çalışma ile her iki modelin geçerliliği kanıtlanmıştır. Model 2 her bireyin meme kanseri risk faktörlerinden; ırk, yaş, ilk canlı doğum yaşı, menarş yaşı, meme biyopsisi sayısı ve atipik hiperplazi varlığı, birinci derece aile yakınlarında meme kanseri hikayesi dikkate alınarak kadınların, bilgisayar programında herhangi bir risk faktörü olmayan aynı yaş grubu kadına göre beş yıllık meme kanseri gelişme risk puanı hesaplanabilmektedir. Hesaplanan riskin %1,67'den yüksek olması durumunda bireyin beş yıl içinde yüksek bir meme kanseri riski taşıdığı düşünülmektedir (Karakayali vd. 2007; Yılmaz et al. 2011; Aker vd. 2014; Başak 2016; Ewaid and El-Azzawi 2017; Ateş et al. 2018). Model aynı zamanda meme kanserine yaşam boyu yakalanma risk düzeyini de

hesaplamaktadır. Yaşam boyu meme kanserine yakalanma risk düzeyi %15'ten düşükse normal düzeyde risk, % 15-30 arasında orta düzey risk ve %30'dan yüksekse yüksek risk düzeyi olarak sınıflandırmaktadır. (Yılmaz et al. 2011; Aker vd. 2014; Ewaid and El-Azzawi 2017).

Modelifiye Gail modeli, baba tarafındaki kanser öyküsü veya 1. derece dışındaki anne ve baba tarafına ait kanser öyküsünü, BRCA1 ve BRCA2 genlerini ve toraks bölgesine radyoterapi uygulaması gibi durumları risk hesaplarken dikkate almadığı için sınırlılıkları mevcuttur (Aker vd. 2014; Demirkazık 2014). Türkiye'de Karakayali vd. (2007) yaptıkları çalışmada meme kanseri gelişme riskini etkileyen başlıca etmenlerinin ailesel ya da genetik faktörler olduğu ve yaş arttıkça meme kanseri gelişme riskinin yükseldiği ve Gail Modelinin Türk toplumu için kullanımının güvenilir olduğu belirtilmiştir.

## **2.2. Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama**

Meme kanserinde toplumsal düzeyde etkinliği kanıtlanmış birincil korunma kapsamında yani kanserin ortaya çıkmasını önlemek üzere etkinliği kanıtlanmış bir program bulunmamaktadır. Meme kanserinde cinsiyet, yaş, menstural durum ve aile öyküsü gibi bazı risk faktörleri kontrol edilemezken, obezite, egzersiz, alkol, beslenme alışkanlıkları ve diyet gibi değiştirilebilen risk faktörlerinin ele alınması birincil koruma kapsamında yer almaktadır. Birincil korumada yer alan önlemler meme kanseri riskinde %5-10 arasında bir azalma sağlamaktadır. Meme kanserinin ikincil korunma kapsamında ise meme kanserinin erken evrede saptanması için erken tanı ve tarama yöntemleri önerilmektedir. Meme kanseri dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan kanser türü olarak taramasının yapılması önemli olan kanser türü konumunu almıştır (Dinçel vd. 2010; Andıç 2011; Kayhan ve Arıbal 2014; Yılmaz ve Atak 2014).

Meme kanserinde erken tanı ve tarama yöntemlerinin amacı, tümörü küçük boyutta ve henüz klinik belirti vermemişken tespit etmek ve buna bağlı olarak meme kanseri ölüm oranlarında azalma sağlamaktır. Meme kanseri tanısının %61'i erken tanı



ve tarama yöntemleriyle erken lokalize evrede konulabilmektedir. Ayrıca meme kanserinin erken lokalize evrede tanısı konulması ile etkin tedavi uygulanarak iyi prognoz sağlandığı bilinmektedir. Bu dönemde hastaların beş yıllık sağkalım oranları %99'dur. Bununla birlikte, meme kanserine yönelik kesin koruyucu bir yöntemin olmaması ve meme kanser olgularında kadınların %20'sinin risk faktörlerini taşıması bu faktörlerinde önemli kısmının kontrol altına alınmasının olanaksız olması meme kanserinde korunmada erken tanıyı önemli hale getirmektedir (Altuncan vd. 2008; Gençtürk 2013; Kayhan ve Arıbal 2014; Kozar ve Tekgöz 2016; Masoudiyekta et al. 2018).

Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri; KKMM, KMM ve mamografidir (Altuncan vd. 2008; Uncu ve Bilgin 2011; Sönmez vd. 2012; Aksoy vd. 2015; Coleman 2017; Masoudiyekta et al. 2018).

Meme kanseri ile ilgili yapılan mevcut randomize kontrollü çalışma sonuçlarına göre meme sağlığı otoriteleri güncel tarama önerilerinde değişiklikler yapmaktadır. Yeterli düzeyde kanıta dayalı çalışmalar olmadığı için bazı kuruluşlar tarama rehberlerinde KKMM ve KKM'ne yer vermezken, bazıları ise mamografi taramasına alternatif yöntem olarak ya da eşlik etmesi şekli önermektedirler. Örneğin, Amerikan Kanser Enstitüsü ve Amerikan Kanser Birliği, 20 yaşından itibaren özellikle tarama yöntemlerinin yetersiz olduğu ülkelerde kadının profesyonel bir sağlık çalışanı tarafından konuya ilişkin eğitim almasını ve her ay düzenli KKMM uygulamalarını önermektedir. Bununla beraber, 20-40 yaş aralığında her kadının üç yılda bir kez, 40 yaşından sonra ise yılda bir bu konuda profesyonel sağlık personeli tarafından yapılacak KMM uygulaması önermektedir. Mamografi taramasının sıklığıyla ilgili halen dünyada fikir birliği olmamakla birlikte Amerikan Kanser Enstitüsü ve Amerikan Kanser Birliği, 40 yaş ve üzeri kadınlarda her yıl mamografi önermektedir. Hollanda, Norveç, İngiltere, Finlandiya ve Danimarka'da genellikle 50 yaş sonrası taramaya başlanmakta, İsveç'te başlama yaşı 40 ile 50 yaş aralığında eyaletten eyalete değişiklik göstermektedir. Ayrıca mamografi tarama sıklığı Avrupa'da iki yılda bir tekrarlanmaktadır (Kayhan ve Arıbal 2014; Aksoy vd. 2015; Kozan ve Tokgöz 2016).

Güncel literatür çalışmalarında mamografi taraması, meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri içinde “altın bir standart” olarak tanımlanırken, KKMM’nin meme kanserine bağlı ölüm oranlarını azaltmadaki sınırlılığına dikkat çekilmektedir. Ayrıca KKMM’e gibi KMM’sinin de meme kanserine bağlı ölüm oranlarını düşürmedeki etkisinin düşük olduğu ifade edilmektedir. Mamografi taraması en geçerli yöntem olarak kabul edilmesine rağmen risklerine de dikkat çekilmektedir. Tablo 1’de erken tanı ve tarama yöntemlerin avantaj, dezavantaj ve tartışmalı konularına yönelik bazı bilgiler verilmektedir (Seçginli 2011; Coleman 2017).

**Tablo 1-A. Erken Tanı ve Tarama Yöntemlerin Avantajları, Dezavantajları ve Tartışmalı Konulara İlişkin Bilgiler**

	<b>Avantajları</b>	<b>Dezavantajları</b>	<b>Tartışmalı Durumlar</b>
<b>KKMM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamografi erişimine sahip olmayan, mamografi için yaşı uygun olmayan, hamile, kozmetik implantı olan ve radyoterapi alan kadınlar için yararlıdır.</li> <li>• Ekonomiktir.</li> <li>• Kendi meme dokusunu tanıma yeteneğini artırır.</li> <li>• Parmak uçları, dokuları ayırt etme konusunda hassastır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yanlış pozitif sonuçlar ortaya çıkabilir ve daha fazla test, zaman, para ve endişeye neden olabilir.</li> <li>• Bazı kadınlarda öz güven sağlamak yerine aşırı endişeye neden olabilir.</li> <li>• Kadınlar için zaman alıcı olabilir</li> <li>• Kadınlar adet ilk gününden sonra 5. ile 7. günleri arasında yapmayı hatırlamayabilir.</li> <li>• Doktordan normal meme dokusu özelliklerine dair bilgi almayan kadınlarda yanlış pozitif algılar yaratabilir.</li> <li>• KKMM meme kanseri korkusunu artırabilir ve bir engel haline gelebilir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• KKMM’si eğitimleri, nüfus tabanlı programlar için çok maliyetli olarak algılanabilir.</li> <li>• KKMM’si, palpe edilemeyen değişikliklerin saptanmasında etkili değildir. Fakat küçük tümör büyüklüğü her zaman sonuçların tek belirleyicisi olmayabilir.</li> </ul>

**Tablo 1-B. Erken Tanı ve Tarama Yöntemlerin Avantajları, Dezavantajları ve Tartışmalı Konulara İlişkin Bilgiler**

	<b>Avantajları</b>	<b>Dezavantajları</b>	<b>Tartışmalı Durumlar</b>
<b>KMM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Küçük tümörleri tespit etme fırsatıdır.</li> <li>• Doktorların önceki KMM'leri, göğüs görüntüleme, biyopsilerden elde edilen negatif veya pozitif bulguları gözden geçirmesine izin verir.</li> <li>• Rutin tarama veya uygun başvurular için takip eylem planı ve karar verme sürecini tartışma şansı verir.</li> <li>• Meme kanseri taraması ile ilgili engelleri belirlemeye ve çözüm önerilerine zaman ayırma (nakil, hatırlatmalar, tıbbi olarak sigortasız için düşük maliyetli programlar vb.) sağlar.</li> <li>• İyonize edici radyasyon yoktur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bazı ortamlarda KMM yapma zamanı mümkün olmayabilir.</li> <li>• Gecikmiş meme kanser tanısına neden olabilir.</li> <li>• Bazı doktorlar KMM'yi gerçekleştirirken kendinden emin veya yetkin hissetmezler.</li> <li>• KMM'sinin yerine getirilmesi için lisans gereklilikleri ve uygulama kapsamı, doktor, hemşire veya radyolojik teknoloji uzmanlarını eğitmek için bir engel teşkil edebilir.</li> <li>• KMM ile ilgili çeşitli kurallar hakkında kafa karışıklığı mevcuttur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yanlış pozitif sonuçları, endişe, gereksiz görüntüleme, danışmalar, biyopsiler isteyebilir.</li> <li>• KMM'yi yürüten lisanslı ve lisanssız personel ile ilgili uygulama konularının kapsamı belirsizdir.</li> <li>• KMM'nin kanıt düzeylerine göre önerilen bazı kılavuzlardan çıkarılması, KMM'nin rutin bakımın bir parçası olduğuna inanan doktorlar arasında çatışmalara neden olmuştur.</li> <li>• Düşük ile orta gelirli topluluklarda nüfus tabanlı KMM taramasının faydaları tartışmalıdır.</li> </ul>
<b>Mamografi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 yaş üstündeki kadınlarda mortalitede azalma; %30 ile %50 arasında düşüş sağlamaktadır.</li> <li>• Mobil mamografiyle hedef grubunda yer alan kadınlara ulaşımın sağlanmaktadır.</li> <li>• Yüksek gruplu kadınlarda tanısal doğruluk ve özgünlük sağlar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çekim sırasında rahatsız edici ağrı</li> <li>• Yanlış pozitif sonuçlar</li> <li>• Aşırı gereksiz tanı, danışmanlık ve maliyetlere yol açabilir.</li> <li>• Düşük doz radyasyona maruz kalma.</li> <li>• Ailesel ve nadiren kalıtsal kanser hikayesi olan kadınlarda radyasyona duyarlılık.</li> <li>• Kırsal ve yetersiz hizmet verilen bölgelerde uzman teknisyen, radyolog ve patolog yetersizliği.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarama sıklığı ile ilgili çelişkili öneriler mevcuttur.</li> <li>• Kadınlara ve karar vericilere aşırı riskten kaynaklanan zararlar ve psikolojik kaygı ile ilgili konular yeterince iletilmemektedir.</li> </ul>

### 2.2.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKMM, her ay düzenli uygulandığında kadınların meme dokusunu tanınmasını böylelikle değişiklikleri erken dönemde fark etmesini sağlayan, öğrenmesi ve uygulanması kolay, bireyin mahremiyetinin korunduğu, ekonomik ve zararsız bir yöntemdir (Akyolcu ve Uğraş 2011; Sönmez vd. 2012).

KKMM'sinin meme kanseri ölüm oranlarını azalttığına dair kanıta dayalı çalışma bulunmamaktadır. Ancak yüksek riskli kadınlarda yardımcı yöntem olarak kullanılmasında bir görüş birliği vardır. Ayrıca KKMM, düzenli sağlık kontrollerinin yapılamadığı ve sağlık hizmetine erişimin problemlili olduğu mamografi tarama oranlarının düşük olduğu toplumlarda daha çok önem kazanmaktadır. KKMM'nin bir diğer katkısı da hedef popülasyonda meme kanseri farkındalığının oluşturulmasında belirgin katkı sağlayacak olmasıdır. KKMM'sini düzenli aralıklarda yapan kadınlar üzerinde yapılan çok sayıda çalışmada, KKMM yapan kadınların meme kanserinin erken dönemde tespit oranlarının yapmayan kadınlara oranla daha fazla olduğu ve erken evrede sağ kalım oranının arttığı, mortalite oranının %19 oranında azaldığı bildirilmiştir (Gençtürk 2007; Altuncan vd. 2008; Koca 2010; Akyolcu ve Uğraş 2011; Ardıç 2011). Ayrıca literatürde kadınlarda genellikle meme kanserinin ilk belirtisinin ele gelen kitle bulgusu olması ve meme kanseri hastalarının yaklaşık %80'inin memedeki kitlelerini ilk kez kendileri tarafından yaptıkları kontrol esnasında fark etmeleri erken tanıda KKMM'nin önemini artırmaktadır. KKMM, kadınlarda farkındalıklarını arttırmada önemli rol oynadığı için KMM ve mamografi ile birlikte uygulanmaktadır (Açıkgöz vd. 2015; Kozan ve Tokgöz 2016; Kartal vd. 2017).

Meme kanserinin erken tanısında KKMM'nin başarılı olabilmesi için sürekli ve düzenli aralıklarla uygulanması, bireylerin KKMM'ye istekli olması, uygulama tekniğini iyi bilmesi ayrıca kadınların bu muayeneyi yapmada kendini sorumlu hissetmeleri gerekmektedir (Andıç 2011). Menstrual siklus, menapoz ve gebelik gibi dönemlerde kadınların meme dokusunda çeşitli değişimler gerçekleşmektedir. Meme dokusunda meydana gelen bu değişikliklere bağlı doğru sonuç elde edilememesi endişesi nedeniyle KKMM'sini, 18 yaş ve üstü her kadın, her ay menstrasyonun

başlangıç gününden sonra 5-7. günlerde, postmenapozal dönemde olan kadınlar ise her ayın belirli gününde yapmalıdır (Gençtürk 2007).

Ülkemiz gibi gelişmekte olan toplumlarda, sosyo-ekonomik koşullar dikkate alındığında tartışmasız KKMM önemli bir gereklilik ve uygulamadır. Fakat meme kanserinin erken dönemde tespiti için KKMM'nin etkin ve doğru yapılması gerektiğine önemle dikkat edilmelidir. KKMM doğru yapma oranını yükseltmek amacıyla, kadınların sosyo-kültürel özellikleri göz önünde tutularak meme kanseri erken tan davranışlarına yönelik eğitim programlarının hazırlanması, uygulanması ve yaygınlaştırılması oldukça önemlidir (Akyolcu ve Uğraş 2011).

Yapılan araştırmalar kadınlarda bilgi eksikliği, memede kitle bulma ve meme kanser olma korkusu gibi nedenlerden ötürü düzenli periyotlarda KKMM yapma oranlarının düşük olduğunu göstermektedir (Gençtürk 2007; Özer vd. 2009). Ülkemizde yapılan araştırmalarda kadınların KKMM hakkındaki bilgi seviyeleri yetersiz ve düzenli aralıklarla KKMM uygulama oranları da (%6,2-%17,0) yetersiz seviyelerde gözlenmektedir (Yıldırım ve Özaydın 2014; Açıkgöz vd. 2015; Kartal ve vd. 2017).

Altuncan vd. (2008), 20-60 yaş aralığında 253 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %86,2'sinin KKMM'ni hiç uygulamadığını ve KKMM uygulama durumunun eğitim düzeyi, ailesinde meme kanseri hikayesi olma durumu ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Dolgun vd. (2009), planlı eğitimin KKMM bilgi düzeyine etkisini araştırdığı yarı deneysel çalışmasında, düzenli KKMM uygulamalarında planlı eğitimin etkili ve önemli bir rolünün olduğunu belirtmektedir. Kolutek ve Avcı (2015) ise, 153 evli kadın üzerinde yaptığı çalışmada, evde izlem ve eğitim sonrasında KKMM uygulama oranının %84 artırdığını belirtmektedir. Ayrıca Güçlü ve Tabak (2013) çalışmasında, sağlık eğitiminin kadınlarda KKMM bilgi düzeyini yükselttiğini ve konuya ilişkin sağlık eğitiminin kadınlarda meme kanseri farkındalığı yaratacağını ifade etmektedir.

Açıkgöz vd. (2015), 161 çalışan kadında yaptığı çalışmada, kadınların KKMM %50,9'unun KKMM uygulamadığını, KKMM uygulamama nedenlerinin %52,5 oranında bilgi eksikliği ve %43,8 oranında ihmalden kaynaklandığını belirtmiştir. Çalışmada planlı eğitimin sonrasında kadınlarda meme kanserine yönelik farkındalığın arttığı ifade edilmiştir. Özer vd. (2010)'nin, 1543 kadın üzerinde KKMM uygulama durumlarını etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada da kadınların %47,0'i KKMM uygulamadığı ve en büyük engelin bilgi eksikliği olduğu görülmüştür. Kadınlarda KKMM eğitimlerine olan ihtiyacı ortaya koymuşlardır. Şen ve Başar (2012)'de çalışmalarında KKMM uygulamaların kadınlarda yetersiz olduğunu (%11,3) ve bu yüzden meme kanseri, risk faktörleri ve KKMM uygulamalarına yönelik eğitim faaliyetlerine ihtiyaç olduğunu belirtmektedirler.

### **2.2.2. Klinik Meme Muayenesi**

KMM'si, kadınlara sağlık profesyonelleri tarafından yapılması gereken fizik muayenedir. KMM'sinde inspeksiyon ve palpasyon yöntemleri kullanılarak, her iki memenin boyutları, derisi ve meme başı meme kanseri risk belirtileri açısından kontrol edilir. Kadınlarda yoğun meme dokusu sebebi ve periferik yerleşimi olan mamografi sınırları içine giremeyen kitlelerin mamografi ile tespiti yapılamamakta olup bu kitlelerin erken tanısında KMM'sinin önemli bir rolü vardır. Ayrıca meme kanserinde KMM'si, riskli grubun tespiti ve risk analizinde çerçevesinde kadınlarda tarama yaşının öne alınması gereksiniminin sağlanması açısından önem taşımaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, KMM'si özel bir araç gerektirmemesi, muayene sırasında kadınların meme kanseri farkındalığının yaratılması gibi potansiyel avantajları sebebiyle meme kanseri erken tanısında hala önemli bir metot olarak düşünülebilir. Meme kanseri olan hastaların yaklaşık %60'i KMM esnasında tanı almaktadır. Ayrıca son çalışmalar %54 duyarlılığa ve %96 özgüllüğe sahip olduğunu göstermektedir. KMM'si, mamografiye alternatif veya eklenecek bir tarama yöntemi olabilir (Gençtürk 2007; Seçginli 2011; Ardiç 2011; Baskan vd. 2012; Kozan ve Tokgöz 2016; Masoudiyekta et al. 2018).

KMM'nin meme kanseri mortalite oranına etkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Mevcut çalışmalarda etkinliği mamografi veya KKMM ile birlikte değerlendirilmiştir. KMM'si, mamografi taramasıyla beraber uygulandığında erken tanı oranını %5-20 oranında artırmaktadır. KMM, birçok ulusal tarama rehberinde mamografiye tamamlayıcı olarak yer verilirken, bazılarında ise hiç önerilmemektedir (Gençtürk 2007; Seçginli 2011; Baskan vd.2012).

### **2.2.3.Mamografi**

Mamografi, memenin glandüler, kas ve yağ yapılarını incelemek amacıyla düşük kuvvette röntgen işınları ve kompresyon kullanımıyla elde edilen bir radyografi yöntemidir. Meme kanserinin erken tanısında en güvenilir ve en geçerli ikincil korunma yöntemi mamografidir. Uzman teknisyenler tarafından güvenli ekipmanlar kullanılarak yapılan mamografi çekimlerin deneyimli radyologlar ile yorumlanması sonucunda, kadınlarda palpe edilemeyen ve 15 mm'den kk tümörlerin erken tanısında başarı oranı %85-90'dır. Ayrıca yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda mamografi duyarlılığında azalma olması sebebiyle ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme gibi ek tanı yöntemleri de kullanılmaktadır (Ardıç 2011; Coleman 2017).

Gelişmiş ülkelerde meme kanseri beş yıllık sağkalım oranı %73 iken, bu oran gelişmekte olan ülkelerde %53 olarak bildirilmektedir. Meme kanserinin gelişmiş ülkelerdeki ölüm oranları, etkin mamografi taraması sonrası erken evrelerde yapılan tedaviler sayesinde düşmektedir. Ancak gelişmekte olan ülkeler ve sosyo-ekonomik seviyesi düşük ülkelerde bu oran belirgin olarak daha yüksektir. Çünkü bu ülkelerde geniş tabanlı mamografi taramaların yapılmamakla birlikte toplumsal meme kanseri farkındalığı yeterli değildir. Bu konu ile ilgili yapılan birçok çalışma geniş tabanlı mamografi taramasının, 40 yaş üstü kadınlarda meme kanserine bağlı ölümlerin yaklaşık %30-50 oranlarında düşürebildiğini ortaya koymuştur (Gençtürk 2013; Açıkgöz ve Ergr 2013; Kozan ve Tokgöz 2016; Coleman 2017).

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verilerine göre ülkemizde 15 yaş ve üzeri kadınların %19,7'sinin her ay düzenli KKMM yaptığı, %60,9'u KKMM'yi hiçbir zaman uygulamadığı, %9,0'u son 1 yıl içerisinde, %5,2'sinin 5 yıldan fazla bir süre de, %71,1'in ise hiçbir zaman mamografi çekmediği görülmektedir (Başaran vd. 2017). Tanrıöver vd. (2014) Türkiye genelinde yaptığı çalışmada da ise, 18 yaş ve üstü kadınların (2432) %40,9'un KKMM yaptığını, 40 yaş ve üzeri kadınların (1192) %28,7'sinin mamografi çektiği tespit etmişlerdir. Bu verileri göre, ülkemiz genelinde kadınların KKMM uygulama ve mamografi çekme oranları yeterli düzeyde değildir.

Açıkgöz vd. (2015), 161 çalışan kadında yaptığı çalışmada, kadınların %26,3'ünün son bir yıl içerisinde mamografi çektiğini ve mamografi çekmeme nedeninin %46,2 oranında bilgi eksikliği ve %31,7 oranında ihmalden kaynaklandığını belirtmiştir. Aksoy vd. (2015) 40 yaş üstü 250 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada mamografi çekmede en önemli engelin (%99,2) bilgi eksikliği ve eğitim gereksinimi olduğunu belirtmektedir. Kadınların düşük eğitim düzeylerinin ve erken tanı ve tarama yöntemleri hakkında bilgi eksikliğinin, meme kanseri erken evrede saptanmasına engel olduğunu belirtmektedir. Güney (2009), 167 kadının üzerinde yaptığı çalışmada ise son bir yıl içerisinde kadınların %23,4'ünün KKMM yaptığını, %12,6'sının KMM yaptırdığını ve %4,8'nin mamografi çektiğini tespit etmiştir. Erken tanı ve tarama yöntemlerine ilişkin daha önce eğitim alma ve erken tanı/tarama yöntemlerini önceden duyma durumunun kadınların erken davranışını daha çok yapmalarını sağladığını vurgulayarak meme kanseri ve erken tanı ve tarama yöntemleri konusunda sağlık eğitimi yapılmasını önermektedir.

#### **2.2.4. Türkiye'de Ulusal Tarama Standartları**

Ülkemizde erken tanı amacıyla ulusal tarama programı oluşturulan kanserlerden biri meme kanseri olmak üzere Dünya Sağlık Örgütü 'de meme kanseri için ulusal bir tarama programı belirlenmesini ve uygulanmasını önermektedir (Gençtürk 2013). Ülkemizdeki meme kanseri tarama programı ulusal standartları kapsamında toplum tabanlı mamografi taraması, kadınlarda 40 yaşında başlayarak ve 69 yaşında kadar



olan devam etmekte olup 2 yılda bir tekrarlanmaktadır. Temel tarama yöntemi mamografi taraması olmakla birlikte, mamografi yönteminin etkinliğini arttırmak amacıyla taramaya katılan her bireye KMM'si de yapılmaktadır. Ayrıca kadınlarda meme kanserine ilişkin farkındalık yaratmak amacıyla da her kadına 20 yaşından sonra KKMM'si uygulaması için danışmanlık hizmeti verilmektedir (Şekil 2) (Başak 2016; <http://kanser.saglik.gov.tr> Erişim Tarihi:30.04.2018).

### Ulusal Toplum Tabanlı Tarama Standartları

KKMM	KMM	Mamografi
<ul style="list-style-type: none"><li>• 20 yaş üzeri kadınlarda ayda 1 kez</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 20-40 yaş arası kadınlarda 2 yılda 1 kez</li><li>• 40 yaş üzeri kadınlarda yılda 1 kez</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 40-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda 1 kez</li></ul>

Şekil 2. Ulusal Toplum Tabanlı Tarama Standartları (<http://kanser.saglik.gov.tr> Erişim:12.05.2018)

Ülkemizde yapılan mamografi tarama faaliyetlerine rağmen meme kanserlerinin önemli kısmı ileri evrede yakalanmaktadır. Ulusal tarama programının etkin olabilmesi için hedef nüfusun en az %70'inin taramaya katılmış olması amaçlanır. Ülkemizde genel olarak uygulanan tarama yöntemi mamografiyle fırsatçı ve toplum tabanlı tarama şeklinde olup taramalarının kapsayıcılık oranı %20-30 düzeyindedir. Fırsatçı taramalar hastaneye başvuran bireylere yapılırken, toplum tabanlı taramalar T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı bünyesinde yer alan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yapılmaktadır (Özkan vd. 2013; Kozan ve Tekgöz 2016).

Ülkemizde meme kanseri tarama oranlarında, sürdürülen farkındalık ve eğitim müdahalelerine rağmen istenilen düzeye ulaşmaması sebebiyle olası sorunlar değerlendirilmiş ve kadınlarda farkındalık eksikliği, hizmete erişim, yetersiz sayıda

uzman kaynağı ile ilgili sorunların varlığı tespit edilmiştir. 2014 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı ülke çapında 40-69 yaş aralığındaki kadınlarda tarama yapmak için çalışmalara başlamıştır. Çalışma kapsamında aile hekimliğinin tarama çalışmalarına entegrasyonu sağlanmıştır. Çeşitli projeler ile tarama programının kapsayıcılık oranı yükseltilmeye çalışılsa da eğitim ve farkındalık faaliyetlerinin artırılması, ülke gerçeklerine dayalı biçimde tarama programlarının organize edilmesi, toplum tabanlı ve etkin programlara dönüştürülmesi konusunda ileri düzeyde çaba gerektiği düşünülmektedir. (Özkan vd. 2013; Kayhan ve Arıbal 2014; Kozan ve Tekgöz 2016)

### **2.2.5. Yüksek Riskli Grupta Tarama Programı**

Meme kanseri yönünden yüksek risk grubunda yer alan kadınlara yönelik bazı risk azaltıcı yöntemler belirlenmiştir ve uygulanmaktadır. Bu amaca yönelik olarak tanımlanmış olan yaklaşımlar: yaşam biçiminde değişiklik, yakın izlem (erken tanı/tarama), ilaçla önleme ve cerrahi uygulamalardır (Koçak vd. 2011).

Meme kanseri açısından riskli grupta yer alan kadınların taramanın ve takibin nasıl planlanacağı aşağıda belirtilen durumlara uygun olarak belirlenmiştir (Kozan ve Tokgöz 2016).

- Toraks bölgesine eksternal radyoterapi hikayesi olan kadınlarda; radyoterapiden 8-10 yıl sonra tarama programının başlatılması, 25 yaş öncesi yıllık fizik muayene, 25 yaş ve sonrası ise yıllık mamografi, 6-12 ayda bir yapılan fizik muayeneler, meme manyetik rezonans görüntüleme de tavsiye edilmektedir.
- Yüksek riski olan meme lezyonları ile beraber ömür boyu meme kanseri riski %20'den fazla hesaplanmış kadınlarda; lezyonun tespitinden sonra yıllık mamografi taraması, 6-12 ayda bir fizik muayene önerilmektedir ve yıllık meme manyetik rezonans görüntüleme de düşünülebilir.
- Meme kanseri risk hesaplama modelleri tarafından ortaya konulan ve aile bireylerindeki meme kanseri hikayesiyle ilişkili olarak ömür boyu meme kanseri

riski %20'den fazla hesaplanan kadınlarda; 30 yaş öncesi olmamak koşuluyla taramaya ailede meme kanseri tanısı almış en genç bireyin tanı yaşından 10 yıl önce başlanmalıdır. Tavsiye edilen tarama, yıllık mamografi, 6-12 ayda bir fizik muayene olup yıllık meme manyetik rezonans görüntülemesidir. Ayrıca genetik danışmanlık hizmeti de tavsiye edilir.

- 35 yaş ve üzeri kadınlarda modifiye Gail Modeline göre beş yıllık riskin %1,7 ve üzeri olması durumunda; yılda bir mamografi ve 6-12 ayda bir fizik muayene tavsiye edilmektedir.
- En yüksek risk grubunda yer alan genetik yatkınlığa sahip kadınlarda; kanser farkındalığının sağlanması amacıyla 18 yaşından itibaren aylık kendi kendine meme muayenesi tavsiye edilmektedir. 25 yaşından sonra ise 6 aylık aralıklarla klinik fizik muayeneye başlanmalıdır. 25-29 yaşlar arasında yılda bir meme manyetik rezonans görüntüleme, 30-75 yaş arasında ise yılda bir mamografi ve meme manyetik rezonans görüntüleme birlikte yapılması tavsiye edilmektedir.

### **2.3. Meme Kanseri Erken Tanı ve Taramada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Sağlık profesyonellerinin, meme kanserinin belirti ve bulgularını saptamada, meme kanseri risk gruplarını belirlemede, meme kanserini tanılamada ve erken tanı yöntemlerinin önemi hakkında kadınların eğitiminde vazgeçilmez rolü vardır. Sağlık çalışanlarının meme kanseri konusunda geniş bilgiye sahip olması gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan Halk Sağlığı Hemşiresi, meme kanseri erken tanıya yönelik tüm gelişimleri takip ederek taramalarda önerilen yeni değişiklik konusunda kadınları bilinçlendirerek erken tanı programlarına katılım oranının yükselmesini sağlamalıdır. Halk Sağlığı Hemşiresi meme kanseri tarama davranışlarının tüm potansiyel risk ve yararlarının farkında olmalıdır. Literatür çalışmaları, mamografi taramasının meme kanserinde mortalite oranlarını azaltırken, düşük doz radyasyona alımı, işlem esnasında rahatsızlık hissi, meme kanserine bağlı anksiyete vb. gibi durumların oranını artırdığını göstermektedir. Bu bağlamda halk sağlığı hemşiresi kadınlara mamografi taramasının riskleri ve yararları hakkında bilgi

vererek meme kanseri farkındalığını artırmalı ve mamografi çekimine bireysel katılımları konusunda cesaretlendirmelidir (Seçginli 2011).

Ayrıca meme kanseri erken tanı yöntemlerinden KKMM ve KMM'sinin meme kanseri mortalitesindeki sınırlıklara rağmen , meme kanseri farkındalığını artırması ve meme kanseri hastalarının yaklaşık %80'inin memedeki kitlelerini ilk kez kendileri tarafından yaptıkları kontrol esnasında fark etmeleri sebebiyle özellikle gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı hemşiresi KMM doğru ve etkili biçimde uygulamada becerikli ve deneyimli olmalı, KKMM teknikleri konusunda da kadınları bilgilendirmeli ve uygulama adımlarını gözlemleyip doğru yapıp yapmadıklarını kontrol etmesi gerekmektedir (Seçginli 2011; Uncu ve Bilgin 2011).

Halk sağlığı hemşiresinin, meme kanserinden korunmada birincil ve ikincil korunma yöntemleri kapsamında sağlık eğitimi ve danışmanlık faaliyetleri önemli görevlerinden biridir. Hemşireler, bireysel danışmanlık hizmetleriyle kadınlarda bireysel meme kanseri risklerine ilişkin doğru algılar oluşturarak, meme kanserine yönelik kaygıları gidermeli, erken tanı ve tarama programlarına katılımları konusunda yönlendirmelidir. Literatür çalışmaları planlı sağlık eğitimlerin, kadınlarda meme kanseri farkındalık oranlarını, erken tanı ve tarama yöntemlerine katılım oranlarını artırdığını göstermektedir. Halk sağlığı hemşiresinin, meme kanseri risk faktörleri, semptomları, korunma, erken tanı ve tarama konularında yapacağı sağlık eğitimiyle kadınlarda meme kanserine yönelik farkındalık yaratarak klinik bulgusu olan veya olmayan kişilerin, hastalığın erken döneminde sağlık kuruluşlarına başvurmalarını sağlayabilir (Göktürk 2007; Koca 2010; Açıkgöz ve Ergör 2013; Açıkgöz vd. 2015).

Meme kanserinin erken tanısında hayati öneme sahip erken tanı ve tarama davranışlarına yönelik kişisel, ekonomik ve kültürel bazı engeller mevcuttur. Bu konudaki engellerin halk sağlığı hemşiresi tarafından belirlenmesi, kadınlarda meme kanseri erken tanı ve taramaya yönelik sağlık hizmetleri planlamasına ve değişikliklerine fırsat oluşturarak diğer çalışmalara kaynak oluşturacaktır (Aksoy vd. 2015; Masoudiyekta et al. 2018).

## 2.4. Sağlık Okuryazarlığı

Bireylerin, yaşamlarını sağlıklı sürdürebilmeleri ve hastalık durumunda ihtiyacı olduğu sağlık bilgisine ulaşmaları, anlamaları ve bu bilgiye uygun davranabilmeleri önem arz etmekte olup bu alanda yapılan çalışmalar ile sağlık okuryazarlığı kavramı ortaya çıkmıştır. 1986 yılında Ottawa’da gerçekleşen ‘Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı’ ardından açıklanan ‘Ottawa Şartı’da’ sağlığı geliştirme çalışmalarının sadece sağlık sektörünün müdahalesi ile başarılmasının mümkün olmadığı, çeşitli sektörlerinde bu konuda üstüne düşen sorumluluğu alması gerektiği belirtilmiştir. Bu kapsamda bilimin ürettiği bilgilerin, topluma doğru yollarla iletilmesi gerekmektedir. Bilginin topluma transferinde önemli iki boyutun oluşundan hareketle, topluma bilginin ulaşılabilir araçlarla ve anlaşılır bir dille iletilmesinin yanı sıra toplumun bu bilgilere erişmesi, anlaması, değerlendirmesi ve uygun davranış kazanması üzerinde durulmuştur. Sağlık okuryazarlığı kavramı da bu noktada gündeme gelmektedir (Yıldırım ve Keser 2015; Çopurlar ve Kartal 2015; Bilir 2014).

Sağlık okuryazarlığı, terimine ilk kez Simond tarafından 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı bir makalede yer verilmiştir. Çalışmada, çocukların sağlık eğitimine gereksinimi olduğu ve tüm okul düzeylerinde sağlık okuryazarlığının minimum standartlarının belirlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Daha sonra uzun yıllar sağlık okuryazarlık kavramına ilişkin yeni bilgi üretimi olmamıştır. 1990’lı yıllarda tekrar tartışılmaya ve tanımlanmaya çalışılan sağlık okuryazarlığı, sağlık davranışları ve sağlık harcamaları üzerindeki etkilerini ortaya koyan çalışmalarla halk sağlığının önemli konuları arasında yer almıştır (Aslantekin ve Yumrutaş 2014).

Sağlık okuryazarlığın farklı boyutları üzerinde durularak birbirine benzer birçok kişi ve kurum tarafından tanımı yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını, *“iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiyi kullanma ve anlama için bireysel olarak bilişsel ve sosyal beceri ve yeteneklerini elde etme ulaşılabilirliği”* olarak tanımlamıştır. Amerikan Tıp Derneği ise *“sağlık hizmeti ortamında işlevde bulunmak için gerekli temel okuma görevlerini ve sayısal işlemleri uygulama yeterliğini; reçete, ilaç ve randevu kartlarını, sağlığa ilişkin diğer önemli*

*materyalleri okuma, anlama yeterliğini kapsayan becerilerin uyumlu birlikteliği”* olarak sağlık okuryazarlığı tanımlamaktadır. Amerikan Tıp Enstitüsü’de sağlık okuryazarlığını, *“bireysel olarak sağlığı ile ilgili uygun karar vermek için gerekli sağlık bilgisi ve hizmetlerini elde etme, anlama ve idrak etme kapasitesinin düzeyi”* olarak niceliksel bir bakış açısıyla ifade etmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş 2014; Balçık vd. 2014).

Sorensen vd. (2012) literatürde var olan 17 tanımın ve 12 kavramsal modelin içerik analizini yapmış ve sağlık okuryazarlığını *“okuryazarlıkla bağlantılı, insanların günlük yaşamlarında sağlıklarıyla ilgili kararlar almak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve devamını sağlamak için mevcut sağlıklarını geliştirmek ve hastalıktan korunmak amacıyla gerekli sağlık bilgisine ulaşma, anlama, değerlendirme ve bilgiyi kullanmaya yarayacak bilgi, motivasyon ve yeterlilik”* olarak tanımlama yapmıştır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Konsorsiyumu’da, Sonrensen vd. tarafından geliştirilmiş olan geniş kapsamlı ve içerikli tanımını kullanmıştır (Kickbush et al. 2015).

Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü’nde ise (2011) sağlık okuryazarlığı *‘bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder’* şeklinde ifade edilmektedir.

Sağlık okuryazarlığının, tüm farklı tanımların ve bileşenlerinin ortak öğeleri; yazılı bir metnin okunması, anlaşılması, karar verme aşamasında bilginin kullanılması ve iletişim kurabilme yeteneğidir (Aslantekin ve Yumrutaş 2014).

#### **2.4.1. Sağlık Okuryazarlığının Kavramsal Modeli ve Boyutları**

Literatürde 2000 yılından itibaren sağlık okuryazarlığına ilişkin bir dizi kavramsal model açıklanmaya çalışılmasına karşın farklı perspektifleri kapsayan mevcut bilgilerin bütünleştirilemediği için hiçbirisi sağlık okuryazarlığı tanımlarını ve boyutlarını yeterli düzeyde kapsamlı açıklamamaktadır (Sorensen et al. 2012).

Sorensen vd. (2012), mevcut 12 kavramsal modelin temel boyutlarını kapsayan entegre bir sağlık okuryazarlığı modeli geliştirmişlerdir. Modelde, sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesine ilişkin sağlık okuryazarlığının 12 alt boyutu tanımlanmaktadır (Tablo 2) (Kickbush et al. 2015).

**Tablo 2. Kavramsal Modele Dayalı Sağlık Okuryazarlığının 12 Alt Boyutu**

Sağlık Okuryazarlığı	Sağlık İle İlgili Bilgilere Erişim	Sağlık İle İlgili Bilgileri Anlama	Sağlık İle İlgili Bilgileri Değerlendirebilme	Sağlıkla İlgili Bilgileri Uygulama veya Kullanma
<b>Sağlık Bakımı</b>	1)Tıbbi bilgilere ulaşma becerisi	2)Tıbbi bilgileri anlama becerisi	3)Tıbbi bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	4)Tıbbi konularda karar verme becerisi
<b>Hasatlıkların Önlenmesi</b>	5) Risk faktörleri ile ilgili bilgilere ulaşma becerisi	6)Risk faktörleri ile ilgili bilgileri anlama becerisi	7)Risk faktörleri ile ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	8)Risk faktörlerinin ilgisi konusunda hüküm verme becerisi
<b>Sağlığın Geliştirilmesi</b>	9) Sağlıkla ilgili konularda kendini güncelleme becerisi	10) Sağlıkla ilgili bilgileri anlama becerisi	11)Sağlıkla ilgili bilgileri değerlendirme ve yorumlama becerisi	12) Sağlıkla ilgili konularda düşünce geliştirme becerisi

Sağlık okuryazarlığının düzeyini belirlemek için eğitim, sağlık ve toplum faktörleri dikkate alınarak sağlık okuryazarlığının çerçevesi oluşturulmaktadır. Sağlık okuryazarlığı konusunda, önemli araştırmacılardan Don Nutbeam 2000 yılında, 3 düzeyli bir sınıflama geliştirmiş ve sağlık okuryazarlığını işlevsel, etkileşimli ve eleştirel okuryazarlık olarak sınıflamıştır (Nutbeam 2000; Aslantekin ve Yumrutaş 2014; Yıldırım ve Kevser 2015).

- **İşlevsel sağlık okuryazarlığı;** bireylerin temel okuma ve yazma becerilerini ifade eder. Bu düzeyde kişiler sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerinin kullanımı

konularındaki sağlık eğitim materyallerini (prospektüsleri, reçeteleri vb.) okuyup anlayabilirler.

- **Etkileşimli sağlık okuryazarlığı;** bireylerin daha fazla bilişsel kazanımlarına ve sosyal becerilerine sahip olmasıdır. Bu düzeyde kişiler sağlık aktivitelerinde bulunmakta, sağlık mesajlarını anlamakta ve sağlık koşulları değiştğinde mevcut bilgilerini kullanabilmektedir.

- **Eleştirel sağlık okuryazarlığı;** bireylerin ileri düzeyde bilişsel ve sosyal becerilere sahip olmasıdır. Bu düzeydeki kişiler, sağlık bilgilerini eleştirel olarak analiz edebilir, sağlığın ekonomik ve sosyal belirleyicilerine göre davranabilirler. Ayrıca sağlık profesyonelleri ile etkin iletişim kurabilir ve kendi sağlık durumları ile ilgili kararları alabilirler.

Bu sınıflandırma şekli, sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselişinde daha fazla özerklik ve kişisel yetkilendirme olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda seviyeler arasındaki ilerleme sadece bilişsel gelişime değil farklı bilgi ve mesajlara maruz kalmaya da bağlıdır (Nutbeam 2000).

#### **2.4.2. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Araçları**

Sağlık okuryazarlığı düzeyini incelemek ve değerlendirmek için birtakım araçlar geliştirilmiştir. Bu ölçüm araçları gelişim, yapı, kapsam ve ölçüm özellikleri açısından farklılıklar göstermektedir. 2004 yılında Amerikan Ulusal Akademisi Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan "Sağlık Okuryazarlığı: Karışıklığa son vermek için Yönerge" de ilgili tüm ölçekler ele alınmış ve geliştirilmiş olan her ölçeğin güçlü yönleri ve sınırlılıkları dikkate alınarak sağlık okuryazarlığının ölçümü için dört ölçek belirlemiştir (Balçık vd. 2014; Çopurlar ve Kartal 2016).

- **Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı Testi (TOFHLA):** Ölçek iki ana bölümden oluşmakta olup birinci bölümde, bireylere verilen bilgilere yönelik soruların cevaplanması istenmektedir. İkinci bölümde ise bireylerin tıbbi içerikli



verilen paragraflara uygun sözcüklerin seçeneklerden seçmesi istenmektedir. Ölçeğinin güçlü yönü, kişilerin sağlıkla ilgili paragrafları ve bazı sayısal verileri okuyup anlamasının değerlendirilmesidir. Ancak uygulama süresi uzun olması ve okuma yeteneğine bağlı olması gibi sınırlılıkları mevcuttur.

- **Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi (REALM):** Ölçek farklı zorluk derecesine göre yazılmış 66 tıbbi sözcüğün tanınması ve telaffuzun değerlendirilmesidir. Ölçeğin avantajı uygulama süresinin 3-6 dakika olması nedeniyle araştırmalarda zaman tasarrufu oluşturmaktadır. Ancak, anlama ve sayısal beceriyi ölçmemesi gibi kısıtlılıkları mevcuttur.
- **Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlığı Ölçeği (HALS):** Ölçek hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, sağlık bakımının sürdürülmesi ve gerekli hizmetlere erişime yönelik beş bölümlerden oluşmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyini birçok açıdan ölçmesine karşın uygulamasının çok uzun sürmesi pratikte kullanımını zorlaştırmaktadır.
- **En Yeni Yaşamsal Belirteç (NVS):** Ölçek toplam 6 sorudan oluşur ve kişinin bir besin etiketini okuma ve anlamasını ölçmektedir. Ölçekte bir dondurma kutusunun arkasında bulunan besin tablosu bireye verilmekte olup tabloya göre sorulan sorularla kalori, yağ oranı gibi hesaplamaların yapılması istenmektedir. Hem okuma hem kavrama hem de hesap gibi yönlerini ölçmesi ve uygulama süresinin kısa olması ölçeğin avantajlarındandır. Ancak, iyi ve sınırdaki sağlık okuryazarlık düzeyini ayırt edememesi kısıtlılığdır.

Sağlık okuryazarlığı alanında geliştirilmiş diğer ölçekler arasında; Beslenme Okuryazarlığı Ölçeği, Tek Maddelik Okuryazarlık Ölçeği, Slosson Sözlü Okuma Testi, Yetişkin Basit Eğitimi Testi, Geniş Aralıklı Ulaşım Testi, Yetişkin Basit Öğrenme Değerlendirmesi, Diyabet için Okuryazarlık Değerlendirilmesi ve Diş Hekimliğinde Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Değerlendirilmesi yer almaktadır (Çopurlar ve Kartal 2016).

Sağlık okuryazarlığında geliştirilmiş bu ölçüm araçlarının ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre kısıtlılıklar gösterdiği ve bu ölçeklerin güvenilirliğinin/geçerliğinin yükseltilmesi için çaba harcanması gerektiği belirtilmektedir. Çünkü ülkelerin sadece gelişmişlik seviyeleri değil, kültürel farklılıkların da sağlık algısında ve hastalık yönetiminde fark oluşturacağı ifade edilmektedir (Yıldırım ve Keser 2015).

Sağlık okuryazarlığı konusunda yurtdışında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları yapılan ölçekler; Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini, Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi, En Yeni Hayati İşaret Testi'dir. Ayrıca 2015 yılında Aras ve Temel tarafından, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesinde (The European Health Literacy Survey, HLS-EU) (2009-2012) kullanılmış olan Sağlık Okuryazarlığını Tanımlama Ölçeği'nin, Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır (Yılmaz ve Tiraki 2016; Aras ve Temel 2017).

Ülkemizde sağlık okuryazarlık ölçeği geliştirmek amacıyla Sezer ve Kadioğlu (2014) da toplumuza uygun yetişkin bireyler için sağlık okuryazarlığı ölçeği olan 'Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini' geliştirmişlerdir. Ölçekte toplam 23 madde yer almakta olup bireylerin ölçekten aldıkları toplam puan doğrultusunda sağlık okuryazarlık düzeyleri artmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı alanındaki var olan ölçüm araçlarına rağmen sınırlı okuryazarlığa sahip kişileri tespit edecek güvenilir, pratik bir tarama testi yani altın standart olarak adlandırabilecek ölçek bulunmamaktadır ve geliştirmenin mümkün olup olmadığı belirsizliğini korumaktadır. Sağlık okuryazarlığı ölçüm araçlarının büyük kısmı bireylerde sağlık bilgisini ölçmeye odaklı olup sağlık kuruluşlarında genellikle informal testler tercih edilmektedir (Şimşek 2013; Balçık vd. 2014; Aslantekin ve Yumrutaş 2014).

#### **2.4.3. Sağlık Okuryazarlık Düzeyini Etkileyen Faktörler**

Sağlık okuryazarlık tanımını daha iyi anlamak ve değerlendirmek için sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörler belirlenmesi gerekmektedir. Sağlık

okuryazarlığı; genel okuryazarlık düzeyinden, bireysel özelliklerden, demografik, kültürel ve psikososyal faktörlerden, hastalıkla ilgili deneyimlerden ve sağlık hizmeti sistemi ile ilgili etmenlerden etkilenmektedir (Zarcadoolas et al. 2005; Balçık vd. 2014).

Genel okuryazarlık seviyesi ile sağlık okuryazarlık seviyesi doğru orantıda bağlantılıdır fakat birçok araştırmada yüksek okuryazarlık seviyesi olan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin düşük olabileceğini göstermektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen demografik özellikler arasında yaş, ırk, medeni durum, cinsiyet, gelir ve çalışma durumu yer almaktadır. Genellikle ileri yaşlarda, kadınlarda, siyah ırkta, bekarlarda, gelir durumu düşük olanlarda sağlık okuryazarlık seviyesi daha düşüktür. Sağlık okuryazarlığını etkileyen kültürel faktörler ise, etnik grup, göçmenlik ve dil farklılığı gibi faktörler içermekte olup bu etmenler sağlık bilgilerini okumayı, anlamayı ve yazmayı güçleştirmektedir (Balçık vd. 2014).

Sağlık okuryazarlığı üzerinde etki oluşturan psikososyal faktörler arasında da öz yeterlilik davranışı, kişisel sağlık bilgileri ile hastalığı anlamak, sosyal destek gibi etmenler yer alır. Kişinin sağlık ile ilgili inanç algılarının yetersizliği ilgili davranışların gerçekleşmemesi, çevresel ve ailevi desteğin azlığı, sağlık ve hastalıklara ilişkin bilgi eksikliği sağlık okuryazarlığı düzeyini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca kişinin hastalıkla ilgili olumsuz deneyimleri, hastalık süresinin uzunluğu, karmaşık tedavi ve birden fazla hastalık mevcut ise sağlık okuryazarlık düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Son olarak sağlık okuryazarlığını, sağlık sisteminin karmaşıklığı, sağlık hizmetine erişim düzeyi, sağlık güvencesi kapsamı ve hekim hasta ilişkisi gibi sağlık sistemi ile ilgili etmenler de etkilemektedir (Balçık vd. 2014).

#### **2.4.4. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Okuryazarlık Araştırmaları**

Sağlık okuryazarlık seviyesini belirlemek amacı ile Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Yunanistan, Hollanda, İspanya, Polonya ve İrlanda olmak üzere 8 Avrupa ülkesinde değerlendirme yapılmıştır. Çalışma sonucunda ülkeler yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Avrupa’da çalışmaya katılan

katılımcıların %12'sinin yetersiz genel sağlık okuryazarlığı düzeyine ve %35'nin ise sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bulgaristan'da katılımcıların %62'si, Hollanda'da ise %29'u yetersiz ve sorunlu grupta yer almıştır. Hollanda'daki katılımcıların %72'si, İrlanda'daki katılımcıların ise %60'ı yeterli ve çok iyi grubunda yer almıştır. Yeterli ve çok iyi grubunda yer alanlar, Bulgaristan %37 ile ve İspanya'da %42 ile en düşük bulunmuştur. Ayrıca çalışmanın sonucunda genel eğitim ve gelir düzeyi düşük bireylerde, yaşlılarda, yakın zamanda göç etmiş olanlarda, azınlık gruplarında, genel sağlık düzeyi düşük olanlarda ve uzun süreli sağlık sorunu olanlarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (Bilir 2014; Kickbush et al. 2015).

Palumbo vd. (2016) İtalya'da yaptıkları çalışmada, ülkede yetersiz sağlık okuryazarlığını ciddi ve yaygın bir sorun olarak tespit etmişlerdir. Nüfusun yarısından fazlası yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir. Finansal yoksunluk ile yetersiz sağlık okuryazarlığının önemli bir ilişkisi olduğu gözlenmiştir. Ayrıca düşük sağlık okuryazarlığı hastaneye yatış oranları ve acil servislerin daha fazla kullanılmasına neden olduğu belirtilmektedir. Güney Kore'de ülke genelinde yapılan bir çalışma, 20 yaş üstü 1000 Koreli yetişkinin yaklaşık %61'inin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada, yaş, eğitim ve yaşadıkları bölge gibi değişkenler ile yetersiz sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Jeong and Kim 2016).

Amerika Birleşik Devletleri'nde karmaşık bir sağlık sistemini içerisinde yaşayan beş kişiden biri, okuryazarlık becerilerine sahip değildir. Ayrıca yetişkinlerin üçte birinden fazlasının sağlık okuryazarlığının sınırlı olduğunu göstermektedir (Carolla 2015; Hersh et al. 2015).

Ülkemizde 2014 yılında Tanrıöver ve arkadaşları tarafından yapılan 'Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması' ülkemizi temsil eden ilk ve tek çalışmadır. Ülkemizde 12 bölge 23 farklı şehirde ve 4924 kişi üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmaya göre, Ülkemizin genel sağlık okuryazarlık indeksi 50 puanlık ölçek üzerinden ortalaması 30,4 olarak saptanmıştır. Avrupa'nın genel sağlık okuryazarlık indeksi

ortalaması ise 33.8'dir. Araştırmanın sonucunda, toplumun %24'nin yetersiz, %40,1'inin sınırlı sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olduğu bulunmuştur. Çalışmanın sonuçları ülkemizin sadece üçte birinin yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca araştırmanın sonucunda, yaş, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik faktörler sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri arasında ön planda yer almadığı belirtilmektedir.

Çopurlar (2016) 40 yaş ve üzeri 500 kadın üzerinde REALM ölçeği kullandığı çalışmada, kadınların %31,8'i sınırlı/yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu ve sağlık okuryazarlık düzeyi ile yaş, eğitim düzeyi ve ekonomik durumla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Diğer bir çalışmada da Sezer (2014) 18-65 yaş aralığında 303 kişi üzerinde yaptığı çalışmada, sağlık okuryazarlık puan ortalaması  $13.10 \pm 4.22$  (min:0- max:23) olduğunu ve sağlık okuryazarlık puanının eğitim durumuna göre farklılık gösterdiğini ifade etmektedir. Çimen ve Temel (2017) 550 kişide yaptığı çalışmada da sağlık okuryazarlığını en çok etkileyen faktörlerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlık algısı, sağlık hizmetlerine erişim durumu olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin yapacakları sağlık eğitimleri ve danışmanlık faaliyetlerinden önce sağlık okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

#### **2.4.5. Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığına Etkisi ve Önemi**

Günümüzde insan ömrünün uzaması ve kronik hastalıkların artışı, bilgi erişiminin kolaylaşması, sağlık hizmetlerinde değişim arayışları gibi yaşanan değişiklikler aynı zamanda çağımızda sağlık okuryazarlığının sağlığın teşviki ile geliştirilmesinde temel bir belirleyici olması sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır (Yıldırım ve Keser 2015).

Doğu Akdeniz Bölgesel Ofisi (Eastern Mediterranean Regional Office, EMRO) ülkeleri için yayımlanmış çalışmada, sağlığı geliştirme müdahalelerin planlanmasında önemli bir basamak olarak kabul edilen sağlık okuryazarlığı kavramının toplum sağlığı

açısından önemini belirleyen genel temalar aşağıdaki şekilde belirtilmiştir (Tözün ve Sözmen 2014; Yılmazel ve Çetinkaya 2016).

- 1. Etkilediği insan sayısı:** Yetersiz okuryazarlık düzeyinin gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi gelişmiş ülkelerde de beklenmedik düzeyde yaygın olduğu belirtilmektedir. Dünyada kadınların üçte ikisinin temel okuryazarlık düzeylerinin yetersiz olduğu ve bu durumdan daha çok etkilendiği belirtilmektedir.
- 2. Olumsuz sağlık sonuçları:** Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı oranları ile artmış mortalite oranları arasında kesin bir ilişki vardır.
- 3. Kronik hastalık oranlarında artış:** Kronik hastalıkların oluşumunda sağlıkla ilgili olumsuz davranışların payı büyüktür. Küresel hastalık yükünün %47'sini oluşturan kronik hastalıkların öz yönetiminde sağlık okuryazarlığı önemli rol oynamaktadır.
- 4. Sağlık bakım maliyetleri:** Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığı, toplam sağlık bakımına yıllık %3,0-5,0 oranında ek maliyete neden olmaktadır.
- 5. Sağlık bilgisi talepleri:** Hedef kitlenin okuma seviyeleri ile sağlıkla ilgili materyalleri okuma yetenekleri arasında bir uyum olmayabilir. Sağlıkla ilgili kaynaklarda teknik terimlerin ve terminoloji kullanımı bilginin anlaşılmasını gereksiz yere zorlaştırmaktadır.
- 6. Eşitlikçilik:** Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi, kişinin sağlığını etkili bir biçimde yönetememesine, sağlık bilgisini anlayamaması ve bu nedenle doğru sağlık kararlarını alamamasına aynı zamanda sağlık hizmetlerine ulaşamamasına neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir husustur.

Sağlık okuryazarlığı konusunda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yetersiz sağlık okuryazarlığının, sağlık davranışını, sağlık hizmeti kullanımını, sağlık çıktılarını ve sağlık maliyetini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Yetersiz düzeyde sağlık okuryazarlığın, bireye ve sağlık sistemine etkisi aşağıda sıralanmıştır (Tözün ve Sözmen 2014; Yıldırım ve Keser 2015; Carolla 2015; Taş ve Akış 2016; Yılmazel ve Çetinkaya 2016; Çimen ve Temel 2017).

- Genel sağlık seviyesinde yetersizlik,
- Koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetlerini kullanma oranında yetersizlik,
- Kronik hastalıklar ile ilgili olarak bakım ve hastalığın öz yönetimi ve sağlık bakım sistemine ulaşmak için gerekli beceriler yönünden kısıtlılık,
- Yetersiz öz bakım becerileri,
- Tıbbi ve ilaç kullanım hatalarında artış,
- Sağlık bakım maliyetlerinde artma,
- Sağlık bakım hizmetlerinin yetersiz kullanımı,
- Hastalıkların belirti öncesi dönem de sağlık arama davranışında ve mevcut sağlık durumunun değerlendirmede yetersizlik,
- Sağlık personelinin tıbbi öneri veya talimatlara uygulamada yetersizlik,
- Hastaneye yatış sıklıklarının ve kalma sürelerinin artışı,
- Acil servis hizmetlerden yararlanma oranlarında artış,
- Mortalite ve morbidite oranlarında artış.

Sağlık okuryazarlık çalışmaları, sağlık personelleri ile bireyler (sağlıklı/hasta) arasındaki iletişime dikkat çekmekte ve daha güçlü bir iletişimin daha iyi sağlık çıktılarının oluşturulması açısından çok önemli olduğunu belirtmektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyesi yetersiz olan bireylerin kendi sağlık sorunlarını sağlık personellerine anlatma becerisinin daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca, düşük sağlık okuryazarlık düzeyi olan bireylerin, korku, mahcubiyet, güvensizlik ve öz saygı eksikliği gibi duyguların etkisi altında kalarak gerçek bilişsel kapasitelerini

gizlediklerini vurgulanmaktadır. Bu durumların birey ve sađlık personeli arasındaki iliřkiyi olumsuz etkileyeceđi dūřün÷lmektedir (Akbolat vd. 2016).

#### **2.4.6. Sağlık Okuryazarlığı Bilincini Geliştirme Yaklaşımları**

Sağlığı geliştirme stratejilerinin önemli bir basamağını oluşturan bireysel güçlendirme, sağlık eğitimlerini ve sağlık okuryazarlık çalışmalarını kapsamaktadır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılması amacı ile üç tipte müdahale çalışması önerilmektedir; genel eğitim seviyesi düşük olanların desteklenmesi, sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi ve bu amaca yönelik politika belirlenmesi, yönetsel düzenlemeler yapılması ve uygulanmasıdır (şimşek 2013; Bilir 2014).

Sağlık okuryazarlığının gelişmesinin temel belirleyicisi genel eğitim seviyesi olduğu için yaşam boyu öğrenme uygulamasının, sağlık okuryazarlık düzeyini yükselttiği bilinmektedir. Birçok ÷lkede “yaşam boyu öğrenme” ilkesi uygulanmakta olup başarılı uygulandığı toplumlarda sağlık okuryazarlık seviyesi de yüksek bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri boyutunda, sağlık eğitiminin birincil amacı erken çocukluk döneminde başlamak üzere yaşam boyu toplumun sağlık bilincini yükseltmeye ve sağlık okuryazarlık seviyesini artırmaya yönelik olmalıdır. Bireysel, sosyal ve çevresel etmenler ile birlikte eğitim sistemi ve sağlık sistemi etkisi altında olan sağlık okuryazarlığını geliştirmek için sektörler arası iş birliği gerekmektedir (Bilir 2014; Yılmazel ve Çetinkaya 2016; Odabaşı ve Aşut 2016).

Sağlık okuryazarlığı bilincini geliştirmeye yönelik stratejik adımlardan diğeri de kitle iletişim araçlarının kullanılmasıdır. Kadınların sağlıkla ilgili bilgilere ulaşmalarında ve uygulamalarında, sağlığın geliştirilmesinde medya araçları etkili olmaktadır. Bu hususta, medyanın doğru şekilde kullanımının sağlanması, sağlık haberlerinin çeşitliliğinin ve kalitesinin artırılması önemlidir. Kadınların sağlık okuryazarlığı seviyelerin geliştirilmesine yönelik sağlık programlarının yapılması ve bu programlarda uygun bir dil kullanımı ile gerekli sağlık danışmanlığı hizmeti verilmesi önerilmektedir (Yıldırım ve Keser 2015).



Sağlık okuryazarlık düzeyini geniş boyutta değerlendirecek evrensel bir ölçüm yöntemi geliştirilmesine ve aynı zamanda sağlık okuryazarlığı ile sağlık çıktıları arasındaki ilişkinin sebeplerini ortaya çıkaracak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Odabaşı ve Aşut 2016).

Geleneksel ve yenilikçi toplum, medya ve katılımcı yaklaşımların kullanımı dahil olmak üzere, sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesine yönelik farklı müdahale yaklaşımlarının görece etkinliğini değerlendiren çalışmalara ihtiyaç vardır. Hem sağlık okuryazarlığı hem de müdahale stratejilerinin ölçütlerinin doğasını ve kapsamını geliştirmek, sağlık okuryazarlığı araştırmalarının ilerlemesinde temeldir. Belirlenen araştırma boşluklarını ele almak ve sağlık okuryazarlığı müdahalelerini nüfus sağlığının teşvik edilmesinin ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasının ayrılmaz bir parçası olarak yerleştirmek için Avrupa düzeyinde stratejik harekete ihtiyaç vardır (Barry et al. 2013).

Ülkemizde, kişilerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu yükseltmek için sağlık okuryazarlığını geliştirme stratejileri, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planı içinde yer almaktadır. Stratejik planda, halkın sağlık okuryazarlık seviyesini arttırmak için sürveyans sistemi kurulması, eğitim-altyapı-teknoloji kapasitesinin yükseltilmesi, sektörler arası iş birliği, sağlık okuryazarlığı konularının eğitim müfredatına dahil edilmesi, sağlık okuryazarlığı eğiticileri için kapasite artışı ve YÖK ile iş birliği konuları ele alınmıştır. Toplumda sağlık okuryazarlığını yükseltmek için iletişim faaliyetlerini güçlendirmek amacı kapsamında toplumu, doğru sağlık bilgisine nasıl ulaşacağı konusunda bilgilendirmek amacıyla kampanyalar oluşturulması, kişilere verilen yazılı belgelerin daha kolay anlaşılır olması amacıyla geliştirilmesi ve kronik rahatsızlığı olan bireylerde ve dezavantajlı toplum grupları için sağlık bilgi materyalleri oluşturulması konuları üzerinde durulmuştur (Tözün ve Sönmez 2014).

## **2.5. Sağlık Okuryazarlığın Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıklarına ilişkin risk faktörlerini azaltmak ve yaşam kalitelerini yükseltmek amacı ile ihtiyacı olduğu sağlık bilgisini araştırma, anlama, değerlendirme ve kullanma yetkinliği olarak ifade edilmektedir. Kadının sağlık okuryazarlık oranları arttıkça hastalıktan korunma ve hastalıklarda erken tanıyı sağlama davranışların da arttığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, kadının sağlık okuryazarlığı düzeyinin, kanserden korunmada inanç ve davranışlarını etkilediği belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan kişiler, sağlıkları ile ilgili önemli durumları anlamayabilirler. Ayrıca erken tanı ve tarama testlerinin kanserin önlenmesi ve hastalığın erken tanısındaki önemli rolünün farkında olmayabilirler (Zarcadoolas et al. 2005; Yıldırım ve Keser 2015).

Kanserde primer ve sekonder korunma, morbidite ve mortalitesinin kontrol edilmesinde önemli faktörler olarak kabul edilmektedir. Meme kanserinde primer ve sekonder korunma odaklı sağlık mesajlarının anlaşılması, bireylerin sağlık davranışları hakkında karar vermelerini doğrudan etkileyeceği için önemlidir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı, yanlış kanser riski algısına ve erken tanı ve tarama ihtiyacının yanı sıra kanser önleme çabalarına daha düşük katılım oranları gibi kanser kontrolüne özgü olumsuz sonuçlara neden olmaktadır Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi, kanser erken tanı tarama programlarına katılım oranlarını artıracak ve hastalık yükünü azaltacağı belirtilmektedir (Mazor et al. 2012; Oldach and Katz 2014; Talley and Williams 2015)

Literatür çalışmalarında, sağlık okuryazarlığı ve kanser taraması arasında birçok önemli düzeyde ilişkiler tespit edilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkisi incelendiğinde, düşük sağlık okuryazarlık düzeyinin erken tanı ve tarama yöntemlerinin uygulanması açısından engel oluşturduğu görülmektedir. Meme kanseri erken tanı/tarama davranışlarından KKMM ve mamografi yaptırmamanın yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Mazor et al. 2014; Çopurlar ve Kartal 2016).

Berkman vd. (2011) sistematik literatür inceleme çalışması sonucunda; düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin kadınlarda daha az oranda mamografi taramasına katılıma ve yetersiz düzeyde sağlık hizmetleri kullanımına neden olduğunu belirtmiştir. Pagan vd. (2012) çalışmasında da sağlık okuryazarlığı yeterli seviyede olan kadınlarda son 2 yılda mamografi çekirme oranlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir.

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin kanser risk algılarının oluşmasında etkili olan önemli faktörler arasındadır. Rutherford vd. (2018)'de, ailesinde meme kanseri öyküsü olan 86 kadın üzerinde yaptığı kesitsel tipli çalışmada mevcut risk düzeyi ile algılanan kanser risk algısı arasında önemli düzeyde uyumsuzluk saptanmış ve bu uyumsuzluğu yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Brewer vd. (2009)'da düşük ve yüksek sağlık okuryazarlık seviyesine sahip 163 kadın üzerinde REALM ölçeğini kullandığı çalışmasında ise, düşük sağlık okuryazarlığı olan kadınların, yüksek sağlık okuryazarlığı olan kadınlara oranla meme kanseri risk algılarını daha az doğru tahmin ettiklerini saptanmıştır.

Roh vd. (2018) de 286 Amerikalı kadında meme kanseri okuryazarlığının erken tanı davranışları ile ilişkisinin incelendiği çalışmada, meme kanseri okuryazarlığı ile tarama davranışları arasında bağlantı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Yılmazel (2018) 40-69 yaş aralığı 519 Türk kadınında, sağlık okuryazarlığının meme kanseri farkındalığının ve davranışlarının incelediği çalışmada, sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi ile meme kanseri farkındalığı ve mamografi tarama sıklığı arasında anlamlı düzeyde ilişki tespit etmiştir. Sağlık okuryazarlığının ulusal kanser taramasının odak noktası için avantaj bir fırsat olabileceğini belirtmektedir. Meme kanseri sağlık eğitimi programlarını ve halka sağlığı kampanyalarını kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerine göre düzenlenmesi önerilmektedir. Fernandez vd. (2016) 707 kişi üzerinde sağlık okuryazarlık ile koruyucu davranışların incelendiği çalışmada ise, yeterli düzeyde sağlık okuryazarlık seviyesi olan kadınların mamografi çekirme oranların daha yüksek olduğu; sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz olan kadınlarda ise KKMM yapma oranın daha düşük olduğunu belirtmiştir.

Halbach vd. (2016)'da çok merkezli kohort çalışmasında ise, meme kanseri tanısı almış 65 yaş ve üstü kadınlarda kanser korku düzeyleri ile sınırlı (yetersiz ve sorunlu) sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı derecede ilişki tespit etmişler ve kanser korkusu için sınırlı sağlık okuryazarlığını bağımsız risk faktörlü olarak belirtmektedirler. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesi kişilerin kansere bağlı korkuların azaltılmasına katkıda bulunacağını önermektedirler. Bu sebeple, sağlık okuryazarlığının yükseltilmesinin, kadınların kanser korkusu nedeni ile meme kanserinde erken tanı tarama programlarına başvurmamasını veya geç başvuruyu önleyebilir.

Ülkemizde Çopurlar (2016)'da 40 yaş ve üzeri 500 kadının sağlık okuryazarlık düzeyleriyle meme kanseri bilgi düzeylerini ve tarama davranışlarını karşılaştırdığı çalışmada; kadınların %55,2'sinin mamografi yaptırmadığı ve en az 1 kez mamografi yaptıran kadınlara oranla daha düşük sağlık okuryazarlık seviyesine ve daha düşük meme kanseri bilgisine sahip olduğunu saptamıştır. Ayrıca, kanserde erken tanı/tarama oranlarında başarının sağlanması için sağlık profesyonellerinin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin farkında olması ve sağlık okuryazarlık düzeylerine uygun girişimlerde bulunmasını önermektedir.

Sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin tüm bu olumsuz sonuçlarından dolayı halk sağlığı alanının önemli mevzularından birisi olarak görülmektedir. Halk sağlığı alanında önemli noktalarda görev alan halk sağlığı hemşirelerinin bu kapsamda hizmet verebilmeleri için, bireylerin sağlık okuryazarlığına yönelik mevcut durumu izleme ve geliştirmede önemli bir yere sahiptir. Hemşirelerin bağımsız rollerinden biri olan sağlık eğitimi ve danışmanlık görevini etkin olarak yerine getirebilmeleri için kişilerin (sağlıklı/hasta) sağlık okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi önemlidir (Sezer ve Kadioğlu 2014; Yılmaz ve Tiyaki 2016). Bu kapsamda halk sağlığı hemşiresinin, iletişim empati, dinleme ve bireye yeterli zamanı ayırma isteği gibi becerilerle donatılmış kişisel-sosyal ve duygusal yeterliliğe sahip olmalıdır (Kaas et al. 2016). Halk sağlığı hemşiresi, koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir unsuru olan sağlık okuryazarlığını önemsemeli ve birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde, birincil hedefi erken çocukluk yaşlarından itibaren tüm yaş aralığında toplumun sağlık

okuryazarlık bilincini artırmalıdır (Sezer ve Kadioğlu 2014; Yılmaz ve Tiyaki 2016; Yılmazel ve etinkaya 2016).

Halk sağlığı hemşiresi sağlık okuryazarlık düzeyini yükseltmek aynı zamanda sağlık bilincini geliştirmek amacıyla yetişkin dönemde kadınların eğitiminde olası engellerle baş etme yolları bulmalıdır. İlk önce sağlık eğitimi için talep yaratılmalı ve ardından uygun ortamların sağlanması gerekmektedir. Yetişkin bireylerin sağlık eğitimlerine zaman ayırması da kolay değildir. Halk sağlık hemşiresi tüm güçlükleri tespit edip üzüm için uygun yaklaşımlar geliştirmelidir (Bilir 2014). Sağlık okuryazarlığı ulusal kanser taramasının odak noktası için avantajlı bir fırsat olabilir. Halk sağlığı hemşiresinin görev aldığı meme sağlığı eğitimi programları ve halk sağlığı kampanyaları kadınların sağlık okuryazarlık seviyelerine uygun düzenlenmelidir (Yılmazel 2018). Ayrıca sağlık eğitimlerinde hedef kitlenin özelliklerine uygun iletişim yöntemi ve anlaşılır bir dil kullanması gerekmektedir. Eğitimlerde hazırlanan yazılı kaynaklara görsel öğrenmeyi uyarıcı ve motive edici materyallerin kullanılması ve hedef kitlenin kültürel özelliklerinin de dikkate alınması önemlidir (Yıldırım ve Keser 2015).

Halk sağlığı hemşiresi özellikle meme kanseri erken tanı/tarama davranışlarına yönelik sağlık eğitim programlarına ilişkin tüm girişimlerinde, kadınların sağlık okuryazarlığı açısından riskli grupta olduğunun ve düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin bireyin yazılı materyali okuyup, anlayıp buna uygun davranış oluşturmasında engel yaratığının farkında olmalıdır. Bu hususta, kadınlara yönelik hazırlanan eğitim materyallerin bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerine göre hazırlanması ve toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltecek girişimlerin yapılması gerekmektedir. Halk sağlığı hemşiresi, sağlık eğitimlerinden ve yapılan uyarıcı girişimlerden sonra belli aralıklarla hedef kitlenin sağlık okuryazarlığı düzeyini llmesi ve yapılan girişimlerin etkisinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, genel eğitim düzeyi düşük kadınların desteklenmesinde, sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik politika oluşturulmasında, yönetsel düzenlemeler yapılmasında ve uygulanmasında aktif rol almalıdır (Yıldırım ve Keser 2015; Yılmaz ve Tiraki 2016; opurlar ve Kartal 2016).

## **2.6. Koruyucu Sağlık Davranışları Kazandırmada Sağlık İnanç Modeli Kullanımı**

Sağlık eğitiminin amacı kişilerin, grupların ve toplumun sağlığını etkileyen davranışlarını istendik yönde aynı zamanda da kasıtlı olarak değiştirmeyi amaçlamaktadır. Bireyin, hastalıktan korunmak ya da mevcut sağlık durumunu geliştirmek amacıyla gerçekleştirdiği eylemlerin hepsi sağlık davranışıdır. Sağlık eğitiminin asıl hedeflerinden birisi de bu davranışların kazanılmasının sağlanmasıdır. Sağlık davranışları güdüler, alışkanlıklar, inançlar, beklentiler, algılar, değerler, kişisel tavırlar ve psikolojik özelliklerden etkilenmektedir. Bireyin bilgi tutum ve davranışları sağlık eğitimi ile değiştirilebilir. Sağlık eğitimleriyle bireyin birincil ikincil ve üçüncül koruma kapsamında yer alan sağlık davranışlarının teşviki sağlanabilmektedir (Mermer 2010).

Koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılmasında çeşitli bilişsel-davranışçı modeller temel alınmaktadır. Bu modeller; Sağlığı Geliştirme Modeli, Sağlık İnanç Modeli, Transteorik Model, Planlanmış Davranış Teorisi, Precede-Proceed Model ve Sosyal Öğrenme Teorisi'dir (Gözüm vd. 2004; Mermer 2010; Ersin ve Bahar 2011).

Meme kanseri risk faktörleri, belirtileri, erken tanı ve tarama gibi konularına ilişkin yapılan sağlık eğitimleriyle toplumda meme kanserine yönelik farkındalık oluşturarak klinik bulgusu olan ya da olmayan kişilerin, hastalığın erken evresinde kliniklere başvurmaları sağlanabilir. Güncel araştırmalar kadınların meme kanseri erken tanıya yönelik davranışları yeterli düzeyde olmadığını ve meme kanseri farkındalığının yükseltilmesi tarama davranışlarının düzenli aralıklarla uygulama oranlarının artırılması için modellerle desteklenmiş eğitim programlarının ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Meme sağlığı bilgisini artırmak ve meme kanseri erken tanı davranışlarını geliştirmek amacıyla yapılan girişimlerde, bilişsel-davranışçı modellerden yararlanmak erken tanı davranışlarının kazandırılmasında etkili olduğu vurgulanmaktadır. Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik eğitim programlarında davranış değişiminin gerçekleştirilmesi için en sık kullanılan model

Sağlık İnanç Modeli'dir (Mermer 2010; Ersin ve Bahar 2011; Açıköz vd. 2015; Kartal vd. 2017).

### **2.6.1. Sağlık İnanç Modeli**

Sağlık İnanç Modeli 1950'lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tanısında yer alan koruyucu sağlık hizmetlerine katılımın yetersizliğini açıklamak amacıyla birkaç sosyal psikolog araştırmacıları tarafından geliştirilmiştir. Model sağlıkla ilişkili davranış değişiminin açıklanması, sağlığın devamının ve koruyucu sağlık davranışlarına yönelik müdahale çalışmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. Modelin temel amacı koruyucu sağlık davranışlarının kazanılması ile ilgili faktörlerin açıklanmasıdır. Model, kişinin sağlık davranışlarının değer, inanç ve tutumlarından etkileneceğini belirtmektedir. Problem olarak görülen bu tutum ve inançlar saptanırsa, bireye en uygun verilecek sağlık eğitimi ya da tedavi yöntemleri belirlenebilecektir (Çenesiz 2007; Aydoğdu ve Bahar 2011; Kıssal ve Beşer 2012; Ersin ve Bahar 2012; Gözüm ve Çapık 2014).

Sağlık İnanç Modeli, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engeller, algılanan faydalar, öz-yeterlik ve harekete geçme eylemleri gibi birleşenleri içermektedir. Bu modele göre, birey herhangi bir semptomun yokluğunda bile hastalığın var olabileceğine inanmalıdır. Modelin temel birleşenleri, eğer kişiler sağlık sorununu kendileri için tehdit olarak algılıyorsa, sağlık sorununun ciddiyetiyle ilgili sonuçlara inanıyorsa, erken tanı ve tarama yöntemlerinin engellerinin ve yararlarının farkındaysa beraberinde tarama ile ilgili pozitif eyleme geçiriciler mevcutsa ilgili sağlık davranışının gerçekleşeceğini öne sürmektedir. Davranışa yönelik algılanan engellerin, modelin en güçlü ayırıcısı olduğu belirtilmektedir. Koruyucu sağlık davranışlarının kullanımını etkileyen en önemli husus algılanan yarar ve algılanan engel arasındaki farktır. Bireyde algılanan ciddiyet, duyarlılık ve yarar algısı, eyleme geçme aşamasında algılanan engel algısını azaltıyorsa davranış gerçekleşebilmektedir (Kıssal ve Beşer 2012; Ersin ve Bahar 2012; Bulduk vd. 2015; Kartal vd. 2017; Masoudiyekta et al. 2018).

### 2.6.2. Sağlık İnanç Modeli Birleşenleri

**Bireysel Özellikler:** Cinsiyet, yaş, eğitim, gelir ve etnik köken gibi sosyo-demografik değişkenleri, bilişsel-algısal faktörler üzerinden dolaylı olarak bireyin sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını etkilemektedir. Yaş, eğitim durumu, gelir gibi değişkenlerin artması sağlığı koruma davranışlarını gerçekleştirme olasılığını arttırmaktadır. Kişilik yapısı, sosyal sınıf, sosyal baskı gibi değişkenler sosyo-psikolojik faktörler arasında yer almaktadır ve davranışı gerçekleştirmede etkili olduğu belirtilmektedir (Aydoğdu ve Bahar 2011; Ersin ve Bahar 2012; Gözüm ve Çapık 2014).

**Duyarlılık/Hassasiyet Algısı:** Bireylerin sağlıkla ilgili davranışı uygulamasında bireysel risk veya hassasiyet algısı önemlidir. Duyarlılık algısı, bireyin hastalığa yakalanma ne düzeyde ihtimali verdiğini gösterir. Bireyler kendini risk altında hissettiği düzey doğrultusunda riskli davranışını azaltacaktır (Aydoğdu ve Bahar 2011; Gözüm ve Çapık 2014; Bulduk vd. 2015).

**Ciddiyet/önemseme algısı:** Bireyde bir hastalığın sonuçlarına karşı oluşan ciddiyet veya şiddetin algısıdır. Kişinin sağlık bilgisi bu algıyı etkiler. Ciddiyet ve duyarlılık algısının beraber değerlendirilmesi, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır (Çenesiz 2007; Aydoğdu ve Bahar 2011; Gözüm ve Çapık 2014).

**Yarar algısı:** Bireyin hastalığı önlemek veya hastalığın şiddetini azaltmak amacıyla önerilen koruyucu davranışın kendinde yaratacağı yarara inanmasıdır. Kişinin hassasiyet gösterdiği konularda harekete geçmesi sonucu oluşacak durumu yararlı olarak algılar (Aydoğdu ve Bahar 2011; Gözüm ve Çapık 2014).

**Engel algısı:** Yeni davranışı uygulamada ve bu duruma uyum göstermede bireysel olarak algılanan engellerdir. Davranışa geçmede en önemli birleşen olduğu vurgulanmaktadır. Bireyde engel algısı ile yarar algısı etkileşimi sonucunda sağlık



davranışının etkililiğine olan inancı oluşturmaktadır (Aydoğdu ve Bahar 2011; Gözüm ve Çapık 2014).

**Eyleme Geçiriciler:** SİM in ilk çalışmalarında kişinin harekete geçmesi için tetikleyici sebepler üzerinde düşünölmüştür. Sağlık davranışını gerçekleştirmede eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi aktarımı gibi etmenler tetikleyici faktör olabilirler. Diğer birleşenler birbirlerini etkileyerek eylemi oluşturur. Eğer bireyde duyarlılık ve ciddiyet algıları yüksekse birey için küçük uyarıcılar yeterli olabilir. Ancak ciddiyet ve duyarlılık algıları düşükse daha ciddi düzeyde uyarıcılara ihtiyaç vardır (Aydoğdu ve Bahar 2011; Gözüm ve Çapık 2014; Bulduk vd. 2015).

**Öz etkililik:** Bireyin bir davranışa yönelik girişimde bulunabileceğine ve sonrasında başarılı olabileceğine dair inancıdır. Bu inancın yüksek olması onu davranışı gerçekleştirmek için güçlü bir şekilde motive eder (Aydoğdu ve Bahar 2011; Gözüm ve Çapık 2014).

Sağlık İnanç Modeli, meme kanseri erken tanı davranışları başta olmak üzere serviks, testis, prostat kanseri erken tanı davranışlarında, hipertansiyonda tedaviye uyum, diyabet yönetimi gibi birçok alana yönelik sağlık davranışlarının nedenlerinin araştırılmasında kullanılmaktadır (Çenesiz 2007; Gözüm ve Çapık 2014).

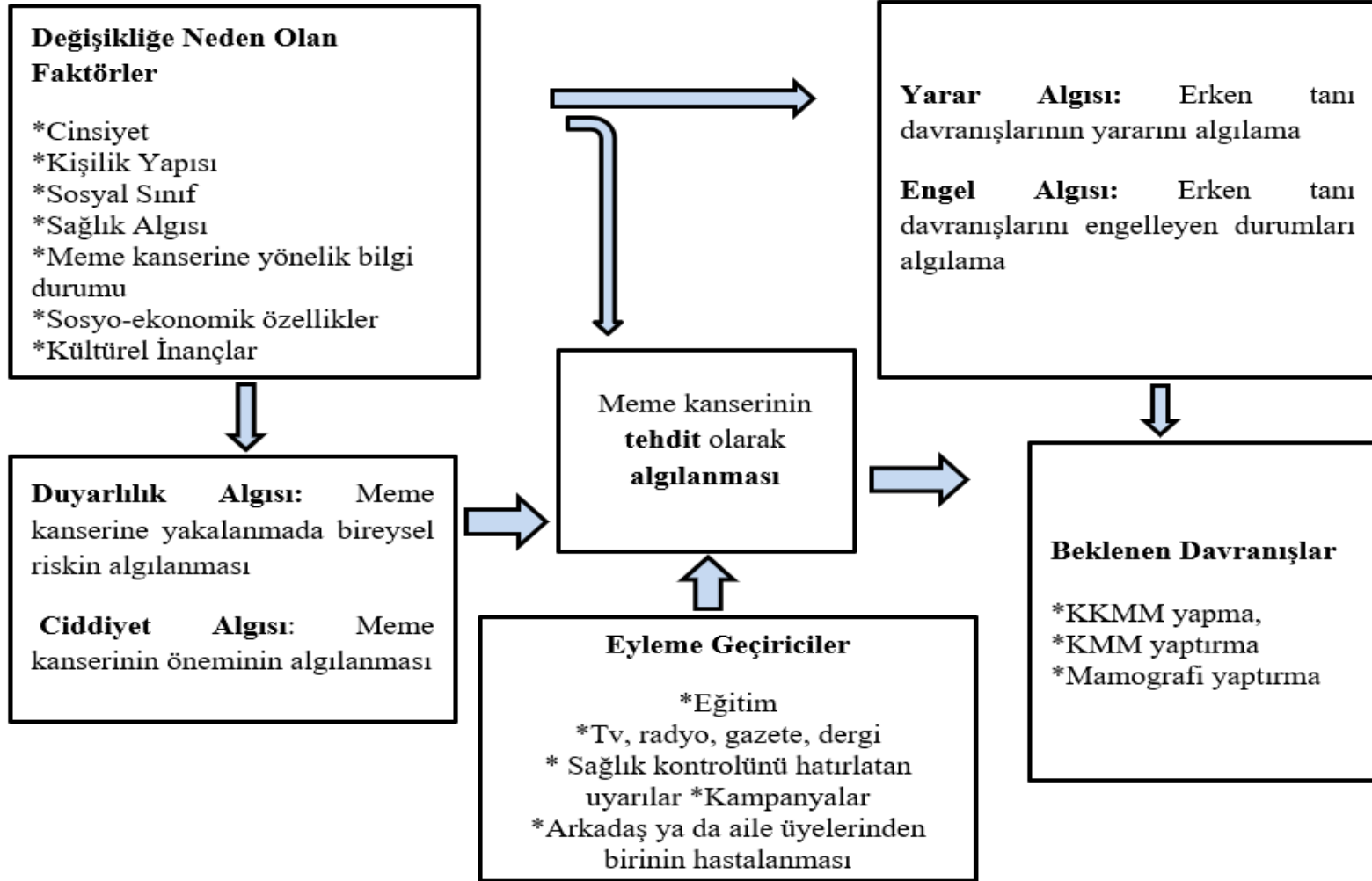
Meme kanseri erken tanı davranışlarının kazanımında sağlık inanç modelinin birleşenlerine bakıldığında (Çenesiz 2007; Aydoğdu ve Bahar 2011; Ersin ve Bahar 2012; Bulduk vd. 2015);

- **Duyarlılık algısı:** Meme kanserine yönelik algılanan duyarlılık,
- **Ciddiyet algısı:** Meme kanseri ile ilgili bireysel tehdidin algılanma düzeyi ve hastalığın önemini algılama seviyesi,
- **Sağlık motivasyonu algısı:** Kişinin sağlıklı olmakla ilgili inanç ve hareketleri,
- **Yarar algısı:** KKMM uygulamasının, KMM yaptırmanın ve mamografi çekirtmenin yol açacağı yararlarının algılanması,

- **Engel algısı:** Kişi tarafından meme kanserinin erken tanısına ilişkin davranışların gerçekleştirmesini olumsuz açıdan etkileyen faktörlerin algılanması,
- **Öz-Etkililiği:** Kişinin meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışların gerçekleştirilmesi ile ilgili kendine duyduğu güven,
- **Tehdit algısı:** Kişinin meme kanserine yakalanma riskiyle ilgili algı.

Sağlık İnanç Modeli'nin, meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik uyarlanmış hali Şekil 3'de yer almaktadır.





Şekil 3. Sağlık İnanç Modeli'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Uyarlanması (Nahcivan ve Seçginli 2003)

## 2.7. Sağlık İnanç Modeli ve Sağlık Okuryazarlığı

Toplum sağlığının geliştirilmesinde önemli motivasyon kaynakları olan sağlık inançları ve sağlık okuryazarlığı kritik bilimsel araştırma konuları olarak öne çıkmaktadır (Erdoğan and Araman 2017). Sağlık okuryazarlığının, sosyal bilişsel modellerinde yer alan motivasyon kaynaklı istemli davranışları etkileyebileceği belirtilmektedir. Bireylerde sağlık okuryazarlığının istedik davranışını nasıl etkilediğinin anlaşılması için Sağlık İnanç Modeli kullanışlı bir araç olabilir. Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık İnanç Modeli içerisinde bilgi değişkeni yerini alarak potansiyel bir etki yaratmaktadır. Modele göre sağlık okuryazarlığı, algılanan tehditleri, algılanan faydaları, algılanan engelleri ve algılanan öz yeterliği etkileyen bir katalizördür (Şekil 4) (Wagner et al. 2008; Panahi 2018).

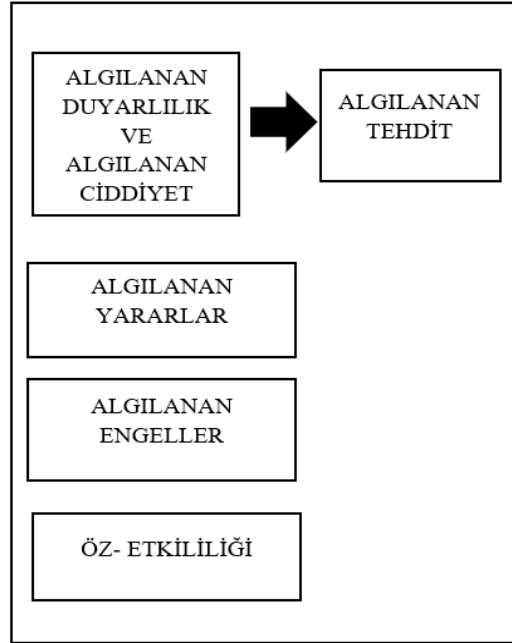


### ETKİLEYEN FAKTÖRLER

SAĞLIK  
OKURYAZARLIĞI



### BİREYSEL ALGILAR



### HAREKETE GEÇME OLASILIĞI

KORUYCU  
DAVRANIŞLARI  
KAZANMA  
OLASILIĞI



HAREKETE GEÇME  
BELİRTİSİ

Şekil 4. Sağlık Okuryazarlığının Sağlık İnanç Modeline Uyarlanması (Panahi 2018)

### **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Yarı deneysel tipte, deney-kontrol gruplu, ön test ve son test desenli bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi**

Araştırma Karabük Üniversitesinde Ocak-Eylül 2017 tarihleri arasında yürütüldü. Karabük Üniversitesinde akademik ve idari olmak üzere toplam 415 kadın personel ve 948 erkek personel çalışmaktadır. Kurumda çalışanlara yönelik sunulan herhangi bir sağlık hizmeti, iş sağlığı hekimi ve hemşiresi de bulunmamaktadır. Araştırmacının burada çalışıyor olması ve meme kanserinin erken tanı davranışlarına yönelik bu kurumda herhangi bir eğitim hizmetinin verilmemiş olması nedeniyle çalışma üniversitedeki kadın çalışanlarla yapıldı. Kurum izni alındıktan sonra yüz yüze eğitimler Karabük Üniversitesi Fen Fakültesi Konferans Salonunda gerçekleştirildi.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırma evrenini, Karabük Üniversitesinde çalışan akademik ve idari olmak üzere toplam 415 kadın personel oluşturdu. Örneklem seçim kriterleri doğrultusunda deney ve kontrol gruplarını belirlemek üzere 415 kadın personel ile ön araştırma planlandı. Kadınlardan 43 kişi çalışmayı onaylamadığı, 24 kişide diğer kurumlarda uzun süreli görevlendirildiği ve 16 kişi de sağlık sorunları-doğum nedeniyle ücretsiz izinde olduğu için çalışmaya dahil edilmeyerek katılmayı kabul eden 332 kişi ile ön araştırma yapıldı. Araştırmanın örnekleme alınma kriterleri, erken tanı ve tarama yöntemlerini bilmemek, KKMM'sini hiç yapmamış olmak, KMM'sini hiç yaptırmamak, mamografi hiç çektilmemiş olmak ve meme kanseri için bireysel risk algılamamak olarak belirlendi.

Ön araştırma verileri doğrultusunda araştırmaya katılmayı kabul eden ve örnekleme alınma kriterlerine uygun kadınlardan 100 kadın örneklem grubuna alındı. Deney ve kontrol grubuna kadınlar rasgele sayılar tablosu yöntemiyle randomize olarak atandı. Deney grubu 50 kişi kontrol grubu 50 kişi olarak belirlendi.

Deney grubu ve kontrol grubuna alınan kadınların tanımlayıcı özelliklerine ve eğitim öncesi ölçek puanları ortalamasına ilişkin bilgiler Tablo 3'te yer almaktadır. Deney ve kontrol grubunda yaş, öğrenim durumu, medeni durumu ve Gail Modeli beş yıllık ve yaşam boyu meme kanseri risk düzeyi kriterleri açısından ve eğitim öncesi ölçek puan ortalamaları açısından homojen bir dağılım sağlandı. Gruplar arası fark istatistik olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ). Girişimler sonrası deney ve kontrol gruplarının sayıları değişmeyerek 50 kişi deney grubu, 50 kişi kontrol grubu olarak araştırma tamamlandı.

**Tablo 3-A. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ve Ölçek Puan Ortalamaları**

Değişkenler	Deney Grubu (n:50)		Kontrol Grubu (n:50)		İstatistik Değerler	
	n	%	n	%	$\chi^2$	p
<b>Yaş Aralığı</b>						
- 20-39 yaş	41	82,0	41	82,0	0,000	1,000
- 40-59 yaş	9	18,0	9	18,0		
<b>Medeni Durum</b>						
- Evli	34	68,0	29	58,0	0,686	0,407
- Bekar	16	32,0	21	42,0		
<b>Öğrenim Durumu</b>						
- Lise ve Önlisans	7	14,0	5	10,0	0,095	0,758
- Lisans ve Üstü	43	86,0	45	90,0		
<b>Gail Modeli 5 Yıllık Risk Düzeyi</b>						
- Düşük Risk	45	90,0	45	90,0	0,000	1,000
- Yüksek Risk	5	10,0	5	10,0		
<b>Gail Modeli Yaşam Boyu Risk Düzeyi</b>						
- Normal Risk					0,058	0,809
- Orta Risk	38	76,0	40	80,0		
- Yüksek Risk	12	24,0	10	20,0		
	0	0	0	0		

Ki-Kare Analizi  $P>0,05$

**Tablo 3-B. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ve Ölçek Puan Ortalamaları**

Değişkenler	Deney n:50	Kontrol n:50	İstatistik Değerler	
	X±SD	X±SD	Z	p
Duyarlılık Alt Boyutu	8,02±2,28	7,98±2,22	-0,524	0,600
Ciddiyet Alt Boyutu	20,20±2,68	19,34±3,98	-1,379	0,168
Sağlık Motivasyonu Alt Boyutu	20,94±3,27	20,86±3,44	-0,114	0,909
KKMM Yararları Alt Boyutu	15,72±2,26	15,66±2,60	-0,021	0,983
KKMM Engelleri Alt Boyutu	19,02±4,46	20,40±4,07	-1,846	0,065
KKMM Öz-Etkililiği Alt Boyutu	31,44±6,02	30,24±5,56	-1,020	0,308
Mamografi Yararları Alt Boyutu	18,20±2,72	19,06±2,12	-1,794	0,073
Mamografi Engelleri Alt Boyutu	28,59±5,75	27,60±6,81	-0,764	0,445
YSOYÖ	14,74±2,68	14,10±2,14	-1,865	0,062

Bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.  $p>0,05$

### 3.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

Araştırmaya dahil olma kriterleri; Karabük Üniversitesinde çalışıyor olmak, kadın olmak, raporlu ve izinli olmamak, uzun süreli başka kuruma görevlendirilmemek, çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır.

Örnekleme alınma kriterleri de, erken tanı ve tarama yöntemlerini bilmemek, KKMM'sini hiç yapmamış olmak, KMM'sini hiç yaptırmamak, mamografi hiç çekirtmemiş olmak ve meme kanseri için bireysel risk algılamamaktır.



### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **Bağımlı Değişkenleri**

- Her ay düzenli KKMM yapması
- Takip aralığı olan üç aylık süre içerisinde KMM yaptırmaması
- Takip aralığı olan üç aylık süre içerisinde mamografi çektirmemesi,
- Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları,

#### **Bağımsız Değişkenleri**

- Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılan eğitim
- Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerini toplamak amacıyla; Kişisel Bilgi Formu, Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ), Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (YSOYÖ), Tarama Davranışları İzlem Formu kullanıldı.

#### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından literatür (Koçak vd. 2011, Seçginli 2011, Akyolcu ve Uğraş 2011, Baskan vd. 2012, Şencan ve Keskinçılıç 2017) doğrultusunda oluşturulan Kişisel Bilgi Formu; demografik özellikleri, Gail Modeli meme kanseri risk düzeyini, meme kanseri erken tanı ve tarama davranışlarına ilişkin bilgisini, davranışlarını ve engellerini sorgulayan 19 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

#### **3.6.2. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği**

Meme kanseri taramalarında SİMÖ, 1984 yılında Victoria Champion tarafından sağlık inanç modeline dayanarak geliştirmiş ve ölçeği 1993,1997 ve 1999 yıllarında revize etmiştir. Ölçek, meme kanseri erken tanı/tarama davranışlarına yönelik inançlarını sağlık inanç modeli çerçevesinde değerlendirmek amacı ile çeşitli ülke dillerine uyarlanmıştır. Ülkemizde, SİM ölçeği eş zamanlı üç ayrı araştırmayla 2003

yılında Seçginli, Karayurt ve Gözüm- Aydın tarafından yüksek lisans ve doktora tezi kapsamında Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılmıştır (Gözüm vd. 2004).

Çalışmada, SİMÖ Gözüm ve Aydın tarafından 2004 yılında Türkçe 'ye uyarlama çalışması kullanılmıştır. Ölçekte, kişinin meme kanseri ve genel sağlığıyla ilgili inancını değerlendiren **duyarlılık, ciddiye ve sağlık motivasyonu** alt boyutları, **KKMM** yönelik **engelleri, yararları ve öz etkililiği** alt boyutları, **mamografi** yönelik ise **yararları ve engelleri** alt boyutları olmak üzere toplam 8 alt boyut ve toplam 52 soru yer almaktadır (Ek 2).

SİMÖ, 5'li likert tipli ve 1'den 5'e kadar puanlandırılmış bir ölçektir. Ölçek, kesinlikle katılmıyorum 1 puan, katılmıyorum 2 puan, kararsızım 3 puan, katılıyorum 4 puan ve tamamen katılıyorum 5 puan ile değerlendirmiştir. Ölçeğin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirilmekte ve genel toplam puan değerlendirilmesi yapılmamaktadır. Her birey için 8 alt boyut puanı elde edilmektedir. Alt boyut puanının 5'e yaklaşması ilgili alt boyuta ilişkin algının yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Ölçek tüm alt boyutları kullanıldığında ortalama 12-15 dakika tamamlanabilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarının madde sayıları, min-max puanları, Gözüm ve Aydın (2004), 266 kişi üzerinde yaptığı Türkçe güvenilirlik çalışmasında SİMÖ'nün her bir alt boyutun cronbach alfa değeri ve bu çalışmadaki cronbach alfa değeri Tablo 4'de verildi.

**Tablo 4. SİMÖ Alt Boyut Madde Sayısı, Min-Max Puanları ve Cronbach Alfa Değerlerine İlişkin Bilgiler**

SİM Alt Boyutları	Madde Sayısı	Min Puan	Max. Puan	Cronbach Alfa		
				Gözüm ve Aydın (n:266)	Bu çalışma (n:100) Eğitim Öncesi      Eğitim Sonrası	
Duyarlılık	3	3	15	0,69	0,79	0,75
Ciddiyet	6	6	30	0,75	0,76	0,75
Sağlık Motivasyonu	5	5	25	0,83	0,76	0,77
KKMM Yararları	8	8	40	0,83	0,70	0,83
KKMM Engelleri	4	4	20	0,75	0,70	0,80
KKMM Öz- Etkililiği	10	10	50	0,82	0,80	0,88
Mamografi Yararları	5	5	25	0,80	0,70	0,73
Mamografi Engelleri	11	11	55	0,81	0,78	0,83

### 3.6.3. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

YSOYÖ, 2012 yılında Sezer ve Kadıoğlu tarafından, yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmede Türk toplumuna uygun bir ölçme aracı geliştirmek amacı ile oluşturulmuştur.

YSOYÖ, tek boyut olarak değerlendirilmekte ve 23 maddeden oluşmaktadır. 22 madde, bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliğini incelemeye yönelik sağlık bilgileriyle, ilaç kullanımına ilişkin sorulardır. Ölçeğin son 1 maddesi de vücut organların yerini bilmeye ilişkin şekil içermektedir. Ölçekte, 13 soru evet / hayır yanıt, 4 soru boşluk doldurma, 4 soru çoktan seçmeli, 2 soru eşleştirme tipte sorulardır.

Ölçek puanlaması; evet / hayır yanıtı sorularda pozitif ifadeleri işaretleyenlere 1 puan, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma tipindeki sorularda doğru yanıtta 1 puan, yanlış yanıtta ise 0 puan verilmektedir. Çoktan seçmeli tipte sorularda iki ve daha fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1, doğru yanıt ile birlikte yanlış

yanıt işaretleyenlere veya hiç bilmeyenlere 0 puan verilmektedir. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1 puan, diğerlerine 0 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar aralığı 0-23 puan arasında değişmekte ve alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi yükselmektedir (Sezer ve Kadioğlu, 2014) (Ek 3).

18-65 yaş aralığında 381 kişi üzerinde yapılan ölçek çalışması, kapsam geçerliği için 7 uzmanın görüşüne sunulmuş ve 30 kişilik bir grupta ön çalışması yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasının sonuçları Tablo 5’te verilmiştir. YSOYÖ, çalışmasında yetişkin grupta yer alan bireyler için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bulunmuştur (Sezer ve Kadioğlu, 2014).

**Tablo 5. YSOYÖ Güvenirlik Çalışma Sonuçlarına İlişkin Bilgiler**

	Madde Sayısı	Test Tekrar Test Güvenirlik Katsayısı	Genel Kapsam Geçerliliği İndeksi	Cronbach Alpha		
				Sezer ve Kadioğlu (n:381)	Bu Çalışma (n:100) Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası
YSOYÖ	23	0.87	%90.71	0.77	0,68	0,71

**Tablo 6. SİMÖ Alt Boyutları ve YSOYÖ Arasındaki Korelasyon Analizi (n:100)**

SİMÖ Alt Boyutları	YSOYÖ	
	r	p
Duyarlılık Boyutu	0,219	<b>0,028*</b>
Ciddiyet Boyutu	0,017	0,865
Sağlık Motivasyonu Boyutu	0,349	<b>0,000**</b>
KKMM Yararları Boyutu	0,229	<b>0,022*</b>
KKMM Engelleri Boyutu	-0,422	<b>0,000**</b>
KKMM Öz-Etkililiği Boyutu	0,277	<b>0,005**</b>
Mamografi Yararları Boyutu	0,016	0,805
Mamografi Engelleri Boyutu	-0,243	<b>0,000*</b>

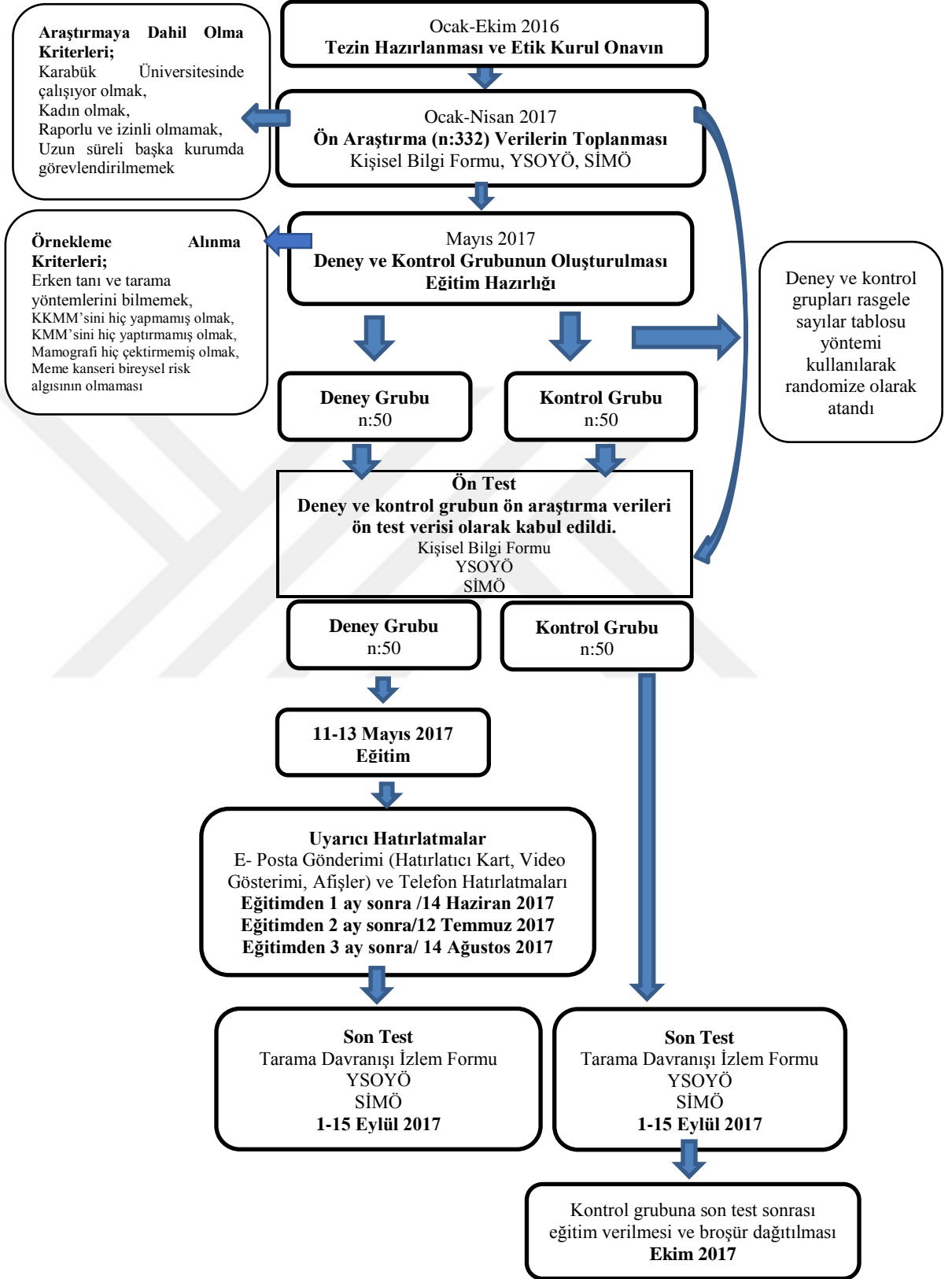
Spearman’ s rho korelasyon analizi kullanılmıştır. \*p<0,05 \*\*p<0,01

SİMÖ alt boyutları ve YSOYÖ arasındaki korelasyon analizi incelendiğinde; YSOYÖ ile duyarlılık boyutu arasında zayıf şiddette negatif yönde ( $r=-0,219$ ;  $p=0,028$ ), sağlık motivasyonu boyutu arasında zayıf şiddette pozitif yönde ( $r=0,349$ ;  $p=0,000$ ), KKMM yarar boyutu arasında zayıf şiddette pozitif yönde ( $r=0,229$ ;  $p=0,022$ ), KKMM engel boyutu arasında zayıf şiddette negatif yönde ( $r=-0,422$ ;  $p=0,000$ ), KKMM öz etkililiği boyutu arasında zayıf şiddette pozitif yönde ( $r=0,277$ ;  $p=0,005$ ) ve mamografi engel boyutu arasında zayıf şiddette negatif yönde ( $r=-0,243$ ;  $p=0,000$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0,05$ ;  $p<0,01$ ). Ancak YSOYÖ ile ciddiye boyutu ( $r=-0,017$ ;  $p=0,865$ ) ve mamografi yarar boyutu ( $r=-0,016$ ;  $p=0,805$ ) arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

#### **3.6.4. Tarama Davranışları İzlem Formu**

Araştırmacı tarafından oluşturulan form, kadınların eğitimden 3 ay sonra meme kanseri erken tanı ve tarama davranışlarındaki değişimi belirleyebilmesi amacıyla oluşturulmuştur. Meme kanseri erken tanı ve tarama davranışları sıklığını, KMM ile mamografi için başvurdukları sağlık kurumlarını, sağlık sonuçlarını sorgulayan 3 soru yer almaktadır (Ek 4).

### 3.7. Araştırmanın Tasarımı



### **3.8. Veri Toplama Yöntemleri**

#### **3.8.1. Ön araştırma verilerin toplanması**

Araştırmanın deney ve kontrol grubunu belli kriterler doğrultusunda seçebilmek ve evrene yönelik yorumlar yapabilmek amacıyla çalışmaya katılmayı kabul eden 332 kadına Kişisel Bilgi Formu, SİMÖ, YSOYÖ uygulandı. Veriler, kadınların çalıştıkları birimler ziyaret edilerek yüz yüze görüşme ile toplandı.

#### **3.8.2. Ön test verilerinin toplanması**

Çalışmanın ön araştırma safhasında, 332 kadından toplanan veriler örneklem kriterleri doğrultusunda değerlendirildi. Değerlendirme sonrasında deney ve kontrol grubunu oluşturan 100 kadının ön araştırmada Kişisel Bilgi Formu, SİMÖ ve YSOYÖ kullanılarak toplanan veriler ön test verileri olarak kabul edildi.

#### **3.8.3. Son test verilerinin toplanması**

Yüz yüze eğitim sonrası her bir aylık periyotlarla toplamda üç kez yapılan e-mail gönderimi ve telefon hatırlatmalarının ardından, 3. ayın sonunda deney ve kontrol grubuna Tarama Davranışları İzlem Formu, SİMÖ ve YSOYÖ uygulandı. Veriler, kadınların çalıştıkları birimler ziyaret edilerek yüz yüze görüşme ile toplandı.

### **3.9. Eğitim Programının Hazırlığı ve Uygulanması**

Çalışmanın eğitim programı kapsamında, yüz yüze eğitim, e-posta gönderimi telefon hatırlatması yer almaktadır (Şekil 5).

#### **3.9.1. Yüz Yüze Eğitimin Hazırlığı ve Uygulanması**

Sağlık okuryazarlığı ve meme kanseri erken tanı ve tarama davranışlarına yönelik Sağlık İnanç Modeli temel alınarak literatür doğrultusunda (Koçak vd. 2011; Seçginli 2011; Akyolcu ve Uğraş 2011; Baskan vd. 2012; Tözün ve Sözmen 2014; Yıldırım ve

Keser 2015; Yılmazel ve Çetinkaya 2016; Taş ve Akış 2016; Şencan ve Keskinç 2017) araştırmacı tarafından eğitim planı hazırlandı. Eğitim planı (Şekil 6), içerik planı (Şekil 7) ve oturum planları (Şekil 8 ve Şekil 9) Hemşirelikte Öğretim alanında da uzmanlığı olan tez danışmanının görüşleri doğrultusunda düzenlendi. Eğitimler araştırmacının kendisi tarafından uygulandı.

Eğitim bilimlerinde, kavramsal düzeyde hedef davranışların kazandırılmasında grup sayısının 2-20 kişi arasında olması önerilmektedir (Sönmez 2010). Bu nedenle çalışmada kadınların eğitime katılmalarını kolaylaştırmak hem de eğitim sırasında aktif öğrenmeyi sağlamak amacıyla iki eğitim grubu oluşturuldu. Birinci grupta 26 kadın, ikinci grupta 24 kadın yer aldı.

Gruplara alınan kadınların görüşleri doğrultusunda eğitimin günü ve saati belirlendi. Evli ve çocuk sahibi olan kadınlar hafta içi katılmayı tercih ederken; eğitimci olan kadınlar ders yoğunluklarından dolayı hafta sonu katılmayı tercih ettiler.

Çalışan kadınların mesai saatleri ile iş yoğunluğu nedeniyle eğitime katılımını arttırmak amacıyla eğitim iki oturum şeklinde toplam 90 dakika sürede tamamlandı. Birinci oturumda sağlık okuryazarlığı ortalama 30 dakikada, ikinci oturumda meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri ortalama 60 dakika süre ile anlatıldı. Eğitim, Karabük Üniversitesi Fen Fakültesi konferans salonunda 11.05.2017-13.05.2017 tarihlerinde ve 13:00- 14:30 saat aralığında gerçekleştirildi.

1. Oturum Sağlık Okuryazarlığı; bu oturumda kadınlarda doğru sağlık bilgisine nasıl ulaşacakları, ihtiyaç duydukları sağlık bilgilerini anlama, değerlendirme ve kullanmada dikkat etmeleri gereken hususlar, yetersiz sağlık okuryazarlığı açısından riskli gruplar, sağlık okuryazarlığı yetersizliğinin olumsuz sonuçları, sağlık okuryazarlığının birey ve toplum sağlığı üzerindeki olumlu etkileri konularında bilgi verildi. Sağlık okuryazarlığın iyileştirilmesi için yapılması gereken bireysel girişimler ve bu girişimler sırasında algılanacak engeller ve çözüm yolları konusunda farkındalık yaratıldı (Şekil 8). Sağlık okuryazarlığı eğitiminde duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel



algılarına yönelik ifadeler kullanılarak sağlık inançlarında olumlu bir değişim hedeflendi (Şekil 10).

2. Oturum Meme Kanserine Yönelik Erken Tanı ve Taramalar; bu oturumda da meme kanserinin epidemiyolojisi, risk faktörleri, belirtileri, birincil ve ikincil koruma yöntemleri hakkında bilgi verildi (Şekil 9). Eğitimde kadınların meme kanseri sağlık inançlarını değiştirmek ve erken tanı davranışlarını kazandırmak amacıyla sağlık inanç modelinin alt boyutlarını hedef alan ifadeler kullanıldı (Tuzcu 2013; Gözüm ve Çapık 2014) (Şekil 11).

Eğitim oturumlarında eğitimin etkililiği ve verimliliğini arttırmak üzere düz anlatım, soru cevap, vaka sunumu, demonstrasyon yöntemleri kullanıldı (Şekil 7). Ayrıca yüz yüze eğitimde eğitim materyali olarak barkovizyon, afiş ve broşür kullanıldı. Eğitim materyalleri, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (Sönmez 2010; Seçginli 2011; Koçak vd. 2011; Akyolcu ve Uğraş 2011; Baskan vd. 2012; Tözün ve Sözman 2014; Yıldırım ve Keser 2015; Taş ve Akış 2016; Yılmazel ve Çetinkaya 2016; Şencan ve Keskinlik 2017).

- **Barkovizyon Sunumu:** Barkovizyon Powerpoint sunumu olarak hazırlandı. Sunum için; sağlık okuryazarlığı 17 slayt, meme kanseri erken tanı ve tarama eğitimi 63 slayt olmak üzere toplam 80 slayt hazırlandı (Ek 5).
- **Afiş:** Sağlık okuryazarlığı (Ek 6), meme kanseri erken tanı davranışları (Ek 7), meme kanseri risk faktörleri (Ek 8) ve meme kanseri belirtilerine yönelik (Ek 9) afişler hazırlandı. Afişler, eğitimin yapıldığı seminer odasına katılımcıların incelemesi amacıyla asıldı. Kadınlar tarafından eğitim öncesi veya sonrası afişlerin incelenmesinde yardımcı olundu. İnceleme sırasında katılımcıların özel soruları cevaplandı. Afişler eğitim sonrasında ise deney grubunda yer alan kadınların iş yerlerinde kişisel odalarının duvarına asıldı. Bu afişlerin bulunduğu odalarda kontrol grubuna alınan çalışanlardan hiç kimse yer almadı.

- **Broşür:** Meme kanseri erken tanısına yönelik broşür (Ek 10) hazırlandı. Broşür içeriğinde meme kanseri erken tanı davranışlarının hangi yaş ve sıklıkta uygulanması gerektiğine, KKMM uygulama basamaklarına, KMM ve mamografi için başvurabilecekleri merkezlerin iletişim bilgilerine yer verildi. Broşür eğitim sonrası deney grubunda yer alan kadınlara dağıtıldı. Kontrol grubuna ise son test sonrası broşür dağıtıldı.

### 3.9.2. E-Posta Gönderimi

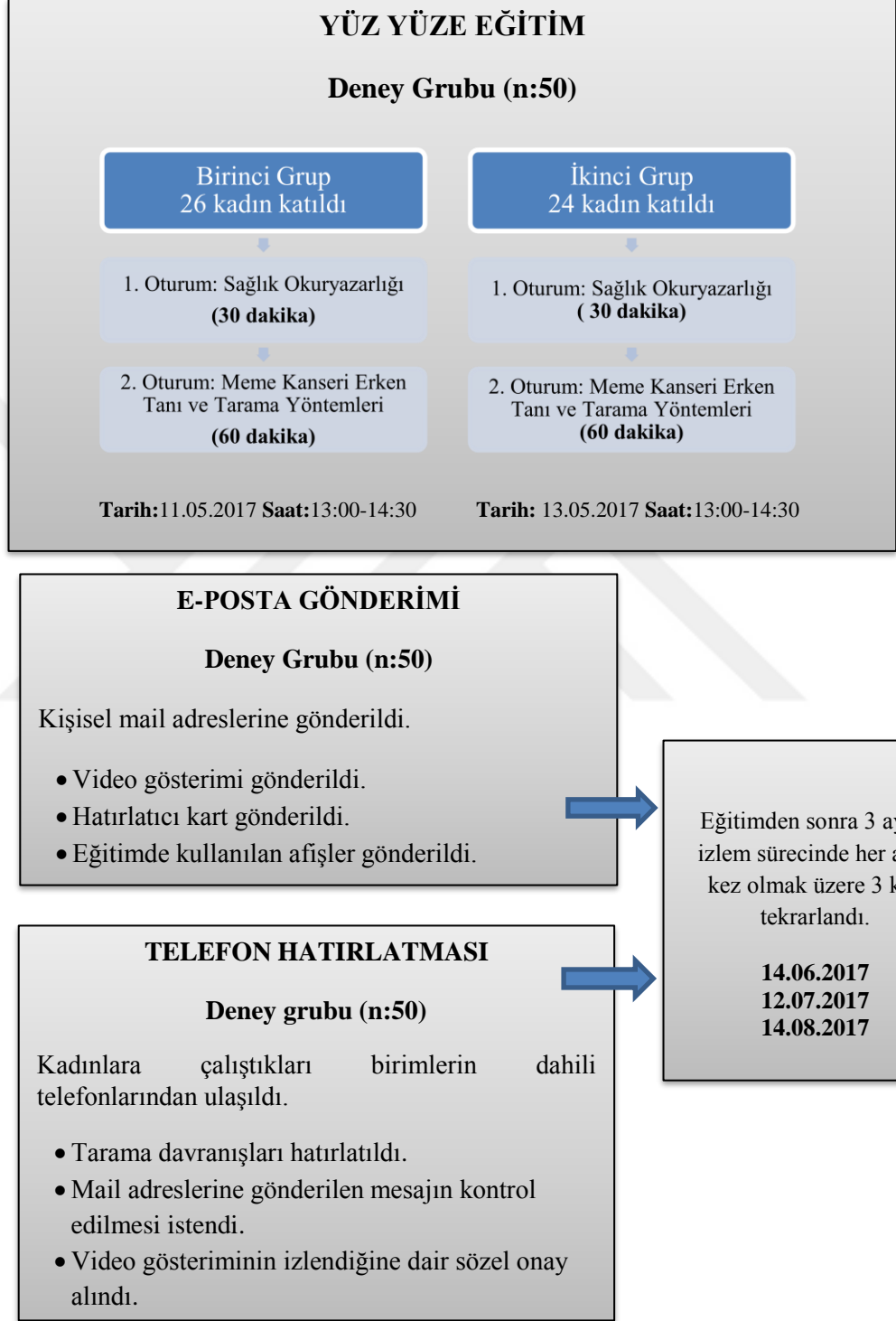
Eğitim sonrası deney grubunda yer alan kadınların mail adreslerine araştırmacı tarafından hazırlanan video, erken tanı davranışlarının uygulama zamanlarını hatırlatan kart ve afişler gönderildi. Üç aylık izlem sürecinde her ay bir kez olmak üzere üç kez e-posta gönderildi.

- **Video:** Araştırmacı tarafından hazırlan videoda, eğitimde verilen bilgiler ve ayrıntılı olarak KKMM uygulama adımları anlatıldı. Videonun süresi yaklaşık 5 dakikadır.
- **Hatırlatıcı Kart:** Meme kanseri erken tanı davranışlarına ilişkin uyarıcı mesajlar içermektedir (Ek 11).

### 3.9.3. Telefon Hatırlatması

Eğitim sonrasında deney grubunda yer alan kadınlara çalıştıkları birimin dahili telefonlarından ulaşıldı. Üç aylık izlem sürecinde kadınlara gönderilen her e-mailin arkasından, toplam üç kez telefon görüşmesi gerçekleştirildi. Kadınlara yaş aralıklarına uygun olan erken tanı davranışlarının sıklıkları hatırlatıldı. Ayrıca telefon görüşmelerinde mail adreslerine gönderilen mesajın içeriğinin okunması hatırlatıldı. Kadınlar tarafından video gösteriminin izlendiği onayı sözel olarak alındı.

## SAĞLIK İNANÇ MODELİ DOĞRULTUSUNDA YAPILAN EĞİTİM PROGRAMI



Şekil 5. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Yapılan Eğitim Programı

## EĞİTİM PLANI

<b>KONU:</b>	Sağlık Okuryazarlığı Meme Kanserinde Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri
<b>YIL-SÜRE:</b>	11.05.2017 13:00-14:30 13.05.2017 13:00-14:30
<b>YER:</b>	Karabük Üniversitesi Fen Bilimleri Konferans Salonu
<b>KATILIMCILAR:</b>	Karabük Üniversitesinde Çalışan Kadınlar
<b>EĞİTİMCİLER:</b>	Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Simge ERDAL
<b>AMAÇ:</b>	<p>Sağlık Okuryazarlığı: Kendi sağlığını iyileştirmek, geliştirmek ve sağlık sorumluluğunu almak için ihtiyacı olduğu tüm sağlık bilgisine doğru kanaldan ulaşır, sağlık bilgisini değerlendirir ve kullanır.</p> <p>Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri: Düzenli aralıklarla meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirerek kendi meme yapısını tanıyabilir ve meme dokusundaki değişimleri erken dönemde fark edebilir.</p>
<b>HEDEF:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sağlık okuryazarlığının önemini farkında olur</li><li>2. Sağlık bilgilerine doğru kaynaktan ulaşır ve kullanır,</li><li>3. Meme kanseri risk faktörlerinin farkında olur,</li><li>4. Meme kanseri belirti ve bulgularının farkında olur,</li><li>5. Meme kanseri erken tanı taramalarını bilir,</li><li>6. Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini düzenli uygular</li></ol>

Şekil 6. Eğitim Planı

## İÇERİK PLANI

HEDEFLER	İÇERİK	SUNAN	SÜRE	YÖNTEM/TEKNİK	ARAÇ/GEREÇ	DEĞERLENDİRME
<b>1. Sağlık okuryazarlığın öneminin farkında olur</b>	<b>GİRİŞ TANIŞMA</b> <b>1. Sağlık Okuryazarlığı</b> 1.1. Sağlık okuryazarlığının kavramsal yapısı 1.2. Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler 1.3. Kadınlarda sağlık okuryazarlığın önemi 1.4. Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığın olumsuz sonuçları	Simge ERDAL	1.Oturum 15 dk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Düz Anlatım</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barkovizyon</li> <li>Afiş</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soru- Cevap</li> </ul>
<b>2. Sağlık bilgilerine doğru kaynaktan ulaşır ve kullanır</b>	<b>2. Sağlık okuryazarlığını yükseltme girişimleri</b> 2.1. Doğru kaynaktan sağlık bilgisine ulaşma 2.2. Doktor ve hasta ilişkisinde aktif rol alma 2.3. Bilinçli ilaç kullanımı 2.4. Sağlıklı yaşam davranışları edinme 2.5. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma	Simge ERDAL	1.Oturum 15 dk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Düz Anlatım</li> <li>Soru-Cevap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barkovizyon</li> <li>Afiş</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soru-Cevap</li> <li>YSOYÖ</li> </ul>
<b>3. Meme kanseri risk faktörlerinin farkında olur</b>	<b>3. Meme Kanseri</b> 3.1. Meme anatomisi 3.2. Meme kanserinin patofizyolojisi 3.3. Meme kanseri insidansı 3.4. Meme kanseri risk faktörleri	Simge ERDAL	2.Oturum 15dk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Düz Anlatım</li> <li>Soru-Cevap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barkovizyon</li> <li>Broşür</li> <li>Afiş</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soru-Cevap</li> <li>SİMÖ</li> </ul>
<b>4. Meme kanseri belirtilerinin farkında olur</b>	<b>4. Meme kanseri belirtileri</b>	Simge ERDAL	2.Oturum 15dk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Düz Anlatım</li> <li>Vaka örnekler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barkovizyon</li> <li>Broşür</li> <li>Afiş</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soru-Cevap</li> <li>SİMÖ</li> </ul>
<b>5. Meme kanseri erken tanısını bilir</b>	<b>5. Meme Kanseri Erken Tanısı</b> 5.1. Kendi kendine meme muayenesi 5.2. Klinik meme muayenesi 5.3. Mamografi çekimi	Simge ERDAL	2.Oturum 20dk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Düz Anlatım</li> <li>Soru-Cevap</li> <li>Demonstrasyon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barkovizyon</li> <li>Broşür</li> <li>Afiş</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soru-Cevap</li> <li>Tarama İzlem Formu</li> <li>SİMÖ</li> </ul>
<b>6. Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini düzenli uygular</b>	<b>6. Erken Tanı ve Tarama Davranışı</b> 6.1. Erken tanı yöntemlerinin sıklık ve zamanları 6.2. Erken tanı ve tarama yapan başvuru merkezleri (Karabük'te)	Simge ERDAL	2.Oturum 10dk	<ul style="list-style-type: none"> <li>Düz Anlatım</li> <li>Soru-Cevap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barkovizyon</li> <li>Broşür</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soru-Cevap</li> <li>Tarama İzlem Formu</li> <li>SİMÖ</li> </ul>

Şekil 7. Eğitim İçerik Planı

---

**OTURUM SORULARI:**

1. Sağlık Okuryazarlığı nedir?
2. Sağlık Okuryazarlığının boyutları nelerdir?
3. Sağlık Okuryazarlığını etkileyen faktörler nelerdir?
4. Sağlık Okuryazarlığı niçin önemli?
5. Sağlık Okuryazarlığı yetersizliğinin sonuçları nelerdir?
6. Sağlık Okuryazarlık seviyesi nasıl yükseltilmeli?

---

**OTURUMUN HEDEFLERİ:**

1. Sağlık okuryazarlığının önemini farkında olur
2. Sağlık bilgilerine doğru kaynaktan ulaşır ve kullanır

---

**İÇERİK:**

1. Sağlık Okuryazarlığının kavramsal yapısı
2. Sağlık Okuryazarlığını etkileyen faktörler
3. Kadınlarda sağlık okuryazarlığın önemi
4. Düşük düzeyde sağlık okuryazarlığın olumsuz sonuçları
5. Doğru kaynaktan sağlık bilgisine ulaşma
6. Doktor ve hasta ilişkisinde aktif rol alma
7. Bilinçli ilaç kullanımı
8. Sağlıklı yaşam davranışları edinme
9. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma

---

**ÖĞRENİM YÖNTEM VE ARAÇLARI:**

1. Düz Anlatım
2. Soru-Cevap
3. Barkovizyon
4. Afiş

---

**DEĞERLENDİRME YÖNTEM VE ARAÇLARI:**

1. Soru-Cevap
2. Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeği

**Şekil 8. Sağlık Okuryazarlığı Oturum Planı**

**OTURUM SORULARI:**

1. Memenin anatomik ve doku yapısı nasıldır?
2. Meme kanseri nedir?
3. Dünyada ve Türkiye’de meme kanserinin görünme oranı nedir?
4. Meme kanseri risk faktörleri nelerdir?
5. Meme kanseri belirtileri nelerdir?
6. Meme kanserinden korunmak için neler yapılmalı?
7. Meme kanserinde erken tanı taramaları nelerdir?
8. Meme kanseri erken tanı davranışlarının yaptırma sıklığı nedir?
9. Kendi kendine meme muayenesinin aşamaları nelerdir?
10. Karabük’te hangi kuruluşlarda meme kanseri erken tarama programları yapılmaktadır?

**OTURUMUN HEDEFLERİ:**

1. Meme kanseri risk faktörlerinin farkında olur
2. Meme kanseri belirti ve bulgularının farkında olur
3. Meme kanseri erken tanı taramalarını bilir
4. Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini düzenli uygular

**İÇERİK:**

1. Meme anatomisi
2. Meme kanserinin patofizyolojisi
3. Meme kanseri insidansı
4. Meme kanseri risk faktörleri
5. Meme kanseri belirtileri
6. Meme kanseri erken tanısı
7. Kendi kendine meme muayenesi
8. Klinik meme muayenesi
9. Mamografi çekimi
10. Erken tanı ve tarama davranışı
11. Erken tanı yöntemlerinin sıklık ve zamanları
12. Erken tanı ve tarama yapan başvuru merkezleri

**ÖĞRENİM YÖNTEM VE ARAÇLARI:**

1. Düz Anlatım
2. Vaka örnekler
3. Soru-Cevap
4. Demonstrasyon
5. Barkovizyon
6. Broşür
7. Afiş

**Şekil 9. Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri Oturum Planı**

<p style="text-align: center;"><b><u>Duyarlılık Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık inanç ve davranışlarımızı etkileyen temel belirleyicilerdendir.</li> <li>• Kadın olmak yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi için önemli risk faktörüdür.</li> <li>• Çocuklar ve yaşlılar daha düşük sağlık okuryazarlık düzeyine, yetişkinler ise daha yüksek okuryazarlık düzeyine sahip olabilir.</li> <li>• Genel eğitim seviyesi, sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenlerin en önemlisidir.</li> <li>• Yaşam boyu öğrenme politikası, sağlık okuryazarlığınızı yükseltmek için önemlidir.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Ciddiyet Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kendi ve aile üyelerinizin sağlığı için gerekli bilgileri edinmede ve kullanmada sağlık okuryazarlık düzeyinizi yükseltmeniz gerekmektedir.</li> <li>• İhtiyacınız olan olumlu sağlık davranışlarını edinmenizde ve kronik hastalıklardan korunmanızda sağlık okuryazarlığı önemli bir araçtır.</li> <li>• Sağlık okuryazarlığı, hastalıkların erken dönemde tespitinde ve tedavi sürecinin daha olumlu ilerlemesinde yardımcı olur.</li> <li>• Sağlık okuryazarlığı, sağlık hizmetlerini yeterli düzeyde ve kolaylıkla kullanımınıza yardımcı olur.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Engel Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık personellerinden her zaman danışmanlık ve sağlık eğitimi talep edebilirsiniz.</li> <li>• Sağlık eğitim programlarında kullanılan tıbbi terimler sizin anlayacağınız düzeyde sunulmaktadır.</li> <li>• Sağlık bilgilerinizi güvenilir kitle iletişim araçlarından edinebilirsiniz.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>Sağlık Motivasyonu Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Koruyucu sağlık davranışları edinmede, sağlık okuryazarlık düzeyi önemlidir.</li> <li>• Yeterli sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlığı geliştirme ve hastalık önlemeye yönelik kararlarda aktif rol almayı sağlayacaktır.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Öz- Etkililiği Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık okuryazarlığınızı yükselterek hastalıkları erken dönemde tespit edeceksiniz.</li> <li>• Sağlık okuryazarlığınızı yükselterek sağlığınız ile bilgileri doğru kaynaklardan öğreneceksiniz.</li> <li>• Sağlık okuryazarlığınızı yükselterek, ailenize ve yakın çevrenize iyi bir sağlık danışmanı olabilirsiniz.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Yarar Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sağlık okuryazarlığı, sağlık sunucuları ile doğru iletişimi kurmanızda yardımcı olur.</li> <li>• Sağlık okuryazarlığı, sağlık maliyetlerinizde azaltmanıza yardımcı olur.</li> <li>• Sağlık okuryazarlığı, sağlığınız ile ilgili kararlarda aktif rol almanızı sağlar.</li> <li>• Sağlık okuryazarlığı, sağlığınız ile ilgili bilgilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini sınamanızda yardımcı olur.</li> <li>• Koruyucu sağlık davranışları kazanmanızı ve koruyucu sağlık hizmetlerinden daha çok yararlanmanızı sağlar.</li> </ul>

Şekil 10. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Sağlık Okuryazarlığa Yönelik Kullanılan İfadeler



<p style="text-align: center;"><b><u>Duyarlılık Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meme kanseri kadınlar arasında en sık görülen kanser türüdür.</li> <li>• Kadın olmak meme kanseri için önemli bir risk faktörüdür.</li> <li>• Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayanlarda dâhil bütün kadınlar risklidir.</li> <li>• Yaşlı kadınların meme kanserine yakalanma riskleri daha yüksektir, ancak genç kadınlarda da meme kanseri olabilir.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Ciddiyet Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kendinize verdiğiniz önem sevdiğinizlere önemi gösterir.</li> <li>• Meme kadınlığının en önemli sembolü olarak algılanmaktadır.</li> <li>• KKMM yaparak, KMM yaptırarak, mamografi çektilererek memede gelişebilecek hastalıkları erken aşamada teşhis edebilirsiniz.</li> <li>• Korku sadece tedaviyi geciktirir. Tedaviye hiçbir katkı sağlamaz.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Engel Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erken tanı hizmetleri, meme cerrahi uzmanı olan tüm devlet hastanelerinde ve KETEM’de ücretsiz verilmektedir.</li> <li>• KKMM yapmak zaman alıcı görünse de her ay kendi sağlığınız için evinizde sadece 10-15 dk zaman ayırmanız yeterli olacaktır.</li> <li>• Mamografinin ürettiği radyasyon miktarı çok düşüktür ve ciddi bir sağlık riski oluşturmaz.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b><u>Sağlık Motivasyonu Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KKMM, KMM ve mamografi çektilerme sağlığınızı kontrol etmek ve sürdürmek için önemli bir adımdır.</li> <li>• KKMM, KMM, mamografi çektilerme başka insanlar için iyi bir örnek oluşturabilir.</li> <li>• Memenizdeki değişimleri zamanında tespit etmek istiyorsanız mutlaka KKMM, KMM, mamografi çektilermeniz gerekmektedir.</li> <li>• KKMM memenizi daha iyi tanıyacak ve olabilecek değişiklikleri daha iyi fark edebileceksiniz.</li> <li>• Memedeki hastalıkların büyük çoğunluğu kadınların kendileri tarafından tespit edilmektedir.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Öz- Etkililiği Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• KKMM eğitiminin sonunda memenizdeki değişiklikleri fark edebilecek duruma geleceksiniz.</li> <li>• Her ay KKMM yapmanız memenizdeki değişiklikleri tespit etme yeteneğinizi arttıracaktır.</li> <li>• Ayrıca KMM yaptırdıktan ve mamografi çektilerdikten sonra aslında endişe duymaya gerek olmadığını göreceksiniz ve bir kişinin hatırlatmasına gerek kalmadan kendiniz düzenli yapacaksınız.</li> <li>• Bunun için sizler bir sağlık kuruluşuna gidebilir ve bu testleri yaptırabilirsiniz.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Yarar Algısı</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meme kanseri erken tanıldığında tedavi şansı yüksektir.</li> <li>• Hastalık ilerlediğinde tanının koyulması tedavi şansını azaltır, ölüm riskini artırır ve hayatta kalma şansı azalır.</li> <li>• Özellikle mamografi, aynı zamanda KMM ve KKMM erken tanıya yardımcı olur.</li> <li>• Mamografi en küçük kitleyi bulmanın en iyi yoldur. Kanser hissedilinceye kadar büyümesini beklemek yerine erken teşhis edilirse iyileşmeniz daha hızlı olur.</li> <li>• KKMM maliyetsizdir, zamanınızı almaz, uygulaması kolaydır, acı vermez.</li> </ul>

Şekil 11. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Meme Kanseri Erken Tanı Davranışları Yönelik Kullanılan İfadeler (Tuzcu 2013; Gözüm ve Çapık 2014)

### 3.10. Verilerin Analiz Biçimi

Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Araştırmada SİM ölçeğinin ve YSOY ölçeğinin analizinde kullanılacak testlere karar vermeden önce ölçeklerin normal dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Çalışma verilerin dağılımının normal olduğuna karar verilebilmesi amacıyla Kolmogorov- Smirnov veya Shapiro-Wilks test sonuçları değerlendirmektedir. Örneklem sayısı 30 ve üzeri olan çalışmalarda Kolmogorov- Smirnov test sonuçları dikkate alınmakta olup p değeri (sig.) anlamsız olması (0,05'den büyük olması) gerekmektedir (Demir vd. 2016).

Ön araştırma verilerinde, deney ve kontrol gurubunun ön test ve son test verilerinde normal dağılım göstergelerinden sonra uygun analiz teknikleri kullanıldı. Çalışma verilerin Kolmogorov-Smirnov testine göre normal dağılım bilgileri Tablo 7'de yer almaktadır.

**Tablo 7. SİMÖ Alt Boyutları ve YSOYÖ Normal Dağılım Bilgileri**

Ölçekler	Deney Grubu (n:50)		Kontrol Grubu (n:50)	
	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası
Duyarlılık Boyutu	p: 0,000	p: 0,000	p: 0,012	p: 0,001
Ciddiyet Boyutu	p:0,037	p: 0,018	<b>p:0,200*</b>	<b>p:0,200*</b>
Sağlık Motivasyonu Boyutu	p: 0,009	p: 0,002	p: 0,007	p: 0,000
KKMM Yararları Boyutu	p: 0,000	p: 0,001	p: 0,001	p: 0,031
KKMM Engelleri Boyutu	p: 0,034	<b>p: 0,065*</b>	<b>p: 0,200*</b>	<b>p: 0,059*</b>
KKMM Öz-Etkililiği Boyutu	<b>p: 0,058*</b>	p: 0,006	p: 0,020	<b>p: 0,200*</b>
Mamografi Yararları Boyutu	p: 0,029	p: 0,009	p: 0,005	p: 0,005
Mamografi Engelleri Boyutu	p: 0,014	<b>p:0,173*</b>	p: 0,042	p: 0,036
YSOYÖ	p: 0,000	p: 0,001	p: 0,018	<b>p: 0,137*</b>

\*p>0,05 dağılımı normal görülen gruplar

Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra normal dağılım gösteren nicel veri analizlerinde bağımlı ve bağımsız gruplar karşılaştırmasında iki eş arasındaki farkın önemlilik testi, normal dağılım göstermeyen bağımlı iki grupların karşılaştırmasında Wilcoxon Signed Ranks testi, bağımsız iki

gruplarda ise Mann- Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırmanın nitel verilerinin karşılaştırmasında ise Ki-Kare ve Fisher Kesin Ki Kare analizleri kullanıldı. Korelasyon analizinde de normal dağılım göstermeyen verilerde, Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Çalışmanın sonuçları %95'lik güven aralığında, anlamlılık düzeyleri ise  $p<0,05$  ve  $p<0,01$  düzeylerinde değerlendirildi.

**Meme Kanseri Risk Düzeyinin Hesaplanması:** Kişisel Bilgi Formu ile toplanan veriler internet adresinde [halls.md/berast/risk.htm/](http://halls.md/berast/risk.htm/) Erişim Tarihi: 12.03.2017 yer alan motor programına girilerek NSABP model 2 puanları hesaplanmıştır. Çalışmada, Gail modeli beş yıllık ve yaşam boyu risk puanları kullanılmıştır. Gail modeli beş yıllık risk düzeyini %1,67 kesim noktası kabul edilmiş, altında yer alanlar düşük, üstünde yer alanlar yüksek riskli olarak kabul edilmiştir (Açıkgöz ve Ergör 2013). Yaşam boyu risk düzeyi ise %15'ten düşükse normal düzey risk, %15-30 arasında orta düzey risk ve %30'dan yüksekse yüksek risk düzeyi olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 8) (Yılmaz et al. 2011; Ewaid ve El-Azzawi 2017).

**Tablo 8. Gail Modeli Beş Yıllık ve Yaşama Boyu Risk Düzeylerinin Sınıflandırılması**

Gail Modeli Puanı	Beş Yıllık Risk	Yaşam Boyu Risk
%1,67<	Düşük Risk	-
%1,67≥	Yüksek Risk	-
%15<	-	Normal Risk
%15-%30	-	Orta Risk
%30>	-	Yüksek Risk

### 3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 2016/12-4 sayılı ve 12.10.2016 tarihli etik kurul kararı (Ek 12) ve Karabük Üniversitesinden 348738 sayılı ve 07.11.2016 tarihli olur ile kurum izin alınmıştır (Ek 13). YSOYÖ, kullanım izini Ayşe SEZER'den mail yolu ile

alınmıştır (Ek 14). Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınlara araştırmaya ilişkin bilgi verilerek sözlü onam alınmıştır. Çalışma sonrasında kontrol grubuna meme kanseri erken tanı ve tarama davranışlarına ilişkin broşür verilmiş ve eēitim gerçekleştirilmiştir.

### **3.12. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler**

- Araştırma sadece Karabük niversitesinde yer alan kadınlarda üzerinde yapılmıştır.
- Araştırma Ocak-Eylül 2017 tarihleriyle sınırlıdır.
- Araştırmanın sonuçları SİM, YSOY ve araştırmacı tarafından hazırlanan veri formu ile sınırlıdır.
- Gail modeli, 1. derece dışındaki anne ve baba tarafına ait kanser öyküsünü veya baba tarafındaki kanser yks, BRCA1 ve BRCA2 genlerini ve toraks bölgesine radyoterapi uygulaması gibi durumları risk hesaplarken dikkate almadıēı için sınırlılıkları mevcuttur.
- Deney ve kontrol grubunda ön test ve son test verilerinin toplama aşamasında kadınlarda iş yoēunluēundan dolayı yüz yüze görüşmeleri birden fazla tekrarlamak güçlük yaratmıştır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın deney ve kontrol grubuna ait eğitim öncesi ve sonrası meme kanseri sağlık inanç algılarına, sağlık okuryazarlığına, erken tanı davranışlarına ilişkin bilgiler iki kısımda verilmiştir.

- Deney ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Karşılaştırma Bulguları
- Deney Grubunda Eğitim Sonrası Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarıyla YSOYÖ ve SİMÖ Alt Boyutlarına Yönelik Karşılaştırma Bulguları

#### 4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Karşılaştırma Bulguları

Bu bölümde, deney ve kontrol grubunun gruplar arası ve grup içi, SİMÖ alt boyutları, YSOYÖ ve meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik eğitim öncesi ve eğitim sonrası verilerinin karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

**Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunda Eğitim Öncesi ve Sonrası SİMÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Alt Boyutlar	Grup	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		İstatistik Değerler		
		X±SD		X±SD		**Z	***t	p
Duyarlılık	Deney	8,02±2,28		9,18±1,18		-3,215	-	<b>0,001*****</b>
	Kontrol	7,98±2,22		7,70±1,97		-1,058		0,290
		*Z:-0,524	p:0,600	*Z:-4,560	p:0,000*****			
Ciddiyet	Deney	20,20±2,68		21,66±3,26		-2,127	-	<b>0,033*****</b>
	Kontrol	19,34±3,98		19,72±4,26		-	-0,551	0,584
		*Z:-1,379	p:0,168	*Z:-2,004	p:0,045*****			
Sağlık Motivasyonu	Deney	20,94±3,27		21,22±2,92		-0,358	-	0,720
	Kontrol	20,86±3,44		20,58±3,00		-0,796	-	0,426
		*Z:-0,114	p:0,909	*Z:-0,919	p:0,358			
KKMM Yararları	Deney	15,72±2,26		16,42±2,25		-2,175	-	<b>0,030*****</b>
	Kontrol	15,66±2,60		15,02±2,29		-1,275	-	0,202
		*Z:-0,021	p:0,983	*Z:-2,535	p:0,011*****			
KKMM Engelleri	Deney	19,02±4,46		16,96±4,69		-2,810	-	<b>0,005*****</b>
	Kontrol	20,40±4,07		19,17±4,72		-	2,047	<b>0,046*****</b>
		*Z:-1,846	p:0,065	***t:-2,185	p:0,031*****			
KKMM Öz-Etkinliği	Deney	31,44±6,02		37,64±5,02		-4,603	-	<b>0,000*****</b>
	Kontrol	30,24±5,56		31,00±6,65		-0,795	-	0,427
		*Z:-1,020	p:0,308	*Z:-5,223	p:0,000*****			
Mamografi Yararları	Deney	18,20±2,72		18,38±2,84		-0,344	-	0,731
	Kontrol	19,06±2,12		18,32±3,15		-1,346	-	0,178
		*Z:-1,794	p:0,073	*Z:-0,216	p:0,829			
Mamografi Engelleri	Deney	28,59±5,75		24,64±5,34		-3,419	-	<b>0,001*****</b>
	Kontrol	27,60±6,81		27,46±6,81		-1,852	-	0,852
		*Z:-0,764	p:0,445	*Z:-2,335	p:0,020*****			

\*Normal dağılım olmayan bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

\*\*Normal dağılım olmayan bağımlı iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Wilcoxon Signed Ranks Test kullanılmıştır.

\*\*\*Normal dağılım olan bağımlı iki grubun ortalamalarını karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır.

\*\*\*\* Normal dağılım olan bağımsız iki grubun ortalamalarını karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır.

\*\*\*\*\*P<0,05

Deney ve kontrol gruplarının **eğitim öncesi** duyarlılık algısı ( $p=0,600$ ), ciddiyeť algısı ( $p=0,168$ ), sağlık motivasyonu algısı ( $p=0,909$ ), KKMM yarar algısı ( $p=0,983$ ), KKMM engel algısı ( $p=0,065$ ), KKMM öz-etkililiği ( $p=0,308$ ), mamografi yarar algısı ( $p=0,073$ ), mamografi engel algısı ( $p=0,445$ ) puan ortalaması karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

Deney ve kontrol gruplarının **eğitim sonrası** duyarlılık algısı ( $p=0,000$ ), ciddiyeť algısı ( $p=0,045$ ), KKMM yarar algısı ( $p=0,011$ ), KKMM engel algısı ( $p=0,031$ ), KKMM öz-etkililiği algısı ( $p=0,000$ ), mamografi engel algısı ( $p=0,020$ ) puan ortalaması karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ). Ayrıca deney ve kontrol gruplarının **eğitim sonrası** sağlık motivasyonu algısı ( $p=0,358$ ) ve mamografi yarar algısı ( $p=0,829$ ) puan ortalaması karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Deney grubu** kendi içinde karşılaştırıldığında duyarlılık algısı ( $p=0,001$ ), ciddiyeť algısı ( $p=0,033$ ), KKMM yarar algısı ( $p=0,030$ ), KKMM engel algısı ( $p=0,005$ ), KKMM öz-etkililiği algısı ( $p=0,000$ ), mamografi engel algısı ( $p=0,001$ ) eğitim öncesi puan ortalaması ile eğitim sonrası puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0,01$ ;  $p<0,05$ ). Ayrıca **deney grubunda** sağlık motivasyonu algısı ( $p=0,720$ ) ve mamografi yarar algısı ( $p=0,731$ ) eğitim öncesi puan ortalaması ile eğitim sonrası puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Kontrol grubu** kendi içinde karşılaştırıldığında ise duyarlılık algısı ( $p=0,290$ ), ciddiyeť algısı ( $p=0,584$ ), sağlık motivasyonu algısı ( $p=0,426$ ), KKMM yarar algısı ( $p=0,202$ ), KKMM öz-etkililiği algısı ( $p=0,427$ ), mamografi yarar algısı ( $p=0,178$ ) ve mamografi engel algısı ( $p=0,852$ ) eğitim öncesi puan ortalaması ile eğitim sonrası puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Ayrıca **kontrol grubunda** KKMM engel algısı ( $p=0,046$ ) eğitim öncesi puan ortalaması ile eğitim sonrası puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubunda Eğitim Öncesi ve Sonrası YSOYÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Grup Tipi	YSOYÖ		İstatistik Değerler	
	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası	Z**	p
	<b>X±SD</b>	<b>X±SD</b>		
<b>Deney</b>	14,74±2,68	16,48±2,80	-4,027	<b>0,000***</b>
<b>Kontrol</b>	14,10±2,14	14,36±2,36	-0,908	0,364
	<b>Z*:-1,865 p: 0,062</b>		<b>Z*:-4,209 p:0,000***</b>	

\*Normal dağılım olmayan bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

\*\*Normal dağılım olmayan bağımlı iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Wilcoxon Signed Ranks Test kullanılmıştır.

\*\*\*p<0,01

Deney ve kontrol gruplarının **eğitim öncesi** YSOYÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (**p=0,062, p>0,05**). Deney ve kontrol gruplarının **eğitim sonrası** YSOYÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (**p=0,000, p<0,01**) (Tablo 10).

**Deney grubu** kendi içinde **eğitim sonrası** YSOYÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (**p=0,000, p<0,01**). **Kontrol grubu** kendi içinde **eğitim sonrası** YSOYÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (**p=0,364, p>0,05**) (Tablo 10).

**Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubunda Eğitim Sonrası KKMM Yapma Durumunun Karşılaştırılması**

Grup Tipi	KKMM Yapma				Toplam		İstatistik Değerler	
	Düzenli Yapan		Düzenli Yapmayan		n	%	$\chi^2$	p*
<b>Deney</b>	33	66,0	17	34,0	50	100	39,560	<b>0,000</b>
<b>Kontrol</b>	2	4,0	48	96,0	50	100		

$\chi^2$  :Ki-Kare Analizi Yates düzeltmesi yapılmıştır. \*p<0,000



Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası 3. ayda KKMM yapma durumları incelendiğinde; deney grubunda düzenli KKMM yapan kişi oranı %66,0 iken düzenli yapmayan kadın oranı %34,0 olarak saptandı. Kontrol grubunda ise eğitim sonrası 3. ayda düzenli KKMM yapan kişi oranı %4,0 iken düzenli yapmayan kişi oranı %96,0 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubu eğitim sonrası 3. ay KKMM yapma oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,000$ ,  $p<0,01$ ) (Tablo 11).

**Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubunda Eğitim Sonrası KMM Yaptırma Durumunun Karşılaştırılması**

Grup Tipi	KMM Yaptırma						İstatistik Değerler	
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		$\chi^2$	p*
	n	%	n	%	n	%		
Deney	28	56,0	22	44,0	50	100	29,762	0,000
Kontrol	2	4,0	48	96,0	50	100		

$\chi^2$  :Ki-Kare Analizi yates düzeltmesi yapılmıştır. \*P<0,01

Deney ve kontrol gruplarının eğitim sonrası 3. ayda KMM yaptırma durumları incelendiğinde; deney grubunda KMM yaptıran kişi oranı %56,0 iken kontrol grubunda 3. ayda KMM yaptıran kişi oranı %4,0 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubunda eğitim sonrası 3. ayda KMM yaptırma oranları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,000$ ,  $p<0,01$ ) (Tablo 12)

**Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubunda 40 Yaş Üstü Kadınların Eğitim Sonrası Mamografi Çektirme Durumunun Karşılaştırılması**

Grup Tipi	Mamografi Çektirme						İstatistik Değerler	
	Çektiren		Çektirmeyen		Toplam		$\chi^2$	p*
	n	%	n	%	n	%		
Deney	6	66,7	3	33,3	9**	100	-	0,025
Kontrol	1	11,1	8	88,9	9**	100		

Fisher's Exact Test

\*p<0,05

\*\*40-59 yaş aralığı kadın sayısı

Deney ve kontrol grubunda yer alan 40 yaş üstü kadınlarda eğitim sonrası 3. ayda mamografi çektirme durumları incelendiğinde; deney grubunda eğitim sonrası 3. ayda mamografi çektiren kadınların oranı %66,7 iken kontrol grubunda mamografi çektiren

kadın oranı %11,1 olarak saptandı. Deney ve kontrol grubunda eğitim sonrası 3. ayda mamografi çekirme oranları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,025$ ,  $p<0,05$ ) (Tablo 13).

#### 4.2. Deney Grubunda Eğitim Sonrası Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarıyla YSOYÖ ve SİMÖ Alt Boyutlarına Yönelik Karşılaştırma Bulguları

Bu bölümde eğitim sonrası erken tanı davranışlarıyla sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve Sağlık İnanç Modelinin alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik bilgiler verilmiştir. Ayrıca deney grubunun eğitim öncesi erken tanı davranışlarına yönelik engelleri hakkında bilgilerde verilmiştir.

**Tablo 14-A. Deney Grubunda Eğitim Sonrası Sağlık Okuryazarlığının ve SİMÖ Alt Boyutları Erken Tanı Davranışlarına Etkisi (n:50)**

Değişkenler	YSOYÖ X ±SD	Ciddiyet X ±SD	Duyarlılık X ±SD	Sağlık Motivasyonu X ±SD
<b>KKMM</b>				
<b>Yapan</b>	17,18±2,29	22,00±3,29	9,23±1,34	21,69±2,18
<b>Yapmayan</b>	15,11±3,25	21,73±3,28	9,00±1,12	20,29±3,90
	Z:-2,304 <b>p:0,021**</b>	Z:-0,474 p:0,636	Z:-0,046 p:0,963	Z:-1,244 p:0,213
<b>KMM</b>				
<b>Yaptıran</b>	17,35±2,04	21,82±3,22	9,18±1,21	21,85±2,23
<b>Yaptırmayan</b>	15,36±3,27	21,00±3,39	9,01±1,18	20,40±3,50
	Z:-2,199 <b>p:0,028**</b>	Z:-0,374 p: 0,709	Z:-0,098 p:0,922	Z:-1,527 p:0,127
<b>*Mamografi</b>				
<b>Çektiren</b>	17,09±2,63	22,00±4,41	9,00±2,00	20,33±1,36
<b>Çektirmeyen</b>	16,33±4,04	20,00±2,82	8,40±1,32	19,00±1,00
	Z:-0,045 p:0,993	Z:-0,389 p:0,697	Z:-0,136 p:0,892	Z:-1,563 p:0,118

\*Normal dağılım olmayan bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

\*40 yaş üstü kadınlar için geçerlidir.

\*\*P<0,05

**Tablo 14-B. Deney Grubunda Eğitim Sonrası Sağlık Okuryazarlığının ve SİMÖ Alt Boyutları Erken Tanı Davranışlarına Etkisi (n:50)**

Değişkenler	KKMM Yarar X ±SD	KKMM Engel X ±SD	KKMM Öz Etkililiği X ±SD	Mamografi Yarar X ±SD	Mamografi Engel X ±SD
<b>KKMM</b>					
<b>Yapan</b>	16,81±2,14	15,24±3,50	38,36±4,78	-	-
<b>Yapmayan</b>	15,64±2,23	20,29±5,09	36,23±5,33		
	Z:-2,430 <b>p:0,015**</b>	t:-4,156 <b>p:0,000**</b>	Z:-1,696 p:0,090		
<b>KMM</b>					
<b>Yaptıran</b>	16,82±2,29	14,92±3,36	38,38±5,77	18,46±3,02	23,07±5,36
<b>Yaptırmayan</b>	15,90±2,13	19,54±4,66	37,28±4,88	18,27±2,67	26,63±4,70
	Z:-1,951 p:0,051	t:-3,922 <b>p:0,000**</b>	Z:-0,716 p:0,474	Z: -0,385 p:0,700	t:-2,459 <b>p:0,018**</b>
<b>*Mamografi</b>					
<b>Çektiren</b>	-	-	-	19,10±1,67	24,66±4,52
<b>Çektirmeyen</b>				15,66±5,85	25,50±6,55
				Z:-0,659 p:0,510	Z:-0,132 p:0,895

\*Normal dağılım olmayan bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Normal dağılım olan bağımsız iki grubun ortalamasını karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır.

\*40 yaş üstü kadınlar için geçerlidir.

\*\*P<0,05

Deney grubunda eğitim sonrasında KKMM **yapan kadınların** KKMM yapmayan kadınlara göre duyarlılık (p=0,963), ciddiyet (p=0,636), sağlık motivasyon (p=0,213), KKMM öz etkililiği algı (p=0,090) puan ortalamaları **daha yüksek** saptandı. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05) (Tablo 14).

Deney grubunda eğitim sonrası KKMM **yapan kadınlarda** KKMM yapmayan kadınlara göre YSOYÖ puan ortalaması (p=0,021), KKMM yarar algısı (p=0,015) puan ortalaması **daha yüksek** iken KKMM engel algı (p=0,000) puan ortalaması **daha düşük** saptandı ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 14).

Deney grubunda yer alan kadınların eğitim sonrasında KMM **yaptıran kadınların** KMM yaptırmayan kadınlara göre duyarlılık (p=0,922), ciddiyet

(p=0,709), sağlık motivasyon (p=0,122), KKMM yarar (p=0,051), KKMM öz etkililiği (p=0,474) ve mamografi yarar algı (p=0,700) puan ortalamaları **daha yüksek** saptandı. Ancak aralarındaki fark istatikselsel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05). Ayrıca eğitim sonrası KMM yaptıran kadınlarda KMM yaptırmayan kadınlara göre YSOYÖ puan ortalaması (p=0,028) **daha yüksek**, KKMM engel algısı (p=0,000) ve mamografi engel algısı (p=0,018) puan ortalaması **daha düşük** saptandı ve aralarındaki fark istatikselsel olarak anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 14).

Deney grubunda eğitim sonrasında mamografi çektiiren kadınların **mamografi çektiirmeyen** kadınlara göre duyarlılık (p=0,892), ciddiyyet (p=0,697), sağlık motivasyon (p=0,118), mamografi yarar (p=0,510) algı puan ortalamaları ve YSOYÖ (p=0,993) puan ortalaması **daha yüksek** ve mamografi engel (p=0,895) algı puan ortalaması **daha düşük** saptandı. Ancak aralarındaki fark istatikselsel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05) (Tablo 14).

**Tablo 15. Deney Grubunda Eğitim Öncesi Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Yönelik Engellerine İlişkin Bilgiler (n:50)**

Erken Tanı/Tarama Davranışlarına Yönelik Bilgiler	n	%
<b>KKMM Yapma Engelleri</b>		
• İhmal Etme /Unutma	39	75,0
• şikâyeti Olmaması	29	55,8
• Nasıl Yapması Gerektiğini Bilmeme	17	32,7
• Önemsememe	16	30,0
• Etkili Yaptığını Düşünmeme	15	28,8
• Kitle Bulma Korkusu	9	17,3
<b>KMM veya Mamografi Yaptırma Engelleri</b>		
• İhmal Etme/Unutma	38	73,1
• İş Koşullarından Dolayı Fırsat Bulamama	18	34,6
• Yaptırması Gerektiğini Bilmeme	17	32,7
• Çektirmekten Korkma	10	19,2
• Utanıyor Olma	10	19,2
• Meme Kanserinden Korkma	7	13,5
• Kadın Doktor Olmaması	6	11,5
• Nereye Başvuracağını Bilmeme	2	3,8

\*Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlanmıştır.

Deney grubunda yer alan kadınların KKMM yapma engelleri incelendiğinde; kadınlarda en fazla görülen engelin %75,0 ile ihmal etme veya unutma olduğu görülmektedir. Ayrıca kadınların %55,8'i şikayetinin olmaması, %32,7'si nasıl yapacağını bilmemesi, %30,0'u önemsememesi, %17,3'ü kitle bulma korkusu ve %28,8'i de etkili yaptığını düşünmeme nedeniyle KKMM yapmadığını belirtmiştir (Tablo 15).

Deney grubunda yer alan kadınların KMM veya mamografi engelleri incelendiğinde ise; kadınların %73,1'nin ihmal etme veya unutma nedeni ile KMM yaptırmadığı veya mamografi yaptırmadığı görülmektedir. Aynı zamanda kadınların %34,6'sı iş koşullarından dolayı, %32,7'si bilgi eksikliği olduğu için, %19,2'si korku ve utanma, %13,5'i meme kanseri korkusu, %11,5'i de kadın doktorun olmaması nedeniyle KMM yaptırmadığı veya mamografi yaptırmadığını belirtmiştir (Tablo 15).

## 5. TARTIŞMA

Ülkemizde, kadınlar üzerinde eğitim müdahalelerinin meme kanseri sağlık inançlarına ve erken tanı davranışlarına etkisini çeşitli örneklemeler üzerinde araştıran birden fazla yarı deneysel çalışma vardır (Avcı vd. 2007; Seçginli 2007; Mermer 2010; Aydoğdu 2011; Ersin 2012; Tuzcu 2013; Olgun 2015; Kartal vd. 2017; Yılmaz et al. 2017). Kadınlarda sağlık okuryazarlığı ile meme kanseri erken tanı davranışlarının ilişkisini araştıran bir tanımlayıcı çalışmaya rastlanmıştır (Çopurlar 2016). Bu çalışmada da çalışan kadınlar hedef alınarak, Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılan eğitiminin ve sağlık okuryazarlığın erken tanı davranışlarına olan etkisi incelenmiştir.

### **Deney ve Kontrol Grubunda Eğitim Öncesi ve Sonrası SİMÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Sağlık İnanç Modeli koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerini açıklayan ve en sık kullanılan kavramsal çerçevedir. Model koruyucu davranışlar üzerinde etkisi olduğu düşünülen algılanan duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu, yarar, engel, öz-etkililik ve eyleme geçme bileşenlerinden oluşmaktadır. (Çenesiz 2007; Ersin ve Bahar 2011; Kissal ve Beşer 2012; Gözüm ve Çapık 2014; Masoudiyekta et al. 2018).

***H1a: Deney grubunda yer alan kadınlarda, eğitim sonrası meme kanseri duyarlılık algısı puan ortalaması, kontrol grubunda yer alan kadınlardan yüksek olacaktır.***

Duyarlılık algısı, bireylerin sağlığı ile ilgili olumsuz bir etkiye maruz kalma veya hastalığa yakalanma ihtimaline olan inancını gösterir. Yani modele göre kişinin hastalığı tehdit olarak algılama durumudur. Meme kanserine karşı duyarlılık algısının yüksek olması, bireyin kansere yakalanmasına ne düzeyde ihtimal verdiğini gösterir. (Altuncan vd. 2008; Ersin ve Bahar 2012; Kartal vd. 2017)

Çalışmamızda, kadınların eğitim öncesi ve sonrası **duyarlılık algısı** puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu nedenle **hipotez H1a doğrulanmıştır**. Ayrıca duyarlılık algısı **deney grubunda kendi içinde** karşılaştırıldığında, eğitim sonrası puan ortalaması eğitim öncesine göre yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Çalışmada eğitim programı sonrasında deney grubundaki kadınlarda anlamlı düzeyde duyarlılık algısının yüksek çıkması, uygulanan eğitim programının etkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca kadınlarda duyarlılık algısının yükselmesi, meme kanseri erken tanı davranışlarını uygulama isteklerini artırdığını da düşündürmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde yapılan aşağıda yer alan araştırmalarda, kadınlarda eğitim müdahalelerinin duyarlılık algısını yükseltmede etkili olduğunu göstermektedir.

Seçginli (2007), Aydoğdu (2011) ve Ersin (2012) çalışmalarında, deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre eğitim müdahalelerinden sonrası meme kanseri duyarlılık algısı puan ortalamasının anlamlı düzeyde daha yüksek bulmuştur. Khiyali vd. (2017), Masoudiyekta vd. (2018), SİM temelli eğitimin meme kanseri sağlık inançlarına ve erken tanı davranışlarına etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda deney grubunun eğitim sonrası duyarlılık algı puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmış ve duyarlılık algısının erken tanı davranışlarını gerçekleştirmede etkili olduğunu belirtilmiştir. Farma vd. (2014)'de, İran'da 240 kadın öğretmen üzerinde yaptığı çalışmasında eğitim sonrası deney grubunda yer alan kadınlarda kontrol grubuna göre duyarlılık algısında artış tespit etmiştir. Eğitim programlarının sağlık inanç algıları üzerinde önemli etkisi olduğunu belirtmiştir.

Yılmaz vd. (2017)'de 244 kadında sağlık eğitiminin meme kanseri erken tanı davranışlarına ve sağlık inanç algılarına etkisini incelediği çalışmasında, deney grubunda yer alan kadınların eğitim sonrası duyarlılık algısının yükseldiğini tespit etmiştir ve duyarlılık algısı için kadınların eğitim düzeylerin belirleyici faktör

olduğunu vurgulamıştır. Çalışmamızda da yer alan kadınların çoğunlukla lisans ve üstü eğitime sahip olması, deney grubunda duyarlılık algısının artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Mermer (2010), Olgun (2015), Kartal vd. (2017) çalışmalarında benzer şekilde deney grubundaki kadınların eğitim sonrası duyarlılık algı puanı eğitim öncesine göre daha yüksek bulunmuş ancak, Avcı vd. (2007) ise daha düşük bulmuştur. Avcı vd. (2007) eğitim sonrası duyarlılık algısındaki azalmaya, meme kanserinde korkulan durumlara yönelik gerçek bilgilerinin öğrenilmesinin neden olabileceğini belirtmiştir. Tuzcu (2013) çalışmasında ise deney grubunun kontrol grubuna göre duyarlılık algı puanı daha yüksek saptanmış fakat deney grubunun eğitim öncesi duyarlılık algısı puan ortalaması eğitim sonrasına göre daha düşük tespit etmiştir. Çalışmada bu sonuç, yapılan eğitimin etkisiyle meme kanseri riski düşük olduğu halde fazla hassasiyet gösteren kadınlarda eğitim sonrası duyarlılık algısının gerçekçi bir düzeye inmiş olabileceği şeklinde değerlendirilmiştir.

***H1b: Deney grubunda yer alan kadınlarda, eğitim sonrası meme kanseri ciddiyet algı puan ortalaması kontrol grubunda yer alan kadınlardan yüksek olacaktır.***

Bireyde ciddiyet algısı, sağlığını tehdit edici durumların kişide oluşturduğu endişe duygusudur. Hastalığın ciddiyeti ile ilgili durumuna karşı bireysel inancını ifade eder. Bireyin sağlık bilgisi ciddiyet algısını önemli düzeyde etkilemektedir. Duyarlılık ve ciddiyet algısı beraber değerlendirildiğinde, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin, meme kanserini kendisi için tehdit olarak algılaması meme kanseri erken tanı davranışlarını uygulama eğiliminde olduğunu göstermektedir (Çenesiz 2007; Ersin ve Bahar 2012; Gözüm ve Çapık 2014; Kartal vd. 2017).

Kadınların eğitim öncesi ve sonrası **ciddiyet algısı** puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu nedenle, **H1b hipotezi doğrulanmıştır**. Ayrıca ciddiyet algısı **deney grubunda kendi içinde** karşılaştırıldığında, eğitim sonrası puan



ortalaması eğitim öncesine göre yükselmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Çalışmamızda deney grubundaki kadınların eğitim sonrası ciddiye algı puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yükselmesi beklenen bir durumdur. Çünkü Sağlık İnanç Modeline göre kişilerin ciddiye algısı, hastalığa yönelik edindiği bilgilerle ilişkilidir. Eğitim programı kapsamında kadınların meme kanseri yönelik edindiği bilgilerin, deney grubundaki kadınların ciddiye algısını artırmada etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca deney grubunda yer alan kadınların eğitim sonrası duyarlılık ve ciddiye algılarındaki anlamlı düzeyde yükselişin meme kanserine karşı tehdit algısını oluşturduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza benzer olarak Farma vd. (2014), Khiyali vd. (2017) ve Masoudiyekta vd. (2018) çalışmalarında, deney grubunda eğitim sonrası kontrol grubuna göre ciddiye algısında anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir. Seçginli (2007) de deney grubunun eğitim sonrası ciddiye algısı puan ortalamasını kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur. Çalışmasında eğitim programının sağlık inanç algılarını geliştirmede anlamlı düzeyde etkili olduğunu belirtmiştir. Kartal vd. (2017), Yılmaz vd. (2017) ve Mermer (2010) çalışmalarında, deney grubunda eğitim sonrası ciddiye puan ortalamasını eğitim sonrasına göre anlamlı düzeyde yüksek saptamıştır.

Çalışmamızdan farklı olarak Aydoğdu (2011), Ersin (2012), Tuzcu'nun (2013) çalışmalarında, meme kanseri ciddiye algı puan ortalaması, eğitim sonrası deney grubu ile kontrol grubunu karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Avcı vd. (2007) ve Olgun (2015) çalışmalarında ise kadınlarda eğitim öncesi ve sonrası ciddiye puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamışlardır.

Avcı vd. (2007) ve Tuzcu (2013) kadınlarda ciddiye algısının, meme kanseri olduğu durumda hayatındaki değişimleri kabullenme durumunu yastığını belirterek ciddiye algısında anlamlı düzeyde bir değişiminin olmamasını kadınların gelecekle ilgili durumlara kaderci bir bakış açısıyla yaklaşmasının neden olabileceğini

belirtmektedir. Kadınlarda daha uzun süreli eğitimler ile meme kanserine yönelik kaderci ve geleneksel düşüncelerin değiştirmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca araştırmalarında yer alan kadınların yaş ortalamasının genç olması, ölümü ve hastalık durumunu kendilerinden uzak hissetmelerine neden olabileceği belirtilmektedir.

***H1c:** Deney grubunda yer alan kadınlarda, eğitim sonrası meme kanseri sağlık motivasyon algı puan ortalaması, kontrol grubunda yer alan kadınlardan yüksek olacaktır.*

Sağlık motivasyon algısı, bireyin sağlığını sürdürmesi ve geliştirilmesi amacıyla yapacağı davranışlarının gerçekleşmesi için genel istek ve niyet durumudur. Sağlık İnanç Modeli, sağlık motivasyon algısının yüksek olmasının, meme kanseri erken tanı davranışlarını düzenli uygulamada etkili olacağını belirtmektedir (Gözüm 2004; Ersin ve Bahar 2012; Kartal vd. 2017).

Kadınların **sağlık motivasyonu** puan ortalamaları incelendiğinde ise; eğitim sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre puan ortalaması daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu nedenle, **H1c hipotezi reddedilmiştir.**

Eğitim sonrası deney grubunda yer alan kadınların sağlık motivasyon algı puanında artış olmuş ancak bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durum, kadınların meme kanseri hastalığı dışında birincil olarak gördükleri başka problemleri olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca kadınlarda meme kanserinde erken tanı davranışlarında inanç ve tutuma yönelik uzun süreli eğitim programlarının düzenlenmesinin ve bu eğitim programlarının sürekliliğinin sağlanmasının sağlık motivasyon algısını yükseltmekte faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza benzer şekilde, Seçginli (2007), Avcı vd. (2007) ve Olgun (2015) alışmalarında, eğitim sonrası deney grubunda sağlık motivasyon algısında anlamlı düzeyde bir etki saptanmamıştır.

Çalışmamızdan farklı olarak, eğitim müdahalelerinin etkinliğini araştıran bazı çalışmalarda ise eğitim sonrası deney grubunda yer alan kadınların lehine sağlık motivasyon algı puan ortalamasında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sağlık İnanç Modeli kapsamında eğitim sonrasında sağlık motivasyon algısındaki yükselişi beklendik bir durum olarak açıklamaktadır (Aydoğdu 2011; Ersin 2012; Tuzcu 2013; Yılmaz et al. 2017). Mermer (2010), Kartal vd. (2017) de çalışmalarında da eğitim sonrası deney grubunda yer alan kadınların sağlık motivasyon algılarının anlamlı düzeyde yükseldiğini belirtmişlerdir.

***H1d: Deney grubunda yer alan kadınlarda, eğitim sonrası meme kanseri KKMM yarar algı puan ortalaması, kontrol grubunda yer alan kadınlardan **yüksek olacaktır.*****

***H2a: Deney grubunda yer alan kadınlarda, eğitim sonrası meme kanseri KKMM engel algı puan ortalaması kontrol grubunda yer alan kadınlardan **düşük olacaktır.*****

Sağlık İnanç Modeline göre yarar algısı, sağlığı korumak veya mevcut sağlık sorununun şiddetini azaltmak amacıyla önerilen koruyucu sağlık davranışının bireyde oluşturduğu yararına inanmasıdır. Engel algısı ise bu davranışları gerçekleştirmede bireysel engellerin varlığıdır. Model, davranışı gerçekleştirmede engel algısının önemli bir faktör olduğu belirtmektedir. Birey, gerçekleştireceği davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirirken ciddiyet duyarlılık ve yarar algısı birlikteliği engel algısının etkisini azaltırsa davranışın gerçekleşme ihtimali yükselir. Ayrıca engel algısı ile yarar algısının etkileşimi sonucu kişide davranışın etkililiğine olan inancı oluşur. Eğitim çalışmalarıyla KKMM yarar algısının yükseltilebileceği ve KKMM engel algısının düşürülebileceği belirtilmektedir (Çenesiz 2007; Gözüm ve Çapık 2014; Ersin ve Bahar 2012).

**KKMM yarar algı puan ortalamaları** incelendiğinde; eğitim sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu nedenle **H1d hipotezi doğrulanmıştır**. Ayrıca KKMM yarar algısı **deney grubunda kendi içinde**

karşılaştırıldığında, eğitim sonrası puan ortalaması eğitim öncesine göre yükselmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Deney grubundaki kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre **KKMM engel algısı puan ortalaması** daha düşük bulunmuş ve istatistik olarak fark anlamlıdır. Bu nedenle **H2a hipotezi doğrulanmıştır**. Ayrıca KKMM engel algısı **deney grubunda kendi içinde** karşılaştırıldığında, eğitim sonrası puan ortalaması eğitim öncesine göre düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

**Kontrol grubu kendi içinde** karşılaştırıldığında ise eğitim sonrası **KKMM engel algısında** anlamlı düzeyde bir düşüş saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan kadınlar için veri toplama aşamasında anket soruları ile karşılaşmasının KKMM'sine yönelik bireysel duyarlılık oluşturup motivasyon kaynağı olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim programı kapsamında kadınlara meme kanserinin erken dönemde tedavi şansının yüksek olduğu ve kanserin erken tanısında KKMM'nin yeri, önemi, faydaları konuları vurgulanmıştır. KKMM davranışını gerçekleştirmede bireylerde oluşabilecek muhtemel engeller konusunda olumlu açıklamalar yapılmaya çalışılmıştır. Ayrıca eğitim öncesi, deney grubunda yer alan kadınların %55,8'i şikayetinin olmaması, %30'u önemsemediği, %17,3'ü ise kitle bulma korkusundan ötürü KKMM yapmadığını belirtmiştir. Bu engeller göz önünde bulundurularak eğitim esnasında ve 3 aylık izlemdeki iletişimlerde kadınların kişisel deneyimleri dinlenerek yaşadıkları engeller doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur. Çalışmamızda, deney grubunda yer alan kadınların KKMM yarar algısını artırmada ve KKMM engel algısını düşürmede eğitim programının etkili olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde yapılan birkaç çalışmada kadınlarda eğitim müdahalesi sonrası deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde KKMM yarar algısında yükselme ve KKMM engel algısında azalma görülmüştür (Seçginli 2007; Aydoğdu 2011; Ersin 2012; Tuzcu 2013).

İran'da yapılan farklı iki çalışmada da Sağlık İnanç Modeli temelli eğitim müdahalesinden sonra kadınların KKMM yarar algısında artış ve KKMM engel algısında düşüş olduğu vurgulanmıştır. Her iki çalışmada da bu durumun meme kanseri erken tanı davranışlarına olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir (Khiyali et al. 2017; Masoudiyekta et al. 2018). Porterfield (2012), çalışmasında da kadınlarda yapılacak eğitim faaliyetlerinin KKMM engellerini azaltacağını ve KKMM öz etkililiği artıracığını belirtmektedir. Hajian vd. (2011), meme kanseri riski taşıyan kadınlarda sağlık inanç modeline dayalı yapılan eğitimin sağlık inanç ve tarama davranışlarına etkisini incelediği çalışmasında, deney grubundaki kadınların sadece KKMM yarar algısı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yükseldiğini belirtmektedir. Gelişmekte olana ülkelerde meme kanseri eğitim uygulamalarında Sağlık İnanç Modelinin kullanımının etkili olduğunu vurgulanmıştır.

Karayurt vd. (2009), 134 kadında grup eğitiminin KKMM sıklığına ve sağlık inançlarına etkisinin incelediği çalışmada, eğitim sonrası anlamlı düzeyde KKMM yarar algısında artış ve KKMM engel algısında düşüş saptamıştır. Kartal vd. (2017) ve Olgun (2015) çalışmalarında eğitim sonrası deney grubunda yer alan kadınların anlamlı düzeyde KKMM yarar algısında artış ve KKMM engel algısında düşüş tespit etmiştir. Ancak Avcı vd. (2007)'de video ile eğitimin KKMM yönelik inanç ve davranışlarına etkisini araştırdığı çalışmada ise deney grubunda eğitim sonrası KKMM yarar ve engel algılarında anlamlı düzeyde değişim saptamamıştır.

***H1e: Deney grubunda yer alan kadınlarda, eğitim sonrası meme kanseri KKMM Öz-Etkililik puan ortalaması, kontrol grubunda yer alan kadınlardan yüksek olacaktır.***

Sağlık İnanç Modelinde, öz-etkililik algısı kişinin sağlıkla ilgili bir davranışı gerçekleştirmede bireysel yeteneğine inancını ifade etmektedir. Bireyin istedik davranış için eyleme geçebileceğine ve eylem sonrası olumlu sonuç alacağına inanması birey için motivasyon kaynağıdır. Bireysel öz etkililiği yüksek kişiler, bireysel öz etkililiği düşük kişilere göre daha kolay eyleme geçerler (Gözüm 2007; Gözüm ve Çapık 2014).

**KKMM öz etkililik puan ortalamaları** incelendiğinde; eğitim sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre öz-etkililik puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu nedenle **H1e hipotezi doğrulanmıştır**. Aynı zamanda KKMM öz etkililik algısı **deney grubunda kendi içinde** karşılaştırıldığında, eğitim sonrası puan ortalaması eğitim öncesine göre yükselmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Çalışmamızda deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek öz etkililik algısına sahip olması eğitim programının etkili olduğunu düşündürmektedir. Eğitim öncesinde kadınların %32,7'si nasıl yapacağını bilmediği, %28,8' ise etkili yaptığını düşünmediği için KKMM yapmadığını belirtmiştir. Eğitim sonrasında KKMM öz etkililik algısının yükselmesi, deney grubunda yer alan kadınlarda, KKMM tekniğini doğru adımlarla uygulayabileceklerine ve meme dokularını daha iyi tanıyarak ufak değişimleri erken dönemde tespit edebileceklerine olan inancının yükseldiğini düşündürmektedir. Ayrıca eğitim sırasında KKMM uygulama anlatma tekniğinin ve sonrasında çalışmacı tarafından hazırlanan KKMM uygulamasını anlatan video gösteriminin deney grubunda yer alan kadınlarda öz etkililik algısını olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamıza benzer yapılan birkaç çalışmada da kadınlarda eğitim müdahalesi sonrası deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde KKMM öz- etkililiği algısında yükselme görülmüştür (Seçginli 2007; Aydoğdu 2011; Ersin 2012; Tuzcu 2013; Farma et al. 2014; Olgun 2015; Khiyali et al. 2017, Masoudiyekta et al. 2018).

Kartal vd. (2017) çalışmasında, Sağlık İnanç Modellini temel alan eğitimin sonrasında deney gurubunda yer alan kadınlarda anlamlı düzeyde KKMM öz-etkililiği algısında yükselme olduğunu belirtmiştir. Yılmaz vd. (2017) çalışmasında, kadınlarda eğitim sonrası KKMM öz etkililik algısı ve yarar algısının anlamlı düzeyde yükseldiğinin, KKMM engel algısının anlamlı düzeyde düştüğünü belirtmiştir. Eğitim programlarının kadınlarda sağlık inançlarını ve erken tanı davranışlarını anlamlı düzeyde etkilediğini ifade etmiştir. Karayurt vd. (2009)'da grup eğitimi sonrası

kadınlarda anlamı düzeyde KKMM öz-etkililiği algısını yükseldiğini ifade etmektedir. Ancak Avcı vd. (2007) çalışmasında, KKMM'ne yönelik video eğitimi sonrasında deney grubunda KKMM öz-etkililiği algısında artış görülmüş ama anlamlı düzeyde bir fark saptanamamıştır.

**H1f:** *Deney grubunda yer alan kadınlarda, eğitim sonrası meme kanseri mamografi yarar algı puan ortalaması, kontrol grubunda yer alan kadınlardan **yüksek olacaktır.***

**H2b:** *Deney grubunda yer alan kadınlarda, eğitim sonrası meme kanseri mamografi engel algı puan ortalaması kontrol grubunda yer alan kadınlardan **düşük olacaktır.***

Mamografi yarar algısı, bireyin mamografi taramasının olumlu sonuçlarına ve yararlarına olan inancıdır. Mamografi engel algısı ise, bireyin mamografi taraması ile ilgili içsel ve dışsal hissettiği engellerinin varlığıdır.

Kadınların **mamografi yarar algı puan ortalamaları** incelendiğinde; eğitim sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre mamografi yarar algısı puan ortalaması daha yüksek bulunmuş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Bu nedenle **H1f hipotezi reddedilmiştir.**

Deney grubundaki kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre **mamografi engel algı puan ortalaması** daha düşük bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu nedenle **H2b hipotezi doğrulanmıştır.** Ayrıca mamografi engel algısı **deney grubunda kendi içinde** karşılaştırıldığında, eğitim sonrası puan ortalaması eğitim öncesine göre daha düşük bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Eğitim öncesi kadınların KMM ve mamografi engelleri arasında yaptırması gerektiğini bilmeme (32,7), çekim işleminden korkma (19,2), kanser olduğunu öğrenmekten korkma (13,5), nereye başvuracağını bilmeme (3,8) gibi bilgi eksikliği

temelli engelleri saptanmıştır. Çalışmamızda eğitim programı kapsamına söz konusu engellere yönelik yapılan girişimlerin ve eğitimde kadınlara mamografi taraması hakkında verilen bilgilerin (çekim esnasında radyasyona maruz kalma, rahatsız edici ağrı hissi, kanser korkusu, çekim için gerekli zaman, mamografi taramaların nerede hangi kuruluşlar tarafından yapıldığı, randevunun nasıl alınacağı gibi konularda) deney grubunda yer alan kadınlarda mamografi engel algısını düşürmede etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda deney ve kontrol grubunda 40 yaş altı kadın sayısının fazla olması mamografi yarar algısında istendik düzeyde etkinin oluşmamasına neden olmuş olabilir. Çünkü mamografi tarama programının 40 yaş üstü kadınları hedef aldığı için gruptaki daha genç kadınlarda tehdit algısı yaratmamış olabilir.

Konuyla ilgili benzer çalışmalardan Aydoğdu (2011), Ersin (2010) çalışmalarında da eğitim müdahalesi sonrasında deney grubunda kontrol grubuna göre mamografi yarar algısında yükselme, engel algısında düşme saptamıştır. Olgun (2015) çalışmasında da eğitimin deney grubunda mamografi yarar algısını artırdığını ve mamografi engel algısını düşürdüğünü belirtmektedir. Tuzcu (2015) çalışmasında ise, eğitim sonrası deney grubunda kontrol grubuna göre mamografi yarar algısında fark saptamamış ancak mamografi engel algısında anlamlı düzeyde düşüş tespit etmiştir. Mermer (2010)'de çalışmasında deney grubu kadınlarda eğitim sonrası mamografi yarar algısında anlamlı artış ve mamografi engel algısında anlamlı düşüş saptamıştır.

***H3:** Deney gurubunda yer alan kadınların eğitim sonrası sağlık okuryazarlık ölçeği puan ortalaması kontrol grubunda yer alan kadınlardan yüksek olacaktır.*

**YSOYÖ puan ortalamaları** incelendiğinde; eğitim sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre puan ortalaması daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu nedenle **H3 hipotezi doğrulanmıştır.**

Çalışma sonucunda, deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde sağlık okuryazarlık seviyelerinin yükselmesi, sağlık okuryazarlığı



eğitiminin kadınların sağlık okuryazarlığını yükseltmekte etkili olduğunu ve ihtiyaçları olduğu sağlık bilgilerine ulaşma, analiz etme ve kullanmada yetenek ve motivasyonunu arttırdığını düşündürmektedir. Literatürde konuya ilişkin yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamakla birlikte Panahi vd. (2018)'nin 130 bireyde yaptığı çalışmada, Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılan sağlık eğitim sonrası deney grubunda yer alan bireylerin kontrol grubuna göre genel sağlık okuryazarlık düzeylerinin anlamlı derecede yükseldiği belirtilmektedir.

### **Deney ve Kontrol Grubunda Eğitim Öncesi ve Sonrası Erken Tanı Davranış Durumlarının Karşılaştırılması**

Çalışmamızda Sağlık İnanç Modeli temelli eğitimin ve sağlık okuryazarlığının meme kanserinde erken tanı davranışlarından KKMM, KMM ve mamografi taramasına olan etkisi incelenmiştir.

***H4: Deney gurubunda yer alan kadınların eğitim sonrası yeterli düzeyde (üç ayda 3 kez yapılması) KKMM yapma sıklığı kontrol grubunda yer alan kadınlardan yüksek olacaktır.***

Çalışmamızda deney grubunda yer alan kadınların eğitim sonrası 3. ayda düzenli aralıklarla (3 ayda 3 kez) **KKMM yapma** oranı %66,0 iken kontrol grubunda düzenli aralıklarla KKMM yapan kadın oranı %4,0'dür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu nedenle **H4 hipotezi doğrulanmıştır.**

Literatürde yer alan çalışmalarda da Sağlık İnanç Modelini temel almış veya planlı eğitimlerden sonra deney grubunda yer alan kadınlarda anlamlı düzeyde KKMM yapma oranlarında artış gözlenmiştir (Seçginli 2007; Avcı vd. 2007; Hajian vd. 2011; Aydoğdu 2011; Ersin 2012; Tuzcu 2013; Olgun 2015; Kolutek ve Avcı 2015; Yılmaz et al. 2017; Khiyali et al. 2017, Masoudiyekta et al. 2018).

Eğitim programı sonrası deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre anlamlı düzeyde **duyarlılık, ciddiye, KKMM yarar ve KKMM**

**Öz-etkililik** algılarında artış ve **KKMM engel** algısında anlamlı düzeyde düşüş tespit edildi. Bu sonuçlar deney grubunda KKMM yapma oranında olumlu etki yaratmış olabilir.

Eğitim sonrası deney grubunda yer alan kadınların KKMM yapma durumları ile sağlık inanç algıları karşılaştırıldığında; KKMM yapan kadınların, duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyon, KKMM öz etkililiği algı puan ortalamaları **daha yüksek** saptanmıştır fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Aynı zamanda KKMM yarar algısı **daha yüksek** ve KKMM engel algı **daha düşük** saptanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum da KKMM uygulamasında sağlık inanç algılarının etkili olduğu düşüncesini desteklemektedir.

Sağlık İnanç Modeline göre, koruyucu davranışların gerçekleştirilmesi bireyin **duyarlılık algısı** ile ilişkilidir. Kişi kendini risk altında hissettiği oranda riskli davranışını azaltarak koruyucu davranışlara yönelecektir. Meme kanserine yönelik duyarlılık algısı yüksek bir kişinin erken tanı davranışlarını gerçekleştirme ihtimali yükselmektedir (Ersin ve Bahar 2012; Bulduk vd. 2015; Kartal vd. 2017). Bu nedenle deney grubunda kadınların eğitim sonrası duyarlılık algısında yükselişin KKMM yapma durumunu olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Sağlık İnanç Modeline göre, duyarlılık algısı ve ciddiyet algısı birleşerek meme kanserinde yönelik tehdit algısı oluşturmaktadır. Tehdit algısı da kadınların koruyucu davranışları gerçekleşme ihtimalini artırmaktadır (Gözüm ve Çapık 2014; Bulduk vd. 2015; Aker vd. 2015). Çalışmamızda, ciddiyet algısını ile duyarlılık algısında anlamlı yükselişin kadınlarda meme kanserine karşı bir tehdit algısı yarattığı ve bu tehdit algısının deney grubunda KKMM uygulama durumunu olumlu etkilediği düşünülmektedir. Literatürde aşağıda yer alan bazı çalışmalar da desteklemektedir.

Jirojwong ve MacLennan (2003) çalışmasında, 145 kadın içerisinde %25'inin düzenli aralıkta KKMM yaptığını ve meme kanseri **duyarlılığı algısı** yüksek olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının fazla olduğu belirtilmiştir. Registe ve Porterfield (2012), 20 yaş üstü 131 Amerikalı kadında ise KKMM uygulama oranları

ile **duyarlılık algısı** arasında ilişki tespit etmiş ancak diğer alt boyutlardan ciddiyet, KKMM engel ve öz etkililik alt boyutları ile ilişki bulmamıştır. Graham (2002), KKMM uygulaması ile sağlık inançları arasındaki ilişkileri incelediği 20 yaş üzeri 179 Amerikalı kadında, KKMM yapma oranlarıyla **ciddiyet algısı** arasında ilişki tespit etmiştir. Ayrıca 40 yaş üstü kadınlarda ciddiyet algısındaki yükseliş ile daha genç kadınlara göre meme kanserini daha büyük bir tehdit olarak algılayarak tarama davranışlarını uygulamada daha motive olduklarını ifade etmektedir.

Sağlık İnanç Modeli, en güçlü birleşenin algılanan engeller olduğu belirtilmektedir. Koruyucu davranışın gerçekleşme durumu, algılanan yararlar ve engeller arasındaki farka bağlıdır. Modele göre KKMM yarar algısı ve KKMM Öz etkililik algısı daha yüksek, KKMM engel algısı daha düşük olan kadınların erken tanı davranışlarını uygulamada daha eğilimli olacağı düşünülmektedir (Kıssal ve Beşer 2012; Gözüm ve Çapık 2014; Bulduk vd. 2015). Bundan dolayı deney grubunda yer alan kadınların eğitim sonrası KKMM yapma durumunu anlamlı düzeyde yükselen KKMM yarar algısı, öz etkililik algısı ve anlamlı düzeyde düşen KKMM engel algısının olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Literatürde yer alan birçok çalışmada KKMM yarar, engel ve öz etkililik algıları ile ilgili benzer sonuçlar gözlenmiştir. Al-Sakkaf ve Basaleem (2016)'da Yemen'da sağlık merkezine başvuran 400 kadında yaptığı çalışmada, KKMM yarar ve KKMM öz etkililik algısının yüksek olması, KKMM engel algısının düşük olması KKMM yapma durumu için bağımsız belirleyiciler olduğunu saptamıştır. Yılmaz vd. (2011) 20-65 yaş aralığında çalışan ve ev hanımlarından oluşan 415 kadında meme kanseri sağlık inançlarını ve erken tanı davranışlarını incelediği çalışmasında; KKMM uygulayan kadınların anlamlı düzeyde daha yüksek sağlık motivasyonu algısına, yarar algısına ve öz etkililik algısına; daha düşük engel algısına sahip olduklarını belirtmektedir. Ayrıca eğitim programları ile meme kanseri erken tanı davranış oranlarının artırılmasını önermektedir. Farma vd. (2014) çalışmasında da meme kanseri erken tanı davranışları üzerinde en fazla etkiye **algılanan engellerin** neden olduğunu belirtmektedir. Ülkemizde Aker vd. (2015), 21 yaş üstü 711 kadında meme kanseri erken tanı davranışlarını ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında

kadınların KKMM yapmalarında ciddiye, KKMM öz etkililik ve KKMM engelleri algılarının etkili olduğunu belirtmektedir. Tuzcu (2013), eğitim sonrası deney grubunda KKMM yapma konusunda **engel algısı** dışında yer alan faktörlerin KKMM uygulamasında etkili olmadığını belirtmektedir.

Yılmaz vd. (2013) 321 kadında, meme kanseri erken tanı davranışlarını ve bu durumu etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, KKMM yapan kadınların, yapmayan kadınlara göre anlamlı düzeyde KKMM öz-etkililik algısının daha yüksek ve **KKMM engel algısının** daha düşük olduğunu belirtmektedir. Ayrıca aynı çalışmada regresyon analizinde KKMM yapma durumu için **KKMM öz etkililik** algısı belirleyici bir bağımsız değişkendir. Yılmaz vd. (2017) 244 kadında meme kanseri erken tanı davranışlarını ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında ise KKMM öz-etkililik algısının, KKMM uygulamasında belirleyici faktör olduğunu belirtmektedir.

Çalışmamızdan farklı olarak Avcı vd. (2007) ve Yılmaz vd. (2013) çalışmalarında, deney grubundaki kadınlarda KKMM yapma durumunu sağlık motivasyon algısının anlamlı düzeyde etkilediğini belirtmiştir. Sağlık İnanç Modeline göre sağlık motivasyon algısı yüksek olan kadınların sağlık motivasyon algısı düşük olan kadınlara göre daha fazla davranış değişimi eğiliminde olacağı belirtilmektedir. Talas vd. (2015) KETEM'e başvuran 344 kadında yaptığı meme kanseri erken tanı davranışları ile sağlık inanç alt boyutlarıyla ilişkisini araştırdığı çalışmasında, SİMÖ alt boyutlarıyla KKMM yapma ve mamografi çekirme durumları ile anlamlı bir ilişki saptamamıştır.

**H5: Deney gurubunda yer alan kadınların eğitim sonrası KMM yaptırma sıklığı kontrol grubunda yer alan kadınlardan **yüksek olacaktır.****

**H6: Deney gurubunda yer alan kadınların eğitim sonrası mamografi çekirme sıklığı kontrol grubunda yer alan kadınlardan **yüksek olacaktır.****

Deney grubunda eğitim sonrası 3. ayda **KMM yaptıran** kişi oranı %56,0 iken kontrol grubunda 3. ayda KMM yaptıran kişi oranı %4,0 olarak saptandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu durum **H5 hipotezini doğrulamaktadır.**

Çalışmamızda aynı zamanda deney grubunda eğitim sonrası 3. ayda **mamografi çektiren** kişi oranı %66,7 olup kontrol grubunda eğitim sonrası 3. ayda mamografi çektiren kişi oranı %11,1 olarak saptandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu durum **H6 hipotezini doğrulamaktadır.**

Literatürde benzer çalışmalarda da çalışmamız sonuçlarına uyumlu olarak Sağlık İnanç Modelini temel almış eğitim sonrası deney grubunda yer alan kadınlarda anlamlı düzeyde KMM ve mamografi çektirme oranlarında artış gözlenmiştir (Hajian vd. 2011; Ersin 2012; Tuzcu 2013; Olgun 2015; Khiyali et al. 2017, Masoudiyekta et al. 2018).

Sağlık İnanç Modeline göre kadında meme kanserine yönelik hassasiyet algısı varsa, meme kanseri sonucu oluşabilecek tüm ihtimallere karşı ciddiyet algısı gelişmişse, mamografi hem yarar hem engellerinin farkında ise bireyin tarama davranışını gerçekleştirme ihtimali yükselmektedir (Kıssal ve Beşer 2012; Ersin ve Bahar 2012; Kartal vd. 2017).

Çalışmamızda eğitim programı sonrası deney grubunda yer alan kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre anlamlı düzeyde duyarlılık ve ciddiyet algısında artışın; KKMM engel algısı ile mamografi engel algısındaki düşüşün, deney grubunda KMM yaptırma ve mamografi çektirme oranlarını olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Eğitim sonrası deney grubunda KMM yaptıran ve mamografi çektiren kadınlarda bu davranışları gerçekleştirilmeyen kadınlara göre sağlık inanç algıları daha yüksek tespit edilmiştir. Ancak KMM yaptırma durumu ile KKMM ve mamografi engel algıları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı olup diğer alt boyutlar ile anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır. Engel algısının, deney grubundaki kadınlarda KMM

yaptırma ve mamografi çekirme davranışlarını gerçekleştirmede etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde aşağıda yer alan bazı çalışmalar da desteklemektedir.

Wang vd. (2014), 776 Doğu Tayvanlı kadında mamografi tarama davranışlarının incelendiği çalışmada düzenli mamografi çekirme durumu ile **algılanan yarar** ve **algılanan engeller** arasında anlamlı düzeyde fark saptamıştır. Tsunematsu vd. (2013), Japonya'da 40-69 yaş aralığında 993 kadında meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, meme kanseri erken tanı davranışlarını uygulayan kadınların anlamı düzeyde algılanan yarar ve **algılanan ciddiyet** puanları yüksek, **algılanan engeller** puanında düşük olduğu belirtilmiştir. Başka bir çalışmada da Farmer vd. (2007) 50 yaş üstü, 198 Amerikan kadında, mamografi yaptıranlar kadınların yaptırmayanlara göre istatistiksel olarak **engel algularında** ve yarar algularında fark saptamıştır. Aker vd. (2015) çalışmasında, lojistik regresyon analizinde kadınların KMM yaptırma durumları ile sağlık inanç modeli alt boyutlarıyla ilişki tespit edilmemiştir ancak mamografi çekirme durumu ile mamografi engel algısı arasında ilişki saptamıştır.

Yılmaz (2013) çalışmasında ise, **KMM yaptıran kadınların**, yaptırmayan kadınlara göre **mamografi engel algısının** anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu belirtirmiştir. Ayrıca **mamografi çektiren kadınların**, çekirmeyenlere göre **duyarlılık algısının** daha yüksek, mamografi engel algısının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Baysal ve Polat (2012), 420 kadın içerisinde mamografi çektiren kadınların sağlık inanç algılarını incelediği çalışmasında; mamografi çektiren kadınların **duyarlılık, ciddiyeti, motivasyon, mamografi yarar algı** puanların mamografi çekirmeyenlere göre daha yüksek, **mamografi engel algısının** daha düşük oldu tespit edilmiştir. Tuzcu (2013), eğitim sonrası deney grubunda KMM yapma durumunu ve mamografi çekirme durumunu etkileyen sağlıklı inanç faktörlerine ilişkin lojistik regresyon analizinde, KMM'sinde **sağlık motivasyonu algısı**, mamografide ise **engel algısı ve sağlık motivasyon algısı** dışında yer alan faktörlerin etkili olmadığını belirtmektedir.

Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının kazanımının sağlanabilmesi için ilk adımda bu davranışları gerçekleştirmesinde rol alan faktörlerin belirlenmesi, sonra bu faktörler doğrultusunda eğitim programlarının düzenlenmesi beraberinde de eğitimlerin **hatırlatıcılarla desteklenmesi** önem taşımaktadır. Sağlık İnanç Modeline göre, bireyden beklenen eylemi gerçekleştirmesi için kişinin motivasyonunu artıracak olay veya stratejiler gerekmektedir. Meme kanseri erken tanı davranış oranlarını artıran çeşitli stratejiler arasında **telefonla hatırlatması**, hatırlatıcı mektuplar, **mail ile hatırlatması**, **bilgi verici broşürler**, ev ziyaretleri yer almaktadır (Ersin ve Bahar 2012; Kıssal ve Beşer 2012; Bulduk vd. 2015; Aker vd. 2015).

Seçginli vd. (2017) meta analiz çalışmasında 2000-2015 yılında yapılmış 23 araştırma incelemiştir. Araştırma sonucunda, **yazılı ve görsel-işitsel materyallerin** kullanıldığı ve grup eğitimleri sonrası 3.,6.,12. aylarda kadınlarda KKMM, KMM ve mamografi taramasında önemli düzeyde iyileşme olduğunu vurgulamıştır. Ersin ve Bahar (2012)'nin belirttiğine göre, Bonfill vd. (2009), meta analiz çalışmasında 117 çalışma incelenmiş ve eğitim aktivitelerinin, **eğitim materyallerinin mail ile gönderilmesinin**, **telefonla hatırlatmanın** kadınlarda mamografi çekirme davranışında etkili olduğunu vurgulamıştır.

Avcı ve Gözüm (2009) öğretmenlerde iki farklı eğitim girişiminin meme kanseri erken tanı davranış ve inançlarına olan etkisini araştırdığı çalışmasında hem video gösterimin hem de model eğitim yöntemlerinin kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarına ilişkin sağlık inançlarını geliştirmede hem de KKMM yapma becerilerini artırdığını belirtmektedir.

Sağlık inanç modeli, **telefon hatırlatmalarının** uyarıcılar kapsamında erken tanı davranışlarını gerçekleştirmede etkili olabileceği belirtilmektedir. Literatürdeki birkaç çalışmada bu görüşü desteklemektedir. Aydoğdu (2011), Ersin (2012), Tuzcu (2013), deney grubunda yer alan kadınlara 3. ay yaptıkları telefon hatırlatmalarının 6. ayda KKMM, KMM ve mamografi çekirme durumlarını etkilediğini belirtmektedir.

Baysal (2008)'da çalışmasında da 40 yaş üzeri ve daha önce 1 kez mamografi taramasına katılmış kadınlarda, telefon hatırlatmalarının kadınlarda tekrar mamografi çekirme davranışlarını pekiştirdiğini belirtmektedir. Avcı vd. (2007) çalışmalarında ise deney grubunda yer alan kadınlara KKMM yönelik eğitim sonrasında ayda bir olmakla birlikte üç kere yapılan telefonla hatırlatmanın, düzenli aralıklarla KKMM yapılmasında etkili olduğu ifade etmektedir.

Çalışmamız grup eğitimleri şeklinde gerçekleştirilmiştir. Eğitim kapsamında broşür, afiş, hatırlatıcı kartlar gibi yazılı materyaller, video gösterimleri gibi işitsel materyallerden yararlanılmıştır. Ayrıca her ay 1 kez olmak üzere 3 ay boyunca kurumsal ya da kişisel mail adreslerine hatırlatıcı kart, eğitim materyallerinden afişler ve video gösterimi e posta olarak gönderilmiştir. Benzer şekilde telefon hatırlatmaları da her ay 1 kez olmak üzere 3 kez, iş yerlerinde çalıştığı birimlerin dahili numaralarından ulaşarak, kadınlara yaşlarına göre uygun tarama sıklıkları hatırlatılmıştır. Literatürdeki sonuçlar dikkate alındığında eğitim şeklinin, yazılı-işitsel materyallerin, e-posta gönderilerinin, telefon hatırlatmalarının deney grubunda yer alan kadınların 3. ay erken tanı davranışlarının oranlarındaki artışında etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Eğitim öncesi kadınların büyük çoğunluğu ihmal etme/unutma nedeni ile KKMM (%75), KMM veya mamografi (%73,1) yaptırmadıklarını belirtmiştir. Çalışmamız kapsamında yapılan telefon hatırlatmalarının ve e- posta gönderilerinin bu engeli ortadan kaldırmış olabileceği ve buna bağlı tarama davranış oranlarında artışa neden olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların KMM yaptırmada ve mamografi çekirmede çoğunluklu görülen engellerden bir diğeri de iş koşullarından dolayı fırsat bulamama (%34,1) olduğu saptanmıştır. Araştırmamız çalışan kadınları kapsadığı için iş koşulları beklenen bir engel durumudur. Çalışan kadınların, kurumlarından iş disiplininden ötürü sık aralıklarla izin alma şanslarının olmaması ve sağlık kontrolleri için aldıkları izinlerde de akut sağlık sorunlarıyla veya sorumlu oldukları diğer kişilerin sağlık sorunlarına öncelik vermesi, KMM ve mamografiye gibi korucu sağlık hizmetlerine ekstra zaman



ayırmalarına engel oluyor olabilir. Çalışan kadın sayısının fazla olduğu resmi ve özel kurumlarda iş sağlığı kapsamında koruyucu sağlık hizmetleri sunan kadın sağlık merkezlerin açılması meme kanseri tarama programlarına katılım oranlarını artıracığı ve kadın sağlığına büyük fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca iş sağlığı çerçevesinde iş yeri hemşiresi ve hekiminin kurum içinde yapacakları sağlık eğitimi programlarıyla da kadınlarda erken tanı davranışlarında ihmal etme ve unutma engeline çözüm sağlanabilir.

Çalışmamızda eğitim sonrası deney grubunda **KKMM, KMM ve mamografi davranışlarını gerçekleştirme durumları ile YSOYÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında;** KKMM ve KMM yapan kadınların yapmayan kadınlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlık puan ortalamasına sahip oldukları tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Ancak mamografi çektiren kadınların sağlık okuryazarlık puan ortalaması yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını kullanmasında sağlık okuryazarlığın etkisi olduğu düşünülmektedir. Literatürde aşağıda yer alan bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar belirtilmektedir.

Yetersiz sağlık okuryazarlığı, yanlış kanser riski algısına ve erken tanı ve tarama ihtiyacının yanı sıra kanser önleme çabalarına daha düşük katılım oranları gibi kanser kontrolüne özgü olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Sağlık okuryazarlık düzeyinin yükselmesi, kanser erken tanı tarama programlarına katılım oranlarını artıracığı ve hastalık yükünü azaltacağı belirtilmektedir (Mazor et al. 2012; Oldach and Katz 2014; Talley and Williams 2015). Literatürde yetersiz veya sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımında yetersizliğe neden olduğu belirtilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, meme kanseri erken tanı ve tarama davranışları içinden KKMM ve mamografi yaptırmamanın yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Mazor et al. 2014; Tözün ve Sözmen 2014; Yıldırım ve Keser 2015; Carolla 2015; Taş ve Akış 2016; Yılmazel ve Çetinkaya 2016).

Çalışmamıza benzer olarak Çopurlar (2016), 40 yaş üstü 500 kadında sağlık okuryazarlık düzeyleri ile meme kanseri erken tanı davranışlarını incelediği çalışmada, kadınların sağlık okuryazarlık düzeyinin artmasıyla erken tanı davranışlarına uyumun da arttığını belirtmektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlık düzeyi ile meme kanseri bilgi seviyeleri arasında pozitif bir ilişki de saptanmıştır. Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarına katılım oranlarının artırılması için sağlık okuryazarlık seviyelerinin yükseltilmesini önerilmektedir. Berkman vd. (2011) sistematik literatür inceleme çalışması sonucunda, düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinin kadınlarda daha az oranda mamografi taramasına katılıma ve yetersiz düzeyde sağlık hizmetleri kullanımına neden olduğunu belirtmiştir. Pagan vd. (2012) çalışmada da sağlık okuryazarlığı yeterli seviyede olan kadınlarda son 2 yılda mamografi çekirme oranlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Roh vd. (2018) çalışmada, meme kanseri okuryazarlığı ile tarama davranışları arasında bağlantı olduğunu belirtmiştir. Fernandez vd. (2016)'da sağlık okuryazarlık ile koruyucu davranışların incelendiği çalışmada, sağlık okuryazarlık seviyesi yetersiz olan kadınlarda KKMM yapma oranının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Yılmazel (2018) de çalışmada sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyi ile meme kanseri farkındalığı ve mamografi tarama sıklığı arasında anlamlı düzeyde ilişki tespit etmiştir. Sağlık okuryazarlığının ulusal kanser taramasının odak noktası için avantaj bir fırsat olabileceğini belirtmektedir. Meme kanseri sağlık eğitimi programlarını ve halk sağlığı kampanyalarını kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerine göre düzenlenmesi önerilmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, çoğunluğunu 20-39 yaş aralığında, evli, lisans ve üstü eğitim düzeyinde, Gail Modeli beş yıllık risk düzeyi düşük, yaşam boyu risk düzeyi ise normal risk grubunda olan ve çalışan kadınlarda, Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılan eğitimin meme kanseri sağlık inançlarını, erken tanı davranışlarını ve sağlık okuryazarlığını geliştirmede etkili olduğu; sağlık okuryazarlığının meme kanseri erken tanı davranışlarını etkilediği belirlenmiştir. Çalışmanın ayrıntılı sonuçları aşağıda verilmiştir.

### 6.1. Sonuçlar

- ❖ H1a, H1b, H1d, H1e, H2a, H2b, H3, H4, H5, H6 hipotezleri doğrulanmıştır ancak H1c ve H1f hipotezleri reddedilmiştir.
- ❖ Eğitim sonrası **deney grubunda** yer alan kadınların **kontrol grubunda** yer alan kadınlara göre, duyarlılık, ciddiyet, KKMM yarar, KKMM öz etkililiği algısı daha yüksek, KKMM ile mamografi engel algısı daha düşük saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark **bulunmuştur**.
- ❖ Eğitim sonrası **deney grubunda** yer alan kadınların **kontrol grubunda** yer alan kadınlara göre sağlık motivasyonu algısı ile mamografi yarar algısı daha yüksek, saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark **bulunmamıştır**.
- ❖ Eğitim sonrası **deney grubunda** yer alan kadınların eğitim öncesine göre, duyarlılık, ciddiyet, KKMM yarar, KKMM öz etkililiği algıları daha yüksek, KKMM engel, mamografi engel algıları ise daha düşük saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark **bulunmuştur**.
- ❖ Eğitim sonrası **deney grubunda** yer alan kadınların **KKMM yapma, KMM yaptırma ve mamografi çektirme** oranları **kontrol grubunda** yer alan kadınlara göre daha fazla saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark **bulunmuştur**.

- ❖ Eğitim sonrası **deney grubunda** yer alan kadınların **kontrol grubunda** yer alan kadınlara göre, **sağlık okuryazarlığı** daha yüksek saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark **bulunmuştur**.
- ❖ Eğitim sonrası deney grubunda **KKMM yapan kadınların**, KKMM yapmayan kadınlara göre, sağlık okuryazarlığı, KKMM yarar algısı daha yüksek, KKMM engel algısı daha düşük saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark **bulunmuştur**.
- ❖ Eğitim sonrası deney grubunda **KKM yaptıran kadınların**, KMM yaptırmayan kadınlara göre sağlık okuryazarlığı daha yüksek, KKMM engel ve mamografi engel algısı daha düşük saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark **bulunmuştur**.
- ❖ Eğitim sonrası deney grubunda **mamografi çektiren kadınların**, çektirmeyenlere göre sağlık okuryazarlığı, ciddiyet, duyarlılık, sağlık motivasyon ve mamografi yarar algısı yüksek mamografi engel algısı düşük saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark **bulunmamıştır**.
- ❖ Deney grubunda yer alan kadınların **eğitim öncesi** KKMM yapma engelleri incelendiğinde; kadınlarda en fazla gören engelin %75 ile ihmal etme veya unutma olduğu görülmektedir. Ayrıca kadınların %55,8'i şikayetinin olmaması, %32,7'si nasıl yapacağını bilmemesi, %30'u önemsememesi, %17,3'ü kitle bulma korkusu ve %28,8'i de etkili yaptığını düşünmeme nedeni ile KKMM yapmadığını saptanmıştır.
- ❖ Deney grubunda yer alan kadınların **eğitim öncesi** KMM veya mamografi engelleri incelendiğinde ise; kadınların %73,1'nin ihmal etme veya unutma nedeni ile KMM veya mamografi çektirmediği görülmektedir. Aynı zamanda kadınların %34,6 'si iş koşullarından dolayı, %32,7'si bilgi eksikliği, %19,2 'si korku ve utanma, %13,5 meme kanseri korkusu, %11,5'i de kadın doktorun olmaması nedeni ile KMM veya mamografi çektirmediğini saptanmıştır.

## 6.2. Öneriler

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıda önerilerimiz sunulmaktadır.

- ❖ Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yer alan sağlık profesyonellerinin, kadınlarda meme kanseri bilincini geliştirmek ve erken tanı programlarına katılım oranlarını yükseltmek amacıyla sağlık eğitimleri düzenlemesi ve bu eğitimlerin yaygınlaştırılıp sürekliliğinin sağlanması,
- ❖ Kadınlara yönelik sağlık eğitimlerinde sağlık davranışı kazanmada etkili olduğu bilinen Sağlık İnanç Modeli başta olmak üzere kavramsal modellerden yararlanılması,
- ❖ Sağlık profesyonelleri tarafından hazırlanacak eğitim programlarında işitsel (video gösterimi) ve görsel (afiş, broşür) materyallerin birlikte kullanılması ve bu materyallerin hedeflenen grubun sağlık okuryazarlık düzeyine uygun hazırlanması,
- ❖ Sağlık eğitimi programları sonrası erken tanı davranış kazanmada uyarıcı eylem olarak hatırlatıcı aktivitelerin (telefon hatırlatmaları, e-posta gönderimi) kullanılması,
- ❖ Kalıcı sağlık davranışlarının kazanılması için sağlık eğitimlerinin belli aralıklarla tekrarlanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi,
- ❖ Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarını kazandırmak için sağlık eğitimlerinde meme kanserine yönelik özellikle duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algılarında olumlu değişimler gerçekleştirilerek erken tanı davranışına yönelik motivasyonun sağlanması,
- ❖ Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını uygulamada yaşadıkları engellerinin belirlenmesi ve bu engeller doğrultusunda girişimsel faaliyetlerde bulunulması,

- ❖ Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların, kadınları meme kanseri tarama programlarına yönlendirirken KETEM'lerin tanıtımına önem vermesi,
- ❖ Sağlık alışanları tarafından kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerinin yarar ve zararları konusunda güncel doğru bilgilerle bilgilendirilmesi,
- ❖ Toplumda meme kanseri ve erken tanı davranışları açısından riskli kadın gruplarının tespit edilmesi ve öncelikli olarak müdahale programlarının hazırlanması,
- ❖ çalışan kadınların sayıca fazla olduğu kurumlarda kadın sağlık merkezleri açılarak kadınlara meme kanserine yönelik korucu sağlık hizmetleri sunulması,
- ❖ İş sağlığı kapsamında iş yeri hemşiresi ve hekimi tarafından, hizmet içi eğitim programları ve hatırlatıcı aktiviteler planlanarak meme kanseri farkındalığının ve erken tanı davranışlarına katılım oranlarının yükseltilmesi,
- ❖ çalışan kadınlarda KMM'sinin, meme muayenesinde deneyimli iş yeri hemşiresi ve hekimi tarafından yapılması ve mamografi taramaları için ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi,
- ❖ Kadın sağlığını geliştirmek, meme kanseri farkındalığını artırmak ve koruyucu sağlık hizmetlerin kullanım oranlarını yükseltmek amacıyla yetersiz ve sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyine sahip kadınların tespit edilerek sağlık eğitimleri, danışmanlık vb. faaliyetlerle sağlık okuryazarlığını iyileştirme müdahalelerinde bulunulması,
- ❖ Kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışları üzerindeki etkisini inceleyen ileri düzeyde daha fazla çalışmanın yapılması önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- Açıköz A, Çehreli R, Ellidokuz H. (2015). Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *The Journal of Breast Health*, 11:31-8.
- Açıköz A, Ergör G. (2013). Kadınlarda meme kanseri risk algısını etkileyen etmenler ve Gail modeli ile risk düzeyinin karşılaştırılması. *Journal of Breast Health*, 9(3):156-162.
- Akbolat M, Kahraman G, Erigüç G, Sağlam H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?; Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 15(4):354-362.
- Aker S, Öz H, Tunçel EK. (2014). Samsun ilinde yaşayan yirmi yaş üstü kadınların meme kanseri risk faktörleri açısından değerlendirilmesi. *Journal of Breast Health*, 10(4):229-233.
- Aker S, Öz H, Tunçel EK. (2015). Samsun'da yaşayan kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları ve bu uygulamaları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *The Journal of Breast Health*, 11:115-122.
- Aksoy YE, Turfan EÇ, Sert E, Mermer G. (2015). Meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin engeller. *the Journal of Breast Health*, 11:26-30.
- Akyolcu N, Uğraş G. (2011). Kendi kendine meme muayenesi: Erken tanıda ne kadar önemli?'. *The Journal of Breast Health*, 7(1):10-14.
- Al-Sakkaf KA, Basaleem HO. (2016). Breast cancer knowledge, perception and breast self- examination practices among Yemeni women: An application of the Health Belief Model. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(3):1463-1467.

- Altunkan H, Akın B, Ege E. (2008). 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(2):84-91.
- Andıç S. (2011). Birinci Derece Yakınlarında Meme Kanseri Olan Kadınların Bilgi Ve Destek Gereksinimlerinin Saptanması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Ö Karayurt).
- Aras Z, Temel BA. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(2):85-94.
- Aslantekin F, Yumrutaş M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,13(4):327-334.
- Ateş E, Bozkurt B, Çam R. (2018). Sensitivities of the Gail, NSABP and NCI risk analysis models for Turkish women for breast cancer risk assessment. *Ankara Medical Journal*, 18(1):31-39.
- Avcı Aİ, Atasoy A, Sabah E. (2007). Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(60):119-128.
- Avcı İ, Gözüm S. (2009). Comparison of two different educational methods on teachers' knowledge, beliefs and behaviors regarding breast cancer screening. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(2):94-101.
- Aydın S, Akça T. (Eds) (2011). Tüm Yönleriyle Meme Kanseri. Nobel Kitabevi, Adana.s.33-46.
- Aydoğdu GN, Bahar Z, (2011). Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1):34-40.
- Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4):321-326.



- Barry MM, D'Eath M, Sixsmith J. (2013). Interventions for improving population health literacy: Insights from a rapid review of the evidence. *Journal of Health Communication*, 18(12):1507-1522.
- Baskan S, Atahan K, Arıbal E, Özaydın N, Balcı P, Yavuz E. (2012). Meme kanserinde tarama ve tanı. *The Journal of Breast Health*, 8(3):100-125.
- Başak F. (2016). Konya ili, Bozkır ilçesinde meme kanseri tarama ile ilgili bilgi ve davranışların değerlendirilmesi, kesitsel anket çalışması. *Bezmialem Science*, 1: 19-24.
- Başaran BB, Güler C, Çağlar İS, Özdemir AT. (Eds), (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Türkiye Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara. s.38-40.
- Baysal HY, Polat H. (2012). Determination of the breast cancer risk levels and health beliefs of women with and without previous mammography in the eastern part of Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10):5213-5217.
- Baysal YH. (2008). Meme Kanseri ve Mamografiye İlişkin Sağlık İnançları İle Telefonla Hatırlatmanın Tekrar Mamografi Çektirmeye Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. S Gözüm).
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2):97-107.
- Bilir N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1):61-68.
- Bonfill CX, Marzo CM, Pladevall VM, Marti J. (2009). Emparanza JI Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening In: Ersin F, Bahar Z. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(1):28-38.

- Brewer NT, Tzeng JP, Lillie SE, Edwards AS, Peppercorn JM, Rimer BK. (2009). Health literacy and cancer risk perception: Implications for genomic risk communication. *Medical Decision Making*, 29(2):157-166.
- Bulduk S, Seher Y, Dinçer Y, Ardıç E. (2015). Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1):28-34.
- Carollo S. (2015). Low health literacy in older women: The influence of patient/clinician relationships. *Geriatric Nursing*, 36(2):38-42.
- Coleman C. (2017). Early detection and screening for breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(2):141-155.
- Çakır S, Kafadar MT, Arslan ŞN, Türkan A, Kara B, İnan A. (2016). Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, 2(3):186-194.
- Çenesiz E. (2007). Türkiye’de Yapılmış Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Çalışmaların Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. N Atak).
- Çimen Z, Temel AB. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3):105-125.
- Çopurlar KC, Kartal M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli?. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1):42-47.
- Çopurlar KC. (2016). Kadınların Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Meme Kanseri Bilgi Ve Tarama Davranışının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir. (Danışman: Doç. Dr. M Kartal).

- Demir E, Saatçioğlu Ö, İmrol F. (2016). Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmalarının normallik varsayımları açısından incelenmesi. *Curr Res Educ*, 2(3):130-148.
- Demirkazık F. (2014). Yüksek riskli kadına yaklaşım: Risk nedir? Nasıl hesaplanır? Yüksek riskte ne yapılmalı?. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 2:206-216.
- Dinçel E, Kısmet K, Erel S, Sunay D, şahin M, Taşova V, Akkuş MA. (2010). İlk mamografi yaşına etki eden faktörler. *The Journal of Breast Health*, 6(3):113-117.
- Dinçel O, Başak F, Pektaş B, Kınacı E. (2014). Eğitim seviyesi düşük kadınların meme kanseri bilgi düzeyi ve risk hesaplaması. *J Kartal TR*, 25(3):181-186.
- Dolgun E, Kabataş M, Ertem G. (2009). 20 yaş ve üzeri kadınlara kendi kendine meme muayenesi hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5(3):141-147.
- Erdoğan ÖN, Araman AO. (2017). Health beliefs and functional health literacy; interaction with the pharmaceutical services. *Istanbul J Pharm*, 47(2):68-71.
- Eroğlu C, Eryılmaz MA, Cıvcık S, Gurbuz Z. (2010). Meme kanseri risk değerlendirmesi: 5000 olgu. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 1(20):27-33.
- Ersin F, Bahar Z. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylöl Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(1):28-38.
- Eser S. (2015). Türkiye'de yaşam boyu kanser olma yığılımlı riskleri. *Turk J Public Health*, 13(2):87-96.
- Ewaid HS, Al-Azzawi LH. (2017). Breast cancer risk assessment by Gail Model in women of Baghdad. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(2):183-186.
- Farma K, Jalili Z, Zareban I, Pour M. (2014). Effect of education on preventive behaviors of breast cancer in female teachers of guidance schools of Zahedan city based on health belief model. *Journal of Education and Health Promotion*, 3:77.

- Farmer D, Reddick B, D'Agostino R, Jackson, SA. (2007). Psychosocial correlates of mammography screening in older African American women. *Oncology Nursing Forum*, 34(1):117-123.
- Fernandez DM, Larson JL, Zikmund-Fisher BJ. (2016). Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: Findings from the health and retirement study. *BMC Public Health*, 16:596.
- Gençtürk N. (2007). Meme kanserinden korunma. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4):72-82.
- Gençtürk N. (2013). Kadın sağlık profesyonellerinin meme kanseri erken tanı yöntemlerini bilme ve uygulama durumları. *Meme Sağlığı Dergisi*, 9(1):5-9.
- Gözüm S, Aydın I. (2004). Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's Health Belief Model scales. *Cancer Nurs*, 27(6):491-498.
- Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. (2004). Meme kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2):71-85.
- Graham ME, Liggons Y, Hypolite M. (2002). Health beliefs and self breast examination in black women. *Journal of Cultural Diversity*, 9(2):49-54.
- Güçlü S, Tabak RS. (2013). Impact of health education on improving women's knowledge and awareness of breast cancer and breast self examination. *The Journal of Breast Health*, 9(1):18-22.
- Güney E. (2009). İzmir'de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları İle Sosyo-Demografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. A Beşer).
- Hajian S, Vakilian K, Najabadi KM, Hosseini J, Mirzaei HR. (2011). Effects of education based on the health belief model on screening behavior in high risk women for breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12:49-54.

- Halbach SM, Enders A, Kowalski C, Pfortner TK, Pfaff H, Wesselmann S, Ernstmann N. (2016). Health literacy and fear of cancer progression in elderly women newly diagnosed with breast cancer: A longitudinal analysis. *Patient Education and Counseling*, 99(5):855-862.
- Hersh L, Salzman B, Snyderman D. (2015). Health literacy in primary care practice. *American Family Physician*, 92(2):118-124.
- Jeong SH, Kim HK. (2016). Health literacy and barriers to health information seeking: A nationwide survey in South Korea. *Patient Education and Counseling*, 99(11):1880–1887.
- Jirojwong S, MacLennan R. (2003). Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3):241-249.
- Kaas J, Stasková V, Šulistová R. (2016). The concept of health literacy in contemporary nursing. *Journal of Nursing and Social Sciences Related to Health and Illness*, 18(4):219-223.
- Karakayali FY, Ekici Y, Sevmiş Ş, Pehlivan S, Arat Z, Moray G. (2007). Meme kanseri için risk belirlenmesinde Gail modeli. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 23(4):129-135.
- Karayurt Ö, Dicle A, Malak A. (2009). Effects of peer and group education on knowledge, beliefs and breast self-examination practice among university students in Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 39(1):59-66.
- Kartal A, İnci FH, Koş N, Çınar Öİ. (2017). Kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 1:7-13.
- Kayhan A, Arıbal E. (2014). Meme kanseri taraması: Neden yapıyoruz? Ne zaman? Değerlendirmede yaşanan sorunlar. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 2:230-240.
- Khiyali Z, Aliyan F, Kashfi H, Mansourian M, Jeihooni A. (2017). Educational intervention on breast self-examination behavior in women referred to health

- centers: Application of Health Belief Model. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(10):2833–2838.
- Kılbaş Z, Yıldız R, Öztürk E. (2012). Meme kanseri için erken tanı ve tarama programları nasıl olmalıdır?. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(2):225-230.
- Kıssal A, Beşer A. (2012). Yaşlı kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışları arttırılabilir mi? Sağlık çalışanlarının sorumlulukları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(3):116-128.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. (Eds) (2013). Health Literacy Solid Facts. World Health Organization Regional Office for Europe, Danimarka.s.4-6.
- Koca B. (2010). Kendi kendine meme muayenesini bilmenin kadın sağlığı açısından önemi. *Yeni Tıp Dergisi*, 27:10-14.
- Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay SS, Tükün A, Yalçın B. (2011). Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon: İstanbul 2010 konsensus raporu. *The Journal of Breast Health*, 7(2):47-67.
- Kolutek R, Avcı İA. (2015). Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. *J Breast Health*, 11:155-162.
- Kozan R, Tokgöz VY. (2016). Türkiye’de meme kanseri farkındalığı ve tarama programı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4:185-188.
- Lodi M, Scheer L, Reix N, Heitz D, Carin AJ, Thiébaud N, Neuberger K, Tomasetto C, Mathelin C. (2017). Breast cancer in elderly women and altered clinico-pathological characteristics: A systematic review. *Breast Cancer Research and Treatment*, 166(3):657-668.
- Masoudiyekta L, Bayatıyani HR, Dashtbozorgi B, Gheibizadeh M, Malehi AS, Moradi M. (2018). Effect of education based on health belief model on the behavior of breast cancer screening in women. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1):114-120.

- Mazor KM, Roblin DW, Williams AE, Greene SM, Gaglio B, Field TS, Costanza ME, Han PK, Saccoccio L, Calvi J, Cove E, Cowan R. (2012). Health literacy and cancer prevention: Two new instruments to assess comprehension. *Patient Education and Counseling*, 88(1):54-60.
- Mazor KM, Williams AE, Roblin DW, Gaglio B, Cutrona SL, Costanza ME, Han PK, Wagner JL, Fouyazi H, Field TS. (2014). Health literacy and pap testing in insured women. *Journal of Cancer Education*, 29(4):698-701.
- Mermer G. (2010). Kemalpaşa'da 50-70 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri Ve Mamografi Eğitimi Etkisinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. MT Soyer).
- Nahcivan NÖ, Seçginli S. (2003). Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: Bir rehber olarak Sağlık İnanç Modeli'nin kullanımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2):35-38.
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3):259-267.
- Oldach R, Katz M. (2014). Health literacy and cancer screening: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 94;149-157.
- Özçelik FM. (Ed), (2018). Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. Türk Cerrahi Derneği Yayınları, Ankara, s.298-313.
- Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer ÇH, Hüdayioğlu R, Özdemir M. (2009). Kahramanmaraş'ta yaşayan bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma ve mammografi çektirme durumu ile bunları etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28(1):14-19.
- Özkan S, Keskinçilic B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca M Z, Utku Ş, Hacıkamiloğlu E, Turan H, Dede İ. (Eds), (2013). Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013 – 2018. T.C. Sağlık Bakanlığı Türk Halk Sağlığı Kurumu, Ankara.s.46-47.

- Pagan JA, Brown CJ, Asch DA, Armstrong K, Bastida E, Guerra C. (2012). Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. *J Cancer Educ*, 27(1):132-137.
- Palumbo R, Annarumma C, Adinolfi P, Musella M, Piscopo G. The Italian health literacy project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy*, 120(9):1087-1094.
- Panahi R, Ramezankhani A, Tavousi M, Niknami S. (2018). Adding health literacy to the health belief model: Effectiveness of an educational intervention on smoking preventive behaviors among university students. *Iran Red Crescent Med J*, 20(2):1-12.
- Registe M, Porterfield S. (2012). Health beliefs of African American women on breast self-exam. *The Journal For Nurse Practitioners*, 8(6):446-451.
- Roh S, Burnette CE, Lee YS, Jun JS, Lee HY, Lee KH. (2018). Breast cancer literacy and health beliefs related to breast cancer screening among American Indian women. *Soc Work Health Care*, 28:1-18.
- Rutherford EJ, Kelly J, Lehane EA, Livingstone V, Cotter B, Butt A, O'Sullivan MJ, Connell OF, Redmond HP, Corrigan MA. (2018). Health literacy and the perception of risk in a breast cancer family history clinic. *the Surgeon* 16(2):82-88.
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. (2011). 1. Baskı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.syf.10.
- Secginli S, Nahcivan NO, Gunes G, Fernandez R. (2017). Interventions promoting breast cancer screening among turkish women with global implications: A systematic review. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 14(4):316-323.
- Secginli S, Nahcivan NO, Gunes G, Fernandez R. (2017). Interventions promoting breast cancer screening among Turkish women with global implications: A systematic review. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 14(4):316-323.



- Seçginli S. (2011). Meme kanseri taraması: Son yenilikler neler?. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2):193-200.
- Sevinç Aİ, Canda EA, Atila K, Canda T, Harmancıoğlu Ö, Saydam S, Koçdor AM, Balcı P. (2007). Erkeklerde meme kanseri: 22 olgu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 3(1):14-18.
- Sezer A, Kadioğlu H. (2014). Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3):165-170.
- Sezer A. (2012). Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: H Kadioğlu).
- Sorensen K, Broucke SVD, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H, HLS-EU. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80).
- Sönmez V. (2010). Program Geliştirmede Öğretmen El Kitabı. 16.Baskı, Anı Yayıncılık, Ankara. s.167.
- Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu NA. (2012). Bir sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(4):124-130.
- Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, Shi W, Jiang J, Yao PP, Zhu HP. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International Journal of Biological Sciences*, 13(11): 1387-1397
- Şen S, Başar F. (2012). Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(4):185-190.
- Şencan İ, Keskinliç B. (Eds.). (2017). Türkiye Kanser İstatistikleri. T.C. Halk Sağlığı Kurumu. Ankara. s.35-46.
- Şimşek Z. (2013). Sağlığı geliştirmenin tarihsel gelişimi ve örneklerle sağlığı geliştirme stratejileri, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3):343-358.

- Talas M, Kocaöz S, Kocaöz S. (2015). Health beliefs related to breast cancer screening behaviours in women who applied to cancer early detection center. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(3):265-271.
- Talley CH, Williams PK. (2015). Impact of age and comorbidity on cervical and breast cancer literacy of african americans, latina, and arab women. *Nursing Clinics of North America*, 50(3):545-563.
- Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready ND, Çakır B, Akalın E. (2014). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. 1. baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
- Taş AT, Akış N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 25(3):119-124.
- Tatar C, Erözgen F, Akıncı M, Benek S, Kızılkaya C. (2013). Erkek meme kanserinde prevalans ve klinik deneyimlerimiz. *Med Bull Haseki*, 51:99-101.
- Tözün M, Sözmen KM. (2014). Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı', *Smyrna Tıp Dergisi*, s.48-54
- Tsunematsu M, Kawasaki H, Masuoka Y, Kakehashi M. (2013). Factors affecting breast cancer screening behavior in Japan--assessment using the health belief model and conjoint analysis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(10):6041-6048.
- Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Educ Behav*, 36(5):860-877.
- Wang W, Hsu S, Wang J, Huang L, Hsu W. (2014). Survey of breast cancer mammography screening behaviors in Eastern Taiwan based on a health belief model. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 30:422-427.
- Yıldırım DA, Özyaydın AN. (2014). İstanbul / Moda'da oturan kadınların meme kanseri ile ilgili bilgileri, bilgi kaynakları ve meme kanseri taramalarına katılımları. *J Breast Health*, 10(1):47-56.

- Yıldırım F, Keser A. (Eds) (2015). Sağlık Okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- Yılmaz D, Bebis H, Ortabag T. (2013). Determining awareness of and compliance with breast cancer screening among Turkish Residential women. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 14(5):3281-3288.
- Yılmaz M, Güler G, Bekar M, Güler N. (2011). Risk of breast cancer, health beliefs and screening behaviour among Turkish academic women and housewives. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(3):817-822.
- Yılmaz M, Sayın Y, Cengiz HÖ. (2017). The effects of training on knowledge and beliefs about breast cancer and early diagnosis methods among women. *European Journal of Breast Health*, 13: 175-82.
- Yılmaz M, Tiraki Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür?. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4):142-147.
- Yılmaz SM, Atak N. (2014). Meme kanseri riskinin beslenme ile ilişkili faktörler açısından değerlendirilmesi. *Turk J Public Health*, 12(1):51-60.
- Yılmazel G, Çetinkaya F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(1):69-74.
- Yılmazel G. (2018). Health literacy, mammogram awareness and screening among tertiary hospital women patients. *Journal of Cancer Education*, 33(1):89-94.
- Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2):195-203.
- İnternet: American Cancer Society 2018a. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention.html> Erişim Tarihi: 12.05.2018.
- İnternet: American Cancer Society 2018b. <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/breast-cancer-signs-and-symptoms.html> Erişim tarihi: 12.05.2018.

## 8. EKLER

### Ek 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu araştırma, Karabük Üniversitesinde çalışan kadınlarda, Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılan eğitimin, sağlık okuryazarlık düzeyi ve meme kanseri erken tanı taramalarına yönelik tutum ve davranışlarına etkisi incelemek amacıyla yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplar sadece araştırma verilerinin değerlendirilmesinde kullanılacak ve gizli tutulacaktır. **Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.** Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Simge ERDAL  
KBÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Adınız Soyadınız:
2. Yaşınız:.....
3. Öğrenim Durumunuz: 1. ( ) Lisans. 2. ( ) Yüksek lisans 3. ( ) Doktora
4. Medeni Durum: 1. ( ) Evli 2. ( ) Bekar
5. Sağlık meslekleri ile ilginiz:  
1. ( ) Sağlık alanında mesleki bir eğitim aldım 2. ( ) Sağlık alanında mesleki bir eğitim almadım
6. İlk adet yaşınız kaçtır? .....
7. İlk çocuğunuzu kaç yaşında doğurdunuz? .....  
( ) Doğum yapmadım
8. Herhangi bir meme hastalığınız mevcut mu?  
1. ( ) Hayır  
2. ( ) Fibrokistik meme  
3. ( ) İyi huylu meme tümörü  
4. ( ) Meme kanseri
9. Ailenizden herhangi birinde (anne, baba, anneanne, babaanne, teyze, hala, kız çocuğu, kız kardeş, kuzen) meme kanseri var mı?  
1. ( ) Var Yakınlık derecesi:..... 2. ( ) Yok
10. Daha önce hiç meme biyopsisi yaptırdınız mı?  
1. ( ) Evet ( Kaç kez:.....Sonuç:..... ) 3. ( ) Hayır
11. Sizce meme kanserine yakalanma riskiniz yüksek mi?  
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır 3. ( ) Bilmiyorum
12. Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerini biliyor musunuz?  
1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır ( 15. Soruya geçiniz)
13. Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemlerinden hangilerini biliyorsunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)  
1. ( ) Kendi Kendine Meme Muayenesi  
2. ( ) Klinik Muayene  
3. ( ) Meme Ultrasonu  
4. ( ) Mamografi  
5. ( ) Hiçbirini bilmiyorum
14. Meme kanseri erken tanı ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgileri nerden öğrendiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)  
1. ( ) Televizyon-radyo  
2. ( ) Dergi-gazete-broşür  
3. ( ) Ebe-hemşire-doktor  
4. ( ) Arkadaş-komşu  
5. ( ) Konferans-seminer

15. Erken tanı ve tarama davranışları yapma sıklıklarınızı işaretleyiniz?

Kendi Kendine Meme Muayenesi	Klinik Meme Muayenesi	Mamografi
<input type="checkbox"/> Ayda 1 kez <input type="checkbox"/> Düzensiz aralıklarla <input type="checkbox"/> Hiç yaptırmadım	<input type="checkbox"/> Yılda 1 kez <input type="checkbox"/> 2-3 yılda 1 kez <input type="checkbox"/> Düzensiz aralıklarla <input type="checkbox"/> Hiç yaptırmadım	<input type="checkbox"/> Yılda 1 kez <input type="checkbox"/> 2-3 yılda 1 kez <input type="checkbox"/> Düzensiz aralıklarla <input type="checkbox"/> Hiç yaptırmadım

16. Kendi kendinize düzenli meme muayenesi yapmada ki engelleriniz nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- İhmal ediyorum/ Unutuyorum
- Nasıl yapmam gerektiğini bilmiyorum
- Önemsemiyorum
- Etkili olarak yaptığımı düşünmüyorum
- Yapmaktan korkuyorum (Kitle bulma korkusu)
- Şikâyetim olmadığı için yapmıyorum
- Hiçbir engelim yok

17. Mamografi veya klinik meme muayenesi yaptırmaya yönelik engelleriniz nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- Utanıyorum
- Meme muayenesi ve mamografi çektirmekten korkuyorum
- Nerede yapıldığını bilmiyorum
- Yaptırmam gerektiğini bilmiyorum
- Meme kanserinden korkuyorum
- İhmal ediyorum
- Gideceğim kurumda kadın doktor olmasını istiyorum
- İş koşullarımdan dolayı fırsat bulamıyorum
- Hiçbir engelim yok

18. İş yerinizde, kadın sağlığına ve meme kanserinin erken tanısına yönelik verilecek sağlık hizmeti hakkında ne düşünüyorsunuz?

- Sağlık Hizmetinden yararlanırım
- Sağlık Hizmetinden yararlanmam
- Bir fikrim yok

19. Kadın sağlığına ve meme kanserinin erken tanısına yönelik sağlık hizmetlerinin iş yerinizde verilmesinden rahatsızlık duyar mısınız?

- Evet
- Hayır

## Ek 2. SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

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

Sıra No		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Meme kanseri olma ihtimalim çok yüksektir.					
2	Önümüzdeki birkaç yıl içinde meme kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
3	Yaşamımın bir döneminde meme kanseri olacağımı hissediyorum.					
4	Meme kanserini düşünmek beni korkutur					
5	Meme kanserini düşündüğümde heyecanlanırım					
6	Meme kanserini düşünmekten korkarım					
7	Meme kanseri ile beraber deneyimleyeceğim problemler çok uzun bir süre devam edecek					
8	Meme kanseri olmak eşimle (ya da erkek arkadaşım, birlikte olduğum kişiyle) ilişkiimi tehdit eder.					
9	Meme kanseri olursam bütün hayatım değişecek					
10	Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim					
11	Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.					
12	Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
13	Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.					
14	Dengeli beslenirim					
15	KKMM yaptığımda kendime iyi bakmak adına bir şey yapıyorum.					
16	Her ay KKMM yapmam mememdeki kitleleri erken bulmamı sağlayabilir.					
17	Her ay KKMM yapmam meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltabilir.					
18	Eğer KKMM ile erkenden bir kitle bulursam meme kanseri tedavim kötü olmayabilir.					
19	KKMM yapmaktan sıkılıyorum					
20	KKMM yapmak çok fazla zaman alıyor					
21	Meme muayenesini yapmayı hatırlamak zordur					
22	Meme muayenesini yapmak için yeterli mahremiyeti sağlayacak yerim yok.					
23	Eğer bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırdıysanız, KKMM yapmanız gerekmez.					
24	Rutin mamografi çektiriyorsanız KKMM yapmanız gerekmez					
25	Memelerim bana KKMM yapamayacağım kadar büyük geliyor.					
26	KKMM yapmaktan çok daha önemli problemlerim var.					
27	KKMM nin nasıl yapılacağını biliyorum.					
28	KKMM ni doğru bir şekilde yapabilirim.					
29	KKMM yaparak mememde bir kitle bulabilirim					

Sıra No		Kesimlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesimlikle katılıyorum
30	Ceviz büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
31	Fındık büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
32	Bezelye büyüklüğündeki bir kitleyi mememde bulabilirim.					
33	KKMM yapmak için takip edilecek adımları biliyorum.					
34	KKMM yaptığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim.					
35	Aynaya baktığımda memelerimde bir sorun olduğunu söyleyebilirim.					
36	Memelerimi muayene ederken parmaklarımın doğru yerlerini kullanabilirim.					
37	Mamografi çektirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.					
38	Mamografi çekirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.					
39	Mamografi çektiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavi o kadar kötü olmayabilir.					
40	Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çekirmek benim için en iyi yoldur.					
41	Mamografi çekirme meme kanserinden ölmeye ihtimalimi azaltacaktır.					
42	Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çekirmekten korkarım.					
43	Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çekirmekten korkarım.					
44	Mamografi çekirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum.					
45	Mamografi çekirmek çok sıkıntı vericidir.					
46	Mamografi çekirmek çok fazla zaman alır.					
47	Mamografi çekirmek çok acı vericidir.					
48	Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.					
49	Mamografi çekirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak.					
50	Mamografi çekirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam.					
51	Mamografi çekirmekten daha önemli problemlerim var.					
52	Gerekli aralıklarla mamografi çekirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.					

### Ek 3. YETİŞKİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ

Aşağıda sağlık ile ilgili bazı bilgileri gerektiren sorular verilmiş olup, bu konudaki bilgi durumunuzun belirlenmesi planlanmıştır. Her bir soruyu dikkatli okuyup size uygun düşen seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir maddeyi boş bırakmamaya dikkat ediniz. Teşekkürler.

1. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
  1. ( ) Baş dönmesi
  2. ( ) Göz kararması
  3. ( ) Terleme
  4. ( ) Baş Ağrısı
  5. ( ) Halsizlik
  6. ( ) Bilmiyorum
2. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
  1. ( ) Baş dönmesi
  2. ( ) Göz kararması
  3. ( ) Terleme
  4. ( ) Baş Ağrısı
  5. ( ) Halsizlik
  6. ( ) Bilmiyorum
3. Düzenli olarak tartılır mısınız?
  - 1.( ) Evet
  - 2.( ) Hayır
4. Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz?
  - 1.( ) Evet
  - 2.( ) Hayır
5. Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısısı kaç derece olmalıdır?
  1. ( ) 36 C° üstü
  2. ( ) 36.5 C° üstü
  3. ( ) 37 C° üstü
  4. ( ) 37.5 C° üstü
  5. ( ) Bilmiyorum
6. Ev ortamında ateşli durumlarda ilk olarak neler yapılabilir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
  1. ( ) İlk duş almak/aldırmak
  2. ( ) Soğuk suya tutmak
  3. ( ) Başına sirkeli bez koymak
  4. ( ) Acile başvurmak
  5. ( ) Terletmek için üzerini örtmek
  6. ( ) Kıyafetlerini çıkarmak
  7. ( ) Başına, koltuk altına, kasıklara ve eklemlere soğuk kompres uygulamak
  8. ( ) Bilmiyorum
7. Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
  1. ( ) Eşin korunması(geri çekme)
  2. ( ) Kondom(prezervatif)
  3. ( ) Ria(şpiral)
  4. ( ) Doğum kontrol hapları
  5. ( ) Bilmiyorum
8. Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah 8 de alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız?  
.....
9. Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?  
.....
10. Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız?
  1. ( ) Yemekten hemen önce
  2. ( ) Yemekten 1 saat önce
  3. ( ) Yemekle beraber
  4. ( ) Bilmiyorum
11. Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
  1. ( ) Dâhiliye
  2. ( ) Gastroenteroloji
  3. ( ) Üroloji
  4. ( ) Kardiyoloji
  5. ( ) Acil
  6. ( ) Bilmiyorum



12. Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. ( ) Dahiliye
2. ( ) Gastroenteroloji
3. ( ) Üroloji
4. ( ) Kardiyoloji
5. ( ) Acil
6. ( ) Bilmiyorum

13. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.

Kendi Kendine Meme Muayenesi	( )	a. 50 yaş üstü bireyler için her yıl
Mamografi Tarama Testi	( )	b. 18 yaşından itibaren her ay
Pap Smear Testi	( )	c. 40 yaş üstü kadınlarda iki yılda bir
Bağırsak Kanseri Taraması	( )	d. 18 yaş üstü kadınlarda üç yılda bir

14. Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.

Dahiliye	( )	a. İdrar Yolu Hastalıkları
Radyoloji	( )	b. Ruh Sağlığı
Psikiyatri	( )	c. Görüntüleme Teknikleri
Kardiyoloji	( )	d. Kalp Damar Hastalıkları
Üroloji	( )	e. İç Hastalıkları

15. Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz?

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

16. Sağlık kurumuna başvurunuzda veya sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız?

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

17. Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz?

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

18. Doktor/Hemşire'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışınız?

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

19. Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz?

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

20. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz?

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

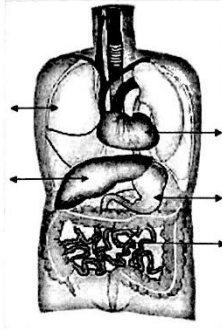
21. Sağlıkla ilgili gazete/dergi v.s okur musunuz?

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

22. Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız?

1. ( ) Evet
2. ( ) Hayır

23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.



## Ek 4. EĞİTİM SONRASI TARAMA DAVRANIŞI İZLEM FORMU

Bu araştırma, Karabük Üniversitesinde çalışan kadınlarda, Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda yapılan eğitimin, sağlık okuryazarlık düzeyi ve meme kanseri erken tanı taramalarına yönelik tutum ve davranışlarına etkisi incelemek amacıyla yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplar sadece araştırma verilerinin değerlendirilmesinde kullanılacak ve gizli tutulacaktır. **Lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.** Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Simge ERDAL  
KBÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Son 3 ay içerisinde erken tanı ve tarama davranışları yapma sıklıklarınızı işaretleyiniz?

Kendi Kendine Meme Muayenesi	Klinik Meme Muayenesi	Mamografi (40 Yaş Üstü)
<input type="checkbox"/> 3 kez <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Hiç yapmadım	<input type="checkbox"/> Bir kez <input type="checkbox"/> Hiç yapmadım	<input type="checkbox"/> Bir kez <input type="checkbox"/> Hiç yapmadım

2. Klinik Meme Muayenesi veya Mamografi çekiminizi yaptırdıysanız hangi sağlık merkezinde yaptırdınız?

- Tarama yaptırmadım
- KBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Safranbolu Devlet Hastanesi
- Özel Klinik ( MEDİKAR)
- Safranbolu Toplum Sağlık Merkezi-KETEM
- Karabük Toplum Sağlık Merkezi- KETEM
- .....

3. Klinik Meme Muayenesi veya Mamografinizde şüpheli bir şey çıktı mı?

- Evet.....
- Hayır

## Ek 5. EĞİTİMİN POWERPOINT SUNUMU

**MEME KANSERİNDE ERKEN TANI  
TARAMALARI  
VE  
SAĞLIK OKURYAZARLIĞIN  
ÖNEMİ**

Buzyayın: Hazretin Şişçi ERDAL  
KİP® Sağlık Bilimleri Enstitüsü (KİP) AŞİD  
11.05.2017 - 13.05.2017

**BUGÜN NELER KONUŞACAĞIZ?**

- Sağlık Okuryazarlık ? (Önemi ve Yaranı)
- Meme dokusu nasıldır?
- Meme kanseri nedir?
- Dünyada ve Türkiye'deki görülme sıklıkları nelerdir ?
- Meme kanserine yakalanma risk faktörleri nelerdir?
- Meme kanseri belirti ve bulguları nelerdir?
- Meme kanserinde erken tanı ve taramalar nedir?
- Kendi kendine meme muayenesi nasıl yapılır?
- İlimizdeki ilgili kurum ve kuruluşlar nerededir?

**EĞİTİMİN AMACI**

Sizlerin,

- Kendi vücudunun sorumluluğunu alması,
- Kendi meme yapısını tanıması,
- Meme dokusundaki çeşitli değişiklikleri fark edebilmesi,
- Kötü huylu tümör olabilecek kitleleri erken dönemde saptayabilmesi,
- Düzenli sıklıklarda meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmenizdir.

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI**

Bireylerin ihtiyacı olduğu sağlık bilgilerine erişimleri, bu bilgileri anlamaları, değerlendirmeleri ve uygulamaları hakkında becerileri

Buzyayın: Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetleri Enstitüsü (KİP) AŞİD

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI NEDEN ÖNEMLİ**  
SAĞLIK BİREYİNDE TOPLUMDAN FAYDALANMAYA  
İletişimde Köprü  
Gürevi

← Sağlık hizmeti sunanlar → Sağlık hizmeti alanlar →

Doğru bilgiyi anlamalı ve güvenirdiğini sınamalı ve karar aşamasında aktif rol almalı

Buzyayın: Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetleri Enstitüsü (KİP) AŞİD

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

<b>Demografik</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Yaş</li><li>• Cinsiyet</li><li>• Eğitim durumu</li><li>• Oturulan yer</li><li>• Medeni durum</li></ul>	<b>Bilimsel</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sağlık bilgi düzeyi</li><li>• Akademi ve pratik sosyal beceriler</li><li>• Bireysel özellikler (zihin yapısı vb.)</li><li>• Hırsızlık bilgi düzeyi</li></ul>	<b>Sağlık sistemi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hizmetler sunması</li><li>• Hizmet kalitesi</li><li>• Sağlık güvenliği</li></ul>
--	--	--

Buzyayın: Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetleri Enstitüsü (KİP) AŞİD

**TÜRKİYE'DE VE AVRUPA'DA DURUM**

ABD'de yüzde 50

Avrupa'da yüzde 47

TOPLUMUN %64.6'SI

**"YETERSİZ" VEYA "SORUNLU"**

SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNE SAHİP

Buzyayın: Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetleri Enstitüsü (KİP) AŞİD

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI YETERSİZLİĞİNİN SONUÇLARI**



Buzyayın: Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetleri Enstitüsü (KİP) AŞİD



- Riskli sağlık davranışlarında artış
- Hastalıkları kontrol edememe ( HT, DMS vb.)
- Tedavilere uyumsuzluk (yanlış doz ilaç kullanımı, yan etkilerin farkında olmama)
- Bilinçsiz ilaç kullanımına (Antibiyotikler!!! ve ağrı kesiciler )
- Yaşam kalitesinde azalmaya

Buzyayın: Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetleri Enstitüsü (KİP) AŞİD

- Koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmaya
- Alternatif tıptan yararlanmama
- Akut, kronik ve bulaşıcı hastalıklarda artışına
- Sağlık sektöründeki bireylerle zayıf iletişim kurmaya
- Hastaneye yatış ve acil servislerini kullanmada artışına
- Sağlık maliyetinde artışa

**ÖLÜM RİSKİ DAHA YÜKSEK BİR BİREY**

SAĞLIK OKURYAZARLIĞIMIZI  
YÜKSELTMEK İÇİN NELER YAPMALIYIZ



**DOKTOR HASTA İLİŞKİSİNDE AKTİF ROL ALIN**

- Kendi sağlığınıza ilişkin sorumluluk duygumuzu artırmalıyız (**karar verici kişi biz olmalıyız**)
- Verilen bilginin güvenilirliğini sınamalıyız
- Gerekirse farklı bir çok doktordan görüş almaktan çekinmeyin
- İletişim sırasında anlamadığınız noktaları tekrar tekrar sormaktan çekinmeyin
- Şikayetlerinizi en iyi şekilde ifade etmeye çalışın

**DOĞRU BİLGİYE ULAŞIN**

- Konunun uzmanlarına danışın
- Tek bir çalışma değil birçok çalışmada kanıtlanmış bilgilere ulaşmaya çalışın
- Sosyal medyada yer alan tüm bilgilere güvenmeyin (Bilginin kaynağını kontrol edin)
- Ticari kaygılardan ötürü yapılan sağlıkla ilgili bilgilerde dikkat edin

**KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNDEN YARARLANIN**

- Mevcut sağlığınızı koruma ve geliştirme uygulamalarını benimsemeliyiz
- Kanser taramalarınızı yaptırmalıyız (meme, rahim, bağırsak kanseri)
- Yılda bir kez aile hekimimize başvurup, kan tahlili ve fiziksel muayenemizi yaptırmalıyız
- Aşılama (hepatit B, tetanos vb.) yaşlılarda ve kronik akciğer hastalıkları olan riskli grupta grip aşısı yaptırılmalıdır.

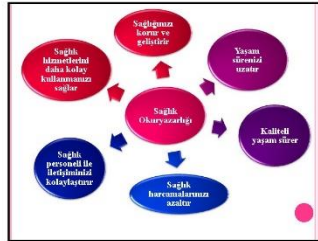
**BİLGİNLİ İLAÇ KULLANIMINA DİKKAT EDİLMELİ**

- İlaç bilgilerinizi okuma alışkanlığı edinilmeli
- Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanılmamalı
- Gereksiz antibiyotik kullanımdan kaçının
- Tek doz antibiyotik kullanımdan kaçınarak Alternatif tıptan yararlanırken dikkatli olunmalı (merdiven altı uygulamalara dikkat edilmeli)



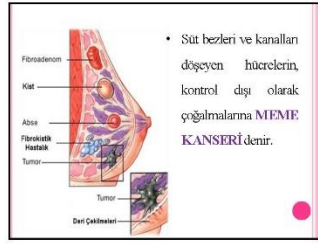
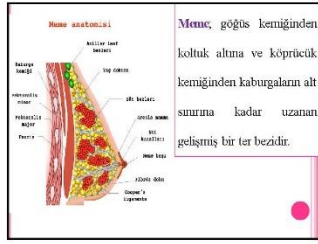
**SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANISLARI EDİNİN**

- Yeterli ve dengeli beslenme
- Fiziksel aktivite
- Kaliteli ve düzenli uyku
- Stres yönetimi
- Güneş ışınından yararlanma (D vitamini)
- Kazalardan Korunma (Ev, iş, Trafik vb.)(Ölüm nedenleri sıralamasında 3. sırada)

**MEME KANSERİNDE ERKEN TANI YÖNTEMLERİ**





**GÖRÜLME SIKLIĞI NEDİR?**

Tablo 21. Endemik Kanser Ajansı (EMK) tarafından gerçekleştirilen 7813 Vakıfınin Üzeri Kadınların 15.000 Gözlemine Neden Kanserlerin Dağılımı (1)

Yerleşim	Buğaya	ABD'nin 24	Meme	ABD
1	Meme	Meme	Meme	Meme
2	Endometrium	Kolon ve rektum	Kolon ve rektum	Kolon ve rektum
3	Kolon ve rektum	Üst solunum yolları	Üst solunum yolları	Kolon ve rektum
4	Üst solunum yolları	Üst solunum yolları	Üst solunum yolları	Üst solunum yolları
5	Üst solunum yolları	Üst solunum yolları	Üst solunum yolları	Üst solunum yolları

Ülkemizde insidansı  
2009 → 40.6 (100.000)  
2013 → 45.9 (100.000)  
Son bir yılda 16.646 kadına meme kanseri

1. Türkiye Kanser Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Biyoloji Kurumu, 2017, Ankara.

Her 8 kadından 1'inde meme kanserine rastlamak mümkün.

Tam konulan her 4 kadından 1'i meme kanseridir!!!

1. Türkiye Kanser Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Biyoloji Kurumu, 2017, Ankara.

Dünyada giderek artan bir sağlık sorunu!!!

Meme Kanseri ?  
Önlenilebilir Mi ?

**MEME KANSERİ**  
Erken Teşhis ile Etkili Tedavi Edilebilir.

Risk Kaygısı ve Farkındalığı ↑

Yüksek Riskli Kadınların

Bilgilendirilmeleri Yakın gözlem

Erken teşhisi mümkün

İyileşme oranı %98

Sağ kalım oranı artmaktadır

1. Türkiye Kanser Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Biyoloji Kurumu, 2017, Ankara.

Meme kanseri risk faktörleri nelerdir?

Meme kanseri belirti ve bulguları nelerdir?

Meme kanseri erken tespiti için neler yapmalıyım?

Peki benim meme kanserine yakalanma riskim nedir?

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

**Cinsiyet**

- En önemli risk faktörü
- Kadınlarda görülme oranı 100 kat daha fazla
- Erkeklerde görülme oranı %1 in altında

**ABD yılda yaklaşık 1500 yeni olgu**

1. Türkiye Kanser Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Biyoloji Kurumu, 2017, Ankara.

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

◦ Yaş ile birlikte görülme sıklığı artmaktadır.  
Meme kanseri tanısı alan kadınların %44,5'i 50-69 yaş %40,4 ünün ise 25-49 yaş



\* KOCAM v ark., "Meme Kanseri Risk Faktörleri, İkinci Değerlendirme" Ya Pratiği ve Etkileri 2018  
Kanser ve Sağlık, The Journal of Breast Health 2018; 13: 1 - 20

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

**İrk**

- Beyaz kadınlarda görülme sıklığının zencilere oranla %20 daha fazla
- Yaşam tarzı ve sosyoekonomik durum
- Ülkemizde Batıda Doğuya oranla 2 kat sıklıkta



\* KOCAM v ark., "Meme Kanseri Risk Faktörleri, İkinci Değerlendirme" Ya Pratiği ve Etkileri 2018  
Kanser ve Sağlık, The Journal of Breast Health 2018; 13: 1 - 20

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

**Ailesel yatkınlık**

- Bir adet birinci derece akrabada meme kanseri olması, meme kanseri riskini 2 kat artırır.
- İki tane birinci derece akraba varlığında ise bu risk 3 kat artar.
- Anne ve babadan eşit gen aktarımı (Hala=Teyze)



\* KOCAM v ark., "Meme Kanseri Risk Faktörleri, İkinci Değerlendirme" Ya Pratiği ve Etkileri 2018  
Kanser ve Sağlık, The Journal of Breast Health 2018; 13: 1 - 20

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

**Genetik Faktörler**

BRCA1/2, p53, PTEN veya meme kanseri riski ile ilişkili diğer gen mutasyonları (riski %50-80)



Riskli gruplarda tarama testlerin yapılması gerekiyor (Kalıtsal Meme Kanseri)

\* KOCAM v ark., "Meme Kanseri Risk Faktörleri, İkinci Değerlendirme" Ya Pratiği ve Etkileri 2018  
Kanser ve Sağlık, The Journal of Breast Health 2018; 13: 1 - 20

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

- İlk doğumun 40 yaş üstü olması
- Menopoz yaşının 55'den büyük olması
- Ostrojen hormonuna maruz kalma süresi artış
- Emzirme süresinin 2 yıldan az olması
- İlk adet yaşının 11'den küçük olması



\* KOCAM v ark., "Meme Kanseri Risk Faktörleri, İkinci Değerlendirme" Ya Pratiği ve Etkileri 2018  
Kanser ve Sağlık, The Journal of Breast Health 2018; 13: 1 - 20

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

**Obezite Ve Yağlı Beslenme**

- > Yağlı besinler, serum östrojen düzeylerini yükselttikleri riski ↑
- > Fiziksel aktivite yetersizliği riski ↑
- > Tavuk eti tüketimine dikkat (?) (östrojen ve antibiyotik direnci)



\* KOCAM v ark., "Meme Kanseri Risk Faktörleri, İkinci Değerlendirme" Ya Pratiği ve Etkileri 2018  
Kanser ve Sağlık, The Journal of Breast Health 2018; 13: 1 - 20

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

**Radyasyona Maruz Kalma**

- > 10-14 yaş arasında radyasyona maruz kalma
- > Göğüs bölgesine yapılan terapötik radyoterapi
- > 45 yaşından sonra bir etkisi yoktur
- > Tamam amaçlı çekimlerin zararı yok

\* KOCAM v ark., "Meme Kanseri Risk Faktörleri, İkinci Değerlendirme" Ya Pratiği ve Etkileri 2018  
Kanser ve Sağlık, The Journal of Breast Health 2018; 13: 1 - 20

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

**Hormon Replasman Tedavisi (HRT) ve Doğum Kontrol Hapı kullanımı**

- > Bilimsel Çalışmalar, HRT alan kadınlarda, meme kanserine yakalanma riskinin arttığı ortaya konmuştur. (Menopoz Sonrası 5 yıldan fazla)
- > Çalışmalarda DKH kullanımı ile meme kanseri riski arasında bir ilişki gösterilememiştir

\* KOCAM v ark., "Meme Kanseri Risk Faktörleri, İkinci Değerlendirme" Ya Pratiği ve Etkileri 2018  
Kanser ve Sağlık, The Journal of Breast Health 2018; 13: 1 - 20

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

**Alkol kullanımı**

- > Çalışmalar alkol tüketim miktar ve süresinin de meme kanseri riskinde artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir.
- > Alkol tüketiminin östrodiol serum düzeylerini yükselttiği bilinmektedir.

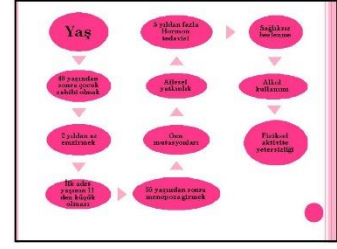
\* KOCAM v ark., "Meme Kanseri Risk Faktörleri, İkinci Değerlendirme" Ya Pratiği ve Etkileri 2018  
Kanser ve Sağlık, The Journal of Breast Health 2018; 13: 1 - 20

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

Her gün 1-2 kadeh alkol almı,  
**MEME KANSERİ GELİŞİM RISKİNİ %35**  
oranında artırır.

**MEME KANSERİ RISK FAKTÖRLERİ**

**Sosyoekonomik düzey**  
Yüksek sosyoekonomik düzey riski 2 kat artırır



**KORUYUCU FAKTÖRLER**

riski % 35-40 azaltır

Fiziksel egzersiz

Emzirme

30 yaş öncesi çocuk sahibi olma

Sağlıklı beslenme

D vitamini

<sup>25</sup>Hyale selenyum (Kanser önleyici olan Yüksek Bileşik Olanlarda)

**MEME SAĞLIĞINA FAYDALI BESİNLER**

- o **Yağlı balık:** Omega-3 ve D vitamini desteği
- o **İyot:** Doğal tuz tüketimi 150-200 mg
- o **Lahanagiller:** Brokoli, karnabakar, kara ve beyaz lahanalar
  - Özel birleşenleri meme kanserini önlemektedir
  - Çiğ tüketimi önemli
- o **Yeşil çay:** Önemli bir Antioksidan
- o **Ceviz:** Günde 60 gr tüketimi meme kanserinden korumaktadır.
- o **Baklagiller:** lif içerikli ve antioksidan etkili
- o **Meyveler:** çilek, portakal, kırmızı üzüm ve yaban mersini gibi antioksidan

**MEME KANSERİNDE ERKEN TANI TARAMALARI**

Kendi Kendine Meme Muayenesi

Klinik Meme Muayenesi

Mamografi

**KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ (ÖNEMLİ)**

- o Memedeki kitlelerin %80'ni kendi kendine meme muayenesi sırasında tespit
- o Ekonomik
- o Kolay
- o Çok basit bir yöntem

ERKEN TANI MEME KANSERİNİN EN ÖNEMLİ FAKTÖRÜDÜR. The Journal of Turkish Geriatrics and Gerontology, 2017, 1(1):1-10

Meme kanseri erken tanısı için ayda bir kez

**5 dakika!**

**KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ AMACIMIZ**

Kadının kendi meme dokusunu daha iyi tanımasıdır ve değişiklikleri fark edebilmesidir.

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ İÇİN  
EN UYGUN ZAMAN

- Adet gören kadınlarda, **adet bitiminden sonra gelen haftada**
- Menopozdaki kadınlarda **her ayın aynı günü**
- Emziren kadınlarda, emzirmeyi takiben **göğüslerdeki süt boşaldıktan sonra**
- Doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda, her **yeni ilaç kutusuna başlamadan önceki gün**

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ NASIL  
YAPILIR?

1) Gözlemleyerek Muayene



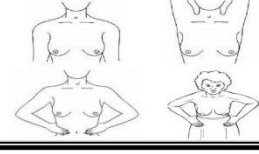
2) Dokunarak Muayene

- ◻ Ayakta
- ◻ Yatarak
- ◻ Duşta



1. ADIM

AYAKTA GÖZLE MUAYENE



GÖZLEM SIRASINDA;

- **Memeyi inceleyin:** Belli bir bölgedeki şişlik anormal durumdur.
- **Meme derisini gözlemleyin:**
  - kızarıklık,
  - buruşma,
  - portakal kabuğu görüntüsü,
  - çukurlaşma anormallik işaretidir.



MEMESİNDE KIRILANNA VE KIZARIKLIK  
MEME KANSERİNİ ERKEN BULGUSU OLABİLİR



**GÖZLEM SIRASINDA;**

- Memelerin **şekli ve boyutunu gözlemleyin**
- İki meme arasında küçük farklılıklar normalde olabilir.
- Ancak memenin birinde görülen büyüme
- Memelerin birinin diğerinden sarkık olması anormaldir

**Memelerin sarımsı sarımsı olması**

**GÖZLEM SIRASINDA;**

Meme uçlarının yönünü kontrol edin:

- meme uçlarının farklı yöne bakması
- meme başında çöküklük, çukurlaşma
- renginde değişiklik olması anormal durumdur

**MEME BAŞINDA İÇERİ ÇEKİLME**

**Meme başı akıntısını kontrol edin:**

Sıkınca gelen açık sarı renkte veya süt kıvamlı akıntı normal iken,

tek memeden ve kendiliğinden gelen kanlı, berrak veya cerahatli akıntı anormaldir.

**GÖZLEM SIRASINDA;**

- Ayrıca koltuk altına da bakın

Koltuk altında ve üst kolda anormal şişlik önemlidir

**2. ADIM**

**Dokunarak Muayene**

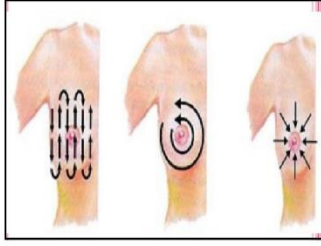
Elle muayenede **elin üç parmağının iç yüzeyleri** kullanılarak tarama yapılır.

- Alt Sınır: Sötyenin alt çizgisi
- Üst Sınır: Köprücük Kemigi
- İç Sınır: Göğüs orta hattı
- Dış Sınır: Koltuk altı ortasından aşağıya inen sınır

**ELLE MUAYENE ŞEKİLLERİ**

Bu muayene şekillerinden hangisi kolay geliyor ise onu seçin.

paralel      dairesel      şınsal



**YATIRILMIŞ ELLE MUAYENE**

**Sol meme muayenesi**  
Sol omuz altına bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirilir.  
Sol el başın altına konur. Sağ el parmak iç yüzeyleri ile meme tümüyle taranır.

**Sağ meme muayenesi**  
Sağ omuz altına bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirilir.  
Sağ el başın altına konur.  
Sol el parmak iç yüzeyleri ile meme tümüyle taranır.

**TARAMA SIRASINDA**

- Hafif, orta ve şiddetli düzeyde baskı uygulayın
- Bu şekilde yüzeydeki ya da daha derindeki kitleleri hissedebilirsiniz
- Düzenli aralıklarla yaptığınızda meme dokunuzu tanyacak ve ufak değişiklikleri fark edeceksiniz

**AYAKTA ELLE MUAYENE**

Banyo sırasında sabunlu iken yapılması önerilir.

**Eğer kitle bulursanız, paniklemeyin. Bu kitlelerin %90'ı kanser değildir.**

Eğer bulgulardan birine sahipseniz mutlaka doktorunuza başvurun...

- Sağda veya solda ağrı hissederseniz
- Sağda veya solda şişkinlik hissederseniz
- Her iki memenin de büyümesi veya şişmesi
- Göğüs derisinin kızamıkçık veya kızamık
- Biriken sıvı ... ağrıya sebep olabilir
- Kanserden önce tespit edilirse iyileşir

**MEMENİN KLİNİK MUAYENESİ**

- 20 yaşından sonra 2 yılda bir sağlık personeline yaptırılmalıdır.
- 40 yaşından sonra yılda bir kez sağlık personeline yaptırılmalıdır.

**MEMENİN KLİNİK MUAYENESİ**

- Klinik öykünüzü değerlendirilir
- Risk düzeyiniz hakkında bilgi verilir
- Meme kanserlerinin % 15-20'si klinikte meme muayenesi ile tespit edilir.

## MAMOGRAFI

**40 yaşından sonra iki yılda bir** mamografi çekilmelidir.

Ailede meme kanseri varsa, hastalığın ortaya çıktığı yaştan 10 yıl önce mamografi çekimine başlanmalıdır.

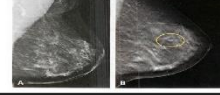


Bir mamografi için en uygun zaman meme dokusunun en az hassas olduğu, adet dönemini takip eden ilk haftadır.



## Tamda en değerli yönlem MAMOGRAFİDİR

- Ele gelmeyen kitelleri saptar.
- Biyopsi alanını belirler.
- Tarama amacıyla yapıldığında **çok erken evrede kanserli kitleyi** saptar.



## NASIL MAMOGRAFI ÇEKİLİR?

- Özel cihaz
- Memeye baskı yapılarak çekilir
- Ağrılı bir işlem olabilir



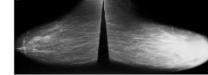
## MEME BASKISI ŞART MI?

- Saçılan radyasyon azalır
- Dokuların baskı ile dağılmasını sağlar
- Memenin hareketsiz kalmasını sağlayarak görüntü kalitesini yükseltir



## MEME ULTRASON YAPTIRMALI MIYIZ?

- Ultrason meme dokusu yoğun olan menopoz öncesi kadınlarda yardımcı ek tetkidir.
- 40 yaşından önce meme dokusu yoğun olduğundan mamografi duyarlılığı düşüktür.
- Ultrason taramada her zaman şart değil doktor önerisini dinlemek gerekir.



## Kendi Kendine Meme Muayenesi

20 yaşından sonra her ay

## Klinik Meme Muayenesi

20 yaşından sonra her iki yılda bir  
40 yaşından sonra her yıl

## Mamografi

40 yaşından sonra iki yılda bir

## KLİNİK MEME MUAYENESİ VE MAMOGRAFI TARAMALARI

- KBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Polk.
- Saffranbolu Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polk.
- Saffranbolu Toplum Sağlık Merkezi-KETEM
- Karabük Toplum Sağlık Merkezi- KETEM
- Özel Klinik (MEDİKAR)

Kendi Kendine Meme Muayenesi sorularımız için;  
○ Hemşire Singe ERDAL

## TEŞEKKÜRLER



## Ek 6. SAĞLIK OKURYAZARLIK AFİŞİ

**SAĞLIK OKURYAZARLIĞINIZI  
YÜKSELTEREK  
SAĞLIĞINIZDA  
SÖZ SAHİBİ OLUN!**

**TOPLUMUN %64.6'SI  
“YETERSİZ” VEYA “SORUNLU”  
SAĞLIK OKURYAZARLIK  
DÜZEYİNE SAHIPTİR**

**Doğru bilgiye ulaşmanızı, anlamanızı ve kullanmanızı sağlar**

**Koruyucu Sağlık Hizmetlerin Kullanma oranınızı artırır**

**Kronik, Bulaşıcı ve Kanser Hastalıklarına yakalanma riskinizi düşürür.**

**Bilinçli İlaç Kullanmanızı sağlar**

**Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarınızı olumlu yönde değiştirir**

**Yaşam Kalitenizi artırır**

Ek 7. MEME KANSERİ AFİŞİ-1



**Her 8 Kadında 1'inde  
Meme Kanserine  
Rastlamak Mümkün**

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

20 YAŞINDAN SONRA HER AY

KLİNİK MEME MUAYENESİ

20 YAŞINDAN SONRA HER İKİ YILDA BİR

40 YAŞINDAN SONRA HER YIL

MAMOGRAFİ

40 YAŞINDAN SONRA İKİ YILDA BİR



**Erken Teşhis için  
Kanser Taramalarınızı Yaptırın**

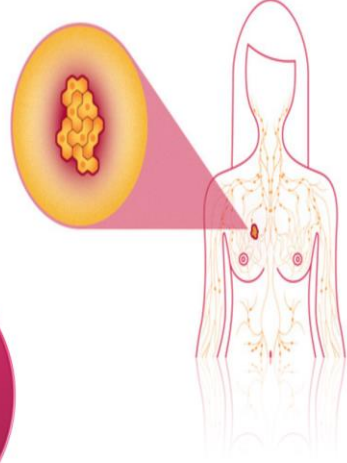
## MEME KANSERİNE YAKALANMA RİSKİNİZİ HİÇ DÜŞÜNDÜNÜZ MÜ?

❖ İlk doğumun 40 yaş üstü olması riski artırır.	❖ Kadınlarda görünme oranı 100 kat daha fazladır.
❖ Emzire süresinin 2 yıldan az olması riski artırır.	❖ Birinci derece akrabada meme kanseri olması riski en az 2 kat artırır.
❖ İlk adet yaşının 11'den küçük olması riski artırır.	❖ Yaş ile birlikte görülme sıklığı artmaktadır.
❖ Menopoz yaşının 55'den büyük olması riski artırır.	❖ Genetik faktörler riski %50-80 artırır.
❖ Obezite ve yağlı beslenme riski artırır.	❖ Östrojen destekli hormon tedavisi riski artırır.
❖ Her gün 1-2 kadeh alkol kullanımı riski artırır.	❖ Fiziksel aktivite azlığı riski artırır.

**MEME KANSERİ  
RİSK FAKTÖRLERİNİN  
FARKINDA OLUN**



## ERKEN FARK EDERSEN ÇOK ŞEY FARK EDER



**Bu Bulguların Birine Sahipseniz  
Mutlaka Doktorunuza Başvurunuz**

## Ek 10. MEME KANSERİ BROŞÜRÜ



### MEME KANSERİNDE ERKEN TEŞHİS HAYAT KURTARIR

Meme kanseri kadınlarda **en sık görülen** ve **erken tespit** edilebilen kanser türüdür. Erken dönemde tespit edilme durumunda meme kanserinde **iyileşme şansı %98'dir.**

#### KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ 20 YAŞINDAN SONRA HER AY

**Klinik MEME MUAYENESİ**  
20 YAŞINDAN SONRA HER İKİ YILDA BİR  
40 YAŞINDAN SONRA HER YIL

**MAMOGRAFİ**  
40 YAŞINDAN SONRA İKİ YILDA BİR

## KORKMA! FARKINDA OL! GEÇ KALMA!



#### KLİNİK MEME MUAYENESİ

- ♥ 20 yaşından sonra 2 yılda bir sağlık personeline yaptırılmalıdır.
- ♥ 40 yaşından sonra yılda bir kez sağlık personeline yaptırılmalıdır.

#### MAMOGRAFİ

- ♥ 40 yaşından sonra, iki yılda bir mamografi çektirmelidir.
- ♥ Bir mamografi için en uygun zaman meme dokusunun **en az hassas olduğu, adet dönenini takip eden ilk haftadır.**



#### Klinik Meme Muayenesi ve Mamografi taramaları için:

- ♥ KBÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi **Tel: 444 7 778**
- ♥ Safranbolu Devlet Hastanesi **Tel: 712 11 88**
- ♥ Safranbolu Toplum Sağlık Merkezi-KETEM **Tel: 412 77 17**
- ♥ Karabük Toplum Sağlık Merkezi-KETEM **Tel: 412 77 17**
- ♥ Özel Klinik (MEDİKAR) **Tel: 415 63 78**

#### Kendi Kendine Meme Muayenesi sorularınız için:

- ♥ Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Simge ERDAL  
**Tel: 0541 578 74 36**  
ULAŞABİLİRSİNİZ



## ERKEN TANIDA EN ETKİLİ ARAÇ ELLERİNİZDİR!



⇒ 20 yaşından itibaren ayda bir olmak üzere ömür boyu kendi kendine meme muayenesi yapılmalıdır.

Kendi Kendine Meme Muayenesi için en uygun zaman:

- ♥ Adet gören kadınlarda adetın 8-12. günleri arasında yapılmalıdır.
- ♥ Menopozdaki kadınlarda her ayın aynı günü yapılması önerilir.
- ♥ Emziren kadınlarda emzirmeyi takiben, göğüslerdeki süt boşaldıktan sonra yapılmalıdır.
- ♥ Doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda her yeni ilaç kutusuna başlamadan önceki gün yapılmalıdır.

### Kendi Kendine Meme Muayenesi nasıl yapılır ?

#### 1. Adım: Gözlemleyerek Muayene

⇒ Aynanın karşısına geçerek her iki memeyi aşağıdaki resimlerde yer alan pozisyonlarda gözlemleyin.



Gözlem sırasında aşağıdaki bulgulardan biri veya birkaçı görüldüğünde hekime başvurulmalıdır.

- ♥ Memede kitle görünümü
- ♥ Memelerden birinde anormal büyüme
- ♥ Memelerden birinin diğerinden sarkık olması
- ♥ Meme cildinde buruşukluk, damarlanmada artma
- ♥ Meme ucunda çukurlaşma
- ♥ Meme ucunda kanlı akıntı
- ♥ Meme ucunda renk değişikliği
- ♥ Memeye komşu lef bezlerinde büyüme
- ♥ Üst kolda anormal şişlik

#### 2. Adım: Dokunarak Muayene

⇒ Sırt üstü, ayakta ve dışta yapabilirsiniz.



- ♥ Memenin kendisi ve meme başları.
- ♥ Koltuk altı ve meme altı bölgelerini muayene ediniz.

- AltSınır: Sütünin alt çizgisi
- ÜstSınır: Köprübeik Kemigi
- İçSınır: Göğüs orta hattı
- DışSınır: Koltuk altı ortasından aşağıya inen sınır



- ♥ Meme başını nazikçe sakarak akıntı gelip gelmediğini kontrol edin.
- ♥ Memenin elle muayenesinde memenin çaprazında kalan elin orta üç parmağının (işaret, orta ve yüzük parmağı) iç yüzeylerini kullanın.
- ♥ Parmaklarınızı birbirine yapışık ve göğüs duvarına paralel tutun.



- ♥ Memedeki kitleler farklı derinliklerde olabilir, bu nedenle parmaklarınızla aynı noktada daire çizerken üç farklı basınçla (hafif, orta, şiddetli) parmaklarınızı basturarak hareket edin.
- ♥ Aynı teknikle koltukaltını kontrol edin. (Muayene edilecek koltukaltı rahat, gergin olmamalı)
- ♥ Dairesel, paralel ve ışın tekniklerini kullanabilirsiniz.
- ♥ Size hangi muayene şekli uygunsa her muayene-nede aynı muayene şeklini kullanın.
- ♥ Düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaparsanız meme dokunuzu tanıyın ve oluşun farklılıklarını anlayabilirsiniz.



## Ek 11. HATIRLATICI KART



20 YAŞINDAN İTİBAREN  
HER AY 1 KEZ  
KENDİ KENDİNE MEME MUAYENENİ  
2 YILDA 1 KEZ  
KLİNİK MEME MUAYENENİ  
YAPMAYI UNUTMA!

40 YAŞINDAN SONRA DÜZENLİ ARALIKLARLA  
KLİNİK MEME MUAYENENİ  
MAMOGRAFİ  
ÇEKİMİNİ YAPTIRMAYI İHMAL ETME!

**SAĞLIĞIN SENİN İÇİN ÖNEMLİ!!!**

## Ek 12. BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL İZİNİ

### B.E.Ü. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Çalışan Kadınlara Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2016-106-12/10	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 12/10/2016	Tarih: 2016/12	
	Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Gülcan KAR'ın sorumluluğunda yürütülecek olan ve yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

<b>B.E.Ü. KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ (Başkan)	Tıbbi Farmakoloji	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hilal AYOĞLU (Başkan Yrd.)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ercan GENCER (Bildirimlerden sorumlu üye)	Fizyoloji	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Uğur EMRE	Genel Cerrahi	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet ARASLI	İmmünoloji	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İbrahim Etem PIŞKIN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sibel KOÇAK	Endodonti	B.E.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Semra DEMİR AKCA	Aile Hekimliği	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ	Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği	B.E.Ü. Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Bilgehan AÇIKGÖZ	Halk Sağlığı	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÜNAL	İç Hastalıkları	B.E.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. İbrahim Kerem ERTEM	Hukuk	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Ecz. Mehmet Kıvanç ERDEM	Eczacı	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Zohre BORAZAN	Ev Hanımı	Serbest	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ  
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı  
İmza:

## Ek 13. KARABÜK ÜNİVERSİTESİ KURUM İZNI



T.C.  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Genel Sekreterlik

Sayı : 32469041-044 / 348738  
Konu : Araştırma İzni Hk

07.11.2016

### REKTÖRLÜK MAKAMINA

İlgi: Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğünün 04/11/2016 tarih ve 347290 sayılı yazısı.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı Öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr. Gülcan KAR'ın danışmanlığında Hemşirelik Bilimi Yüksek Lisans Programı 2014628302002 numaralı öğrencisi Simge ERDAL'ın "**Çalışan Kadınlara Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisi**" konulu tez çalışmasını Üniversitemizde görev yapan akademik ve idari personele uygulanabilmesi hususunda;

Gereğini olurlarınıza arz ederim.

Prof. Dr. Mustafa YAŞAR  
Rektör Yrd.

E-İmzalıdır  
OLUR  
07/11/2016  
Prof. Dr. Refik POLAT  
Rektör

Ek:  
1 - Etik Kurulu Ve Anket Çalışması(21 Sayfa)

Bu Belge 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5.Maddesi gereğince elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Doğrulama Adresi: <http://cdys.karabuk.edu.tr/belgedogrula?id=348738>



Adres: Demir Çelik Kampüsü 100.Yıl / KARABÜK  
Ayrıntılı bilgi için iribat: Bilg. İşl. Demet ÖZDEMİR  
Web: <http://genssek.karabuk.edu.tr>

Tel: 0 370 444 0 478 Faks: 0 370 433 20 05  
E-Posta: [genelskreterlik@karabuk.edu.tr](mailto:genelskreterlik@karabuk.edu.tr)

Terazide, Güzel Alıdıktan Daha Ağır Gelen Hiç Bir Şey Yoktur.

1/1

## Ek 14. YSOYÖ KULLANIM İZİNİ

Gmail - Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Kullanım İzni <https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=9d5661decf&view=pt&se...>

 **Simge Özdağ** <simgeozdag@gmail.com>

---

**Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Kullanım İzni**  
3 ileti

---

**Simge Özdağ** <simgeozdag@gmail.com> 21 Ocak 2016 10:12  
Alıcı: ayses\_18\_9@hotmail.com

Merhaba Ayşe Hanım,

Ben Simge ERDAL, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans yapmaktayım. 'Çalışan Kadınlara Sağlık İnanc Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına ve Sağlık Okuryazarlığına Etkisi' adlı tez çalışmamda sizin geliştirdiğiniz 'Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini' izniniz olursa kullanmak istiyorum.

İyi çalışmalar...

Danışman hocam Halk Sağlığı Bölümü öğretim üyelerinden Yrd.Doç.Dr. Gülcan KAR

---

**ayşe sezer** <ayses\_18\_9@hotmail.com> 25 Ocak 2016 11:03  
Alıcı: Simge Özdağ <simgeozdag@gmail.com>

Merhaba Simge Hanım,

'Yetişkin Sağlık Okuryazarlık Ölçeğini' çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Ölçeği ve puanlamasını ekte gönderiyorum. Herhangi bir sorunuz olursa yardımcı olmak isterim. İyi çalışmalar, Gülcan hanıma selamları iletin..

Date: Thu, 21 Jan 2016 10:12:45 +0200  
Subject: Sağlık Okuryazarlık Ölçeği Kullanım İzni  
From: simgeozdag@gmail.com  
To: ayses\_18\_9@hotmail.com  
[Alıntılanan metin gizlendi]

---

 **Ölçek Puanlaması.docx**  
57K

---

**Simge Özdağ** <simgeozdag@gmail.com> 25 Ocak 2016 21:08  
Alıcı: ayşe sezer <ayses\_18\_9@hotmail.com>

Ayşe Hanım, desteğiniz için çok teşekkür ederim...

25 Ocak 2016 11:03 tarihinde ayşe sezer <ayses\_18\_9@hotmail.com> yazdı:  
[Alıntılanan metin gizlendi]

1 / 1 25.1.2016 21:12

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Simge ERDAL 1988'de İstanbul'da doğdu; ilk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı; İzzet Ünver Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2005 yılında İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu'na girdi; 2009 yılında mezun olduktan sonra İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde Hemşire olarak göreve başladı. 2014 yılından beri Karabük Üniversitesinde bilgisayar işletmeni olarak görev yapmaktadır.

### **ADRES BİLGİLERİ**

Adres : Karabük Üniversitesi Rektörlük Özel Kalem Birimi Merkez/Karabük  
Tel : 03704287878  
Faks : 03704187880  
E-posta : simgeozdag@gmail.com