

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARIN MEME
KANSERİ KORKU DÜZEYLERİNİN MEME
KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA VE
ALGILARINA ETKİSİ**

Perihan POLAT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN

ŞANLIURFA

2015

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARIN MEME
KANSERİ KORKU DÜZEYLERİNİN MEME KANSERİ
ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA VE ALGILARINA
ETKİSİ**

Perihan POLAT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN**

ŞANLIURFA

2015

T.C
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Perihan POLAT' ın hazırladığı “Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Meme Kanseri Korku Düzeylerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına ve Algılarına Etkisi” konulu çalışma, 26/06/2015 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN
Harran Üniversitesi
(Başkan- Danışman)
Üye



Yrd. Doç. Dr. Aygül KISSAL
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Üye



Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA
Harran Üniversitesi
Üye

..... / / 2015
Prof. Dr. Nurten AKSOY
Enstitü Müdürü



TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimin ve tezimin hazırlanması süreçlerinde, sürekli ilgisi, sabrı ve desteği ile yanımda olan, yol gösteren tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN'e, tezimin jüri üyeliğini yapan değerli hocalarım Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA'ya ve Yrd. Doç. Dr. Aygöl KISSAL'a, bu süreçte bana destek olan ve yaşadığım sıkıntıları paylaşan arkadaşım Bircan PLATİN'e, umutsuzluğa kapıldığımda manevi desteklerini hiç eksik etmeyen sevgili aileme teşekkür ederim.

Perihan POLAT

2015

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAY.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vii
GRAFİKLER DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xii
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Mevsimlik Tarım İşçiliği.....	3
2.1.1. Dünyada ve Türkiye Mevsimlik Tarım İşçiliği.....	3
2.1.2. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlık Hizmetlerine Ulaşımı ve Karşılaşılan Engeller5	
2.2. Meme Kanseri.....	6
2.2.1. Meme Kanseri Tanım.....	6
2.2.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi.....	6
2.2.2.1. Dünya’da Meme Kanseri.....	6
2.2.2.2. Türkiye’de Meme Kanseri.....	7

2.2.3. Meme Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri	8
2.2.3.1. Meme Kanserinde Majör Risk Faktörleri	8
2.2.3.2. Meme Kanserinde Yaşam Tarzı İle İlgili Risk Faktörleri.....	10
2.2.4. Meme Kanserinde Belirti ve Bulgular	12
2.2.5. Meme Kanserinde Erken Tanı	13
2.2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi	13
2.2.5.2. Klinik Meme Muayenesi.....	15
2.2.5.3. Mamografi Çektirilmesi.....	16
2.2.6. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarında Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü	17
2.2.7. Sağlık İnanç Modeli.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	24
3.5.1. Tanımlayıcı Form	24
3.5.2. Champion'un Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMO)	25
3.5.3. Meme Kanseri Korku Ölçeği.....	25

3.5.4. Mamografi Öz-Yeterlilik Ölçeği	26
3.6. Verilerin Toplanması	26
3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi	26
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	27
4. BULGULAR	28
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	28
4.2. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarını Yapma Durumları	29
4.3. MTİ Kadınların Meme Kanseri Taramalarını Yapmama Nedenleri	30
4.4. MTİ Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Meme Kanseri Korku Ölçeği ve Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	31
4.5. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Korku Ölçeği Puan Ortalamasının Erken Tanı Davranışlarına Etkisi	33
4.6. MTİ Kadınların Meme Kanseri Korku Düzeylerinin Sağlık İnançlarına Etkisi	36
5. TARTIŞMA	38
5.1. Tanımlayıcı Bulgular	38
5.2. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarını Yapma Durumları	40
5.3. MTİ Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Meme Kanseri Korku Ölçeği ve Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	41
5.4. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Korku Ölçeği Puan Ortalamasının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi	46

5.5. MTİ Kadınların Meme Kanseri Korku Düzeylerinin Sağlık İnançlarına Etkisi.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
6.1. Sonuçlar.....	50
6.2. Öneriler.....	50
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER	65
Ek 1. Tanımlayıcı Form.....	65
Ek 2. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	68
Ek 3. Meme Kanseri Korku Ölçeği.....	72
Ek 4. Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği.....	73
Ek 5. Kurum İzni.....	74
Ek. 6 Etik Kurul İzni.....	75
Ek 7. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	76

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. MTİ Kadınların İllere Göre Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımları	28
Tablo 2. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarını Yapma Durumlarının Dağılımı.....	29
Tablo 3. MTİ Kadınların İllere Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Meme Kanseri Korku Ölçeği ve Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
Tablo 4. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Korku Ölçeği Puan Ortalamasının Erken Tanı Davranışlarına Etkisi.....	35
Tablo 5. MTİ Kadınların Korku Düzeyleri İle Sağlık İnançları Arasındaki İlişki	37

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün Toplam Kanser İçindeki Dağılımı.....	8
Grafik 2. MTİ Kadınların KKMM Yapmama Nedenleri.....	30
Grafik 3. MTİ Kadınların MG Çektirmeme Nedenleri.....	31



KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

CDC: Center For Disease Control (Hastalık Kontrol Merkezi)**CSİMO:** Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

DES: Dietilstilbestrol

HIP: Health Insurance Plan (Sağlık Sigortası Planı)

HRT: Hormon Replasman Tedavisi

IARC: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM: Klinik Meme Muayenesi

LCIS: Lobüler Karsinoma In Situ

MG: Mamografi

MTİ: Mevsimlik Tarım İşçisi

SİM: Sağlık İnanç Modeli

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

YSH: Yaşa Standardize Hız

ÖZET

MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARIN MEME KANSERİ KORKU DÜZEYLERİNİN MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINA VE ALGILARINA ETKİSİ

Perihan POLAT

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışma, 40-60 yaş arasındaki mevsimlik tarım işçisi (MTİ) kadınların meme kanseri korku düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına ve algılarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın verileri MTİ kadınların yoğun yaşadıkları Adıyaman ilinde bulunan 3 No'lu Zeynep Ana Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölge ve Şanlıurfa 27 No'lu Hayati Harrani Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede Şubat - Eylül 2014 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın evrenini 2967, örneklemini ise 350 MTİ kadın oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulmuş tanımlayıcı form, Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Meme Kanseri Korku Ölçeği, Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılmış olup analizinde tanımlayıcı istatistikler, student t testi, ki kare ve pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmaya başlamak için Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan ve katılımcılardan izin alınmıştır.

Adıyaman'daki MTİ kadınların yaş ortalaması 47.80 ± 6.44 'dür. Şanlıurfa'daki MTİ kadınların yaş ortalaması 47.51 ± 6.27 'dir. Adıyaman'daki MTİ kadınların %61.4'ü, Şanlıurfa'daki MTİ kadınların ise %83.1'i Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM), Adıyaman'daki MTİ kadınların %71.4'ü, Şanlıurfa'daki MTİ kadınların %86.9'u Klinik Meme Muayenesi (KMM) yapmamaktadır. Adıyaman ilindeki MTİ kadınların %71.4'ü, Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların %83.8'i Mamografi (MG) çektilerini belirtmişlerdir.

Adıyaman ve Şanlıurfa illerinde KKMM yapan MTİ kadınların yapmayan kadınlara göre, KMM yaptıran kadınların KMM yaptırmayan kadınlara göre, MG çektiren kadınların

çektirmeyen kadınlara göre korku ölçeği puan ortalaması yüksek saptanmıştır. Adıyaman ilinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p < 0.005$). şanlıurfa ilinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.005$). Çalışmada meme kanseri korku düzeylerinin kadınlarn sağlık inançları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Meme kanseri erken tanı davranışlarında ve sağlık inançları üzerinde meme kanseri korku düzeylerinin etkili olduğu düşünöldüğünde sağlık personeli tarafından korku düzeylerini azaltacak girişimsel çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: MTİ Kadın, Meme Kanseri, Meme Kanseri Korku



ABSTRACT

THE EFFECT OF BREAST CANCER FEAR LEVELS OF FEMALE SEASONAL AGRICULTURAL LABORERS ON BREAST CANCER EARLY DIAGNOSIS BEHAVIORS AND PERCEPTIONS

Perihan POLAT

Department of Nursing Postgraduate Thesis

The purpose of this study was to determine the effect of breast cancer fear levels of female seasonal agricultural laborers (SALs) aged between 40 and 60 on their breast cancer early diagnosis behaviors and perceptions. This is a cross-sectional descriptive study. The data of the study were collected between February and September 2014 in the region of Zeynep Ana Family Health Center no. 3 located in Adiyaman province and the region of Hayati Harrani Family Health Center no. 27 located in Şanlıurfa province, where the female SALs mostly reside in.

While the population of the study consisted of 2967 female SALs, the sample group consisted of 350 women who were SAL. The data of the study were collected by using a descriptive form, prepared by the researchers, Health Belief Model Scale, Breast Cancer Fear Scale, and Mammography Self Efficacy Scale. While the data were assessed by using SPSS 16.0 statistics package software, descriptive statistics, student t-test, chi-square and pearson correlation analysis were used to analyze the data. Permission was received from Public Health Directorate, Ethics Committee of Harran University Faculty of Medicine and the participants in order to conduct the study.

While the average age of the female SALs in Adiyaman was 47.80 ± 6.44 , the average age of the female SALs in Şanlıurfa was 47.51 ± 6.27 . 61.4% of the female SALs in Adiyaman and 83.1% of the female SALs in Şanlıurfa did not have breast self examination (BSE). 71.4% of the female SALs in Adiyaman and 86.9% of the female SALs in Şanlıurfa did not have clinical breast examination (CBE). 71.4% of the female SALs in Adiyaman and 83.8% of the female SALs in Şanlıurfa did not have mammography(MG).

The fear scale mean score was found to be higher in female SALs having BSE compared to those who did not, in women having CBE compared to those who did not and in women having MG compared to those who did not in Adiyaman and Şanlıurfa provinces. While a statistically significant difference was found in Adiyaman province ($p < 0.005$), no statistically significant difference was determined in Şanlıurfa province ($p > 0.005$). In the study, it was specified that the women's breast cancer fear levels were effective on their health beliefs.

Considering that breast cancer fear levels are effective on breast cancer early diagnosis behaviors and health beliefs, it can be recommended for the healthcare staff to carry out interventional works to reduce the fear levels.

Key words: Female SAL, Breast Cancer, Fear of Breast Cancer

1.GİRİŞ

Dünyada meme kanseri, kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırada, kanser nedeniyle oluşan ölümlerde ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (1). Erken tanıldığında ise bireyin hayatta kalma şansı artmaktadır. Dünyada tüm kadın kanserleri içinde %25 oranında görülen meme kanseri 2012 yılında 1.67 milyon olarak bildirilmektedir (2). Türkiye’de kadınlarda en sık görülen kanser türü olup 2008 yılında insidansı 100.000’de 40.7 iken 2011 yılında bu oran 45.1’e yükselmiştir (3)

Meme kanseri ileri yaşlarda ortaya çıkan bir hastalık olarak bilinse de vakaların %25’i 40–49 yaş grubu kadınlarda ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda daha erken yaşlarda da tespit edilmektedir (4). Erken tanı ve tedavi, yüksek riskli grupların kansere bağlı ölümlerini önlemede ve azaltmada hayati önem taşımaktadır. Dünyada bilinen ve uygulanan en yaygın yaklaşımlar tarama programlarıdır. Meme kanserinin erken tanısı için önerilen başlıca erken tanı yöntemleri; 20 yaşından sonra her ay KKMM, 40 yaşından sonra yıllık MG ve 20-30’lu yaşlarda 1-3 yılda bir, 40 yaşından sonra yılda bir KMM’dir (5- 7).

Meme kanserine ilişkin çalışmalarda kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarının yetersiz olduğu belirtilmiştir (8-14). Amerikalı kadınlarda yapılan çalışma bulgularına göre, düzenli KKMM yapma sıklığı %18-36 ve 40 yaş üstü kadınlarda yıllık mamografi yaptıрма sıklığı %20-50 olarak saptanmıştır (8, 9). Ülkemizde de kadınlarda meme kanserinin erken tanısına yönelik tarama uygulamalarını yerine getirme sıklığı oldukça düşüktür. Her ay düzenli KKMM uygulama sıklığının %10.2-%24.5 arasında değiştiği bildirilmektedir (10, 11). Somunoğlu’nun (2009), kadınların meme kanserinde erken tanı girişimleri konusunda görüşlerini incelediği çalışmasında; kadınların %71.2’sinin KKMM, KMM ve MG gerekliliğini belirttikleri ortaya çıkmıştır (13).

Kadınların meme kanseri erken tanısına ilişkin tutum ve davranışlarını etkileyen birçok neden bulunmaktadır. Bu nedenler arasında; bireyin kültürel inançları, sağlık/hastalık algısı, aile ve çevre desteği, hastalığa yönelik bilgisi ve risk algısı, hastalığın erken dönemde tanılanmasında önemli olan uygulamalara olan inancı vb. faktörler yer almaktadır (15, 16).

Ayrıca kadınların sağlık inançlarına yönelik algılarının ve tutumlarının erken tanı davranışlarını gerçekleştirmelerinde önemli bir rolü vardır (17). Bu nedenle bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları, geliştirilen modellerle açıklanmıştır. Bu modeller kadınlarda davranış değiştirme çalışmaları için yol gösterici niteliktedir (18).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), meme kanseri erken tanı davranışlarını arttırmada en sık kullanılan modeldir. SİM'nin anahtar kavramları, eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem de engellerinin farkındaysa (meme kanseri olma korkusu vs.) ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (eğitim gibi) varsa ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir (16, 19- 21).

Literatürde modelin en önemli ayırıcının algılanan engeller olduğu belirtilmektedir. Engeller içinde yer alan meme kanseri olma korkusu, koruyucu sağlık davranışının gerçekleşmesini engelleyen faktörlerden bir tanesidir (22- 24). Araştırmalarda kadınların erken tanı davranışlarındaki en büyük isteksizliğin bir kitle bulma ve ne yapacağını bilememe korkusu ile ilgili olduğu bildirilmektedir (22, 24, 25). Diğer bir deyişle geçmişe ilişkin olumlu ya da olumsuz bilgi ve inançlar erken tanı davranışlarını düzenli bir şekilde gerçekleştirmede etkilidir. Önceki uygulamalar sırasında yaşanan olumsuz deneyimler ve meme kanseri tanısı alma korkusu kadınların bir kısmının sonraki davranışlarını etkilemektedir (25). Koruyucu davranışlara yönelik geçmiş deneyimler ve korku bu davranışların gerçekleştirilmesinde önemlidir.

Ülkemizde MTİ kadınlar çalışma ve yaşam koşulları, sağlık hizmetlerine ulaşma durumları açısından önemli bir risk grubu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle bu grupta meme kanseri erken tanı davranışları, engelleyen faktörlerin belirlenmesi hemşirelik girişimlerine yol göstermesi açısından faydalı olacaktır. Ayrıca ülkemizde MTİ'lerin meme kanseri korku düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına ve algılarına etkisini gösteren çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu nedenle bu çalışma MTİ kadınların meme kanseri korku düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına ve algılarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Mevsimlik Tarım İşçiliği

2.1.1. Dünyada ve Türkiye Mevsimlik Tarım İşçiliği

Bir toplumun sağlık düzeyini, o toplumun biyolojik faktörleri (yaş, cinsiyet, genetik, beslenme), fiziksel çevre faktörleri (hava, su, barınma koşulları, çalışma koşulları, gürültü, kamu güvenliği, katı atıklar), sosyal çevre faktörleri (sosyo-ekonomik durum, eğitim, erken çocukluk dönemi, yaşam biçimi, çocuk yetiştirme normları, işsizlik, sosyal destek, kültürel yapı, sosyal dışlanma, sosyal kontrol), sağlık, eğitim, sosyal hizmetler başta olmak üzere hizmetlerin varlığı / erişilebilirliği, niteliği, gıda ve ulaşım politikaları belirler. Bütün bu faktörlerin erken ölüm ve fiziksel ya da ruhsal hastalıklarla ilişkisi bilinmektedir. Bu nedenle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ciddi farklılıklar olduğu gibi, ülkelerin bölgeleri arasında da farklılıklar söz konusudur (26).

Literatürde toplumların yaşam biçimi ve çalışma koşullarının sağlık düzeyini belirleyen en önemli faktörler olduğu belirtilmektedir (27). Tarımsal üretimin yaygın olduğu ülkelerde, kaza, yaralanma, hastalık ve erken ölümler açısından kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve MTİ özel risk grubu olarak tanımlanmıştır (26).

Gelişmiş ülkelerde tarımsal üretimin sürdürülmesinde istihdam edilenlerin çoğunluğunu MTİ oluşturmaktadır. Avrupa'da, yaklaşık 500.000'i Avrupa dışından gelen 4.5 milyon tarım işçisi istihdam edildiği, bu sayının Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaklaşık 2.5 milyon olduğu bildirilmekte ve ABD'de tarımda istihdam edilenlerin %50.0'ından fazlasının diğer ülkelere göç ettiği bildirilmektedir (28, 29). Hindistan, Pakistan ve Batı Bengal'de tarımda mevsimlik işgücü göçü 1970'lerde tarımda dönüşümün ardından yoğunlaşmıştır ve ihtiyaç duyulan işgücü ülke içindeki geçici göçlerle karşılanmaktadır. Sadece bir sezonda Barddham adlı bölgeye 500.000 civarında MTİ'sinin geldiği tahmin edilmektedir (30).

Dünyada mevsimlik tarım işçilerinin %60'ından fazlasının yoksulluk sınırının altında yaşadığı, en az % 80'inin sosyal güvencesinin bulunmadığı ve % 70'nin tarlalarda çocuklarıyla

birlikte çalıştıkları bildirilmiştir (31, 32). Yapılan çalışmalar, yoksulluğun sağlığın en önemli belirleyicisi ve erken ölüm nedenlerinden biri olduğunu göstermektedir. “Yaşam için gerekli temel ihtiyaçların karşılanamaması” olarak tanımlanan “mutlak yoksulluk” dünyada artan bir olgudur. Küreselleşme ve yapısal uyum süreçleri kapsamında süpermarket zincirlerinin daha düşük ücretle üretimi getirdiği, bu durumun ise düşük ücretli tarım işgücüne neden olduğu, düşük ücret, zorlu çalışma koşulları yoksulluğu; yoksulluk ve göç hareketlerinin de hastalıkların görülme sıklığını arttırdığı ve hizmete erişimi de engelleyerek sağlıkta eşitsizliklere yol açtığı bilinmektedir (32).

Ortalama yaşam süresi incelendiğinde ise; Amerika'da Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yapılan bir çalışmada tarım işçilerinde 49 yaş iken, MTİ olmayanlarda 73 yaş olarak hesaplandığı belirtilmektedir (27).

Türkiye’de tarımda mevsimlik çalışmanın tarihsel kökeni 1950’li yıllara dayanmaktadır. 1950’li yıllar Türkiye’de sanayinin hızla gelişmeye başladığı ve tarımda makineleşmenin ortaya çıktığı yıllardır. Kırsal kesimdeki hızlı nüfus artışıyla beraber tarım alanlarının yetersiz gelmesi, iş imkânlarının kısıtlı olması ve gelişen ulaşım ağının da kolaylaştırmasıyla insanlar aileleri ile birlikte sürekli ya da mevsimlik olarak göç etmeye başlamışlardır. Mevsimlik göç, kırsal kesimde yaşayan insanların büyük şehirlere, tarımın yoğun olarak yapıldığı ya da turizmin geliştiği yerlere bir süreliğine çalışmak üzere göç etmeleri ile gerçekleşmektedir (33).

Tarımsal kökenli mevsimlik göçte ise Doğu, Güneydoğu ve Orta Anadolu Bölgelerinde yaşayan insanların çoğunlukla aileleri ile birlikte, yılda ortalama 3-4 aylığına, pamuk, fındık, tütün, çay, üzüm, havuç ve şekerpancarı tarımının yoğun olarak yapıldığı Çukurova, Karadeniz, Ege, Marmara ve İç Anadolu Bölgelerine; ekim, dikim, çapa, sulama ve hasat dönemlerinde göç ettikleri belirtilmektedir (33). Türkiye’nin kalkınmasında ve nüfusun önemli bir bölümünün geçiminin sağlanmasında etkili olan tarım sektörü, istihdam edilen işgücünün yaklaşık %23.0’ını oluşturmakta olup, bunun da yarısının mevsimlik tarım işçilerinden oluştuğu tahmin edilmektedir. Sayıları azımsanamayacak ölçüde fazla olan mevsimlik tarım işçilerinin yaşam ve çalışma koşulları insan onuruna yakışır düzeyde değildir (33, 34).

Mevsimlik kadın tarım işçileri, işe göre çeşitli yörelere tek başına ya da aileleri ile giden tarım işçileridir. Mevsimlik tarım işçiliği içinde kadın grubu hem yaşam koşulları hem de aile içi rolleri açısından ayrı bir önem taşımaktadır. Aile olarak çalışma durumundaki kadın tarım işçileri gittikleri yerlerdeki iş yükünün büyük bölümünü üstlenmektedir. Mevsimlik kadın tarım işçileri yorucu tarım işçiliğinin ardından ev ve aile yaşamına ilişkin olarak çadır koşullarında yemek hazırlama ve yemek sonrası temizlik, çocuk bakımı, giyeceklerin hazırlanması ve bakımı, yaşam ünitesinin temizliği ve su temini gibi görevleri yerine getirmekte, sağlıklarına, eğitimlerine ve özel gereksinimlerine yeterince vakit ayıramamaktadır (35).

Genel olarak bakıldığında MTİ kadınların eğitim ve sağlık olanaklarından yoksun oldukları görülmektedir. Kırsal kesimde ev içinde çalışan kadının, ev dışında yaptığı iş; ev işinin bir uzantısı olarak görülmekte ve ekonomik faaliyet olarak değerlendirilmemektedir. Bu kadınlar “ücretsiz aile işçisi” statüsünde çalışırken, toplumsal cinsiyete dayalı iş bölümünün bir sonucu olarak “evdeki kadın” ve “tarladaki ırgat” olarak tanımlanmaktadırlar (30). Fakat kırsal yoksulluğun en büyük şahitleri olan kadınların yanında bu yoksulluktan en çok etkilenen ve insan onuruna yakışmayacak şartlarda çalışmak zorunda kalan diğer kadınlar da vardır. Mevsimlik kadın işçiler de bu grubun en başta gelen temsilcilerindedir (30).

Kadınlarda, tarımsal etkilenimlere bağlı olarak düşüklerin, ölü doğumların, infertilitenin ve diğer sağlık sorunlarının daha fazla görülmesi; MTİ'lerde ise düşük sosyo-ekonomik düzeyde sağlıksız ortamlarda yaşamaya, sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler başta olmak üzere kentsel hizmetlere erişememeye ve ağır iş yapmaya bağlı erken ölüm ve hastalık riskinin yükselmesi bu grupların özel risk grubu olarak ele alınmalarına neden olmuştur (28, 29, 36)

2.1.2. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Sağlık Hizmetlerine Ulaşımı ve Karşılaşılan Engeller

Mevsimlik tarım işçileri sağlık hizmetlerine ulaşırken pek çok engelle karşılaşmaktadır. Yoksulluktan kaynaklı sorunların yanı sıra dil, kültür engelleri ve ulaşım da önemli problemlerdir. Öte yandan mevsimlik tarım işçileri, kendilerinin ulaşabilecekleri sağlık programları hakkında da bilinçli değildir (37). Yine tarım işçilerinin hareketliliği ve göçmen yaşam tarzları sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını kısıtlamaktadır. Tarım işçilerinin mobilitesi, devamlılık arz eden tedavi (örn. kanser taraması) ve uzun süreli

tedavilerin (örn. Tüberküloz ya da diyabet) sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Dahası pek çok tarım işçisi tıbbi bakımı evlerine dönene kadar ertelemeyi tercih etmektedir (36). Ülkemizde de mevsimlik geçici tarım işçisi ailelerin, ancak ortalama 4 ay sürekli adreslerinde kaldıkları ve bu durumun aile bireylerinin kayıt altına alınmasını güçleştirirken, koruyucu erken tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerine ulaşmalarını da engellediği ortaya çıkmıştır (38).

MTİ'ler genellikle sağlık kurumlarına başvurmadan çekinmektedirler. Bu çekinceleri sağlık kurumlarındaki görevli personelin kendilerine iyi davranmayacağı, sağlık kurumlarından aldıkları reçeteleri karşılayacak paralarının bulunmayışından ve ilaç alamayacaklarından dolayı sağlıkla ilgili girişimlerinin boşa gideceği varsayımından kaynaklanmaktadır (35). Kırsal yerleşimlerin önemli bir kısmının temel altyapı hizmetlerinden yoksun olması ve gerekli hijyen koşullarını taşınamaması; birey, toplum ve çevre sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Kırsal kesimdeki sağlık hizmetleri genellikle, aile sağlığı merkezleri ve gezici sağlık ekipleri tarafından karşılanmakta olup, bu hizmet birimlerinde yoğun olarak personel ve donanım sorunu yaşanmaktadır (35). Bu durum sağlık hizmetlerinin sürekliliği açısından sorun yaratmaktadır.

Bunun gibi birçok faktörün bir araya gelmesi, mevsimlik tarım işçilerinin, özellikle de kadınların olumsuz sağlık sorunları ile karşılaşma riskini artırmaktadır (39).

2.2. Meme Kanseri

2.2.1. Meme Kanseri Tanım

Meme dokusunun epitel kökenli hücrelerinden kaynaklanan, malign tümörlerin tümü meme kanseri olarak tanımlanır (40,41)

2.2.2. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

2.2.2.1. Dünya'da Meme Kanseri

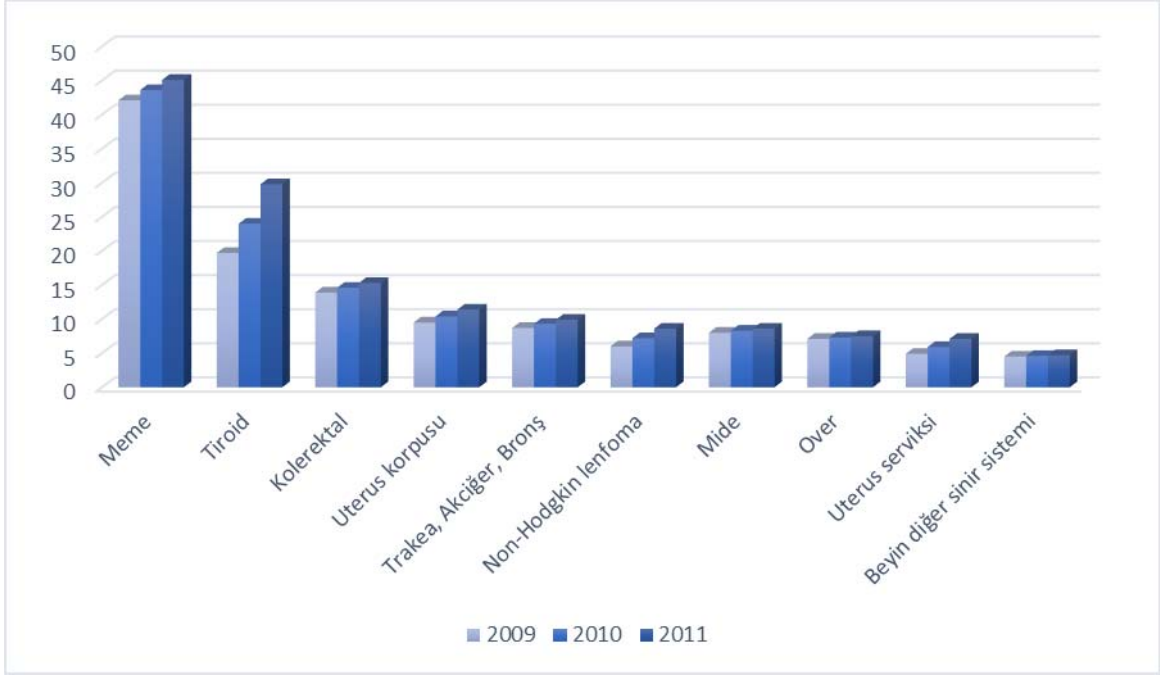
Bütün kanser türleri arasında meme kanseri dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olarak belirtilmektedir (42, 43). Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC) 2014 yılındaki raporunda dünyada kanser vakalarının son 20 yılda %70.0 oranında artacağını belirtmiştir. Ayrıca raporda dünyada 2012 yılında 8.2 milyon kişinin kanserden öldüğü ifade edilmiştir (IARC 2014). Uluslararası

Kanser Araştırmaları Kurumu ayrıca yeni vakaların yarısından biraz fazlasının ve kanser nedenli ölümlerin üçte ikisinin düşük ve orta gelir grubundaki ölkelerde olduğunu tahmin etmiştir (2). Dünyada tüm kadın kanserleri içinde %25 oranında görölen meme kanseri 2012 yılında 1.67 milyon olarak bildirilmektedir (2). Ayrıca Amerikan Kanser Birliği 2014 Raporu'nda yeni kanser vakaları içinde meme kanseri ilk sırada yer alırken (232.670 - %29), kanserden ölümlerde ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer aldığı belirtilmektedir (152).

Meme kanseri insidansı Japonya dışında gelişmiş ölkelerde yüksek olup, Batı Avrupa'da 100.000'de 90 iken Doğu Afrika'da 19.3'tür. Gelişmekte olan ölkelerde insidansı daha düşük olup; Doğu Asya'da yaşa standardize insidansı 100.000'de 6.3, Orta Asya'da 12.0, Kuzey Doğu Asya'da 13.4'tür (2).

2.2.2.2. Türkiye'de Meme Kanseri

Türkiye'de kadınlarda en sık görölen kanser türü meme kanseri olup 2008 yılında insidansı 100.000'de 40.7 iken 2011 yılında bu oran 45.1'e yükselmiştir. (3). Tüm kadın kanserleri içinde %23.4 oranında meme kanseri görölmektedir. Ölkemizde kadınlarda meme kanseri (40.7/100000 Kişide, yaşa standardize hızları YSH) en sık görölen kanser türüdür (3).



Grafik 1. Kadınlarda En Sık Görülen 10 Kanser Türünün Toplam Kanser İçindeki Dağılımı (%),Türkiye (Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.2.3. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Meme kanserinin etiolojisi tam olarak anlaşılmamakla birlikte bazı faktörler ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu risk faktörleri meme kanserinin erken tanınması açısından oldukça önemlidir (40, 44- 46). Meme kanseri genetik ve çevresel faktörler arasında güçlü etkileşimin olduğu karmaşık ve multifaktöriyel bir hastalıktır (47).

2.2.3.1. Meme Kanserinde Majör Risk Faktörleri

Yaş: Meme kanseri riski yaşla birlikte artmaktadır. Kanser olgularının çoğu 50 yaşından sonra görülmektedir. Ancak kız kardeşinde veya annesinde meme kanseri erken yaşlarda ortaya çıkan kişiler daha erken yaşlarda meme kanserine yakalanabilirler (40).

Cinsiyet: Kadınların erkeklere oranla daha fazla meme dokusuna sahip olması ve meme hücreleri üzerinde östrojen/progesteron hormonlarının etkisi meme kanserine yakalanma riskini artırmaktadır (40).

Genetik: BRCA1 ve BRCA2 geninde mutasyon olması, ATM, p53, CHEK2, PTEN, CDH1, STK11 gen mutasyonları meme kanserine yakalanma riskini artırır. Meme kanserinin sadece %10-15'i hereditör kökenli iken, bunların yarısından fazlası (%50-60) BRCA-1 genindeki mutasyondan, %10-30'u ise BRCA-2 genindeki mutasyondan kaynaklanmaktadır (40).

Ailede Meme Kanseri Hikayesi: Aile bireyleri arasında meme kanserli kişilerin bulunması kadınların meme kanserine yakalanma olasılığını arttırmaktadır. Birinci dereceden akrabalarda meme kanseri öyküsü riski iki katına çıkarır (2). Genetik geçiş gösteren meme kanseri gen mutasyonunun anneden çocuklarına aktarıldığı ve hasarlı geni taşıyan bireyde yaşam boyu meme kanseri gelişme riskini %87 oranında arttırdığı belirtilmiştir (48).

İrk ve Etnik Köken: Beyaz kadınlarda meme kanseri gelişme riski daha yüksek olmakla birlikte bütün ırklarda görülmektedir. Afrika kökenli Amerikalı kadınların bu hastalıktan ölme riskinin daha yüksek olduğu ve 45 yaş altında meme kanseri görülme oranının Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir (40).

Daha Önce Malign ya da Bening Meme Kanseri Öyküsünün Olması: Bir memede kanser varlığı diğer memede kanser riskini 2-6 kez artırır. Memede a-tipik hiperplazi meme kanseri riskini 4-5 kez artırdığı belirtilmiştir ve bening meme hastalığının (Fibrokistik meme hastalığı) kanser riski ise henüz açıklanamamıştır (40).

Yoğun Meme Dokusu: Yoğun meme dokusu, daha fazla bez dokusu ve daha az yağ dokusu bulunması anlamına gelir. Yoğun meme dokusu olan kadınlarda meme kanseri riski daha yüksektir. Ayrıca yoğun meme dokusunun, doktorların mamogram üzerinde sorunları bulmasını zorlaştırabildiği belirtilmektedir (40).

In situ Lobüler Karsinom (LCIS): Bu durumda, kanser hücrelerine benzeyen hücreler süt bezlerindedir (lobüllerdedir), ancak lobüllerin duvarından büyümeyiz ve vücudun diğer bölgelerine yayılamazlar. Bu, gerçek kanser veya kanser başlangıcı değildir, ancak kadının LCIS olması, daha sonra iki memesinin kansere yakalanma riskini artırır. LCIS olan kadınların iki memesinde de kanser görülme riski 7 ile 11 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (40).

Adet Dönemleri: Erken yaşlarda adet görmeye başlayan (12 yaşından önce) veya 55 yaşından sonra hayatında değişiklik (menopoz gibi) yaşayan kadınlarda meme kanseri riskinin hafif yükseldiği belirtilmiştir. Risk artışı yaşam boyunca östrojen ve progesteron hormonlarına uzun süreyle maruz kalmaya bağlı olabileceği belirtilmektedir (40).

Yaşamın Erken Dönemlerinde Meme Radyasyonu: Yaşamında daha önce göğüs bölgesinde (diğer bir kanser tedavisi benzeri) radyasyon tedavisi görmüş kadınlarda meme kanseri riskinin çok yüksek olduğu belirtilmektedir (40). Risk, hastanın radyasyon sırasındaki yaşına göre değişmektedir. Radyasyon memeleri gelişmekte olan gençlere verilirse göğüs radyasyonundan kaynaklanan riskin daha fazla arttığı belirtilmektedir. 40 yaşından sonra radyasyon tedavisinin meme kanseri riskini yükseltmediği görülmektedir (40).

Dietilstilbestrol (DES)'le Tedavi: Geçmişte bazı hamile kadınlara bebeği kaybetme (düşük) olasılığını azalttığı düşünüldüğünden DES ilacı verilmiştir. Bu kadınların meme kanserine yakalanma riskinde hafif bir artış olduğunu göstermiştir. Anne rahminde buna maruz kalan çocuklar üzerindeki etkisi daha az açıktır, ancak onlarda da meme kanseri riskinin hafif yüksek olabileceği belirtilmektedir (40).

2.2.3.2. Meme Kanserinde Yaşam Tarzı İle İlgili Risk Faktörleri

Çocuk Sahibi Olmama ya da Hayatın İlerleyen Yaşlarında Sahip Olma: Çocuk sahibi olmayan kadınlar veya 30 yaşından sonra ilk çocukları olan kadınlar, meme kanseri açısından daha yüksek risk altındadır. Genç yaşta birçok kez hamile olmak, meme kanseri riskini azaltır. Hamile olmak, bir kadının yaşamı boyunca gördüğü adet döngü sayısını düşürdüğü için bu etkinin nedeni olabileceği belirtilmiştir (40).

Oral Kontraseptif Kullanma: Oral kontraseptif kullanan kadınlarda hiç kullanmayan kadınlara oranla meme kanseri riskinin yüksek olduğu ve bu riskin hap kullanımı kesildikten sonra zaman içerisinde normale geri döndüğü belirtilmektedir. 10 yıldan daha uzun bir süre önce hap kullanmayı bırakan kadınlarda, herhangi bir risk görülmediği belirtilmektedir (40).

Menopoz Sonrası Hormon Replasman Tedavisi (HRT) Kullanımı: Östrojen ve progesteronun kombine kullanımı meme kanseri riskini arttırırken, yalnız östrojen

kullanımının riski arttırmadığı belirtilmektedir ve 10 yıl ve daha üzeri östrojen kullanımının meme kanseri riskini arttırdığı gösterilmektedir (2).

Emzirmeme: Bazı çalışmalar bebek emzirmenin, özellikle 1.5 ile 2 yıl arasında sürmesi durumunda, meme kanseri riskini düşürdüğünü göstermiştir. Bunun nedeni, emzirmenin hamilelikte olduğu şekilde bir kadının toplam adet dönemleri sayısını düşürmesi olabilir(40).

Alkol: Alkol kullanımı, açık şekilde meme kanserine yakalanma riskini yükseltmesiyle bağlantılıdır. Günde bir kadeh içki içen kadınlarda çok küçük bir risk artışı söz konusudur. Günde 2 ile 5 kadeh arasında içki içen kadınlar, alkol içmeyen kadınlara oranla yaklaşık 1.5 kat riske sahiptir. Ayrıca, çok fazla alkol kullanımının diğer kanser türlerinin riskini yükselttiği belirtilmiştir (40).

Fazla Kilolu veya Obez Olma: Menopozdan sonra fazla kilolu veya obez olmanın (veya yetişkin olarak kilo almak) meme kanseri riskiyle bağlantılı olduğu belirtilmiştir. Ancak; kilo ve meme kanseri riski arasındaki bağlantının karmaşık olduğu ve bu riskin, fazla yağ bel çevresinde toplanmışsa daha yüksek olabileceği belirtilmektedir (40).

Egzersiz Eksikliği: Araştırmalar, egzersizin meme kanseri riskini azalttığını göstermektedir. Tek soru, ne kadar egzersiz gerektiğidir. Bir çalışmada, haftada 1 saat 15 dakika ile 2.5 saat arasında kısa süreli tempolu yürüyüş yapmanın, riski % 18 oranında azalttığı belirtilmektedir. Haftada 10 saatlik yürüyüşün riski biraz daha azalttığı belirtilmektedir (49).

Pestisit Maruziyeti: Çalışmalar mesleki ve çevresel olarak pestisit etkileniminde kalan kişilerde kanser riskinde artış olduğunu göstermektedir (50, 51). Meme kanseri riskinde istatistiksel olarak önemli risk artışının söz konusu olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda böcek ilacı maruziyeti ile meme kanseri gelişim riskinin arttığı gösterilmiştir. Bu durum özellikle eşleri birtakım özel klorlu böcek ilacı kullanan kadınlarda gözlenmiştir. Ayrıca, verilere göre eğer kadınlardaki maruziyet premenopozal dönemde, erken ergen yaşlarda olursa daha yüksek risk mevcuttur (50, 51). Literatür, organoklorlu pestisitler ile

meme, testis kanserleri ve hodgin hastalığı arasında güçlü ilişki gösterirken, pestisit ve diğer kanser türleri arasındaki ilişkiyi daha az desteklemektedir (52, 53, 54).

Yukarıda belirtilen risk faktörleri dışında etkisi henüz kanıtlanmamış olan faktörler de bulunmaktadır. Bunlardan bazıları diyet ve vitamin alımı, kürtaj, meme implantları, ter önleyiciler ve sütyenler, çevresel kimyasallar, sigara kullanımı ve gece çalışması olarak belirtilmektedir (40).

2.2.4. Meme Kanserinde Belirti ve Bulgular

Meme kanserinin belirtileri kanserin vücuttaki yayılım derecesine ve kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Kadınların çoğunda meme kanseri ilk başlarda ağrısız olarak ortaya çıksa da memede meydana gelen değişikliklerin birçok nedeni bulunmaktadır. Bu değişikliklerin büyük çoğunluğu zararsız olmakla birlikte küçük bir ihtimalle meme kanserinin ilk işaretleri olabileceği de unutulmamalıdır. Bu nedenle kadınların kendileri için neyin normal olduğunu bilmeleri memelerinin doğal yapısını incelemeleri, değişikliklerin neler olduğunu tespit etmeleri ve gecikmeden rapor etmeleri tavsiye edilmekte ve yaşları ile orantılı meme tarama programlarına katılmalarının önemine dikkat çekilmektedir (55).

Meme kanseri ilerledikçe aşağıdaki belirtiler ortaya çıkar (56).

- Memede, meme çevresinde veya koltuk altında şişlik veya sertlik,
- Meme şekli veya boyutunda değişme,
- Meme başında akıntı veya hassasiyet,
- Meme başı çekilmesi,
- Memede çukurlaşma,
- Meme derisinde portakal kabuğu görünümü,
- Meme derisi, areola (meme başı çevresindeki renkli halka) veya meme başında gözle görülen veya hissedilen bir değişiklik.

2.2.5. Meme Kanserinde Erken Tanı

Türkiye’de kadınlar arasında en sık görülen kanser türü olan meme kanseri ve meme kanserinden olan ölümlerin önlenmesi ve hastalığa yakalananların erken evrede teşhis edilip tedavi olanağına kavuşabilmeleri için; memede ortaya çıkan belirtilere dikkat edilmesi önem taşımaktadır (57). Belirtilerin erken evrede teşhis olanağının yükseltilebilmesi için; KKMM ve KMM yapılması, MG çekirilmesi ve gerekli görüldüğü hallerde de ultrasonografi ile manyetik rezonans gibi ilave tarama yöntemlerinin kullanımına özen gösterilmesi gerekmektedir (58- 62).

2.2.5.1. Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKMM, meme kanserinin erken teşhis edilebilmesi amacıyla kadınların belli aralıklarla sistematik bir şekilde memelerini muayene etmesidir. Meme kanserinin erken tanısında KKMM’nin önemi oldukça fazladır. 20 yaşından büyük kadınların her ay KKMM uygulaması, erken tanı için önerilen uygulamalar içerisinde yer almaktadır (59, 62- 65). KKMM ideal olarak adet döngüsünün 5.-7. günleri arasında, ayda bir kez yapılmalıdır. Menstrasyonun başlamasıyla birlikte kanda östrojen ve progesteron hormonlarının etkinlikleri nispeten azalır ve meme dokusunu incelemek kolaylaşır. Yukarıda belirtilen günler dışında ve özellikle de adet kanamasına yakın yapılan meme muayenelerinde bu hormonların etkisiyle memeler dolgun ve bastırmakla ağırlı olurlar. Bu da KKMM’nin etkinliğini önemli derecede azaltır. Menopoz döneminde olan ve adet görmeyen kadınlar ise her ayın kendi belirledikleri bir gününde bu muayeneyi yapabilirler. KKMM tek başına etkin bir tarama yöntemi olmayıp daha çok bir farkındalık yöntemidir ve MG ile birlikte önerilmektedir (46, 66).

Meme kanserinin erken dönemde belirlenebilmesi için KKMM’nin doğru ve etkin yapılması gerektiği göz ardı edilmemeli; kadınlarda doğru KKMM yapma oranını arttırmada sosyo-kültürel yapı ve özellikler dikkate alınarak, meme sağlığı eğitim programlarının hazırlanması, yaşama geçirilmesi ve yaygınlaştırılması çok önemlidir. Bu aşamada halkın sağlığını koruma ve geliştirme konusunda kilit kişiler olan halk sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Kadınları düzenli ve doğru KKMM konusunda bilgilendirmeli, bu bilgilerini hayata geçirmeleri için kadınları desteklemelidirler (18).

Düzenli olarak yapılan meme muayenesi, meme kanserinin erken dönemde teşhis edilmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle her bilinçli kadının KKMM yapmayı öğrenmesi ve bu muayeneyi düzenli olarak uygulamayı alışkanlık haline getirmesi önerilmekte ve bu bakış açısı ile KKMM önemli bir sağlık alışkanlığı ve davranışı olarak nitelendirilmektedir (67).

Literatürde KMM ve MG'nin meme kanseri tanısında en etkili yöntemler olduğu belirtilmiş olmasına rağmen meme kanseri vakalarının büyük çoğunluğunun hasta tarafından tespit edildiği bilinmektedir (68, 69). Ayrıca KKMM 20 yaşından sonra her kadın tarafından evinde tek başına kolaylıkla uygulanabilecek, kısa süre içerisinde erken tanıya yönlendirebilecek, maliyet gerektirmeyen, kadının mahremiyetinin korunduğu bir muayene yöntemidir (70- 72). Meme kanserinde ilk belirtilerin genellikle ele gelen bir kitle ile ortaya çıkarıldığı göz önüne alındığında, kadınların memedeki bir kitleyi erken tespit etmelerinde KKMM uygulamasının önemli olduğu ortaya çıkmaktadır (73).

Meme kanserinde meme hastalıklarının tanısında hastanın da hekim kadar rolü olduğu bilinmektedir. Literatürde meme kanserinin %90.0'nın ilk kez kişinin kendisi tarafından fark edildiği belirtilmektedir (74). Günümüzde KKMM'nin meme kanserinin erken tespit edilmesinde yararlı olup olmadığı tartışılmakla birlikte özellikle kırsal kesimde yaşayan kadınların KMM ve MG'ye ulaşım olanaklarının az olabileceği, genellikle memedeki bir kitlenin de ilk olarak bireylerin kendileri tarafından tespit edilerek doktora gidildiği belirtilmiştir (75, 68). Bu nedenle KKMM düzenli ve doğru olarak uygulamanın yararlı olacağı düşünülmektedir (76, 77). Ayrıca literatürde KKMM düzenli olarak uygulandığında meme kanseri mortalite oranının azalacağı ve yaşam oranının da %75 artacağı, bunun da yaşam sürecini olumlu yönde etkileyeceği bildirilmiştir (78).

Türkiye'de kadınların meme kanserini önlemeye yönelik uygulamalarını etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte, kadınların büyük çoğunluğunun KKMM yapmadığı belirlenmiştir (42, 79, 80).

Araştırmalar kadınların KKMM yapmamalarındaki en büyük isteksizliğin bir kitle bulma ve ne yapacağını bilememe korkusu ile ilgili olduğunu, KKMM uygulama basamakları ile ilgili bilgilerinin yeterli olmadığını ve bu durumun KKMM ile ilgili bir eğitimle azaltılabileceğini bildirmektedir (81- 83). Aslan ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında KKMM yapmama nedeni olarak, %51.4'ü bilgi yokluğu, %24.3'ü ihmal, %8.1'i kitle

korkusu, %8.1'i şikayet yokluğu ve %8.1'i de gerekliliğine inanmamayı belirtmiştir (84). Şimşek (2012) MTİ üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %87.2 si KKMM bilmedikleri için yapmadıklarını belirtmiştir (26). Özen ve arkadaşlarının (2013) çalışmasına bakıldığında ise genç kadınların %86.7'sinin KKMM yapmadığı, %51.7'sinin gereksinim duymadığı ve şikayeti olmadığı için KKMM yapmadığı belirtilmiştir (93).

Burgess ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan bir çalışmaya göre başvuruda gecikmeyi etkileyen risk faktörleri kitle dışındaki bulguların varlığı ve bulguların hasta tarafından gizlenmesi olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada olguların hekime veya cerraha başvuruları arasında geçen süre incelediğinde, sorunun kısmen kansere yakalanma korkusu olduğu belirtilmiştir (85).

2.2.5.2. Klinik Meme Muayenesi

KMM, erken tanı yöntemleri içinde yer alan bir diğer yöntemdir. Uzun yıllardır meme kanserinin erken dönemde tanılanması için önerilmektedir. Ancak, meme kanseri tarama programlarında KMM mortaliteye etkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır. KMM duyarlılığı %40-69, özgülüğü ise %88-99 arasında değişmektedir (86- 88).

Yapılan bir çalışmada kadınların %95'i KMM hiç yaptırmamıştır. KMM yaptırmama nedeni olarak %53.7'si ihmal, %18.9'u bilgi yokluğu ve %8.4'ü de gerek duyulmaması olarak belirtilmiştir (84). Koç ve Sağlam (2009) yaptıkları çalışmada kadınların %89.0'ının KMM bilmediği, %76.0'ının KMM yaptırmadığı ve KMM yaptıran grup içinde (%24.0), %50.0'ının kendisi karar verdiği için KMM yaptırdığı belirtilmiştir (94).

KMM, MG ile birlikte uygulandığında, meme kanserinin belirlenme oranını %5-20 oranında artırmaktadır. Ayrıca KMM, MG ile belirlenemeyen tümörleri de (elle muayene ile hissedilebilen tümörler) belirleyebilmektedir (89). KMM, meme dokusu yoğun olan kadınlarda MG ile görüntülenemeyen veya periferde yerleşmiş MG sınırları içine girmeyen kitlelerin tanısında önemli rol oynamaktadır (90).

Amerikan Kanser Birliği 20-40 yaş grubu kadınlarda 3 yılda bir, 40 yaş sonrasında her yıl KMM yaptırılmasını önermektedir (40). Türkiye ulusal kanser tarama standartlarına göre; 40-69 yaş arasındaki kadınlara yılda bir KMM yaptırmaları önerilmektedir (158).

2.2.5.3. Mamografi Çektirilmesi

Meme kanseri erken tanı yöntemlerinden bir diğeri MG'dir. MG, memenin radyolojik olarak X-ışını ile görüntülenmesi şeklinde tanımlanmakta ve memenin yapısını ortaya koymaktadır (39). MG'nin taramadaki yeri 1960'lı yıllardan itibaren ilk New York'ta yapılan Sağlık Sigortası Planı (Health Insurance Plan-HIP) çalışması ile sorgulanmaya başlanmıştır. Farklı ülkelerde taramanın etkinliğini araştıran 8 ayrı randomize kontrollü çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların büyük çoğunluğu MG'nin meme kanseri mortalitesini düşürdüğüne dair değerli veriler vermiştir 1980'li yıllardan sonra MG'nin faydası anlaşıldığından MG taraması, özellikle batı ülkelerinde yaygınlaşmıştır (91).

Yapılan tarama programlarının çoğunda tarama ile meme kanserinin erken evrede kontrol edilebileceği ve tarama yapılan kadınlarda yakalanan kanserlerin evre ve derecelerinin normal popülasyona göre daha az olduğu gösterilmiştir. Genel olarak veriler değerlendirildiğinde MG taraması ölümü %25-30 arasında azaltmaktadır. Tarama mamografisi asemptomatik kadınlarda klinik bulgu ortaya çıkmadan meme kanserini saptayarak meme kanserinden ölümlerin azalmasını sağlayabilen tek kanıtlanmış görüntüleme yöntemidir. Tarama programının amacı meme kanserinde mortalite oranlarının düşürülmesi ve ortalama yaşam süresinin uzatılmasıdır. Meme kanseri tanısında pek çok görüntüleme yöntemi kullanılabilirken birlikte tarama amaçlı en etkin görüntüleme yöntemi olarak halen MG kabul edilmektedir (91).

MG taramasının başlangıç yaşı 40 yaş olarak kabul edilmektedir. Özellikle 40-49 yaş grubunda MG etkili olduğuna dair güçlü kanıt olmadığı iddia edilmesine rağmen, özellikle İsveç çalışmalarından elde edilen toplam verilerin ve diğer çalışmaların verilerinin beraber değerlendirilmesi ile yararın olduğu gösterilmiştir. Meme kanseri insidansı 40 yaşından itibaren artmaya başlamaktadır. Tarama mamografisi 40 yaş ve üzeri asemptomatik olgularda yapılmalıdır. Ancak yüksek risk grubunda ise daha erken yaşta başlanabilir (91).

Düzenli mamografik taramanın yapıldığı batı ülkelerinde mortaliteye katkı gösterilmiş olup taramanın yıllık yapılmasının daha etkin olduğu sonucuna varılmıştır. Ülkemizde yapılan tek çalışmada Türkiye'de meme kanserinin %50'sinin 50 yaş altında geliştiği belirtilmiştir. Bu nedenle 40 yaştan itibaren her yıl düzenli MG kontrolü özellikle ülkemiz kadınları için

önem taşımaktadır. MG ile taramayı durdurma zamanı hastanın yaş ve diğer eşlik eden hastalıklarının durumuna bakılarak beklenen yaşam süresi 5 yılın altında ise bırakılması önerilmektedir. Genelde bu yaş 70-74 yaş olarak belirlenmektedir. Ulusal meme kanseri 2010 konsensus toplantısında 40 yaştan sonra her yıl düzenli aralıklarla en az 70 yaşına kadar tarama mamografisi yapılması kararı verilmiştir (91). Türkiye ulusal kanser tarama standartlarına göre; 40-69 yaş arasındaki kadınların iki yılda bir, her iki meme için birisi medyolateral oblik öteki kranyokaudal olmak üzere ikişer poz film çekilmesi önerilmektedir (158).

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalara bakıldığında kadınların MG çekirme oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Açıkgöz ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada kadınların %44.1'inin hiç MG yaptırmadığı belirtilmiştir (92). Koçyiğit ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında kadınların %37.9'unun MG hakkında hiç bilgisinin olmadığı belirtilmiştir (6). Koç ve Sağlam (2009) yaptıkları çalışmada kadınların %97.0'nın MG'yi bilmediği, %86.0'ının MG yaptırmadığı, MG yaptıran grup içinde (%14.0), %78.6'sının doktor önerdiği için MG yaptırdığı belirtilmiştir (94).

Yapılan çalışmalarda erken tanı davranışlarını engelleyen birçok faktör bulunmakla birlikte korku düzeyinin erken tanı davranışlar üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (22, 24, 25).

2.2.6. Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarında Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Meme kanseri önemli bir halk sağlığı sorunudur ve erken tanıldığında bireyin hayatta kalma şansı artmaktadır. Kadınların erken tanı davranışlarını gerçekleştirebilmeleri için yeterli ve doğru bilgiye ihtiyaçları bulunmaktadır. Tarama programlarında sağlık profesyonellerinden halk sağlığı hemşiresine önemli görevler düşmektedir. Meme kanserine yönelik tarama programlarında halk sağlığı hemşiresinin, özellikle eğitici rolü ön plandadır. Eğitici- danışman rolü kapsamında halk sağlığı hemşireleri kadınların meme dokularını tanımaları için motive etme, sözel ve yazılı bilgi verme, erken tanı yöntemlerinin faydaları ve sınırlılıkları ile ilgili danışmanlık yapma ve tarama programları hakkında kadınları bilgilendirme çalışmalarını yürütmelidir. Kadınları KKMM yapmaları, KMM yaptırmaları ve

MG çektirmeleri konusunda cesaretlendirerek motive etmek gibi görevleri bulunmaktadır (139).

Halk sağlığı hemşireleri kadınların değer yargılarını, kültürlerini, yaşam tarzlarını ve sağlık- hastalık algılarını bilmelidir ve çalıştığı toplumda meme kanserine yönelik erken tanı davranışlarını engelleyen faktörleri tanımlamalıdır. Meme kanserine yönelik yapılacak erken tanı çalışmaları bu faktörler göz önünde tutularak planlanmalı ve yürütülmelidir (155). Bu konuda halk sağlığı hemşirelerinin hizmet verdikleri kişilerden sorumlu bireyler olarak KKMM yöntemsel olarak doğru ve düzenli yapmaları, KMM ve MG kontrollerini rutin bir davranış şekline dönüştürmeleri, meme kanserinin belirti ve bulguları, risk grupları konusunda geniş bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Erken tanı davranışların gerçekleşmesinde modeller önemli yol göstericilerdir ve Halk Sağlığı Hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Sağlık hizmetine erişim konusunda büyük sıkıntılar yaşayan MTİ kadınlara sağlık hizmetinin sunulmasında ve olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde halk sağlığı hemşireleri kilit kişilerdir. Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri eyleme geçircileri bilmeli ve uygulamada kullanılmalıdır (18) Sağlık profesyonellerinden olan halk sağlığı hemşireleri hemşirelik girişimleri yolu ile (eğitim ve eyleme geçirciler) MTİ kadınların olumlu sağlık davranışını gerçekleştirmelerinde önemli derecede etkili olacaklardır.

2.2.7. Sağlık İnanç Modeli

Kadınların sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik farklı davranış ve tutum geliştirmelerine neden olan faktörlerin belirlenmesi, uygun girişimlerin planlanıp uygulamaya geçirilmesi çeşitli modellerle açıklanmıştır. Bu modeller kadınlarda davranış değişimine yönelik çalışmalara yol gösterici niteliktedir. Meme kanserinde erken tanı davranışları sıklıkla Sağlık İnanç Modeli (SİM) kullanılarak açıklanmaktadır.

Sağlık İnanç Modeli (SİM), insanların hastalıklardan korunmada sorumluluk alırken, bazı insanların kendilerini korumada sorumluluk almayı neden başaramadıklarını anlamak için kavramsal bir çerçeve sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (95).

Sağlık İnanç Modeli, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Ancak bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği

düşünülen bazı kavramlar modele zamanla eklenmiştir (8, 96). Model, geliştirildiği ilk yıllarda insanların tarama ve aşılama programları gibi koruyucu sağlık davranışlarını anlamayı hedeflenmiş olsa da, hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır (96 - 98). Modelin oluşumunda Lewin ve Becker'in sosyopsikolojik kuramından yararlanılmıştır (96, 98). Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Rosenstock'a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. Aynı zamanda, model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (96).

Sağlık İnanç Modelinin Majör Kavramları

Duyarlılık Algısı

Kişinin belli koşullarda kendini hassas ve incinebilir hissetmesi, hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır. Algıda etkisi olan faktörlerden demografik değişkenler, psikososyal değişkenler, sosyoekonomik değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenler etkin role sahiptir. Bazı durumlar duyarlılık algısını arttırabilir. Örneğin ailesinde meme kanseri olmayan bir kadın, bu hastalığı kendisi için bir tehdit olarak algılamazken, hem annesi hem de teyzesi meme kanserinden olmuş bir kadın bu hastalığı kendisi için yüksek oranda tehdit olarak algılar (42, 99).

Yatkınlık ve Ciddiyet Algısı

Beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde, bireyin hastalıkları önleme ve sağlığını sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Bu algı, bireyin birincil korunmaya olan isteğini yansıtır (42). Bu isteğin gerçekleşebilmesi için bireyde meme kanserine yönelik yatkınlık ve hastalığa ilişkin ciddiyet algısının bulunması gerekir. Örneğin; yakın akrabalarında meme kanseri öyküsü olan bireyin, meme kanserine yakalanma konusunda kendini risk altında hissetmesi beklenir. Modele göre, yatkınlık ve ciddiyet algısı birlikte tehdit algısını oluşturur. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadın, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha

fazla KKMM yapma, mamografi ve KMM yaptırma eğiliminde olacaktır. Modelde beklenen sağlık davranışları ile ciddiye algısının önemi vurgulanmakla birlikte, birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi ve algılanması bireyin meme kanserine yönelik davranışlarında ciddiye algısının etkisini sınırladığı belirtilmektedir (8). Bu nedenle meme kanserine yönelik SİM'in temel alınacağı çalışmalarda bireylerin ciddiye algısının yüksek olması beklenen bir durum olarak ifade edilmektedir. Aynı zamanda bireysel sağlık algıları, erken tanıya yönelik davranışları başlatmada önemlidir.

Burada, bireyde davranışı başlatan en önemli etken bireydeki tehdit algısıdır. Bunu örneklemek gerekirse, bir kadının mammografi yaptırması için öncelikle meme kanserine yatkın olduğunu kabul etmesi ve meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılaması gereklidir. Çalışmalar yatkınlık algısındaki artış ile meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışların da daha fazla olacağını ileri sürmektedirler (9, 96). Nitekim, Champion'un (1993) geniş bir bölgede otuz beş yaş üstü 581 Amerikalı kadın ile yaptığı çalışmasında, yatkınlık algısı ile KKMM yapma arasındaki anlamlı ilişkinin gösterilmiş olması bu düşünceyi desteklemektedir (100).

Yarar ve Engel Algısı

Meme kanserinin erken tanısında bireyin tutum ve davranışlarını etkileyen diğer sağlık algıları kapsamında, beklenen sağlık davranışlarının bireye sağlayacağı yarar ile davranış uygulamadaki engel algısı yer almaktadır. Modele göre, meme kanserinde erken tanıya yönelik davranışların yararını kavrayan ve bu davranışları gerçekleştirmede daha az engelle karşılaşan bir kadının beklenen sağlık davranışlarını sergileme oranının da yüksek olması beklenmektedir (101, 102).

Çeşitli çalışmalarda, kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışlarını etkileyen başlıca engelleyici nedenler arasında, bilgi eksikliği, utanma, ağrı, maliyet, vakit bulamama, radyasyon alma korkusu, işlemleri gereksiz bulma ve kötü bir sonuçla karşılaşma korkusunun yer aldığı belirtilmektedir (42, 101). Erken tanıya ilişkin davranışların sergilenmesinde, engel algısına oranla yarar algısının yüksek olması önemlidir (9, 101). Yapılan çalışmalarda meme kanserine yönelik kadınların algıladıkları yararlar arasında, hastalığın erken tanınması ile daha kolay tedavi imkanlarını sağlaması, kanserden ölümleri

azaltması, erken dönemde kitleyi tespit etmeyi sağlaması, tedavi için bir şans olarak görülmesi, sağlığı sürdürme ve uzun bir yaşamı sağlamak yer almaktadır (103, 104).

Kadınların meme tarama hızlarında ve meme kanseri erken tanı davranışlarını engellemede psikolojik faktörler etkili olmaktadır (105). Psikolojik faktörler arasında; erken tanı uygulamaları hakkında bilginin olmaması, utanma, duyarlılığın olmaması, ailenin konforunun bozulması, kanser korkusu, memesini kaybetme korkusu, ölüm korkusu, beden imajında değişiklik korkusu yanlış inançlar ve algılar, kaderci yaklaşım yer almaktadır (106).

Sağlık Motivasyonu Algısı

Sağlık motivasyonu, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışın gerçekleştirilmesine yönelik isteklilik durumudur. Modele 1988 yılında eklenen sağlık motivasyonunun beklenen sağlık davranışlarını sergileme durumunda etkili olduğu belirtilmektedir (42, 96, 101). Sağlık motivasyonu, eylemin davranışa geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma durumu olarak tanımlanmaktadır (96). Kadınların meme kanserine yönelik olarak sağlık motivasyonlarının yüksek olması koruyucu sağlık davranışları gösterme olasılıklarını arttırmaktadır. SİM'e göre, sağlık motivasyon algısı yüksek olan kadınların düzenli KKMM yapma, mammografi ve KMM yaptırma eğilimleri daha yüksek olacaktır. Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalarda sağlık motivasyonu algısının, KKMM yapma ve mammografi yaptırma durumuna yönelik olumlu etkisi belirtilmiştir (96, 100, 107).

Eylem

Eyleme Geçiriciler

SİM geliştirilirken, davranışı tetikleyen faktörler de tartışılmıştır. Davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar), ancak davranışın nedeni olan eyleme geçiriciler ile artabileceği belirtilmektedir (106). Eyleme geçiriciler davranışı tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir. Model, harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili hazır bulunuşluğun önemli olduğunu belirtmektedir (105, 108). Meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili yapılan çalışmalarda eyleme geçiriciler olarak sıklıkla hatırlatıcı (telefon

ile arama, e-mail ve mektup gönderme, akran grupları) kullanımının davranışı sürdürmede etkili olduğu gösterilmektedir (109- 111).

Sonuç olarak SİM, sağlığı korumada birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak adlandırılan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda, sağlık profesyonellerinin özelliklede sahada çalışan hemşirelerin, davranışla ilgili eyleme geçiriciler konusunda bireylere yardımcı olmasına olanak sağlamaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, 40-60 yaş arasındaki MTİ kadınların meme kanseri korku düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına ve algılarına etkisini belirlemek amacıyla kesitsel-tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri Adıyaman il merkezi ve Şanlıurfa il merkezinde Şubat 2014 - Eylül 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler MTİ kadınların yoğunlukta yaşadıkları Adıyaman ilinde bulunan 3 No'lu Zeynep Ana Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölge ve Şanlıurfa 27 No'lu Hayati Harrani Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı bölgede toplanmıştır. Bu bölgelerin seçilme sebebi bölgelerde MTİ kadınların yoğunlukta yaşaması ve araştırmacının ulaşım kolaylığıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Adıyaman 3 No'lu Zeynep Ana ve Şanlıurfa 27 No'lu Hayati Harrani Aile Sağlığı Merkezlerine bağlı bölgelerde yaşayan 40-60 yaş grubundaki 2967 kadın, örneklemi ise 350 kadın oluşturmuştur. Örneklem seçiminde evreni bilinenden örneklem hesaplamasına gidilmiştir (112).

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

ASM'lerin bağlı bulunduğu bölgelerden kaç kadın alınacağını belirlemek amacı ile de tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmış olup her ASM bir tabaka olarak kabul edilmiştir. Bunun sonucunda Adıyaman 3 No'lu Zeynep Ana Aile Sağlığı Merkezi Bölgesi'nden 220,

Şanlıurfa 27 No'lu Hayati Harrani Merkezi Bölgesi'nden 130 MTİ kadının örnekleme alınması gerektiği saptanmıştır.

ASM'lerin bulunduğu bölgelerde yaşayan hangi kadınlara ulaşılabileceğini belirlemek için ASM sorumlu hekimlerinden kadınların adresleri alınmış ve rastgele seçilerek anket yapılacak kadınlar ve yedekler belirlenmiştir. Çalışmaya 40-60 yaş arasında, MTİ olan, meme kanseri tanısı almayan, araştırmacı ile yeterli iletişime geçebilecek düzeyde Türkçe konuşabilen ve anlayan kadınlar dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: 40-60 yaş grubundaki MTİ kadınların meme kanseri erken tanı davranışları, sağlık inanç modeli ölçeği puan ortalamaları, mamografi öz yeterlilik puan ortalamaları çalışmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır.

Bağımsız değişken: Meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması çalışmanın bağımsız değişkenidir.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak verileri elde etmede tanımlayıcı form, Champion'un Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMO), Meme Kanseri Korku Ölçeği, Mamografi Öz Yeterlilik ölçeği kullanılmıştır.

3.5.1. Tanımlayıcı Form

Literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu; sosyo-demografik özellikleri ve meme kanseri erken tanı davranışlarına ilişkin bilgileri içeren 15 sorudan oluşmaktadır (Ek 1). İlk 4 soru kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence) kapsamaktadır. Diğer sorular ise KKMM, KMM yapma durumu ve ne sıklıkta yaptıklarını, MG çektirme durumunu ve ne sıklıkta çektirdikleri, KKMM ve KMM yapmama nedenlerini, MG çektirmeme nedenlerini, meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgi alma durumlarını ve bilgi almak isteyip istemediklerini belirleyen sorulardan oluşmaktadır. Soruların tamamı kapalı uçlu sorulardır. Veri toplama formunun uygulanabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi'nden üç, Atatürk Üniversitesi'nden

bir, Gazi Osman Paşa Üniversitesi'nden bir olmak üzere toplamda beş uzman görüşü alınmış olup öneriler doğrultusunda form yeniden düzenlenmiştir. Ayrıca anket formlarının anlaşılıp anlaşılmadığını belirlemek için ön uygulaması gerçekleştirilmiştir.

3.5.2. Champion'un Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMO)

Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, meme kanserinin erken tanısına yönelik inançlara ilişkin sağlık inanç modeli temel alınarak Champion tarafından geliştirilmiştir (147). SİMÖ ülkemizde üç ayrı çalışma ile Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeklerin Cronbach's Alpha değerlendirmelerinde; Seçginli ve Nahçıvan'ın çalışmasında alfa değerleri, .74 ile .85, Karayurt'un çalışmasında, .58 ile .89, Gözüm ve Aydın'ın çalışmasında ise .69 ile .83 arasında bulunmuştur (80). Bu çalışmada ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gözüm ve Aydın (2004) tarafından yapılan formu kullanılmıştır. Meme kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin, bireyin meme kanseri ve genel sağlığı ile ilgili yargısını değerlendiren "duyarlılık (3 madde)", "önemseme/ciddiyet (6 madde)" ve "sağlık motivasyonu (5 madde)", KKMM ile ilgili "engelleri (8 madde)", "yararları (4 madde)", "öz etkililiği (10 madde)", mamografi ile ilgili "yararları (5 madde)" ve "engelleri (11 madde)" olmak üzere toplam 8 alt boyutu ve 52 maddesi vardır. Bu çalışmada ölçeğin meme kanserine ilişkin "duyarlılık", "önemseme/ciddiyet", "sağlık motivasyonu", KKMM si 'yararları', 'engelleri' ve 'öz etkililik' mamografi ile ilgili "yararları" ve "engelleri" olmak üzere toplam 8 alt boyutu (52 madde) kullanılmıştır. Ölçek 1'den 5'e kadar puanlanan likert tipi bir araçtır. Ölçekte, "kesinlikle katılmıyorum" yanıtı 1 puan, "katılmıyorum" 2 puan, "kararsızım" 3 puan, "katılıyorum" 4 puan ve "kesinlikle katılıyorum" 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir (80).

3.5.3. Meme Kanseri Korku Ölçeği

Meme Kanseri Korku Ölçeği Champion ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir (148). Ölçeğin tümü için Cronbach Alpha katsayısı 0.91'dir. Türkiye'de geçerlik güvenirliği Seçginli tarafından 2012 yılında yapılmıştır (154). Ölçeğin Türkçe 'ye uyarlanmış şekli 8 maddeden oluşmuş olup ölçek puanı minimum 8, maksimum 40'dır. Ölçek

puanlaması “kesinlikle katılmıyorum” 1 puandan, “kesinlikle katılıyorum” 5 puana doğru sıralanmaktadır. Puanın yüksek olması meme kanseri korku düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

3.5.4. Mamografi Öz-Yeterlilik Ölçeği

Champion ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir (149). Chronbach Alpha .87 olarak belirtilmiştir (6). Ülkemizde geçerlilik güvenirliliği Seçginli tarafından 2011 yılında yapılmıştır (154). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanmış şekli 10 maddeden oluşmuş olup ölçek puanı minimum 10, maksimum 50’dir. Ölçek puanlaması “kesinlikle katılmıyorum” 1 puandan, “kesinlikle katılıyorum” 5 puana doğru sıralanmaktadır. Puanın yüksek olması mamografi öz yeterlilik düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Evren belirlenip örneklem hesaplaması yapıldıktan sonra araştırmanın gerçekleştirileceği bölgelerde yaşayan MTİ olan kadınlarla yüz yüze görüşülerek ölçekler uygulanmıştır. Araştırmanın verileri Şubat- Eylül 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Her bir görüşme ortalama 20 dakika sürmüştür. Çalışılan bölgelerde aynı hanede yaşayan birden fazla 40-60 yaş aralığında MTİ kadına rastlanılmamıştır.

Görüşmeler esnasında araştırmacı önce kendisini tanıtmış, kadınları bu görüşme ile ilgili bilgilendirmiştir. Bilgilendirilmiş olur formu okunduktan sonra ilk olarak tanımlayıcı bilgi formu, daha sonra Champion’un Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMO), Meme Kanseri Korku Ölçeği, Mamografi Öz Yeterlilik ölçeğini uygulamıştır. Ayrıca kadınlar meme kanseri erken tanı yöntemleri hakkında kısaca bilgilendirilmiştir.

3.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayarda Statistical Package For Social Sciences (SPSS 16.0) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formundaki sorulara ilişkin tanımlayıcı istatistikleri belirlemek amacıyla (sayı, yüzde) kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan Sağlık İnanç Modeli leği, Meme Kanseri Korku leği ve Mamografi z Yeterlilik leği puan ortalamaları hesaplanmıştır. MTİ kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını yapma durumları ki kare analizi ile değerlendirilmiştir. Kadınların meme kanseri korku düzeylerini belirleyen korku leği puan ortalamasının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir. Korku leği puan ortalaması ile sağlık inançları alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında korelasyon analizi yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan, şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden ve Adıyaman Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışmanın amacı açıklanmış, bilgilendirilmiş olur formu okunup imzalatılmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar Tablo 1’de sunulmuştur. Adıyaman’daki MTİ kadınların yaş ortalaması 47.80 ± 6.44 ’dür. Şanlıurfa’daki MTİ kadınların yaş ortalaması 47.51 ± 6.27 dir. Katılımcıların yaş ortalaması 47.6 ± 6.37 dir. Adıyaman’daki MTİ kadınların %59.1’i okuryazar değil, % 92.3’ü evli, %94.5’inin sağlık güvencesi bulunmaktadır. Şanlıurfa’daki MTİ kadınların %90.0’i okur yazar değil, % 94.6’sı evli ve % 90.8’inin sağlık güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 1. MTİ Kadınların İllere Göre Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımları

Demografik Özellikler	Adıyaman		Şanlıurfa	
	n	%	n	%
Yaş	X ± SS 47.80 ± 6.44		X ± SS 47.51 ± 6.27	
Eğitim Durumu				
Okuryazar değil	130	59.1	117	90.0
Okuryazar	27	12.3	6	4.6
İlkokul	57	25.9	6	4.6
Ortaokul	3	1.4	1	0.8
Lise ve Üstü	3	1.4	-	-
Medeni durum				
Evli	203	92.3	123	94.6
Bekar	17	7.7	7	5.4
Sosyal güvencesi				
Var	208	94.5	118	90.8
Yok	12	5.5	12	9.2
Toplam	220	100	130	100

4.2. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarını Yapma Durumları

Katılımcıların meme kanseri erken tanı davranışlarını yapma durumlarına göre dağılımlarına ilişkin sonuçlar Tablo 2’de verilmiştir. Çalışmaya katılan Adıyaman ilindeki MTİ kadınların %61.4’ü KKMM yapmamakta %38.6’sı KKMM yapmaktadır, Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların %83.1’i KKMM yapmamakta, %16.9’u KKMM yapmaktadır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2 = 18.15$, $p = 0.000$). Adıyaman ilindeki MTİ kadınların %71.4’ü KMM yaptırmadıklarını, %28.6’sı KMM yaptırdıklarını belirtmişlerdir ve Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların %86.9’u KMM yaptırmadıklarını, %13.1’i KMM yaptırdıklarını belirtmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2 = 11.21$, $p = 0.001$). Adıyaman ilindeki MTİ kadınların %71.4’ü MG çektilerini, %28.6’sı MG çektilerini ve Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların %83.8’i MG çektilerini, %16.2’si MG çektilerini belirtmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 6.98$, $p = 0.008$). Kadınların %50.0’ı şu ana kadar meme kanseri ve erken tanı yöntemleri (KKMM, KMM, MG) hakkında bilgi almadıklarını ifade etmiş olup, %32.0’ı bir sağlık personelinde bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 2. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarını Yapma Durumlarının Dağılımı

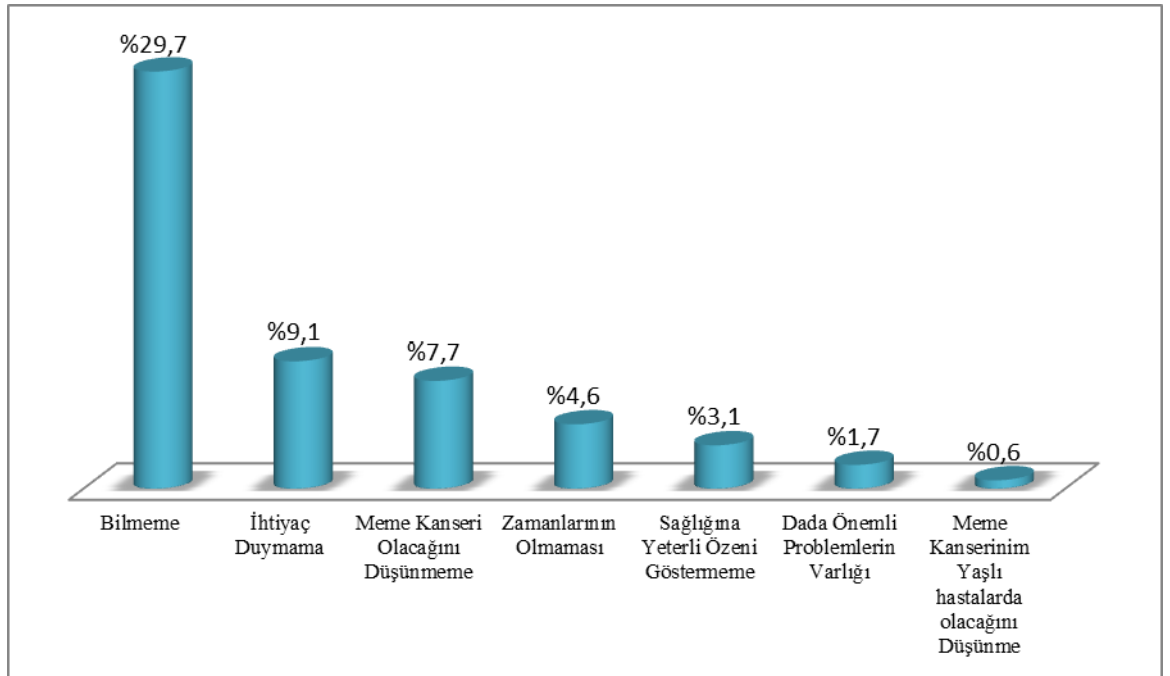
Erken Tanı Yöntemleri	Adıyaman		Şanlıurfa		İstatistiksel Değer
	n	%	n	%	
KKMM Yapma Durumu					
Evet	85	38.6	22	16.9	$x^2 = 18.15$ $p = 0.000$
Hayır	135	61.4	108	83.1	
KMM Yaptırma Durumu					
Evet	63	28.6	17	13.1	$x^2 = 11.21$ $p = 0.001$
Hayır	157	71.4	113	86.9	
Mamografi Çektilme Durumu					

Evet	63	28.6	21	16.2	$\chi^2=6.98$ p= 0.008
Hayır	157	71.4	109	83.8	
Toplam	220	100	130	100	

4.3. MTİ Kadınların Meme Kanseri Taramalarını Yapmama Nedenleri

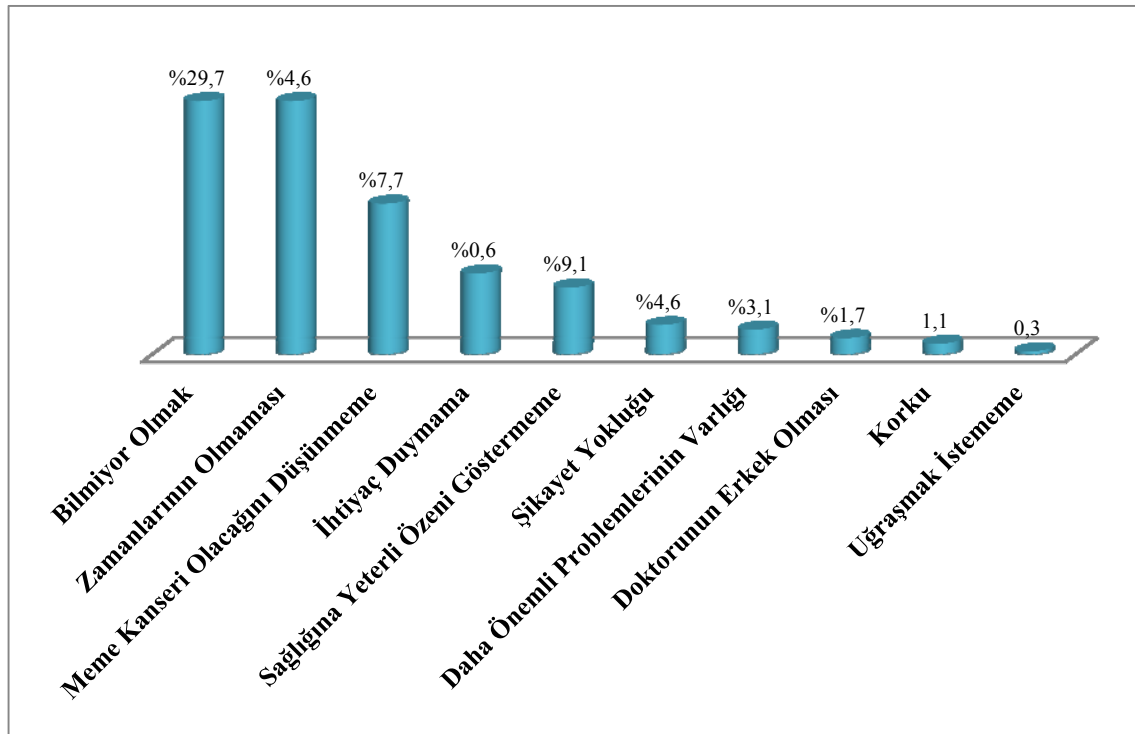
MTİ kadınların KKMM yapmama nedenlerine göre dağılımlarına ilişkin bulgulara Grafik 2’de yer verilmiştir. Kadınlar KKMM yapmama nedenlerini %29.7 bilmiyor olmak, %4.6’sı zamanlarının olmaması, %7.7’si meme kanseri olacağını düşünmeme, %0.6’sı meme kanserinin yaşlı hastalarda olabileceğini düşünme, %9.1’i ihtiyaç duymama, %4.6’sı uğraşmak istememe, %3.1’i sağlığına yeterli özeni göstermeme, %1.7’si daha önemli problemlerinin varlığı olarak belirtmiştir.

Grafik 2. MTİ Kadınların KKMM Yapmama Nedenleri



Grafik 3'te MTİ kadınların MG çektirmeme nedenlerine ilişkin bulgular verilmiştir. MTİ kadınlar MG çektirmeme nedenlerini %1.7'si doktorun erkek olması, %16.0'ı meme kanserinin kendinde olmayacağını düşünme, %26.9'u zaman ayırmama, %7.1'i sağlığına önem vermeme, %8.6'sı ihtiyaç duymama, %1.1 i korku, %2.6'sı daha önemli problemlerin varlığı, %26.9'u MG'yi bilmiyor olmak, %3.1'i şikayet yokluğu, %0.3'ü uğraşmak istememe olarak belirtmiştir.

Grafik 3. MTİ Kadınların MG Çektirmeme Nedenleri



4.4. MTİ Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Meme Kanseri Korku Ölçeği ve Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Katılımcıların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından, Korku Ölçeğinden ve Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 3'te verilmiştir. Adıyaman ilindeki MTİ kadınların duyarlılık algısı puan ortalaması 7.98 ± 3.52 , Şanlıurfa

ilindeki MTİ kadınların duyarlılık algısı puan ortalaması 8.27 ± 3.34 'tür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-0.770$, $p=0.442$). Adıyaman ilindeki MTİ kadınların ciddiye algısı puan ortalaması 19.46 ± 7.79 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların ciddiye algısı puan ortalaması ise 22.82 ± 7.71 'dir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-3.909$, $p=0.000$).

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların Sağlık Motivasyonu algısı puan ortalaması 18.23 ± 3.48 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların Sağlık Motivasyonu algısı puan ortalaması 16.52 ± 3.41 'dir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t= 4.478$, $p= 0.000$). Adıyaman ilindeki MTİ kadınların KKMM yarar algısı puan ortalaması 14.50 ± 3.32 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların KKMM yarar algısı puan ortalaması 14.55 ± 3.68 'dir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-0.114$, $p= 0.909$).

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların KKMM engel algısı puan ortalaması 17.98 ± 6.08 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların KKMM engel algısı puan ortalaması 21.07 ± 5.12 'dir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-5.090$, $p= 0.000$). Adıyaman ilindeki MTİ kadınların KKMM öz etkililik algısı puan ortalaması 24.95 ± 12.96 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların KKMM öz etkililik algısı puan ortalaması 17.83 ± 9.34 tür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=5.946$, $p= 0.000$).

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların mamografi yarar algısı puan ortalaması 18.07 ± 3.58 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların mamografi yarar algısı puan ortalaması 17.74 ± 4.23 'tür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0.781$, $p= 0.436$). Adıyaman ilindeki MTİ kadınların mamografi engel algısı puan ortalaması 29.37 ± 6.97 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların mamografi engel algısı puan ortalaması 34.26 ± 6.34 'tür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-6.716$, $p=0.000$).

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların mamografi öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması 37.37 ± 13.35 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması ise 25.40 ± 12.69 'dur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=8.258$, $p= 0.000$).

Tablo 3. MTİ Kadınların İllere Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Meme Kanseri Korku Ölçeği ve Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Min-Max Puan	Adıyaman	Şanlıurfa	İstatistikî Değer	
		X ± SD	X ± SD	t	p
Duyarlılık	3-15	7.98 ± 3.52	8.27 ± 3.34	-0.770	0.442
Ciddiyet	6-30	19.46 ± 7.79	22.82 ± 7.71	-3.909	0.000
Sağlık Motivasyonu	5-25	18.23 ± 3.48	16.52 ± 3.41	4.478	0.000
KKMM Yararları	4-20	14.50 ± 3.32	14.55 ± 3.68	0.114	0.909
KKMM Engelleri	8-40	17.98 ± 6.08	21.07 ± 5.12	-5.090	0.000
KKMM Öz etkililik	10-50	24.95 ± 12.96	17.83 ± 9.34	5.946	0.000
Mamografi Yarar	5-25	18.07 ± 3.58	17.74 ± 4.23	0.781	0.436
Mamografi Engel	11-55	29.37 ± 6.97	34.26 ± 6.34	-6.716	0.000
Mamografi öz yeterlilik	10-50	37.37 ± 13.35	25.40 ± 12.69	8.258	0.000

4.5. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Korku Ölçeği Puan Ortalamasının Erken Tanı Davranışlarına Etkisi

MTİ Kadınların Meme Kanseri Korku Ölçeği puan ortalamasının erken tanı davranışları üzerindeki etkisini gösteren bulgulara tablo 4'te yer verilmiştir. Adıyaman ilindeki MTİ kadınlara bakıldığında KKMM yapan kadınların korku ölçeği puan ortalaması yapmayan

kadınlara göre sırasıyla (28.46 ± 9.79 , 25.15 ± 9.82) yüksek saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2.439$, $p=0.016$). KMM yaptıran kadınların KMM yaptırmayan kadınlara göre korku ölçeği puan ortalaması sırasıyla (29.63 ± 25.14 , 25.14 ± 9.78) yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=3.099$, $p=0.002$). Mamografi çektiren kadınların korku ölçeği puan ortalaması çektirmeyen kadınlara göre sırasıyla (29.80 ± 9.41 , 15.07 ± 9.81) yüksek saptanmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=3.276$, $p=0.001$).

Şanlıurfa'daki MTİ kadınların korku ölçeği puan ortalamasının erken tanı davranışlarına etkisine bakıldığında ise KKMM yapan kadınların korku ölçeği puan ortalaması yapmayan kadınlara göre sırasıyla (29.00 ± 8.81 , 27.91 ± 8.45) yüksek saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0.544$, $p=0.587$). KMM yaptıran kadınların KMM yaptırmayan kadınlara göre korku ölçeği puan ortalaması sırasıyla (30.17 ± 9.50 , 27.78 ± 8.32) yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=1.082$, $p=0.281$). MG çektiren kadınların korku ölçeği puan ortalaması çektirmeyen kadınlara göre sırasıyla (29.47 ± 9.36 , 27.83 ± 8.32) yüksek saptanmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.810$, $p=0.410$) (Tablo 4).

Adıyaman ilindeki KKMM yapan MTİ kadınların Şanlıurfa ilindeki KKMM yapan kadınlara göre korku ölçeği puan ortalaması sırasıyla (28.46 ± 9.79 , 29.00 ± 8.81) düşük saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-0.236$, $p=0.814$). Adıyaman ilindeki KMM yaptıran MTİ kadınların Şanlıurfa ilindeki KMM yaptıran kadınlara göre korku ölçeği puan ortalaması sırasıyla (29.63 ± 25.14 , 30.17 ± 9.50) düşük saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-0.207$, $p=0.837$). Adıyaman ilindeki MG çektiren MTİ kadınların Şanlıurfa ilindeki kadınlara göre korku ölçeği puan ortalaması sırasıyla (29.80 ± 9.41 , 29.47 ± 9.36) yüksek saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=0.141$, $p=0.888$) (Tablo 4).

Adıyaman ilindeki KKMM yapmayan MTİ kadınların Şanlıurfa ilindeki KKMM yapmayan kadınlara göre korku ölçeği puan ortalaması sırasıyla (25.15 ± 9.82 , 27.91 ± 8.45) düşük saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2.361$, $p=0.019$). Adıyaman ilindeki KMM yaptırmayan MTİ kadınların Şanlıurfa ilindeki KMM

yaptırmayan kadınlara göre korku ölçeği puan ortalaması sırasıyla (25.14 ± 9.78 , 27.78 ± 8.32) düşük saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2.394$, $p=0.017$). Adıyaman ilindeki MG çektiren MTİ kadınların Şanlıurfa ilindeki kadınlara göre korku ölçeği puan ortalaması sırasıyla (15.07 ± 9.81 , 27.83 ± 8.32) düşük saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-2.473$, $p=0.014$) (Tablo 4).

Tablo 4. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Korku Ölçeği Puan Ortalamasının Erken Tanı Davranışlarına Etkisi

Erken Tanı Yöntemleri	Meme Kanseri Korku Ölçeği Puan Ortalamaları			
	Adıyaman	Şanlıurfa	İstatistiki Değer	
	Ort \pm SS	Ort \pm SS	t	p
KKMM Yapma Durumu				
Evet	28.46 ± 9.79	29.00 ± 8.81	-0.236	0.814
Hayır	25.15 ± 9.82	27.91 ± 8.45	-2.361	0.019
	$t=2.439$ $p=0.016$	$t=0.544$ $p=0.587$		
KMM Yaptırma Durumu				
Evet	29.63 ± 25.14	30.17 ± 9.50	-0.207	0,837
Hayır	25.14 ± 9.78	27.78 ± 8.32	-2.394	0.017
	$t=3.099$ $p=0.002$	$t=1.082$ $p=0.281$		
Mamografi Çektirme Durumu				
Evet	29.80 ± 9.41	29.47 ± 9.36	0.141	0.888
Hayır	15.07 ± 9.81	27.83 ± 8.32	-2.473	0.014
	$t=3.276$ $p=0.001$	$t=0.810$ $p=0.410$		

4.6. MTİ Kadınların Meme Kanseri Korku Düzeylerinin Sağlık İnançlarına Etkisi

Katılımcıların korku düzeyleri ile sağlık inançları arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 5' te verilmiştir. MTİ kadınların korku ölçeği puan ortalaması ile duyarlılık algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r= 0.683$ $p= .000$). Katılımcıların korku ölçeği puan ortalaması ile ciddiye algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r= 0.773$ $p= .000$). Kadınların korku ölçeği puan ortalaması ile sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r= .294$ $p=.000$). Kadınların korku ölçeği puan ortalaması ile KKMM yarar algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r= .349$ $p=.000$).

Kadınların korku ölçeği puan ortalaması ile KKMM engel algısı puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir ($r= -.133$ $p= .013$). Kadınların korku ölçeği puan ortalaması ile KKMM öz etkililik algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r= .173$ $p= .001$). Kadınların korku ölçeği puan ortalaması ile mamografi yarar algısı puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde bir korelasyon vardır ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($r= -.098$ $p= .067$). Korku ölçeği puan ortalaması ile Mamografi engel algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde bir korelasyon vardır ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($r=.059$ $p= .268$). MTİ kadınların korku düzeyleri puan ortalaması ile mamografi öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r= .203$ $p=.000$).

Tablo 5. MTİ Kadınların Korku Düzeyleri İle Sağlık İnançları Arasındaki İlişki

PEARSON CORRELATION	KORKU	DUYARLILIK	CİDDİYET	SAĞLIK MOTİVASYONU	KKMM YARAR	KKMM ENGEL	KKMM ÖZ ETKİLİLİK	MAMOGRAFİ YARAR	MAMAOGRAFİ ENGEL	MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİK
KORKU	1									
DUYARLILIK	.683**	1								
CİDDİYET	.773**	.684**	1							
SAĞLIK MOTİVASYONU	.294**	.341**	.213**	1						
KKMM YARAR	.349**	.338**	.260**	.493**	1					
KKMM ENGEL	-.133*	-.200**	-.014	-.335**	-.482**	1				
KKMM ÖZ ETKİLİLİK	.173**	.167**	.039	.355**	.460**	-.538**	1			
MAMOGRAFİ YARAR	-.098	-.086	-.037	.169**	.132*	.041	.064	1		
MAMAOGRAFİ ENGEL	.059	.049	.167**	-.286**	-.195**	.336**	-.407**	-.189**	1	
MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİK	.203**	.198**	.045	.547**	.398**	-.399**	.441**	.156**	-.421**	1

*p<0.05, **p<0.01

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, MTİ kadınların meme kanseri korku düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına ve algılarına etkisi incelenmiştir.

5.1. Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmaya MTİ kadınlar katılmıştır. Katılımcıların tamamını kadınlar oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2005 yılı Hane Halkı İşgücü anketi sonuçlarına göre kadın nüfusun %51.6'sı tarım kesiminde çalışmaktadır (113). Amerika Birleşik Devletlerinde, Ulusal Tarım İşçileri veri tabanı sonuçlarında (%56.7) ve Snipes ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında (%79.8) kadın işçilerin çoğunlukta olduğu gösterilmiştir (114, 115). Kadın işgücünün önemli bir kısmı tarımsal alanda istihdam edilmektedir.

Adıyaman'daki MTİ kadınların yaş ortalaması 47.80 ± 6.44 'dür. Şanlıurfa'daki MTİ kadınların yaş ortalaması 47.51 ± 6.27 'dir. Çalışmaya 40-60 yaş arası kadınlar dahil edilmesine rağmen yaş ortalaması 47 olarak bulunmuştur. Türkiye'de ve ABD'de yapılan araştırmalarda da göçebe mevsimlik tarım işçilerinin yaşlarını 27 ile 36 yaş arasında değişen genç erişkin insanlardan oluştuğu belirtilmektedir. Yapılan işin koşullarının ağır olmasına bağlı olarak genç erişkin nüfusun daha fazla bu işlerde çalıştığı tahmin edilmektedir (113, 114, 116, 117). Nitekim genç olmalarına rağmen muhtemelen çalışma koşullarının ağır olmasının, ekonomik ve sosyal nedenlere de bağlı olarak yaralanmalar, tüberküloz, psikiyatrik hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, ülserler, hipertansiyon ve bazı paraziter hastalıkların neden olduğu mortalite hızları daha yüksektir (118).

Çalışmaya katılan hem Adıyaman hem de Şanlıurfa'daki MTİ kadınların çoğunluğu okuryazar değildir. Bu sonuçlar TÜİK 2009 verilerinde belirtilen okuryazar olmayanların oluşturduğu %8.6 değere göre yüksek bulunmuştur. Öğrenim durumundaki bu kötü tablo mevsimlik tarım işçileri ile yapılan diğer araştırmalarla da ortaya konmuştur. Eğitim-Sen tarafından yapılan bir araştırmada tarım işçilerin %65.0'ının hiç eğitim görmediği, Havlioğlu'nun (2011) ergen mevsimlik tarım işçilerinde yapmış olduğu araştırmada ise %39.4'ünün ilkokulu tamamlamadığı ve %58.1'inin ise halen herhangi bir okula devam etmediği belirtilmektedir (119, 120). Kutlu (2011) erişkin mevsimlik tarım işçileri ile yaptığı

çalışmasında tarım işçilerinin %60.0'nın okuryazar olmadığını belirlemiştir (122). MTİ kadınların eğitim durumu sağlık hizmetlerine ulaşımında önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Mevsimlik tarım işçileri aileleri ile birlikte tarım bölgelerine göç etmektedirler. Tarımsal faaliyetlerin yoğun olduğu aylar genellikle okul eğitiminin de devam ettiği dönemle çakışmaktadır. Bu nedenle tarım işlerinde çalışan kadınlar ve çocukları okul ve iş arasında tercih yapmak zorunda kalmaktadırlar. Bu tercih genellikle çalışmadan yana olmaktadır. Okul çağındaki çocuklarda okul döneminde tarlalarda oldukları için öğrenimlerini sürdürememekte ve tüm yaşamları boyunca da bu sonuçtan etkilenmektedirler. Tarım işçisi aileler, çoğunlukla çocuklarını da beraber çalışma yerine götürdüklerinden, çocuklarının eğitim görme şansları azalmaktadır. Bu bir kısır döngü olarak sürüp gitmektedir (38). Nitekim çalışma sonuçları da bu sonucu destekler niteliktedir (117,121).

Çalışmanın yapıldığı Adıyaman ve Şanlıurfa illerinde MTİ kadınların %90'dan fazlası evlidir. Benzer olarak Kutlu (2011) çalışmasında göçebe mevsimlik tarım işçilerinin %87.0'nın evli olduğunu belirtmiştir (122). ABD'de yapılan araştırmalarda göçmen tarım işçilerinin %52-78'nin evli ve %63-66'sının çocukları ile birlikte hareket ettikleri belirtilmektedir. Her yıl 500.000 çocuğun aileleri ile birlikte göç ettiği tahmin edilmektedir (36, 39, 116, 123). Bu durum özellikle çocuklar açısından pek çok olumsuzluğu birlikte getirmesine rağmen aile desteğinin sürmesi açısından ise oldukça önemlidir.

Adıyaman ve Şanlıurfa'da araştırmaya katılan MTİ kadınların çoğunun sosyal güvencesi bulunmaktadır. Benzer olarak Koruk (2010) çalışmasında göçebe MTİ kadınların %18.5'inin sosyal güvencesinin bulunmadığını tespit etmiştir (113). Aynı çalışmada göçebe mevsimlik tarım işçilerin %73.4'ü yeşil kart kapsamında sağlık hizmeti kullanmaktadır. MTİ kadınlarda "sosyal güvenlik kurumu kapsamında ve özel sağlık sigortası olanlar" daha azdır (113). Bu çalışmada MTİ kadınların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olması sağlık hizmetinden faydalanmalarında kolaylık sağlayacaktır.

5.2. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarını Yapma Durumları

Araştırmaya katılan Adıyaman ve Şanlıurfa illerindeki MTİ kadınların yarısından fazlasının KKMM yapmadığı, KMM yaptırmadığı ve MG yaptırmadığı belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 2). Adıyaman ve Şanlıurfa'daki kadınların %50.0'ı şu ana kadar meme kanseri ve erken tanı yöntemleri (KKMM, KMM, MG) hakkında bilgi almadıklarını ifade etmiş olup, %32.0'ı bir sağlık personelinin bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

Meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili MTİ kadınlar üzerinde yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Şimşek (2012), MTİ kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %87.2'sinin KKMM yapmadıklarını belirtmiştir (26). Benzer olarak MTİ kadınlar gibi yoksul kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının yeterli olmadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (14, 125, 126). Yi ve arkadaşlarının (2001), yaptığı araştırmalarında kadınların %18.6'sının her ay düzenli KKMM yaptığını, KMM yaptırmama oranının %48.7 ve MG yaptırmama oranlarının %32.8 olduğunu bildirmişlerdir (14). Kalichman, Williams ve Nachimson (2000), yoksul kadınların %45.0'ının her ay düzenli meme muayenesi yaptığını belirtmişlerdir (127). Yapılan bir başka çalışmada son bir yıl içerisinde kadınların MG yaptırmama oranı %21.0 iken, dokuz aylık izlem sonrasında kadınların MG yaptırmama oranı %23.0 olarak saptanmıştır (125).

Makuc ve arkadaşları (1999), 50-64 yaş grubu yoksul kadınların son bir yıl içerisinde MG yaptırmama oranlarını %48.4 olarak belirtmişlerken, yoksul olmayan kadınlarda bu oranın %73.6 olduğunu belirtmişlerdir (126). Takakuwa ve arkadaşları (2000), yüksek geliri olan kadınların meme muayenesi ve MG gibi koruyucu sağlık davranışlarında bulunmalarının, düşük gelirli kadınlara oranla daha yüksek olduğunu saptamışlardır (128).

Hemşirelerin yaptığı çalışmalarda da kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarının yetersiz olduğu belirtilmiştir. Bunlardan Taylandlı kadınlar arasında yapılan bir çalışmada 145 kadından %25.0'ının düzenli KKMM yaptığını ve meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olan kadınlarda KKMM yapma olasılığının fazla olduğu belirtilmiştir (129). Fontana ve Bishhoff (2008), yoksul kadınlarda KMM yaptırmama ve MG yaptırmama en önemli belirleyicilerinden

birisinin gelir seviyesi olduğunu, gelir seviyesinin artması ile bu davranışları gösterme arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu belirtmişlerdir (130).

Göçebe yaşamın, izleme dayalı ve uzun süreli tedavi hizmetlerine (kanser taraması vb.) ulaşımı güçleştirdiği, hatta birçok MTİ'nin sağlık hizmeti kullanmayı sürekli adreslerine dönene kadar ertelediği bilinmektedir (36, 131). MTİ kadınların zorlu çalışma koşulları yoksulluğu; yoksulluk ve göç hareketleri de hastalıkların görülme sıklığını arttırmakta ve hizmete erişimi de engellemektedir. Aynı zamanda göçebe yaşam tarzı, ekonomik yetersizlik, dil ve kültürel farklılık, kayıt altında olmamak ve çalışılan bölgede sınırlı sayıda sağlık kuruluşunun olması, coğrafi ve sosyal izolasyon, ulaşım aracı yetersizliği ve sağlık algısı düşüklüğünün mevsimlik tarım işçilerin sağlık hizmeti kullanımını sınırladığı dolayısı ile KMM ve MG çektirme gibi davranışları gerçekleştirmelerini engellediği düşünülebilir.

5.3. MTİ Kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Meme Kanseri Korku Ölçeği ve Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

MTİ kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, Adıyaman ilindeki MTİ kadınların **duyarlılık algısı** puan ortalaması 7.98 ± 3.52 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların **duyarlılık algısı** puan ortalaması 8.27 ± 3.34 tür (Tablo 3). Bu çalışmanın sonucuna benzer olarak Lee-Lin ve arkadaşlarının Çinli göçmen kadınlarda yaptıkları çalışmada, kadınların meme kanseri duyarlılık algısı puan ortalamasını 7.13 ± 2.22 olarak bildirmektedir (138). Ersin (2012) çalışmasında kadınların duyarlılık algısı puan ortalamasını 6.74 ± 3.25 olarak belirlemiştir (18). Güney (2009) çalışmasında kadınların duyarlılık/yatkınlık algısı puan ortalamasını 8.38 ± 2.59 olarak bulmuştur (139). Seçginli ve Nahçıvan'ın (2006) çalışmasında bu bulgu 12.99 ± 3.07 'dir (140). Karabaş (2013) çalışmasındaki kadınların duyarlılık algısı puan ortalaması 7.040 ± 0.058 'dir (132).

Sağlık İnanç Modeli'ne göre duyarlılık algısı bireyin sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi algılamasıdır. Literatürde kadınların meme kanserine karşı duyarlılığının fazla olmasının meme kanseri erken tanı davranışlarını arttırdığı belirtilmektedir (100, 153). Bu nedenle erken tanı davranışının gerçekleşmesinde oldukça önemlidir. Beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde, bireyin hastalıkları önleme ve sağlığı sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Bu çalışmada, kadınların duyarlılık algısına

yönelik elde edilen sonuç, meme kanserini, meme kanseri erken tanı davranışlarını bilmemelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada Adıyaman ilindeki MTİ kadınların **ciddiyet algısı** puan ortalaması 19.46 ± 7.79 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların **ciddiyet algısı** puan ortalaması ise 22.82 ± 7.71 'dir (Tablo 3). Bu çalışma sonucuna benzer olarak Ersin'in (2012) çalışmasında ciddiye algısı puan ortalaması 20.50 ± 6.55 olarak saptanmıştır (18). Karabaş'ın (2013) çalışmasında ise ciddiye algısı puan ortalaması $21,19 \pm 0.132$ 'dir (132). Güney'in (2009) İzmir'de bir fabrikada çalışan kadınlarda yaptığı çalışmada, ciddiye algısı puan ortalaması 20.78 ± 5.12 olarak saptanmıştır (139). Seçginli ve Nahçıvan'ın (2006) çalışmasında kadınların ciddiye algısı puan ortalaması 23.91 ± 4.91 'dir (140).

Ciddiyet algısı; meme kanserinin kişide yarattığı endişeler ve tehdit edici durumun zararlı sonuçlarının neler olduğunun algılanmasıdır. Ciddiyet algısını, bireyin hastalığı ciddiye alması ve hastalığı kendi sağlığı için tehdit edici, ciddi bir durum olarak algılaması belirlemektedir (100). Ciddiyet algısı ile ilgili bu çalışmadan elde edilen sonuç, MTİ kadınların, meme kanserini ne düzeyde ciddiye aldıklarını göstermektedir. Çünkü birçok toplumda olduğu gibi Şanlıurfa ve Adıyaman'da da kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi ve algılanması ciddiye algısını etkilemiş olabilir. Ayrıca çalışmada Şanlıurfa'daki MTİ kadınların ciddiye algısı puan ortalaması Adıyaman'daki kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır. Bu sonucun Şanlıurfa'da çalışılan bölgede üniversite, halk sağlığı müdürlüğü, sağlık bakanlığı, birleşmiş milletler nüfus fonu tarafından üreme sağlığına yönelik yapılan farkındalık çalışmalarından etkilendiğini düşündürmektedir.

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların **sağlık motivasyonu algısı** puan ortalaması 18.23 ± 3.48 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların **sağlık motivasyonu** puan ortalaması 16.52 ± 3.41 'dir (Tablo 3). Phillips (1993), çalışmasına katılan kadınlarda sağlık motivasyonu algısı puan ortalamasını orta düzeyde tespit etmiştir (141). Güney (2009) çalışmasında sağlık motivasyonu algısı puan ortalamasını 20.35 ± 4.66 olarak belirlemiştir (139). Karabaş (2013) ise bu puanı 26.34 ± 0.106 olarak tespit etmiştir (132). Aydın, Avcı ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada öğrencilerin sağlık motivasyonu algısı puan ortalamasının 21.59 ± 3.27

olduğu saptanmıştır (142). Seçginli ve Nahçıvan'ın (2006) çalışmasında sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması 24.70 ± 3.91 'dir (140).

Sağlık motivasyonu; bireyin sağlığını sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışların oluşması için genel niyet ve isteklilik durumunu göstermektedir (100). Çalışmadaki kadınların, meme kanserine yönelik motivasyon algısı puanları diğer çalışmalardan düşük bulunmuştur. Bu durum MTİ kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmadaki zorluklarından, göçebe bir yaşam sürmeleri nedeniyle verilen sağlık hizmetinin sürekliliğinin sağlanamamasından kaynaklanmış olabilir.

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların **KKMM yarar** algısı puan ortalaması 14.50 ± 3.32 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların **KKMM yarar** algısı puan ortalaması 14.55 ± 3.68 'dir (Tablo 3). Lee-Lin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında KKMM yarar algısı puanı 8.24 ± 1.03 'tür (138). Phillips'in (1993) çalışmasında ise bu bulgu 11.3 ± 3.2 'dir (141). Bu çalışmaya benzer olarak Karabaş (2013) kadın öğretim elemanları ile yaptığı çalışmada KKMM yarar algısı puanını $15,48 \pm 0.074$ olarak saptamıştır (132). Aydın Avcı'nın (2007) çalışmasının KKMM yarar algısı puanı 16.63 ± 4.06 'dır (142). Güney'in (2009) fabrikada çalışan kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların KKMM yarar algısı puanını 15.50 ± 3.46 olarak saptamıştır (139).

Yarar algısı; erken tanı davranışlarının oluşmasında algılanan olumlu yönlerdir. Sağlık İnanç Modelinin yapısına göre, yarar algısının yüksek olması davranışa başlama ihtimalinin yüksek olduğunu gösterir (100). Bu çalışmadan elde edilen sonuç, MTİ kadınların, meme kanserini erken teşhis etmede KKMM'nin yararlı olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların **KKMM engel** algısı puan ortalaması 17.98 ± 6.08 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların **KKMM engel** algısı puan ortalaması 21.07 ± 5.12 'dir (Tablo 3). Lee-Lin ve arkadaşlarının (138) yaptığı çalışmada KKMM engel algısı puan ortalaması 11.14 ± 2.89 olarak saptanmıştır. Seçginli ve Nahçıvan'ın (2006) çalışmasında KKMM engel algısı puan ortalaması 14.60 ± 3.83 'tür (140). Çalışma bulgusuna benzer olarak Güney (2009)' in çalışmasında kadınların KKMM yarar algısı puanı 19.04 ± 6.22 dir (139). Karabaş (2013) çalışmasında KKMM engel algısı puanı $22,89 \pm 0.136$ dir (132).

Engel algısı; erken tanı davranışlarının oluşmasında algılanan olumsuz yönlerdir (100). Bu çalışmada MTİ kadınların sıklıkla bahsettikleri engeller bilgi eksikliği, zamanlarının olmaması, meme kanseri olacağını düşünmeme, yaşlı kadınların meme kanseri olacağını düşünme, önemsememe, uğraşmak istememe, daha önemli problemlerin varlığı ve korkudur. Bu sonuç literatürle benzerlik göstermektedir (18, 22, 109, 132-136). Bütün bu engeller MTİ kadınların engel algısı puan ortalamasını etkilemiştir. Çünkü MTİ kadınların öncelikleri değişmektedir. Tarlada çalışmaya daha fazla zaman ayırmakta, kendi sağlıklarına gereken önemi göstermemektedirler.

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların **KKMM öz etkililik** algısı puan ortalaması 24.95 ± 12.96 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların **KKMM öz etkililik** algısı puan ortalaması 17.83 ± 9.34 'tür (Tablo 3). Phillips (1993) çalışmasında KKMM öz-etkililik algısının puanını orta düzeyde olarak belirtmektedir (141). Seçginli ve Nahçıvan'ın (2006) çalışmasındaki KKMM öz-etkililik algısı puan ortalaması 34.48 ± 5.97 'dir (140). Karabaş (2013) çalışmasındaki kadınların KKMM öz-etkililik puan ortalaması 33.25 ± 0.165 dir (132). Güney (2009) çalışmasında bu puanı 30.65 ± 6.65 olarak saptamıştır (139).

Sağlık inanç modeline göre öz etkililik; bir sağlık davranışını uygulamada bireysel yeterliliği ifade eder. Bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize edip, başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısıdır (100). Bu çalışmada kadınların KKMM öz etkililik algısı puan ortalaması düşük olarak saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç MTİ kadınların KKMM konusunda bilgi eksikliği olduğunu düşündürmektedir.

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların **mamografi yarar** algısı puan ortalaması 18.07 ± 3.58 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların **mamografi yarar** algısı puan ortalaması 17.74 ± 4.23 'tür (Tablo 3). Lee-Lin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasındaki mamografi yarar algısı puan ortalaması 19.93 ± 3.19 'dur (138). Phillips'in (1993) çalışmasındaki mamografi yarar algısı puan ortalaması orta düzeydedir (141). Seçginli ve Nahçıvan'ın (2006) çalışmasındaki kadınların mamografi yarar algısı puan ortalaması 23.05 ± 3.31 'dir (139). Güney'in (2009) çalışmasındaki kadınların mamografi yarar algısı puan ortalaması 18.88 ± 3.90 'dur (140).

Sağlık İnanç Modeline göre mamografi yarar algısı puan ortalaması, MG'nin olumlu sonuçlarının ve yararlarının algılanmasıdır (100). Ancak bu çalışmada MTİ kadınların

mamografi yarar algısı istenen düzeyde değildir. Bu durum kadınların çoğunluğunun MG hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanmış olabilir.

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların **mamografi engel** algısı puan ortalaması 29.37 ± 6.97 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların **mamografi engel** algısı puan ortalaması 34.26 ± 6.34 olarak saptanmıştır (Tablo 3). Lee-Lin ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında mamografi engel algısı puan ortalaması 37.53 ± 10.24 olarak saptanmıştır (138). Güney'in (2009) çalışmasında kadınların mamografi engel algısı puan ortalaması 26.59 ± 9.04 'tür (139). Bayık Temel ve arkadaşlarının (2007) kadın öğretim üyeleriyle yaptıkları çalışmada, mamografi engel algısı puan ortalaması 21.17 ± 6.87 'dir (143). Seçginli ve Nahçıvan'ın (2006) çalışmasında ise mamografi engel algısı puan ortalaması 16.59 ± 3.25 olarak belirtilmiştir (140).

MG çektirmeyi engelleyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu çalışmada MTİ kadınların sıklıkla bahsettikleri engeller MG'yi bilmiyor olmak, zaman ayıramamak, meme kanseri olacağını düşünmeme, ihtiyaç duymama, sağlığına önem vermeme, doktorun erkek olması olarak belirtilmiştir. Bu sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir (77, 137, 138, 140, 144, 145, 151). Mamografi engel algısı puan ortalaması beklenen düzeyde olmaması MTİ kadınların MG konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, tarlada çalıştığı için MG'ye zaman ayıramamasından kaynaklanmış olabilir.

Adıyaman ilindeki MTİ kadınların mamografi öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması 37.37 ± 13.35 , Şanlıurfa ilindeki MTİ kadınların öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması ise 25.40 ± 12.69 'dur. Ersin ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması 31.44 ± 13.44 olarak saptanmıştır (150).

Öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır (100). Davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır (146). Adıyaman'daki MTİ kadınların öz yeterlilik algısı puan ortalamasının yüksek çıkması okuryazar kadınların Şanlıurfa'daki kadınlara oranla çoğunlukta olmasından kaynaklanmış olabilir.

5.4. MTİ Kadınların İllere Göre Meme Kanseri Korku Ölçeği Puan Ortalamasının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi

Adıyaman ilindeki KKMM yapan kadınların KKMM yapmayanlara, KMM yaptıran kadınların KMM yaptırmayanlara, MG çektiren kadınların çektirmeyenlere göre meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması anlamlı bir şekilde yüksek saptanmıştır (Tablo 4). Şanlıurfa ilindeki KKMM yapan kadınların yapmayanlara, KMM yaptıran kadınların yaptırmayanlara, MG çektiren kadınların çektirmeyenlere göre meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması yüksek saptanmış olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Yapılan çalışmalarda korkunun meme kanseri erken tanı davranışları üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (18, 77, 109, 132, 134, 136). Bu çalışmaya benzer olarak Ersin ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında MG çektiren kadınların meme kanseri korku ölçeği puan ortalamaları MG çektirmeyenlere göre (sırasıyla 27.27 ± 9.01 , 21.96 ± 9.59) daha yüksek saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur ($p < 0.05$) (150). Karabaş (2013) çalışmasında Meme kanseri olmaktan korkan kadınların %74.8'inin KKMM yaptığını, korkmayanların %74.7'sinin KKMM yapmadığını saptanmış olup meme kanseri olmaktan korkma ile KKMM yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p = 0.64$) (132). Meme kanseri tanısı alma korkusu Arap kadınlarda taramalara katılımında önemli bir engel olarak saptanmamıştır (156). Aksine İsraili Arap kadınlarda ise korku KKMM yapmak için motive edici olarak bulunmuştur (157). Türkiye'de yapılan bir çalışmada mamografi yaptıran ve yaptırmayan gruplar arasında meme kanseri korku puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (154).

Korku, birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi, kanserin ölüm ile eşdeğer görülmesi ve algılanması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada KKMM yapanların, KMM yaptıranların, MG çektirenlerin meme kanseri korku ölçeği puan ortalamasının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Korkunun meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmede hem engelleyici hem de kolaylaştırıcı bir faktör olduğu düşünüldüğünde (108), çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda korkunun erken tanı davranışları üzerinde kolaylaştırıcı bir faktör olabileceği görülmektedir.

5.5. MTİ Kadınların Meme Kanseri Korku Düzeylerinin Sağlık İnançlarına Etkisi

Çalışmada katılımcıların korku düzeylerinin sağlık inançları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır ve MTİ kadınların meme kanseri korku düzeylerinin sağlık inançlarına etkisini gösteren sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır.

MTİ kadınların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile duyarlılık algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır (Tablo 5). Ersin ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında meme kanseri korkusu ile duyarlılık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (150). Bu sonuç MTİ kadınların meme kanseri korku düzeylerinin duyarlılık algısını etkilediğini göstermektedir. Duyarlılık algısı sağlıklı davranışları benimsemeye insanlar üzerinde etkili olan güçlü bir algıdır. Dolayısı ile korkunun duyarlılık algısını pozitif yönde etkilemesi sağlık davranışının gerçekleşme olasılığını arttıracaktır.

MTİ kadınların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile ciddiye algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Ersin ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında meme kanseri korkusu ile ciddiye algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (150). Bu durum meme kanseri korku düzeylerinin ciddiye algısı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Kadınların meme kanseri korku düzeylerinin artması meme kanserini ciddiye almalarını sağlamakta ve meme kanserinin zararlı sonuçları konusunda endişelenmelerine neden olmaktadır. Bu durum kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirmelerinde önemli bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır.

Katılımcıların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, anlamlı bir korelasyon vardır (Tablo 5). Ersin ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında meme kanseri korkusu ile sağlık motivasyonu algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (150). Bu sonuç meme kanseri korku düzeylerinin MTİ kadınların sağlıklarını sürdürmede ve geliştirmede pozitif bir etkiye sahip olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca meme kanseri korku düzeyinin kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirme konusunda istekli olmalarını sağladığının da bir göstergesi olabilir.

MTİ kadınların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile KKMM yarar algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 5). Yapılan bir çalışmada korkuda algılanan yararın etkili olduğu gösterilmiştir (148). Bu durum MTİ kadınların meme kanseri korku düzeylerinin erken tanı davranışlarına yönelik yararın algılanmasında önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Yarar algısının yükselmesi sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde etkili olacaktır. Bunun sonucu olarak da kanserin olumsuz etkileri önemli derecede azaltılacaktır.

Katılımcıların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile KKMM engel algısı puan ortalaması arasında negatif yönde çok zayıf seviyede bir korelasyon vardır ve aralarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 5). MTİ kadınların meme kanseri korku düzeylerinin engel algısı puan ortalamasını azalttığı görülmektedir. Engel algısının azalmasının meme kanseri erken tanı davranışlarının oluşmasını pozitif yönde etkileyeceğini düşündürmektedir.

MTİ kadınların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile KKMM öz etkililik algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 5). Yapılan bir çalışmada korkuda algılanan öz etkililiğin etkili olduğu gösterilmiştir (148). Meme kanseri korku düzeyinin MTİ kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını uygulamada bireysel yeterliliklerini artırıcı bir etkiye sahip olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile mamografi yarar algısı puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde bir korelasyon vardır ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (Tablo 5). Ersin ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında meme kanseri korkusu ile mamografi yarar algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (150). MTİ kadınların meme kanseri korku düzeylerinin MG'nin olumlu sonuçlarının ve yararlarının neler olduğu konusundaki algılarını azalttığı görülmektedir. Literatürde kadınların MG çektirme sırasında radyasyon alacakları endişesi yaşadıkları belirtilmektedir (10, 15). Bu nedenle bu sonuç koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleşmesini olumsuz yönde etkileyebilir.

MTİ kadınların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile mamografi engel algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır

(Tablo 5). Ersin ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında meme kanseri korkusu ile mamografi engel algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (150). Çalışmadan elde edilen bu sonuç MTİ kadınların meme kanseri korku düzeyinin mamografi engel algısı puan ortalamasını arttırdığını göstermektedir. Meme kanseri olma korkusu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde hem engelleyici hem de kolaylaştırıcı bir faktördür (108). Çalışmada MTİ kadınların meme kanseri korku düzeyinin mamografi engel algısı puan ortalamasını arttırmış olması, meme kanseri korku düzeyinin erken tanı davranışlarını gerçekleştirilmede engelleyici bir faktör olduğunun göstergesi olabilir.

Katılımcıların meme kanseri korku düzeyleri puan ortalaması ile mamografi öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde bir korelasyon vardır ve aralarındaki ilişki anlamlıdır (Tablo 5). Bu sonuç MTİ kadınların meme kanseri korku düzeyinin mamografi öz yeterlilik algısı puan ortalamasını arttırdığını göstermektedir. Elde edilen sonuç MTİ kadınların meme kanseri korku düzeylerinin MG çekirme konusunda kendilerini yeterli bulmalarında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları:

Araştırmaya meme kanseri riskinin yaş ile birlikte artması nedeni ile 40-60 yaş aralığında kadın tarım işçileri dahil edilmiştir. Ancak; MTİ kadınların büyük bir bölümünü genç nüfus oluşturmaktadır. Bu durum ile birlikte Şanlıurfa'da evde bulunmayan ve cevap vermek istemeyen kadınların olması sebebi ile örnekleme ulaşmada yaşanan güçlük çalışmanın sınırlılığdır.

Mevsimlik tarım işçilerinin sürekli adreslerinde bulunmamaları nedeniyle kadınlara ulaşmada yaşanan güçlük çalışmanın sınırlılığdır.

MTİ kadınların korku düzeyleri ile sağlık inançları arasındaki ilişkiyi gösteren çalışma bulunmadığı için çalışmanın tartışma kısmının yeterince literatür ile desteklenememesi çalışmanın sınırlılığdır.

Çalışmanın iki ilin iki bölgesinde olması, Şanlıurfa ve Adıyaman illerine genellenememesi çalışmanın sınırlılığdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada;

• Mevsimlik tarım işçisi kadınların büyük bir çoğunluğu okuryazar değildir. Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını önemli derecede gerçekleştirmedikleri belirlenmiştir. Meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirilmeme nedenlerinin başında erken tanı davranışları hakkındaki bilgi eksikliği gelmektedir. Kadınların %50'si şu ana kadar meme kanseri ve erken tanı yöntemleri (KKMM, KMM, MG) hakkında bilgi almadıklarını ifade etmiş olup, % 32'si bir sağlık personelinden bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

• MTİ kadınların korku düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

• MTİ kadınların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu, KKMM yarar, KKMM engel, KKMM öz etkililik algıları puan ortalaması arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmış olup aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

• MTİ kadınların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile mamografi yarar algısı puan ortalaması arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. MTİ kadınların meme kanseri korku ölçeği puan ortalaması ile mamografi engel algısı puan ortalaması arasında pozitif yönde bir korelasyon saptanmış olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

6.2. Öneriler

• MTİ kadınlar zamanlarının büyük bir bölümünü evlerinden uzakta, tarlada geçirdikleri için sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük yaşamaktadır. Kadınların okuryazar olmayışları ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda sıkıntılarla karşılaşmaları meme kanseri konusunda yeterince bilgi almalarını da etkilemektedir. Bu nedenle MTİ kadınların göç ettikleri

bölgelerde koruyucu sağlık hizmetlerine erişimin bölgesel ve ulusal düzeyde düzenlemeler yapılarak kolaylaştırılması ve hizmetlerin sunumunda halk sağlığı hemşirelerinin etkin rol alması,

- MTİ kadınların meme kanseri korkusunun erken tanı davranışlarına olumlu etkisinin değerlendirilmesi için girişimsel çalışmalarda meme kanseri korkusunun özel olarak çalışılması,

- Meme kanseri korkusunun MTİ kadınların algıları üzerinde etkili olduğu düşünüldüğünde farklı gruptaki kadınlarda bu çalışmanın tekrarlanması ve karşılaştırılması,

- Meme kanseri korkusunun MTİ kadınların mamografi yarar algısını düşürdüğü düşünüldüğünde bu durumun nedenlerinin araştırılmasına yönelik kalitatif çalışmaların yapılması ve belirlenen nedenler göz önüne alınarak girişimsel hemşirelik çalışmalarının planlanması ve uygulamaya geçirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *A Cancer Journal For Clinicians*. 2005; 55: 74-108
(<http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full>, available date 13.02.2014).
2. International Agency for Research on Cancer, IARC. <http://www.iarc.fr/> Erişim Tarihi: 04.05.2015.
3. Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri yıllığı 2012. <http://www.saglik.gov.tr> Erişim Tarihi: 22.01.2014.
4. Liberman L, Dershaw DD, Deutch BM, Thaler HT, Lippin BS. Screening mammography value in women 35-39 years old. *AJR Am J Roentgenol*,1993; 161: 53-56.
5. Karadeniz G. İç hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar. Ankara, Baran ofset, 2008; ISBN:978-605-5901-00-4, 141.
6. Koçyigit 0. Polikliniğe başvuran kadınların meme muayenesi mamografi ve meme kanseri hakkında bilgileri. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 2007.
7. Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE. *Oncology Nursing*, Chapter7, 5th Ed.Mosby Elsevier, 2007; 101-125.
8. Champion VL. Use of the Health Belief Model in determining frequency of breast self-examination. *Research in Nursing & Health*, 1985; 8: 373-379.
9. Champion VL. Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Research in Nursing & Health*, 1999; 22: 341-348.
10. Fındık ÜY, Turan N. Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışlarının belirlenmesi. *Hemşirelik Forumu*, 2004; 8: 54-59.
11. Göçgeldi E, Açıkel C, Hasde M, Aygut G, elik S, Gündüz İ ve ark. Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2008; 13(4): 261–265.
12. Juon H, Seung-Lee C, Klassen AC. Predictors of regular pap smear among Korean-American women. *Preventive Medicine*, 2003; 37: 585-592.
13. Somunoglu S. Meme kanseri: Belirtileri ve erken tanıda kullanılan tarama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009; 4: 10.

14. Yi JK, Cielito C. & Gibby R. Factors associated with breast self examination among low income vietnamese women. *Int. Quarterly of Community Health Education*, 2001; 21(1).
15. Champion VL, Scott CR. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*, 1997; 46: 331-337.
16. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 1988; 15(2):175-183.
17. Taylor VM, Taplin SH, Urban N, White E, Peacock S. Repeat mammography use women ages 50-75. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1995; 4: 409- 413.
18. Ersin F. Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme Ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi, Doktora Tezi. İzmir, 2012.
19. Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath KV. eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, Inc, 2008; 46-65.
20. Gasalberti D. Early detection of breast cancer by self-examination: The influence of perceived barriers and health conception. *Oncol Nurs Forum*, 2002; 29: 1341-1347.
21. Pender N, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health Promotion in Nursing Practice*. 5th ed. Pearson Education, New Jersey. 2006.
22. Ogedegbe G, Cassells AN, Robinson CM, et al. Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *Journal of the National Medical Association*, 2005; 97: 162-70.
23. Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *Breast J*, 2006; 12: 103-110.
24. Young RF, Severson RK. Breast screening barriers and mammography completion in older minority women. *Breast Cancer Res Tr*, 2005; 89: 111-118.
25. Alimoğlu E, Alimoğlu MK, Kabaalioğlu A, Ceken K, Apaydın A, Luleci E. Mamografi çekimine bağlı ağrı ve kayđı. *Tanısal ve Girişimsel Radyoloji*, 2004; 10: 213- 217.
26. şimşek Z. Mevsimlik Tarım İşçilerinin Ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması Ankara, 2012.
27. Berkman LF, Kawachi I. A Historical Framework for Social Epidemiology. *Social Epidemiology* (Eds: Lisa F. Berkman, Ichiro Kawachi). Oxford University Press, USA. *Unitedfarmworkers*, 2000; 3-12.

28. Donham KJ, Thelin A. Agricultural Medicine Occupational and Environmental Health for the Health Professionals. Blackwell Publishing All right reserved, 2006; 29-63.
29. ILO. Towards A Fair Deal For Migrant Workers In The Global Economy. Geneva: International Labour Office, 2004.
<http://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc92/pdf/rep-vi.pdf>
Erişim Tarihi: 15.11.2014
30. Mevsimlik İşçi Göçü İletişim Ağı (Miga), Tarımda Mevsimlik İşçi Göçü Türkiye Durum Özeti, 2012.
[http://www.festuerkei.org/media/pdf/D%C3%BCnyadan/d%C3%BCnyadan_12%20\(1\).pdf](http://www.festuerkei.org/media/pdf/D%C3%BCnyadan/d%C3%BCnyadan_12%20(1).pdf) Erişim Tarihi: 14.10.2014
31. Sustainable Agricultural and Rural Development (SARD) Policy Brief 1. SARD and Agricultural Workers, 2006. www.fao.org/sard/initiative Erişim Tarihi: 14.10.2014.
32. Hurst P, Temrine P, Karl M. Agricultural Workers And Their Contribution To Sustainable Agriculture And Rural Development. International Labour Organization, Food and Agriculture Organization, International Union of Food, Agricultural, Hotel, Restaurant, Catering, Tobacco and Allied Workers' Associations, 2007.
33. Selek Öz C, Bulut E Mevsimlik Tarım İşçilerinin Türk Hukuk Sistemi İçerisindeki Yeri ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi, 2013;1(1): 94-111.
34. Türkiye İstatistik Kurumu, Hanehalkı İş Gücü İstatistikleri 2011.
http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=0&KITAP_ID=1
Erişim Tarihi: 14.10.2014.
35. Yıldırak N, Gülçubuk B, Gün S, Olhan E, Kılıç M Türkiye.De Gezici Ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma Ve Yaşam Koşulları Ve Sorunları. Uluslararası Çalışma Örgütü Türkiye Temsilciliği, Ankara 2002.
www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/publ/kadintarim.pdf
Erişim Tarihi: 18.10.2014.
36. Arcury TA, Quandt SA. Delivery of health services to migrant and seasonal farmworkers. *Annu Rev Public Health*, 2007; 28: 345–363.
37. Gwyther ME, Jenkins M. Migrant farmworker children: Health status, barriers to care, and nursing innovations in health care delivery. *Journal of Pediatric Health Care*, 1998; 12(2): 60-66.
38. Şimşek Z, Koruk İ. Şanlıurfa İl Merkezinde Gezici Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların ve Çocuklarının Gezici Sağlık Hizmeti Yoluyla Sağlık Hakkının Korunması Projesi Raporu, 2008.
39. National Center for Farmworker Health Inc; United States Department of Labor. Home page, 2004. <http://www.ncfh.org> Erişim Tarihi: 01.06.2014.

40. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2013-2014. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2013.
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acsp-042725.pdf> Erişim Tarihi: 16.05.2014
41. Champion V, Maraj M, Hui S, Perkins AJ, Tierney W, Menon U, Skinner CS. Comparison of Tailored interventions to increase Mammography Screening in Nonadherent Older Women. *Preventive Medicine*, 2003; 36: 15.
42. Nahçıvan NÖ, Seçginli S. Meme Kanseri Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003;7: 33-8.
43. Ekici E, Utkualp N. Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Yönelik Davranışları. *Meme Sağlığı Dergisi*, ;2007 3(3): 136-139.
44. Berkarda B. Meme Kanseri. İstanbul Üniversitesi Basımevi, 2000: 5- 87.
45. Doizer KJ, Mahon SM. Cancer Prevention, Detection and Control, A Nursing Perspective. *Oncology Nursing Society Pittsburg, PA*, 2002; 389-444.
46. Engin K. Meme Kanseri. Nobel Matbaacılık, 2005; 191-199.
47. Akça T. Meme Kanseri pdf.
<http://yeniweb.mersin.edu.tr/uploads/304/files/memekanseri.pdf>
Erişim tarihi: 16.08.2014
48. Jones JL, Hughes KS, Kopans DB, Moore RH, Howard-McNatt M, Hughes SS, Lee NY, Roche CA, Siegel N, Gadd MA, Smith BL, Michaelson JS Evaluation of Hereditary Risk in a Mammography Population. *Clin Breast Cancer*. 2005; 6(1), 38-44.
49. Türk Kanseri Derneği.
http://www.turkkanserdernegi.org/cancer_types_submenu.php?id=3
Erişim tarihi: 10.08.2014
50. Alavanja MCR, Sandler DP, Lynch CF, Knott C, Lubin JH, Tarone R. Cancer incidence in the Agricultural Health Study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2005; 31(Suppl 1):39-45.
51. Brody JG, Moysich KB, Humblet O, Attfield KR, Beehler GP, Rudel RA. Environmental pollutants and breast cancer, epidemiologic studies. *Cancer (Supplement)*, 2007; 109:2667-711.
52. Alavanja MC, Hoppin JA, Kamel F. Health effects of chronic pesticide exposure: cancer and neurotoxicity. *Annu Rev Public Health*, 2004; 25: 155–197.

53. Priyadarsi A, Khuder SA, Schaub EA, Shrivastava S. A meta-analysis of Parkinsons disease and expsure to pesticides. *Neurotoxicology* 2000; 21(4): 435–440.
54. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Pestisitler Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No: 52; 39-40.
55. National Health Services Breast Screening Programmes.
<http://cancerscreening.org.uk/breastscreen> Erişim Tarihi: 14.08.2014.
56. Meme kanseri ve risk faktörleri nelerdir pdf.
<http://www.onkokocsel.com/hafun/download/40.pdf> Erişim Tarihi: 14.08.2014.
57. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society Guidelines forthe Early Detection of Cancer. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 2003; 53: 7-43.
58. Isaacs C, Peshkin BN, Schwartz M, DeMARco TA, Main D, Lerman C. Breast and Overian Cancer Screening Practices in Healthy Women with A Strong Family History of Breast or Ovarian Cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2002;71: 103-112.
59. Özdemir O, Çalışkan D. Meme Kanserinin Erken Tanısında Kullanılan Yöntemler. *Sağlık ve Toplum*, 2002; 12(4): 10-14.
60. Rutledge DN, Barsevick A, Knobf MT, Bookbinder M. Breast Cancer Detection:Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Women from Pennsylvania. *Oncology Nursing Forum* July, 2001; 28(6): 1032-1040.
61. Siahpush M, Singh GK, Sociodemographic Variations in Breast Cancer Screening Behavior Among Australian Women: Results from The 1995 National Health Survey. *Preventive Medicine*, 2002; 35: 174-180.
62. Tang TS, Solomon IJ, McCracken LM. Cultural Barriers to Mammography, Clinical Breast Exam, and Breast Self_ Exam Among Chinese-American Women 60 and Older. *Preventive Medicine*, 2000; 31: 575-583.
63. Chiechi LM, Epifani S, Lombardi T. The Structuring of a Course of Breast Self Examination Considering Onkological, Psychological and Sociocultural Aspects, www.sciencedirect.com/2003 Erişim Tarihi: 12.10.2014.
64. Erbllich J, Bovbjerg DH, Valdimarsdottir HB. Psychological Distress, Health Beliefs, and Frequency of Breast Self-Examination. *Journal of Behaviour Medicine* Jun, 2000; 23(3): 277-292.
65. Öztürk M, Engin VS, Kişioğlu AN, Yılmaz. Effects of Education on Knowledge and Attitudes Breast Self Examination Among 25+ Years Old Women. *Easterne Journal of Medicine*, 2000; 5(1): 13-17.

66. Austoker J. Cancer Prevention in Primary Care: Screening and self examination for breast Cancer. *BMJ*. 1994;309:169-174.
67. FreemanDo S, Scott C, Waxman A, Arcona S. What do Adolescent Females Know About Breast Cancer and Prevention? www.sciencedirect.com Erişim Tarihi: 15.10.2014.
68. Pillay AL. Rural and urban South African women's awareness of cancer of the breast and cervix. *Ethnicity&Health*, 2002;7: 103-14.
69. Dorsay RH, Cuneo WD, Somkın CP, Tekawa IS. Breast self-examination: improving competence and frequency in a classroom setting. *American Journal of Public Health*, 1988;78: 520-2.
70. Dorcas RH. Hemşireler için Kanser El Kitabı. Çeviri Editörü: Prof. Dr. Nurgün Platin, N.İnanç, Ankara: IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası 1996.
71. Kaymakçı. Meme Hastalıkları Hemşireliği. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova. 2001; 82.
72. Aktan K. Topuzoğlu A, Harmancı H. Hemşirelerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mamografi Çektirmeye Yönelik Davranışlarını Etkileyen Faktörler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2001; 57-9.
73. Koca B. Kendi Kendine Meme Muayenesini Bilmenin Kadın sağlığı açısından Önemi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2010;27: 10-14.
74. Şimşek Ş, Tuğ T. Memenin iyi Huylu Tümörleri: Fibroadenomlar. *STED* 2002;11: 102-5.
75. Wei G, Borum ML. Breast self- examination in women in two primary care settings:An evaluation of the impact of insurance status. *Journal of Women's Health&Gender-Based*, (Abstract). 2000;9: 311-4.
76. Budden L. Young women's breast self-examination knowledge and practice. *Journal of Community Health Nursing*, 1995;12: 23-32.
77. Bailey B.The nurse's role in promoting breast awareness. *Nursing Standard*, 2000;14: 34-6.
78. Foster R, Costanza MC. Breast self-examination practices and breast cancer survival *Cancer*, 1984;15: 999-1005.
79. Parlar S, Bozkurt Aİ, Ovayolu N. Bir Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlara Verilen Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi ile ilgili Eğitimin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004; 8: 9-15.

80. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık inanç Modeli Ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin Sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2004;1: 71-85.
81. Holtzman D, Celentano DD. The practice and efficacy of breast selfexamination: A critical review. *American Journal of Public Health*, 1983; 73: 1324-6.
82. Ozanne EM, Klemp JR, Esserman LJ. Breast cancer risk assessment and prevention: A framework for shared decision-making consultations. *The Breast Journal*, 2006;12: 103-13.
83. Haas JS, Kaplan CP, Des Jarlais G, Gildengoin V, Stable EJP, Kerlkowske K. Perceived risk of breast cancer among women at average and increased risk. *Journal of Women's Health*, 2005;14: 845-50.
84. Aslan FE, Gurkan A. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2007; 3: 63-68.
85. Burgess C, Hunter MS, Ramirez AJ. A qualitative study of delay among women reporting symptoms of breast cancer. *Br J Gen Pract*, (PMID: 11766868), 2001; 51: 967-971.
86. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer *JAMA*, 2005; 293(10): 1245-1256.
87. Humphrey LL, Helfand M, Chan BKS, Woolf SH. Breast cancer screening: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002; 137: 347-360.
88. Nelson HD, Tyne K, Naik A, et all. Screening for breast cancer: Systematic evidence review update for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Review Update No. 74. AHRQ Publication No. 10-05142-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2009.
89. Kearney AJ, Murray M. Breast cancer screening recommendations: Is mammography the only answer? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2009; 54(5): 393-400.
90. McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and reporting of clinical breast examination: a review of the literature. *A Cancer Journal for Clinicians*, 2004; 54: 345-361.
91. Meme Kanseri Tarama Rehberi. www.turkrad.org.tr/pdf/meme_tarama_rehberi.pdf Erişim Tarihi: 14.07.2015

92. Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların Kansere Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. Deü Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 25(3): 145 – 154.
93. Özen B, Zincir H, Erten Z.K, Özkan F, Elmalı F. Knowledge and Attitudes of Women about Breast Cancer, Self Breast Examination and Healthy Life Style Behaviours. J Breast Health, 2013; 9: 200-4.
94. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve etkinliğinin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi, 2009; 5: 25-33.
95. Health Belief Model. http://hsc.usf.edu/~kmbrown/Health_Belief_Model_Overview.htm Erişim tarihi: 14.07.2014
96. Mikhail B. The Health belief model: a review and critical evaluation of the model, research and practice. In Chinn PL (ed): Developing substance mid-range theory in nursing, Advances in Nursing Science Series, An Aspen Publication, Maryland, 1994; 74-92.
97. Fulton JP, Buechner JS, Scott HD ve ark. A study guided by the health belief model of the predictors of breast cancer screening of women ages 40 and older, Public Health Reports, 1991; 106 (4): 410-419.
98. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A decade later, Health Education Quarterly, 1984; 11(1): 1-47.
99. Ay F. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar. Medical Yayıncılık. İstanbul 2007.
100. Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. Nursing Research, 1993; 42 (3): 139-143.
101. Holm CJ, Deborah IF, Curtin J. Health beliefs, health locus of control and women's mammography behavior. Cancer Nursing, 1999; 22 (2): 149-156.
102. Petro-Nustas WI. Young Jordanian women's health beliefs about mammography. Journal of Community Health Nursing, 2001; 18(3): 177-194.
103. Avcı İA, Atasoy A, & Sabah, E. Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, 2007; 15(60), 119-128.
104. Tuong-Vi H. Anderson Cancer Center, Houston, TX. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American Women. Oncology Nursing Forum, 2007; 34 (2), 481.

- 105.Lee EE, Tripp-Reimer T, Miller A, Sadler G, & Lee S. Korean American women's beliefs about breast and cervical cancer and associated symbolic meanings. *Oncology Nursing Forum*, 2007; 34(3), 713-720.
- 106.Ersin F, Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi *DEUHYO ED* 2012; 5 (1): 28-38.
- 107.Petro-Nustas WI. Young Jordanian women's health belief about mammography. *Journal of Community Health Nursing*, 2001;18(3):177-194.
- 108.Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (Ed). *Health behavior and health education theory, research, and practice*. San Francisco, CA : Jossey Bass, 2008.
- 109.Gördes Aydoğdu N, Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Kadınların Meme Ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi*. İzmir. 2011.
- 110.Bonfill CX, Marzo CM, Pladevall VM, & Marti J, Empananza JI. Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening, Copyright 2009.
- 111.Champion V, Skinner C, Menon U, Seshadri R, Anzalone D, & Rawl S. Comparisons of tailored mammography interventions at two months post intervention. *Ann Behaviour Medicine*, 2002; 24(3), 211–18.
- 112.Kılıç S. Örnek Büyüklüğü, Güç Kavramları ve Örnek Büyüklüğü Hesaplaması *Journal of Mood Disorders*, 2012; 2: 3.
- 113.Koruk İ, şimşek Z. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçisi Olan ve Olmayan Kadınlarda Tetanoz Aşılama Durumu ve İlişkili Diğer Faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2010; 8(3): 165-175.
- 114.Mull LD, Engel LS, Outterson B, Zahm SH. National Farmworker Database: Establishing a Farmworker Cohort for Epidemiologic Research *American Journal of Industrial Medicine*, 2001; 40: 612-618.
- 115.Snipes SA, Thompson B, O'Connor K, Duncan BS, King D, Herrera AP, Navarro B. "Pesticides Protect the Fruit, but Not the People": Using Community-Based Ethnography to Understand Farmworker Pesticide-Exposure Risks. *Am J Public Health*, 2009; 99: 616–621.
- 116.Quandt SA, Hiott AE, Grzywacz JG, Davis SW, Arcury TA. Oral health and quality of life of migrant and seasonal farmworkers in North Carolina. *Journal of Agricultural Safety and Health*, 2007; 13(1): 45-55.

117. Anthony MJ, Martin EG, Judith MA, Williams M. Self Care and Health-Seeking Behavior of Migrant Farmworkers J Immigrant Minority Health Springer Science+Business Media, LLC 2009.
118. Bircher H. Prenatal Care Disparities and the Migrant Farm Worker Community, MCN, September/October, 2009; 34(5): 305-306.
119. Eğitim Sen Mevsimlik Tarım İşçiliği Nedeni İle Eğitimine Ara Veren İlköğretim Öğrencileri Araştırması 2007. www.egitimsen.org.tr/down/mevsimliktarimiscisi.doc Erişim Tarihi: 11.09.2014.
120. Havlioğlu S. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçisi Ergenlerde Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Sorun Davranışları Sıklığı. HR.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa. 2010; 67.
121. California-Mexico Health Initiative. Health policy fact sheet: Agricultural workers, 2005, October. <http://hia.berkeley.edu/documents/agriculture.pdf> Erişim Tarihi: 08.09.2014.
122. Kutlu S. Erişkin Göçebe Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yaşam Kalitesi Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler HR.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, 2011.
123. Rosenbaum S, Shin P. Migrant and Seasonal Farmworkers: Health Insurance Coverage and Access to Care Center for Health Services Research and Policy The George Washington University, Kaiser Commission on Medicaid and The Uninsured, April 2005.
124. Organista K, Carillo H, Ayala G. HIV prevention with Mexican migrants. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 2004; 7: 227–239.
125. Bastani R, Kaplan CP., Maxwell AE, Nisenbaum R, Pearce J, Marcus AC. Initial and repeat mammography screening in a low income multi-ethnic population in Los Angeles. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 1995; Vol:4, Iss:2, 161-167.
126. Makuc DM, Breen N, Freid V. Low income, race, and the use of mammography. HSR: Health Services Research, 1999; 34:1 (April 1999, Part II), 229-239.
127. Kalichman SC, Williams E, Nachimson D. Randomized community trial of a breast self-examination skills-building intervention for inner-city African-American women. Journal of the American Medical Women Association, 2000; Vol:55, No:1, 47–50.
128. Takakuwa KM, Ernst AA, Weiss SJ, Nick TG. Breast cancer knowledge and preventive behaviours: An urban emergency department-based survey. Acad Emerg Med, 2000; 7(12):1393-1398.

- 129.Jirojwong S, Maclennan R, Manderson L. Health beliefs and pap smears among Thai Women in Brisbane, Australia. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2001; Vol:13, No:1, 19-23.
- 130.Fontana M, Bischoffa A. Uptake of breast cancer screening measures among immigrant and Swiss women in Switzerland. *Swiss Med Wkly*, 2008; 138(49-50):752-758.
- 131.Weathers AC, Garrison HG. Children of migratory agricultural workers: the ecological context of acute care for a mobile population of immigrant children. *Clin Ped Emerg Med*, 2004; 5: 120-129.
- 132.Karabaş S. Kadın Öğretim Elemanlarının Meme Kanseri Bakışı Ve Kanser Korkusunun İncelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Tezi, Gaziantep, 2013.
- 133.Documet PI, Gren HH, Adams J, Weil LA, ve ark. Perspectives of African American, Amish, Appalachian And Latina women on breast and cervical cancer screening: implications for cultural competence. *Jornal of Health Care fort the Poor and Underserved*, 2008; 19(1):56- 74.
- 134.Lamyian M, Hydarnia A, Ahmadi F, Faghihzadeh S, ve ark. Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2007; 13(5):1160-1169.
- 135.Moy B, Park ER, Feibelman S, Chiang S, ve ark. Barriers to repeat mammography: cultural perspectives of African-American, Asian, and Hispanic women. *Psychooncology*, 2006; 15(7): 623-634.
- 136.Lyttle N, Stadelman K. Assessing awareness and knowledge of breast and cervical cancer among appalachian women. *Preventing Chronic Disease*, 2006; 3(4):1-9.
- 137.Fernandez M, Palmer RC, Leong-Wu C. Repeat mammography screening among low-income and minority women: a qualitative study *Cancer Control*, 2005; November:77-83.
- 138.Lee-Lin F, Menon U, Pett M, Nail L et al. Breast cancer belief and mammography screening practices among Chinese American immigrants. *JOGNN Clinical Research*, 2007; 36(3): 212- 221.
- 139.Güney E. İzmir’de Bir Fabrikada Çalışan Kadınların Sağlık İnançları İle Sosyo Demografik Özelliklerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.

140. Seçginli S, Nahçıvan NO. Factor associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2006; 43: 161- 171.
141. Philips JM. Adherence to breast cancer screening guidelines among African-American women of different employment status. *American Association Occupational Health Nursing*, 1993; 39(4): 84- 88.
142. Aydın Avcı İ. The health beliefs relating to mammography of midwives and nurses. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2007; 3: 4- 9.
143. Bayık Temel A, Sesli E, Ardahan M, Kadın öğretim üyelerinin mamografi çektirmeye yönelik davranışları, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı Denizli, 2007: 342- 343
144. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in rural area in western Turkey. *BMC Cancer*. 2006; 6(43): 1-9.
145. Holmberg L, Ekblom A, Calle E, Mokdad A, et al. Breast cancer mortality in relation to self-reported use of breast self-examination, a cohort study of 450,000 women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1997; 43(2): 137- 140.
146. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. *The Health Belief Model*. Eds: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education*. 3rd edition. San Francisco: Jossey- Boss, 2002; 45-66.
147. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *Adv Nurs Sci*, 1984; 6: 73-85.
148. Champion VL, Skinner CS, Menon U, Rawl S, Giesler RB, Monahan P, Daggy JA. Breast Cancer Fear Scale: Psychometric Development *J Health Psychol*, 2004; 9: 753.
149. Champion VL, Skinner CS, Menon U. Development of a Self-Efficacy Scale for Mammography. *Research in Nursing & Health*, 2005; 28: 329–336.
150. Ersin F, Gözükarar F, Polat P, Erçetin G, Bozkurt ME. Determining the health beliefs and breast cancer fear levels of women regarding mammography. *Turk J Med Sci*, 2015; 45: 775-781.
151. Su X, Ma GX, Seals B, Tan Y., Hausman, A. Breast cancer early detection among Chinese women in the Philadelphia area. *Journal of Womens Health*, 2006; 15 5: 507-519.
152. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2014*. Atlanta: American Cancer Society; 2014.
<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/webcontent/acspc->

042151.pdf Erişim Tarihi: 23.05.2015.

- 153.Kıssal A. Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yaşlı Kadınlarda Meme Ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2012.
- 154.Seçginli S. Mammography Self- Efficacy Scale And Breast Cancer Fear Scale, Psychometric Testing Of The Turkish Versions. Cancer Nursing TM, 2012; 35: 5
- 155.Merey S. Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları, Yüksek Öğretim Kurulu Dokümantasyon Merkezi, Yüksek Lisans Tezi, Tez No :118096, İstanbul, 2002.
- 156.Donnely TT, Khater AH, Al-Bader SB, et al. Arab women's breast cancer screening practices: a literature review. Asian Pac J Cancer Prev, 2013; 14, 4519-28.
- 157.Azaiza, F, Cohen M. Between traditional and modern perceptions of breast and cervical cancer screenings: a qualitative study of Arab women in Israel. Psycho-Oncology, 2008; 17, 34-41.
- 158.<http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-taramalari/209-ulusal-kanser-taramalari.html> Erişim tarihi: 11.09.2014

8. EKLER

Ek 1. Tanımlayıcı Form

1. Yaş:

2. Eğitim Durumu

1- Okuryazar değil

2- Okur-yazar

3- İlkokul

4- Ortaokul

5- Lise ve üstü

3. Medeni Durum

1-Evli 2-Bekar 3-Dul

4. Sosyal Güvencesi

1- Var 2- Yok

5. Kendi kendine meme muayenesi yapıyor musunuz?

1- Evet 2- Hayır

6. Ne kadar sıklıkta kendi kendine meme muayenesi yapıyorsunuz?

1- Hiçbir zaman

2- Ara sıra

3- Her ay düzenli olarak

7. KKMM yapmıyorsanız yapmama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- 1- Bilmiyor olmanız
- 2- Zamanınızın olmaması
- 3- Meme kanseri olacağını düşünmemeniz
- 4- Meme kanserinin yaşlı hastalarda olacağını düşünmemeniz
- 5- İhtiyaç duymamanız
- 6- Uğraşmak istememeniz
- 7- Sağlığınıza yeterli özeni göstermemeniz
- 8- Daha önemli sorunlarınızın olması
- 9- Ailenizde ve yakın çevrenizde meme kanseri tanısı alan kişilerin olmaması

8. Şu ana kadar bir sağlık personeline meme muayenesi yaptırtınız mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

9. Ne kadar sıklıkta klinik meme muayenesi yaptırıyorsunuz?

- 1- Hiçbir zaman
- 2- Ara sıra
- 3- 40-49 yaş için: İki yılda bir kez
- 50-60 yaş için: Her yıl düzenli olarak

10. Mamografi çektiriyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır

11. Ne kadar sıklıkta mamografi ektiriyorsunuz?

- 1- Hiçbir zaman
- 2- Ara sıra
- 3- 40-49 yaş için: İki yılda bir kez
- 50-60 yaş için: Her yıl düzenli olarak

12. Mamografi ektirmeme nedeniniz nedir?

- 1- Doktorun erkek olması
- 2- Meme kanserinin kendinde olmayacağını düşünme
- 3- Zaman ayırmama/bilmiyor olmak
- 4- Sağlığına önem vermeme
- 5- Mamografinin işin yaydığını düşünme
- 6- Diğer.....

13. şu ana kadar meme kanseri ve erken tanı yöntemleri (KKMM, KMM, MAMOGRAFİ) hakkında bilgi aldınız mı?

- 1- Evet 3- Hayır

14. Eğer bilgi aldıysanız nereden aldınız?

- 1- Bir sağlık personelinden
- 2- Televizyon veya radyodan
- 3- Kitap, dergi veya broşürlerden

15. Eğer bilgi almadıysanız bilgi almak ister misiniz?

- 1- Evet 2- Hayır

Ek 2. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda kadınların meme kanseri, kendi kendine meme muayenesi 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.

	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 yapamayacağı 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					
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 çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.					
39. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.					
40. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.					

41. Mamografi çekirme meme kanserinden ölme 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. Meme Kanseri Korku Ölçeği

Meme Kanseri Korku Ölçeği	
1	Meme kanseri aklıma geldiği zaman korkarım. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
2	Meme kanserini düşündüğüm zaman sinirlenirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
3	Meme kanseri aklıma geldiği zaman üzülürüm. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
4	Meme kanserini düşündüğüm zaman depresif olurum. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
5	Meme kanserini düşündüğüm zaman tedirgin olurum. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
6	Meme kanseri aklıma geldiği zaman kalbim hızla çarpar. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
7	Meme kanserini düşündüğüm zaman huzursuz olurum. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
8	Meme kanserini düşündüğüm zaman endişelenirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum

Ek 4. Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği

Mamografi Öz-Yeterlilik Ölçeği	
1	Kendi aracım yada toplu taşıma araçları ile mamografi çekilen merkeze gidip mamografimi çektirebilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
2	Yaşamımdaki diğer işleri ayarlayıp mamografi çektirebilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
3	Mamografi çekilen merkezdeki insanlarla meme kanseri ve mamografiye ilişkin endişelerim hakkında konuşabilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
4	Tedirgin olsam bile mamografi çektirebilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
5	Sonucunun nasıl çıkacağını bilmesem bile mamografi çektirebilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
6	Sağlık güvencem karşılama bile ücretini ödeyerek mamografi çektirebilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
7	Mamografi çektirmek için randevu alabilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
8	Gerçekten istersem, mamografi çektirebileceğimden eminim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
9	Mamografi çektirmek için nereye, ne zaman, nasıl gideceğimi, hangi resmi işlemleri yaptıracağımı biliyorum. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum
10	Mamografi çektirecek bir merkez bulabilirim. () Kesinlikle katılmıyorum ()Katılmıyorum ()Kararsızım ()Katılıyorum ()Tamamen katılıyorum

Ek 5. Kurum İzni

T.C
ADYAMAN VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Şube : 64668646.020/142
Konu : Tez Çalışması

11/02/2014

VALİLİK MAKAMINA

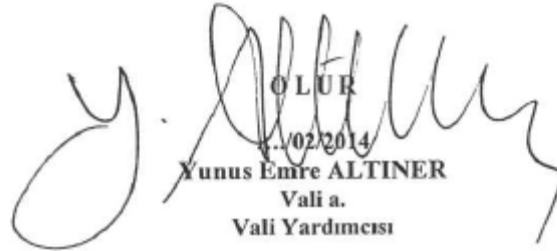
ADYAMAN

İLGİ: Harran Üniversitesi Rektörlüğünün 29.01.2014 tarih ve 895 sayılı yazısı

İlgi yazı gereği Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd.Doç. Dr. Fatma ERSİN'in gözetiminde Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Perihan POLAT'ın Şubat-Eylül 2014 tarihleri arasında "Mevsimlik tarım işçisi kadınların meme kanseri korku düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi" konulu tez çalışmasının Müdürlüğümüze Bağlı 3 Nolu Zeynep Ana Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde; Tez Çalışması yayınlanmadan önce araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüz ile paylaşılması amacıyla gerekli iznin verilmesi hususunda;

Olurlarını arz ederim.


Dr. H. Mustafa KUTLU
Halk Sağlığı Müdürü


OLUR
11/02/2014
Yunus Emre ALTINER
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek. 6 Etik Kurul İzni

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 17/03/2014
OTURUM	: 04
SAAT	: 15:00

14/04/02	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN'in sorumlu araştırmacı olduğu "Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Meme Kanseri Korku Düzeylerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına ve Algularına Etkisi" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine,</p> <p>Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU Etik Kurul Başkanı</p>
----------	--

Ek 7. Bilgilendirilmiş Olur Formu

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI: Kadınların Meme Kanseri Korku Düzeylerinin Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına ve Algılarına Etkisi

GÖRÜŞÜLEN KİŞİNİN ADI: _____

Bu çalışma bir tez çalışması olup, amacı, kadınların meme kanseri korku düzeylerinin meme kanseri erken tanı davranışları ve algılarına etkisinin belirlenmesidir. Araştırmada katılımcıları tanıtıcı anket formu, meme kanseri korku ölçeği, sağlık inanç modeli ölçeği, mamografi öz-yeterlilik ölçeği kullanılacaktır. Bu çalışmada katılımcı için ek riskler söz konusu değildir. Katılımcıdan kan örneği alınmayacaktır. Katılımcıya araştırma amaçlı tedavi uygulanmayacak ve tanısal bir işlem yapılmayacaktır. Bu çalışmanın sonuçları başka insanların yararına kullanılabilir.

Çalışmaya katılım benim ve katılımcının isteğimize bağlıdır. Katılımcı araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya katılmayı reddedebilir ve hiçbir ceza almadan araştırmadan ayrılabilir. Araştırmanın sonucu bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katılımcıya ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışmanın Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Bu olur formunu imzalamadan önce yukarıdaki bilgileri kendi ana dilimde okudum veya bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı bana açıklandı. Bana aklıma gelen bütün soruları sorma fırsatı tanındı ve sorularına tatminkar cevaplar aldım.

Çalışmanın yürütülmesinden sorumlu araştırmacılar, almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla veya çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir. Ayrıca, bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.

Bu formu imzalayarak yasal haklarımın hiçbirinden vazgeçmediğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmedüğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğimin bilincindeyim.

Çalışmanın yürütülmesi, katılımcı olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Perihan POLAT , Tel:05069294580

Bu çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu bildirimli olur sözleşmesinin imzalı bir nüshasını aldım.

Hastanın Adı-İmzası
(Veli veya vasisinin)

Tarih

Sorumlu Araştırmacının Adı-İmzası

Tarih

Perihan POLAT

Tanığın Adı-İmzası

Tarih