

Kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisi

Effect of Individual Training Given to Women in the Home Environment on Health Beliefs for Breast Self-examination

Asiye Kartal, Fadime Hatice İnci, Nazan Koştu, İlgün Özen Çınar

Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Denizli

Özet

Amaç:Bu araştırma kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yürütülmüştür.

Gereç ve yöntem: Araştırmanın örneklemini 100 kadın oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, "tanıtıcı özellikler soru formu" ve Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Eğitimden önce ön test veriler toplandıktan sonra kadınlara ev ortamlarında araştırmacılar tarafından meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine yönelik eğitim verilmiştir. Eğitim verildikten bir ay sonra kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamasına ilişkin inançları Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile tekrar değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde sayı ve yüzde dağılımları, kendi kendine meme muayenesine ilişkin puan ortalamaları ve paired samples test kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28.73 ± 8.17 'dir. Kadınların %11.1'inin her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaptığı belirlenmiştir. Eğitim sonrasında kadınların Champion Sağlık İnanç Modeli ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$).

Sonuç: Eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına ilişkin engel algısını azalttığı, duyarlılık, ciddiyet, yarar, sağlık motivasyonu ve öz-etkililik algısını arttırdığı belirlenmiştir. Bu nedenle kadınların kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Pam Tıp Derg 2017;(1):7-13

Anahtar sözcükler: Bireysel eğitim, kendi kendine meme muayenesi, sağlık inancı.

Abstract

Purpose:This research aimed to determine the impact of individual training given to women in the home environment on health beliefs for breast self-examination was half experimentally carried out.

Materials and methods: The research sample consisted of 100 women. "Descriptive characteristic data form" and "Champions' Health Belief Model Scale" were used as data collection forms. Before the training, data of preliminary test was collected. After that, in the home environment, women were given trainings on breast cancer and breast self-examination by researchers. One month after training, women's beliefs about application of breast self-examination were re-evaluated with Champions' Health Belief Model Scale. For statistical analysis, the number and percentage distributions, mean score distribution and paired sample test were performed.

Results:The mean age of the women who participated in the research was 28.73 ± 8.17 years. It has also been determined that 19.7% of the participants make their regular Breast Self-Examination monthly. After the training, an increase in average scale scores obtained from Champions' Health Belief Model was determined. The difference between pre and post-training Health Belief Model Scale scores were found to be significant ($p < 0.001$).

Conclusion: It was found that training reduces the perception of barriers to application of breast self-examination; improves the susceptibility, seriousness, benefits, health motivation, and self-efficacy. Therefore, women should be informed about breast-self examination.

Pam Med J 2017;(1):7-13

Key words: Individual training, breast self-examination, health belief.

Asiye Kartal

Yazışma Adresi:Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Denizli.

e-mail: akartal@pau.edu.tr

Gönderilme tarihi: 02.08.2016

Kabul tarihi: 19.12.2016

Giriş

Meme kanseri dünyada kanser türleri arasında en sık görülen kanserdir. Kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Meme kanseri tek başına tüm kanser vakalarının %25'ini, kadınlarda tüm kanser ölümlerinin %15'ini oluşturmaktadır [1]. Dünyada kadınlarda meme kanseri insidansının günden güne artması önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır [2]. Ülkemizde kadınlarda 2009 yılında yüz binde 40.6 olan meme kanseri insidansı, 2013 yılında 45.9'a yükselmiştir. Son bir yılda 17.531 kadına meme kanseri tanısı konulmuştur. Tanı konulan her 4 kadından biri meme kanseridir [3].

Meme kanserinin sık görülmesi, sıklığının giderek artması, erken evrelerde tedavi edilebilir ve tanınmasının kolay olması, meme kanserinin önemini artırmaktadır. Meme kanserinde sağlığı koruma ve geliştirmede, morbidite ve mortaliteyi azaltmanın en etkili yöntemi erken tanıdır. Meme kanseri erken tanıldığı zaman bireyin yaşam süresi uzamakta ve hayatta kalma şansı artmaktadır. Kadınlara meme kanserinin erken tanısı için klinik meme muayenesi (KMM), mamografi (MM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) önerilmekte olup, meme kanseri taramasında seçiciliği ve duyarlılığı daha iyi olan başka bir tarama yöntemi bulunmamaktadır [4,5]. Bu önerilerin uygulanmasında sağlık ekibinin eğitimi, motivasyonu ve kadınların bilgi, tutum ve davranışları çok önemlidir [6].

Meme kanserinde ilk belirtilerin genellikle ele gelen bir kitle ile ortaya çıkması, memedeki kitleyi bulmada kadının KKMM yapmasının önemini ortaya koymaktadır. Her ay düzenli olarak KKMM yapan bir kadının meme kanseri farkındalığının artması nedeniyle [7] mamografi ve klinik meme muayenesi gibi kesin tanı yöntemlerine karşı daha duyarlı olacağı düşünülebilir. Bu anlamda bir kadının her ay KKMM yapması yaşamsal bir öneme sahiptir [8].

Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan çalışmalar erken tanı davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir [9-14]. Ülkemizde KKMM uygulama düzeyi oldukça düşüktür. Her ay

düzenli olarak KKMM yapıyorum diyen %10'dur. Ek olarak mamografi, bir uzmana meme muayenesi yaptırma ve pap smear yaptırma oranları da çok düşük düzeydedir [15]. Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe, erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması mümkün değildir. Bu nedenle, halkın eğitimi ve kanser farkındalığının oluşturulması ilk basamak olmalıdır [3].

Meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik bilincin artırılması, KKMM yapma ve mamografi çekirme gibi koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılması ve düzenli olarak uygulanması için bazı bilişsel davranışsal modeller geliştirilmiştir. Bu modellerden Sağlık İnanç Modeli meme kanseri erken tanı davranışlarını arttırmada en sık kullanılan modeldir [16]. Modelin anahtar kavramları, eğer bireyler hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların yararının farkındaysa, hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, davranışa ilişkin engellerin farkındaysa sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir [16]. Eğer bireyin hastalığa ilişkin duyarlılık algısı yüksek, engel algısı düşük ise önerilen sağlıkla ilgili aktiviteleri yapma olasılığı artacaktır.

Meme kanserinden korunma ve kadınlara KKMM alışkanlığı kazandırılması sürecinde hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretleri, sağlığı korumada, geliştirmede, risk gruplarının belirlenmesinde önemli bir konuma sahiptir [17]. Meme kanseri tarama önerilerinin kadınlara duyurulması ve kadınların tarama programlarına katılmaları yönünde cesaretlendirilmesi önemlidir [18]. Kadınların meme kanseri hakkında bilgilendirilmesi ve taramalara katılmalarının, meme kanseri mortalitesini azaltacak, böylece yaşam süresinin arttırılmasına katkı sağlayacaktır [19-21]. Tüm bu nedenlerden dolayı, bu araştırma kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin KKMM uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisini belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tek gruplu ön test-son test tasarımı bir araştırmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırma Şubat-Ağustos 2009 yılında Denizli Merkezinde yer alan bir Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı tüm kadınlar oluşturmuştur. Her aile hekimine kayıtlı olan kadınların sayısı elde edilemediği için örneklem büyüklüğü, evreni bilinmeyen örnekleme formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Her ay düzenli olarak KKMM yapma sıklığı %10 [15], etki büyüklüğü 0.05, serbestlik derecesi 1.96 alınarak örneklem büyüklüğü 138 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Ancak bölgeden taşınma, araştırmadan ayrılma, eğitimi tamamlamama gibi nedenlerden dolayı 38 kadın araştırmaya dâhil edilememiş, araştırma 100 kadınla tamamlanmıştır. Meme kanseri tanısı almamış olma, zihinsel, görme, duyma ve konuşma yönünden bilinen herhangi bir engeli bulunmama, çalışmanın yapıldığı bölgede ikamet etme ve araştırmaya katılmayı kabul etme bu araştırmanın örneklem seçim kriterleridir.

Veri Toplama Araçları

Kadınların tanıtıcı özelliklerini belirleme formu ve kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamasına ilişkin inanç ve tutumlarına ilişkin Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (CSİMÖ) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Kadınların tanıtıcı özelliklerini belirleme formu: Literatür gözden geçirilerek araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan bu formda, kadınların yaşı, eğitim durumu, aylık gelir durumları, sağlık güvence durumları, ailede meme problemi öyküsü olup olmadığı, KKMM hakkında bilgi alıp almadığı ve düzenli olarak meme muayenesi yaptırıp yaptırmadığına ilişkin sorular yer almaktadır.

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği: Champion, Sağlık İnanç Modelini temel alarak 1984 yılında meme kanseri, KKMM ve Mamografiye ilişkin inançları ölçmek için Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştirmiştir. Ölçeğin meme kanseri ve genel sağlığı ile ilgili yargısını değerlendiren “duyarlılık”, “ciddiyet”, ve “sağlık motivasyonu”, “KKMM ile ilgili engelleri” “yararları”, “öz-etkililiği”, “mamografi ile ilgili yararları” ve “engelleri” boyutları vardır. Ölçek

mamografi inançları boyutu ve KKMM inançları boyutu ile iki ayrı şekilde ya da her iki boyut birleşik olarak kullanılabilir. Ölçeğin hangi boyutlarının kullanılacağı çalışmanın amacı ve çalışma grubunun özelliklerine göre değişir. Bu çalışmada sadece KKMM'ne ilişkin sağlık inançları ve davranışları değerlendirildiği için mamografi alt boyutu kullanılmamıştır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde 1'den 5'e kadar değişen 5'li Likert tipi ölçekleme- “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “tamamen katılıyorum” (5)- yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin her alt boyutu ayrı değerlendirilir, tek bir toplam puanda birleştirilmez [21-24]. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Gözüm ve Aydın tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.69 ile 0.83 arasında değişmektedir. CSİMÖ-Türkçe ölçekleri Türk kadınlarının meme kanseri ve meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen faktörleri açıklamaya çalışan araştırmalarda güvenle kullanılabilir [25].

Veri Toplama Yöntemi

Eğitim verilmeden önce, örnekleme alınan kadınlar telefon numaraları ile aranmış, araştırmacı kendini tanıtarak birinci ev ziyareti için görüşme talep etmiştir.

Birinci ev ziyaretlerinde, öncelikle araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra kadınların tanıtıcı özellikleri ve kendi kendine meme muayenesi uygulaması ile ilgili inançları CSİMÖ uygulanarak ön veri şeklinde toplanmıştır. Verilerin toplanması kadınlarla yüz yüze görüşme şeklinde yapılmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür. Kadınlara bir sonraki ev ziyaretinde eğitim verileceği açıklanmış ve randevu alınmıştır.

İkinci ev ziyaretlerinde, kadınlara meme kanserinin nedenleri, risk faktörleri, belirti ve bulguları, meme kanserinden korunma ve erken tanı yöntemleri ve KKMM konusunda eğitim verilmiştir. Eğitimler alanında uzman araştırmacılar tarafından verilmiştir. Eğitimde anlatım, soru cevap ve demonstrasyon teknikleri kullanılmıştır. Ayrıca kadınlara eğitimin sonunda KKMM uygulamasına ilişkin broşür verilmiştir. KKMM önce meme maketi üzerinde gösterilmiş daha sonra kendi üzerlerinde meme muayenesi uygulanmıştır. Eğitimler ev

ortamlarında araştırmacılar tarafından birebir verilmiştir. Eğitimin süresi ortalama 60 dakika sürmüştür. Eğitimin sonunda kadınların soruları cevaplanmış ve bir ay sonraya üçüncü ziyaret için randevu alınmıştır.

Üçüncü ev ziyaretlerinde, Eğitim verildikten bir ay sonra kadınların KKMM uygulamasına ilişkin inançları Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile tekrar değerlendirilmiştir. Böylece veriler toplanmış ve evde izlemler tamamlanmıştır.

Araştırmanın Etiği

Araştırma yapılmadan önce üniversitenin etik kurulundan izin alınmıştır. Verilerin toplanması için ilgili kurumlardan izin alınmıştır. Araştırma öncesinde kadınlara araştırmanın amacı, yararları açıklanmış, gönüllülük ilkesine dikkat edilerek aydınlatılmış sözel onamları alınmıştır. Ayrıca istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları hakkında bilgi verilmiştir.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18.0 bilgisayar istatistik programında analiz edilmiştir. Kadınların tanıtıcı özelliklerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Ayrıca eğitim öncesi ve sonrası CSİMÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması paired samples testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmada, yaşları 18-59 arasında değişen kadınların yaş ortalaması 28.73 ± 8.17 dir. Araştırma kapsamındaki kadınların %65'i ilkökul mezunu, %93'ü evli, %14'ünün herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Kadınların gelir durumları incelendiğinde %56'sının aylık geliri 1000-1500 TL arasındadır. Ailede meme kanseri öyküsü incelendiğinde %7'sinde birinci dereceden yakınlarında meme kanseri öyküsü bulunmaktadır. Sadece %19'unun şimdiye kadar KKMM hakkında bilgi aldığı, %17'sinin KKMM yaptığı, muayene yapan kadınların muayene sıklığı araştırıldığında ise %88.9'unun aklına geldikçe KKMM yaptığı, sadece %11.1'inin düzenli olarak yaptığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2'de kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası KKMM'ye ilişkin sağlık inançları

alt boyutlarına ait sonuçlar görülmektedir. Eğitim öncesi ve sonrası CSIÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Eğitim sonrasında kadınların Sağlık İnanç Modelinin alt boyutları olan duyarlılık, ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM öz-etkililiğinden almış oldukları puan ortalamalarının eğitim öncesine göre arttığı, KKMM engellerinin ise azaldığı saptanmıştır.

Tartışma

Bu çalışma ile kadınların KKMM konusundaki sağlık inançları ve verilen eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 28.73 ± 8.17 olup, sadece %19'unun şimdiye kadar KKMM hakkında bilgi aldığı, %17'sinin KKMM yaptığı, ancak kadınların sadece %11.1'inin düzenli olarak KKMM yaptığı belirlenmiştir. Göçgeldi ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında KKMM'yi ayda bir kez düzenli olarak yapma sıklığı %28.9 olarak belirlenmiştir. Yine Özaydın ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında KKMM yapan kadınların sadece %15.6'sının ayda bir kez bu muayeneyi tekrarladığı bildirilmiştir. Gençtürk'ün (2013) araştırmasında katılımcıların kadın sağlık profesyonelleri olmasına rağmen her ay düzenli olarak KKMM yapma oranı %19.7'dir. Açıköz ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise, kadınların %49.1'i kendi kendine meme muayenesi yaptığını, ancak yalnızca %6.2'sinin ayda bir kez yaptığı belirtilmiştir. Ulusal kanser tarama programı kapsamında erken tanı ve tarama hizmetleri ulaşılabilir ve ücretsiz olsa bile kadınların meme kanseri taramalarına katılım düzeyi oldukça düşüktür [3]. Türkiye 2012 Sağlık İstatistiği Yıllığına göre, ülkemizde KKMM yapıyorum diyenlerin oranı %10'dur [15]. Çalışmamızın bulguları literatür bilgisini destekleyerek, KKMM davranışının düşük olduğunu göstermiştir.

Bireylerin sağlık ve hastalığa ilişkin inançları davranışlarını etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Sağlık İnanç Modeli, bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır [16]. Çalışmamızda, KKMM'ye ilişkin sağlık inançları CSİMÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. Tablo 2'de görüldüğü gibi eğitim öncesi ve sonrası arasında Sağlık İnanç Modelinin alt bileşenleri olan duyarlılık, ciddiyet algısı, sağlık motivasyonu, KKMM yararları, KKMM engelleri,

Tablo 1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

| Değişkenler | Sayı | Yüzde |
|--------------------------------------|------------|--------------|
| Yaş (Ortalama±Standart sapma) | | 28.73± 8.17 |
| Eğitim durumu | | |
| İlkokul | 65 | 65.0 |
| Ortaokul | 12 | 12.0 |
| Lise | 16 | 16.0 |
| Üniversite | 7 | 7.0 |
| Aylık gelir durumu | | |
| 1000 TL'nin altı | 22 | 22.0 |
| 1000-1500 TL | 56 | 56.0 |
| 1501 – 2500TL | 19 | 19.0 |
| 2500 TL'nin üzeri | 3 | 3.0 |
| Sağlık güvencesi | | |
| Var | 86 | 86.0 |
| Yok | 14 | 14.0 |
| Ailede meme kanseri öyküsü | | |
| Var | 7 | 7.0 |
| Yok | 93 | 93.0 |
| KKMM hakkında bilgi alma | | |
| Evet | 19 | 19.0 |
| Hayır | 81 | 81.0 |
| KKMM yapma | | |
| Evet | 17 | 17.0 |
| Hayır | 83 | 83.0 |
| Toplam | 100 | 100.0 |

Tablo 2. Eğitim Öncesi ve Sonrası CSİMÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Alt Boyutlar | Eğitmeden Önce | Eğitmeden Sonra | t/p |
|---------------|------------------|------------------|---------------|
| | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | |
| Duyarlılık | 7.62±2.182 | 10.77±1.704 | -12.480 0.001 |
| Ciddiyet | 18.27±3.42 | 22.73±4.227 | -9.996 0.001 |
| Motivasyon | 20.5±2.854 | 22.35±1.783 | -7.056 0.001 |
| Yararlar | 14.77±2.501 | 17.69±2.116 | -9.798 0.001 |
| Engeller | 20.43±5.610 | 15.00±4.378 | -8.725 0.001 |
| Öz- etkililik | 29.44±7.119 | 44.93±6.379 | -18.251 0.001 |

\bar{X} =ortalama, SS=standart sapma, t=paired samples t testi

KKMM öz-etkililiğinden almış oldukları puan ortalamalarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

CSİMÖ alt boyutu olan algılanan duyarlılık kişinin hastalığa yakalanma konusunda kendisini nasıl algıladığı ve hissettiğidir. Örneğin, meme kanserine yakalanma olasılığı olduğuna inanan bir birey, mamografi yaptırmak isteyecektir [16]. Kişi kendini ne kadar risk altında hissederse risk oluşturacak davranışını o kadar azaltacaktır [27]. Çalışmamızda, kadınların, eğitim öncesinde meme kanserine ilişkin algılanan duyarlılık algısı puan ortalaması

7.62±2.18 iken, eğitim sonrasında 10.77±1.70'a yükselmiştir.

CSİMÖ'nün diğer bir alt boyutu olan algılanan ciddiyet boyutu ise, bir hastalığın olası tıbbi, klinik ve sosyal sonuçlarını değerlendirebilme ve hastalığın ciddiyeti hakkındaki duyguları ifade eder [16]. Ciddiyet algısı yüksek olan kişilerin hastalığa ilişkin düzenlemelere aktif katılımını olumlu etkilediği bildirilmektedir. Kişi hastalığın genel kapsamı hakkında bilgi sahibi ise ciddiyet algısı da buna bağlı olarak etkilenecektir [27]. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında

gören bir kadının, aynı yaşta başka bir kadına göre daha fazla KKMM yapma, mamografi ve klinik meme muayenesi yaptırma eğiliminde olduğu belirtilmektedir [16]. Çalışmamıza katılan kadınların ciddiye alt boyutu puan ortalaması eğitim öncesi 18.27 ± 3.42 iken, eğitim sonrasında 22.73 ± 4.22 'ye yükselmiştir.

Diğer bir alt boyut olan sağlık motivasyonu; sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesi ve kanserden korunma davranışlarının kazanılmasında belirleyicidir [28]. Çalışmamıza katılan kadınların sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması eğitimden önce 20.25 ± 2.85 iken eğitimden sonra 22.35 ± 1.78 'e yükselmiştir.

CSİMÖ'nün yarar algısı alt boyutu birey tarafından algılanan KKMM uygulaması avantajlarını değerlendirmeye yönelik ifadeler içermektedir. Çalışmamıza katılan kadınların yarar algısı puan ortalaması eğitimden önce 14.77 ± 2.50 iken, eğitim sonrasında 17.69 ± 2.11 'e yükselmiştir.

Davranışı etkileyen bir diğer faktör algılanan engellerdir ve tarama davranışlarının düzenli sergilenmesinde bireyin sağlığına yönelik engel algısı önemli rol oynar [16]. Ölçekte engel algısı alt boyutu bireyin KKMM uygulamasına ilişkin engellere yönelik algısını değerlendirir. Kadınların KKMM uygulamasına ilişkin engellere yönelik algısının eğitim öncesinde 20.43 ± 5.61 iken, eğitim sonrasında 15.00 ± 4.37 'ye düştüğü saptanmıştır. Verilen eğitimin kadınlarda engel algısını azalttığı görülmüştür.

Ölçeğin bir diğer önemli alt boyutu Öz-etkililik algısıdır. Öz etkililik; bireyin belli bir eylemi başarıyla yapabilme ve olayları kontrol edebilme algısı veya yargısını ifade etmektedir. Katılımcıların KKMM öz-etkililiği algısı puan ortalaması eğitim öncesinde 29.44 ± 7.11 iken eğitim sonrasında 44.93 ± 6.37 'dir.

Literatürde konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, çalışmalar randomize kontrollü ya da ön test-son test şeklinde yürütülmüştür. Yapılan diğer çalışmalar değerlendirildiğinde, çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak, uygulanan eğitim programlarından sonra duyarlılık, ciddiye, yarar, öz-etkililik ve sağlık motivasyonu algılarının arttığı, engel algısını ise azaldığı görülmüştür [29-31]. Bu çalışmaların sonuçları, ev ortamında kadınlara verilen eğitimin KKMM

uygulanmasına yönelik inançlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Sonuç olarak, ev ortamında verilen bireysel eğitimin KKMM uygulamasına ilişkin engel algısını azalttığı, bunun dışında duyarlılık, ciddiye, yarar, sağlık motivasyonu ve öz-etkililik algısını arttırdığı belirlenmiştir. Araştırmamızın sonucuna bakıldığında, kadınlara verilen eğitimin KKMM uygulamasına yönelik inançlarını olumlu yönde etkilemiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, erken tanı davranışlarına yönelik bilincin artırılması ve bu davranışların düzenli olarak yapılması için SİM başta olmak üzere diğer modellerle desteklenmiş sağlığı geliştirmeye yönelik eğitim programlarının yapılandırılması ve uygulanması oldukça etkilidir. Bu nedenle kadınların KKMM konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin sahada kadınları bu konuda eğitmeleri gerekmektedir.

Sınırlılıklar: Eğitim öncesi ve eğitim sonrası olmak üzere araştırmanın tek grupta yarı deneysel ve bir aile sağlığı merkezine kayıtlı kadınlarda yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Çıkar ilişkisi: Çıkar çatışması olmadığı yazarlar tarafından beyan edilmiştir.

Kaynaklar

1. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population based study. *Lancet Oncol* 2012;13:790-801.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136:359-386.
3. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara: 2016. http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf. Erişim Tarihi: 27-07-2016.
4. American Cancer Society, Estimated Number of New Cancer Cases by World Area, Global Cancer Facts & Figures. 3rd Edition. American Cancer Society. Atlanta: 2015.
5. Seçginli S. Meme kanseri taraması: son yenilikler neler? *TAF Prev Med Bull* 2011;10:193-200.
6. Koca B. Kendi kendine meme muayenesini bilen kadın sağlığı açısından önemi. *Yeni Tıp Dergisi* 2010;27:10-14.
7. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2010. *A*

- review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2010;60:99-119.
8. Champion VL. Breast self-examination: What now? *Onc. Nur Forum* 2003;30:723-724.
 9. Dişçigil G, Sensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme sağlığı: Ege bölgesinde yaşayan bir grup kadının bilgi, davranış ve uygulamaları. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2007;20:29-36.
 10. Göçgeldi E, Açıkkel C, Hasde M ve ark. Ankara-Gölbaşı İlçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2008;13:261-265.
 11. Özyayın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC et al. Breast cancer knowledge, source of information, and breast health practices of women in Bahçeşehir. *J Breast Health* 2009;5:214-224.
 12. Gençtürk N. Kadın sağlık profesyonellerinin meme kanseri erken tanı yöntemlerini bilme ve uygulama durumları. *Meme Sağlığı Dergisi* 2013;9:5-9.
 13. Akgün ŞZ, Kardaş ÖF. Kars'ta yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2015;13:54-61.
 14. Alpteker H, Avcı A. Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2010;6:74-79.
 15. T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara:2013.
 16. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, ed. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc 2008;45-46.
 17. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Sağlık ve sağlığın korunması modülleri, Sağlık bilinci. Eğitimciler için eğitim rehberi, Ankara:2008;17-19.
 18. Kapp JM, LeMaster JW, Zweig SC, Mehr DR. Physician recommendations for mammography in women aged 70 and older. *Journal of American Geriatrics Society* 2008;56:2100-2106.
 19. Aydın Aİ, Atasoy A, Sabah E. Video ile eğitimin kadınların kendi kendine meme muayenesine yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2007;15:119-128.
 20. Çelik OG, Malak Tuna A, Öztürk Z, Yılmaz D. Menapoz sonrası dönemdeki kadınların kendi kendine meme muayenesini uygulama, mamografi çekirme ve pap smear yaptırma durumlarının incelenmesi. *Anatol J Clin Investig* 2009;3:159-163.
 21. Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2011;61-72.
 22. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *Adv. Nurs. Sci* 1984;6:73-85.
 23. Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nurs Res* 1993;42:139-143.
 24. Champion VL. Revised susceptibility, benefits and barriers scale for mammography screening. *Res Nurs Health* 1999;22:341-348.
 25. Gözüm S, Aydın I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's health belief model scales. *Cancer Nurs* 2004;27:491-498.
 26. Açıkgoz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Hastanede çalışan kadınların meme kanseri konusunda erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygulanan planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2015;11:31-38.
 27. Hayden J. Health belief model. In: Hayden J, ed. *Introduction to health behavior theory*. 2nd ed. Jones & Bartlett Learning:USA, 2014;63-71.
 28. Lev EL, Daley KM, Conner NE, Reith M, Fernandez C, Owen SV. An intervention to increase quality of life and selfcare self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. *Sch Inq Nurs Pract* 2001;15:277-294.
 29. Tuzcu A, Bahar Z, Gözüm S. Effects of interventions based on health behavior models on breast cancer screening behaviors of migrant women in Turkey. *Cancer Nurs* 2016;39:40-50.
 30. Abd El Mohsen AS, Abd El Maksoud MM. Improve knowledge, beliefs and behavior of undergraduate female nursing students in Al-Alzhar University toward breast self-examination practice. *Journal of Education and Practice* 2015;6:102-110.
 31. Rezaeian M, Sharifrad G, Mostafavi MM, Abbasi MH. The effects of breast cancer educational intervention on knowledge and health beliefs of women 40 years and older, Isfahan, Iran. *J Edu Health Promot* 2014;3:59-64.