

GÖÇMEN KADINLARDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ VE SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ KULLANIMININ MEME KANSERİ ERKEN TANI DAVRANIŞLARINDAKİ DEĞİŞİME ETKİSİ

EFFECT OF USING THE HEALTH BELIEF MODEL AND THE HEALTH PROMOTION MODEL IN MIGRANT WOMEN ON CHANGE IN EARLY DIAGNOSIS BEHAVIORS OF BREAST CANCER

Öğr.Gör. Ayla TUZCU* Prof.Dr. Zuhal BAHAR**

*Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemş.AD.

**Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağl.Hemş.AD.Başkanı

ÖZET

Meme kanseri görülme sıklığı göçmen kadınlar arasında giderek artmaktadır. Meme kanseri erken tanıldığında tedavi edilebilmekte ve yaşama şansı artmaktadır. Kadınlar için önemli sağlık davranışları olan kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi ve mamografi ile meme kanserine erken dönemde tanı konulabilmektedir. Göçmen kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarını etkileyen birçok faktör vardır. Sağlık İnanç Modeli, göçmen bireylerle sağlığı geliştirme iletişimlerini başlatmak ve erken tanı uygulamalarına ilişkin niyetlerini açıklamak için kaynak olarak kullanılabilir yararlı bir modeldir. Bu model göçmen kadınların erken tanı davranışlarını açıklamak için yapılan çalışmalarda kullanılmıştır. Sağlığı Geliştirme Modeli ise sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olarak kullanılabilir bir modeldir. Bu derlemenin amacı, ilgili literatürü inceleyerek göçmen kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli kullanımının meme kanseri erken tanı davranışı değişimine etkisini açıklamaktır.

Anahtar Kelimeler: Göçmen kadınlar, meme kanseri, Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli

ABSTRACT

The number of breast cancer incident in migrant women is gradually increasing. Once breast cancer is detected earlier the chances of medical treatment and survival are greatly increased. Early diagnosis in breast cancer is possible through self-breast examinations, clinical breast examinations, and mammographs, which are all important health behaviors for women. There are numerous factors that affect early breast cancer diagnosis behaviors in migrant women. The Health Belief Model is a beneficial model to be used as a reference to describe intentions relating to early diagnosis practices and initiate health promotion communications with migrant individuals. This model was used in studies carried out to explain the early diagnosis behaviors of migrant women. The Health Promotion Model is a model to be used as a complementary model to health protection models. The purpose of this review is to explain, by reviewing related literature, how using the health belief model and the health promotion model in migrant women affects early diagnosis behavior change for breast cancer.

Key Words: migrant women, breast cancer, health belief model, health promotion model

GİRİŞ

Göç, kişilerin gelecek yaşantılarının tamamını veya bir kısmını geçirmek üzere, tamamen ya da geçici bir süre için bir yerleşim ünitesinden bir başkasına yerleşmek amacıyla yaptıkları coğrafi yer değiştirme olayını kapsayan sosyal bir değişim sürecidir (Demir 1996; Mutluer 2003; IOM 2010).

Göç bireylerin kırsal alandan kentsel alana, komşu ülkelere ya da daha uzak bölgelere göç edebilmeleri nedeniyle geniş bir oluşumu kapsar. Farklı ölçütler temel alınarak yapılan göç sınıflandırmaları içinde en sık kullanılan gruplamaya göre göç, iç göç ve dış göç olarak ikiye ayrılmaktadır. İç göç ülke sınırları içinde yerleşim yeri değişikliği olarak tanımlanırken, dış göç ise komşu ülkelere ya da daha uzak bölgelere yapılan coğrafi yer değiştirme hareketini tanımlamak için kullanılmaktadır (Beşer 2012; Mutluer 2003).

Dünyada küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı etkileri, bölgesel çatışmalar, yoksulluk, teknoloji ve buna bağlı olarak ulaşım ve iletişim olanaklarının gelişmesinden dolayı göç edenlerin sayısı giderek artmaktadır (Mutluer 2003).

Göçmenler alışma ve yeniden uyum süreciyle karşı karşıyadırlar, bu süreçte onlar ekonomik, eğitim, kültürel ve sağlık sisteminden yararlanma ile ilgili birçok engelle karşılaşılır (Ahmad ve ark. 2005; Shirazi ve ark. 2006). Göçmen bireyler sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturan temel sağlık hizmetlerinden de yeterince yararlanmamakta, sosyal eşitlik gereği toplumdaki herkese eşit olarak götürülmesi gereken bu hizmetler göçmen bireylere yeterince ulaştırılmamaktadır (Beşer 2012; Maurer ve Smith 2005).

Günümüzde temel sağlık hizmetleri felsefesine göre hastalıkların tedavisinden çok sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin etkili bir strateji olduğunun anlaşılmasıyla birlikte sağlığı geliştirme davranışlarına ve sağlıklı yaşam şekline verilen önem gittikçe artmaktadır (Velioglu 1994). Bireylerin kendi sağlıklarını düzeltme, kontrol etme ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşmada sağlığın geliştirilmesi çalışmaları önem taşımaktadır. Böylece bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi, bireylerin sağlıklarını korumalarında kendi görevlerini algılayıp, riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları oldukça önemlidir (Karadeniz 2008).

Dünya'da göçmen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmalarda, ülke sınırları dışına göç eden bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Johnson 2005; Ahmad ve Steward 2004; Hyman ve Gruge 2002; Lee ve Wang 2005). Ülkemizde iç göç eden kadınlarla yapılan bir çalışmada ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının göç etmeyen kadınlardan anlamlı düşük olduğu bulunmuştur (Topçu 2006). Pender ve arkadaşları (1992) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalıklara yakalanmayı etkilediğini, hastalık vakalarını azalttığı, ölüm oranlarını düşürdüğü, kalp hastalıkları ve kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yeri olduğunu ifade etmektedir.

İnsanlık tarihi kadar eski olan kanser hastalığı günümüzde en çok ölüme neden olan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır. Dünya'da ve Türkiye'de kadınlar

arasında en sık görülen kanser türü ise meme kanseridir (WHO 2003). Meme kanseri görülme sıklığının ülkeden ülkeye değişmesi ve göçmen kadınlarda meme kanseri sıklığının artması dikkat çekicidir (Gençtürk 2006). Jirojwong ve MacLennan (2003) çalışmalarında, yerli Asyalı kadınlarda meme kanseri görülme oranının düşük olmasına karşın göçmen Asyalı kadınlarda doğuya özgü yaşam tarzının değişmesi, beslenme tarzındaki değişiklikler gibi nedenlerden dolayı meme kanseri insidansının arttığını ifade etmektedir. Andreeva ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada göçmen kadınlarda meme kanseri insidansının artmasında davranışsal ve çevresel faktörlerin değişiminin ekili olduğu, bu faktörlerin beslenmede değişim, sosyo-ekonomik durumun iyileşmesi, doğum yaşının yükselmesi ve emzirmeden kaçınma olduğunu belirtmiştir.

Günümüzde meme kanserini kesin olarak önleyen bir yöntem mevcut değildir. Ancak düzenli yapılan muayene ve taramalar yardımıyla meme kanserine erken tanı konulduğu takdirde beklenen yaşam süresi uzatılabilmekte ve tamamen iyileşme sağlanabilmektedir (Alpteker ve Avcı 2010).

Meme kanserinin erken tanısında mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yöntemleri kullanılmaktadır (American Cancer Society 2008). Meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili literatür incelendiğinde, literatürde iç göç eden bireylerin meme kanseri erken tanı davranışlarını değerlendiren bir çalışmaya ulaşılabilmiştir. Ancak dış göç eden kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarını değerlendiren birçok çalışmanın yer aldığı görülmektedir. Bu araştırmalarda göçmen kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerini kullanım oranlarının oldukça düşük olduğu ve koruyucu davranışlara yeterince önem vermedikleri saptanmıştır (Jirojwong ve MacLennan 2003; Weber ve ark. 2009; Wu ve Ronis 2009). Amerikan Ulusal Kanser Sağlığı istatistiklerine göre, mamografi tarama prevelansının sağlık sigortası olmayan kadınlar arasında en düşük olduğu (%33.2) ve arkasından da göçmen kadınların (%50) geldiği belirlenmiştir (American Cancer Society 2008).

Göçmen kadınlar üzerinde yapılan bazı çalışmalarda, bu grupların erken tanı çalışmalarında özellikle ele alınması gereken riskli gruplar olduğu belirtilmiştir (Remennick 2006; Vazquez ve ark. 2002). Çinli Avustralya'lı kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların meme kanserini büyük bir sağlık endişesi olarak görmedikleri ve meme sağlığı uygulamalarının kültürel kaynaklı engellerden dolayı düşük olduğu belirlenmiştir (Kwok ve ark. 2006). Ahmad ve Stewart (2004), Güney Asyalı göçmen kadınlarla yaptıkları çalışmada KMM yaptırma oranının düşük olduğunu (%38.5) saptamış, göçmen kadınların meme kanseri erken tanı yöntemleri hakkında eğitim gereksinimlerinin olduğu ve sağlığı geliştirme davranışlarını engelleyen nedenlerin saptanmasının gerekli olduğunu belirtmiştir.

Kalifornia'da İranlı göçmen kadınlarla yapılan çalışmada KMM yaptırma oranının (%73) ve mamografi tarama oranının (%81.1), "Sağlıklı insanlar 2010" hedeflerinden (%70) daha yüksek olduğu saptanmış, ortaya çıkan sonuçların önceki göçmen kadınlarla yapılan çalışmalarla uyumlu olmadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada mamografi ve KMM yaptırma oranlarının bildirilen hedeflerden yüksek olması, İranlı göçmen

kadınların sağlık sigortasına sahip olmaları ve sosyoekonomik koşullarının iyi olmasıyla açıklanmıştır (U.S. Department of Health and Human Services 2000; Shirazi ve ark. 2006).

Farklı etmenler kadınların sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik farklı davranış ve tutum geliştirmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları, geliştirilen modellerle açıklanmıştır. Meme kanserinde erken tanı davranışları sıklıkla Sağlık İnanç Modeli (SİM) kullanılarak açıklanmaktadır. Bunun yanı sıra Nola Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'de sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında kullanılmaktadır.

1. SAĞLIK İNANÇ MODELİ

Model, 1950'lerin başında, hastalıkların önlenmesi ve erken tanısında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için Hochbaum ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (Champion ve Skinner 2008; Gasalberti 2002). Model sağlıklı ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. SİM anahtar kavramları eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (eğitim, medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi gibi) varsa ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir. Modelin en güçlü ayraçının algılanan engeller olduğu belirtilmektedir (Glanz ve ark. 2008; Pender 2006).

SİM göçmenlerin niyetlerini açıklamak, bireylerle sağlığı geliştirme iletişimlerini başlatmak için kaynak olarak kullanılabilir yararlı bir yapıdır ve göçmen gruplarla yapılan araştırmalarda da kullanılmıştır (Groenewold ve ark. 2006; Han ve ark. 2009; Jirojwong ve MacLennan 2003; Pasick ve Burke 2008). Meme kanseri taramalarını geliştirmek için Koreli Amerikan kadınlarla erken tanı davranış değişimi için SİM'den yararlanılarak yapılan girişimsel bir çalışmada kadınların mamografi, KMM ve KKMM oranlarında önemli derecede artış olduğu belirlenmiştir (Han ve ark. 2009).

1.1. Sağlık İnanç Modeli'nin Bileşenleri

A. Bireysel Özellikler

Sosyo-Demografik Faktörler:

Yaş, cinsiyet, eğitim, gelir, kültür, geçmiş deneyimler, beceri gibi özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algısal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Yaşın artması, eğitim ve gelir gibi faktörlerin yükselmesi sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır (U.S. Department of Health And Human Services 2005).

Boxwala ve arkadaşlarının (2010) Asyalı Hindistan'lı kadınlarla yaptığı çalışmada mamografi ve KMM yaptırma ile eğitim düzeyi, göç ettiği ülkede (Amerika) 10 yıldan

daha fazla kalma ve evli olma durumu arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Ahmad ve Stewart (2004), tarafından Kanada'da Güney Asya'lı göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada KMM yaptırılmasının Kanada'da yaşanan yılla pozitif ilişkili olduğu ve davranışın göç ettikten sonra kültürel değişimin bir parçası olarak değiştiğini belirtmiştir.

B. Algılar

B.1. Algılanan Duyarlılık

Sağlıklı davranışları benimsemede insanlar üzerinde etkili olan güçlü algılardan bir tanesi algılanan duyarlılıktır. Algılanan duyarlılık koruyucu sağlık davranışlarının önemli bir göstergesidir ve bir hastalığa yakalanma olasılığı hakkında inançları içermektedir. Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltmak için davranışı gösterme olasılığı da artmaktadır (Glanz ve ark. 2008; Turner ve ark. 2004).

Jirojwong ve MacLennan (2003) Tayland'lı göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada, kadınların % 25'inin düzenli KKMM yaptığı ve meme kanserine karşı duyarlılığı fazla olanlarda KKMM yapma olasılığının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Austin ve arkadaşları (2002), Amerika'da yaşayan Hispanik göçmen kadınlarla yaptıkları bir çalışmada da kanser tarama oranlarının düşük olmasının en önemli nedeni olarak algılanan duyarlılığın düşük olmasını göstermişlerdir.

Algılanan duyarlılık ile meme kanseri tarama davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği göçmenlerle yapılan bazı çalışmalarda ise anlamlı ilişki belirlenmemiştir (McDonald ve ark. 1999; Yu ve Wu 2005; Han ve ark. 2009). Afrikalı-Amerikan kadınların kaldığı bir toplum evinde yapılan çalışmada, 40 yaş ve üstünde olan kadınların %80'nin mamogram yaptırdıkları ancak kendilerini ırksal olarak meme kanserine duyarlı olarak algılamadıkları belirlenmiştir. Çalışmada Sağlık İnanç Modeli değişkenlerinin mamografi ve KKMM ile ilişkili olmadığı belirlenmiş, meme kanseri taramalarıyla ilgili yapılacak çalışmaların kültürel, etnik ve sosyokültürel farklılıkları kapsayan teorik bir yapı çerçevesinde düzenli tarama davranışlarının gerçek belirleyicileri ve kolaylaştırıcıları üzerine odaklanması gerektiği belirtilmiştir (McDonald ve ark. 1999). Lee-Lin ve arkadaşları (2007) Çinli Amerikan göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada, mamografi yaptırmakla ilişkili en güçlü faktörün kadınların aile üyelerinden birisinin yakın zamanda meme kanseri tanısı alması olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hemşireler tarafından meme kanseri tanısı alan bireylerin aile üyelerine sağlık eğitimi verilmesinin meme kanseri taramalarında etkili olabileceği ifade edilmiştir.

Yapılan çalışma sonuçlarına göre göçmen kadınların kendilerini meme kanserine duyarlı olarak algılamamalarının nedeni, meme kanseri ve risk faktörleri hakkında bilgilerinin az olmasından kaynaklanabilir. SİM'e göre koruyucu sağlık davranışlarının önemli bir göstergesi olan algılanan duyarlılığın, göçmen kadınlarda meme kanseri ve risk faktörleri hakkında yapılacak eğitim programlarıyla değiştirilebileceği düşünülmektedir.

B.2. Algılanan Ciddiyet/Önemseme

Algılanan ciddiyet kavramı hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançları ifade etmektedir. Koruyucu sağlık davranışlarının en az güçlü göstergesidir. Algılanan

ciddiyet hastalığının hem tıbbi ve klinik sonuçlarını (ölüm, sakatlık ve ağrı gibi) hem de olası sosyal sonuçlarının (iş, aile yaşamı ve sosyal ilişkiler gibi) değerlendirmesini kapsar (Glanz ve ark. 2008; Turner ve ark. 2004). Birçok toplumda kanserin ciddi bir hastalık olarak bilinmesi ve algılanmasından dolayı, SİM'e dayandırılarak meme kanseri tarama davranışları ile ilgili yapılan çalışmalarda bireyin ciddiyet algısının yüksek olması beklenen bir durum olarak ifade edilir (Champion 1993; Nahcivan 2003). Schwartz ve arkadaşlarının (2008), Arap göçmenlerle yaptığı çalışmada algılanan ciddiyetin mamografi sıklığıyla pozitif ilişkili olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada meme kanserini ciddi bir hastalık olarak algılayan kadınlar arasında düzenli mamografi yaptıрма oranının, yaptırmayan kadınlara göre 1.7 kez daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması "Algılanan tehdit" olarak tanımlanmaktadır. Meme kanserinin ciddiyetini kavramış ve meme kanserine yakalanmada kendini tehdit altında gören bir kadın, aynı yaştaki başka bir kadına göre daha fazla KMM'yi uygulama, mamografi çektirme ve KMM'ni yaptıрма eğilimindedir (Glanz ve ark. 2008).

B.3. Algılanan Yarar

Algılanan yarar bir hastalığın gelişme riskini azaltmak için yeni bir davranışın yararlılığının algılanmasıdır. Kişi yeni davranışın hastalığın gelişme riskini azaltacağına inandığında, sağlıklı davranışı uygulamaya daha eğilimlidir. Algılanan yarar, tarama davranışları gibi sekonder koruyucu davranışların kazanılmasında önemli rol oynar (Turner ve ark. 2004).

Bireyin tavsiye edilen yada kabul edilen sağlık davranışını uygulaması için optimal duyarlılığı ve ciddiyeti algılaması yeterli değildir, aynı zamanda o davranışın yada eylemin hastalık tehdidini azaltarak yararlı olarak algılanması beklenir (Glanz ve ark. 2008). SİM'e göre meme kanserinde erken tanıya yönelik davranışların yararını kavrayan ve bu davranışları gerçekleştirmede daha az engelle karşılaşan bir kadının tarama davranışlarını sergileme oranının da yüksek olması beklenir (Holm ve ark. 1999; Petro-Nustas 2001).

Champion ve Scott (1997) yaptıkları çalışmada Afrikalı Amerikan kadınların mamografinin meme kanserinin erken tanınmasına yardım ettiğini ve çok küçük kitleleri bulmak için en iyi yol olduğuna inandıklarını belirlemiştir. Aynı çalışmada algılanan yarar ile meme kanseri taramalarına katılma arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Boxwala ve arkadaşları (2010) çalışmasında Asyalı Hindistanlı kadınlarda artan algılanan yararın tarama yaptıрма olasılığını arttırdığını belirlemiştir.

Çalışma sonuçlarına göre erken tanının yararına inanan göçmen kadınların tarama davranışlarını yapma olasılıkları daha yüksek olduğu için, sağlık eğitim programlarında öncelikle meme kanseri ve meme sağlığının nasıl korunabileceği konusunda farkındalık oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca bu eğitim programlarında tarama davranışının sağlıklı ilişkili ve sağlıklı ilişkili olmayan yararları üzerine odaklanarak yarar algısı kadınlarda artırılabilir.

B.4. Algılanan Engeller

Algılanan engeller davranış değişiminin belirlenmesinde en önemli değişkendir. Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (Glanz ve ark 2008; U.S. Department of Health And Human Services 2005; Turner ve ark. 2004). Yarar algısı engel algısına üstün geldikçe olumlu sağlık davranışlarını uygulama olasılığı artmaktadır (Pender ve ark. 1990).

Göçmen kadınlarda meme kanseri ve taramalarıyla ilgili yapılan çalışmalara göre meme kanseri taramalarını belirli kültürel temelli normların, inançların ve değerlerin engellediği belirtilmiştir (Ahmad ve ark. 2005; Austin ve ark. 2002; Schwartz ve ark. 2008). Schwartz ve arkadaşları (2008) Arap Amerikan kadınlarla yaptıkları çalışmada, algılanan engellerdeki azalma ile mamografi yaptırmaya sıklığı arasında pozitif ilişki olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada göçmen kadınlar tarafından düzenli mamografi yaptırmakla ilişkili engeller; "mamografi yaptırmakla ilgili gülünç hissetme", "mamografiyi utandırıcı olarak algılama" ve "mamografinin meme kanseri hakkında endişe oluşturabileceği" olarak belirtilmiştir. Austin ve arkadaşlarının (2002) Hispanik göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada kanser korkusu, dil engeli, kaderci olma ve utanma kanser taramaları için önemli engeller olduğu belirlenmiş, aynı çalışmada kanser tarama programlarında kültürel duyarlılığın olması gerektiği ifade edilmiştir. Hispanik kadınlarda SIM ile yapılan girişimsel bir çalışmada kültürel olarak duyarlı ve dil uyumlu meme kanseri eğitim programlarının, meme kanseri taramalarında ağrı korkusunu ve randevuları hatırlamak için algılanan yetersizliği azalttığı belirtilmiştir (Hall ve ark. 2007).

Asyalı göçmenlerle yapılan bir çalışmada mamografi yaptırmakla ilişkili kadınlar tarafından en yaygın belirtilen üç engel; "birey kendisini iyi hissediyorsa mamografi taramasına gerek yok", "bekleme zamanı çok uzun" ve "mamografi yaptıracığım yeri bilmiyorum" olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada mamografi yaptırmaya katılımı arttırmak için, kültürel uyumlu tarama programlarına gereksinim olduğu belirtilmiştir (Wu ve ark. 2006).

Yapılan çalışma sonuçlarına göre göçmen kadınların erken tanı davranışını yapmak için fizyolojik, psikolojik, kültürel ve sağlık sisteminden kaynaklanan birçok engelinin olduğu görülmektedir. Göçmen kadınlarda erken tanı ve tarama uygulamalarını arttırabilmek için özel engellerinin belirlenip, bu engellerin üstesinden nasıl gelineceğine ilişkin çözüm yolları belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca planlanacak olan sağlığı geliştirme programlarının mutlaka kültürel olarak duyarlı ve dil uyumlu olmasının engellerin azaltılmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

B.5. Sağlık Motivasyonu ve Algılanan Öz-Etkililik

Algılanan öz-etkililik ve sağlık motivasyonu 1988 yılında Rosenstock, Strecher ve Becker tarafından modele eklenmiştir. Sağlık motivasyonu eylemin davranışa

geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma durumu olarak tanımlanmaktadır.

Algılanan öz-etkililik çok kullanılan sağlıklı geliştirme teorilerinde temel bir yapıdır. Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz-etkililik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz-etkililik önemli rol oynamaktadır (Champion 1993, Glanz ve ark. 2008).

Janz ve arkadaşları (2002), uzun dönem davranış değişiminde başarılı olmak için güvenin çok önemli olduğunu, bu yüzden davranışı değiştirmek ve davranışın yaşam sürecine uyumunu geliştirmek için (düzenli mamografi yaptırmak gibi), mamografi yaptırmada öz-etkililiğin güçlendirilmesinin önemli olduğunu açıklamıştır.

Öz-etkililik algısının meme kanseri erken tanı davranışları üzerindeki etkisinin incelendiği Tai'li göçmen kadınlarla yapılan çalışmada, öz-etkililik algısı yüksek olan kadınların düşük olan kadınlara göre 4.6 kat daha fazla her ay düzenli KKMM'sini yaptıkları belirlenmiştir (Jirogwong ve Maclennan 2003). Güney Asyalı göçmen kadınlarla yapılan bir çalışmada öz-etkililiği arttırmak için kadınların meme sağlığı endişelerini aileleri, arkadaşları ve sağlık bakım profesyonelleri ile tartışmaları için cesaret verilmesinin öz-etkililik puanını arttırdığı ve meme sağlığı taramalarını geliştirdiği saptanmıştır (Ahmad ve ark. 2005). Afrikalı Amerikan kadınlarla yapılan çalışmada meme kanseri ve taramalarıyla ilgili yoğun eğitim programlarının bireylerin KKMM öz-etkililiğini güçlendirdiği belirtilmiştir (Adderley ve Green 1997).

Yapılan çalışmalar öz-etkililik algısının meme kanseri tarama davranışını etkileyen önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Göçmen kadınların taramalara katılması için planlanan programlarda öz-etkililik algısını arttırmak için, tarama yaptırılan kadınlarla bu deneyimlerini paylaşmasına fırsat verilmelidir. Ayrıca taramalara yönelik yapılan eğitim ortamlarında hemşireler tarafından bireye cesaret ve olumlu geri bildirim verilmesinin öz-etkililik algısının güçlendirilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

C. Eylem

C.1. Eyleme Geçiriler

SİM geliştirilirken davranışı tetikleyen faktörler de tartışılmıştır. Davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yarar), ancak davranışın nedeni olan eyleme geçiriciler ile artabileceği belirtilmektedir. Eyleme geçiriciler davranışı değiştirmek için insanları tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir (Glanz ve ark 2008; U.S. Department of Health And Human Services 2005).

Eyleme geçiriciler koruyucu sağlık davranışı başlatmak için gereklidir ve bedenin durumunu algılama gibi içsel veya medyanın etkisi gibi dışsal kaynaklı olabilir. Eyleme geçiriciler ile demografik değişkenlerin birlikte, kişinin duyarlılık ve ciddiyet algısını tetikleyerek bireyden beklenen hedef davranışı etkilemesi beklenir

(Champion 1993). Meme kanseri erken tanı davranışları ile ilgili yapılan çalışmalarda eyleme geçiriciler olarak sıklıkla hatırlatıcı (telefon ile arama, e-mail ve mektup gönderme, akran gruplarının kullanımı ve sağlık profesyonellerinin tavsiyesi) kullanımının davranışı sürdürmede etkili olduğu gösterilmektedir.

Güney Asyalı göçmen kadınlarda meme kanseri taramalarını geliştirmek için yapılan bir çalışmada meme kanseri riski ve taramalarıyla ilgili on adet makale geliştirilmiş, bu makaleler iki hafta arayla yerel gazetede yayınlanmış ve maile kadınlara gönderilmiştir. Çalışmanın sonucunda kadınların meme kanseri tarama bilgisi, inancı ve öz-etkililiğin etkilendiği ve KMM'ye katılımın arttığı belirlenmiştir (Ahmad ve ark. 2005). Amerika'da yaşayan göçmen kadınlarla yapılan başka bir çalışmada eyleme geçiriciler olarak doktor tavsiyesi, sağlık eğitimi alan akranların katılımıyla yapılan toplum programları, kadınların kendi ana dillerinde yazılmış materyaller ve medyanın kullanımı olduğu belirlenmiştir (Austin ve ark. 2002). Avustralya'da göçmen kadınlarla yapılan diğer bir çalışmada da eyleme geçiricilerin, KMM'yi etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada eyleme geçirici faktörlerin kitap, magazin dergileri, sağlık eğitim materyalleri, radyo, televizyon ve sağlık bakım personellerinin tavsiyesinin olduğu belirtilmiştir (Jirojwong ve MacLennan 2003).

SİM'in yapısı ile uyumlu emosyonel ve bilişsel değişkenler meme kanseri taramalarıyla ilişkili önemli faktörlerdir. Model Amerika'da, İngiltere'de, Avustralya'da ve Kanada'da göçmen kadınları kapsayan farklı toplumlarda meme kanseri erken tanı çalışmalarında kullanılmıştır. SİM ile yapılan bu çalışmalarda; algılanan tehdit, algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik, eyleme geçiriciler ve demografik değişkenlerin kısmi değeri ölçülerek göçmen kadınların meme kanseri tarama davranışlarına uyumu açıklanmıştır.

SİM revize edilmeden önce Pender, modelde yer alan engel ve yarar algısının sağlığı koruma davranışlarını açıklamada veya davranışı tahmin etmede en önemli kavramlar arasında olduğunu ayrıca algılanan ciddiyet ve duyarlılığın sağlığı koruma davranışlarını açıklamada belirleyici olduğunu belirtmiştir. Ancak davranışın oluşması için karar verme sürecini etkileyen kontrol algısı, öz-etkililik algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenlerin modelde yer alması gerektiğini belirterek, bu kavramları da içeren Sağlığı Geliştirme Modeli'ni oluşturmuştur (Pender 1987).

2. SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ

Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Sosyal Öğrenme Teorisinden temel alınmış, Sağlık İnanç Modeli yapısına benzeyen ve bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörleri tanımlayan bir modeldir (Pender 2006). Öz-etkililik algısı, kontrol algısı, sağlığın tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel algısal değişkenleri içeren Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), 1987 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir. SGM, sağlığı geliştirme alanındaki uygulamalara yol gösterecek niteliktedir ve sağlığı koruma modellerinin tamamlayıcısı olmayı amaçlamıştır.

SGM ile SİM'in benzer kavramları arasında kişisel faktörler, algılanan engel, algılanan yarar, öz-etkililik algısı bulunmaktadır. SGM'de, SİM'le benzer olarak bu kavramların davranış oluşumunda önemli olduğunu açıklamaktadır.

SGM'de bireylerin davranışı üzerinde önceki davranışların etkili olduğu belirtilmektedir. SGM meme kanseri erken tanı davranışları üzerinde çalışılmamış olmasının yanı sıra Pender, bireylerin egzersize yönelik davranışlarını açıklamada SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %75'nin sonraki davranışları tanımlamada önceki davranışların etkisini desteklediğini ve davranışları tahmin etmedeki etkili faktörün geçmişteki aynı veya benzer davranışın sıklığı olduğunu belirtmektedir (Pender 2006). Önceki davranışlar sağlık davranışlarını hem doğrudan hem de dolaylı yoldan etkilemektedir. Şimdiki davranışlara önceki davranışların direkt etkisi, bireyi davranışa hazırlayarak alışkanlık oluşumuna katkı sağlamasına bağlı olabileceği belirtilmektedir. Davranış her ortaya çıktığında alışkanlıkların gücü artmaktadır. Sosyal-Bilişsel Teori ile uyumlu olarak önceki davranışlar; algılanan öz-etkililik, yarar, engel ve aktiviteyle ilişkili etki üzerinden sağlığı geliştirme davranışlarını dolaylı olarak etkilemektedir (Pender 1987; Pender 2006).

SGM'de yer alan diğer bir kavram **sağlık sorumluluğu**'dur. Sağlık sorumluluğu kavramı, Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen SGM'de yer almaktadır. Pender, 1996'da revize edilen SGM'de sağlık sorumluluğu kavramını kişisel faktörler içerisinde alınabileceğini belirtmiştir (Pender 1987; Pender 2006).

Sağlık sorumluluğu, bireylerin kendi sağlığından sorumlu olması ve gerektiğinde profesyonel kişilere başvurmasıdır. Bireylerin sağlığına ilişkin sorumluluk düzeyi; bireyin vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir sağlık kuruluşuna müracaat etmesi, sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi, sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi, sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenmektedir (Bahar ve ark. 2005). Davranış değişimi için yapılacak planlamalarda sağlık sorumluluğu düzeyinin saptanmasının bireyin sağlığına ne düzeyde katıldığını belirlemek açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

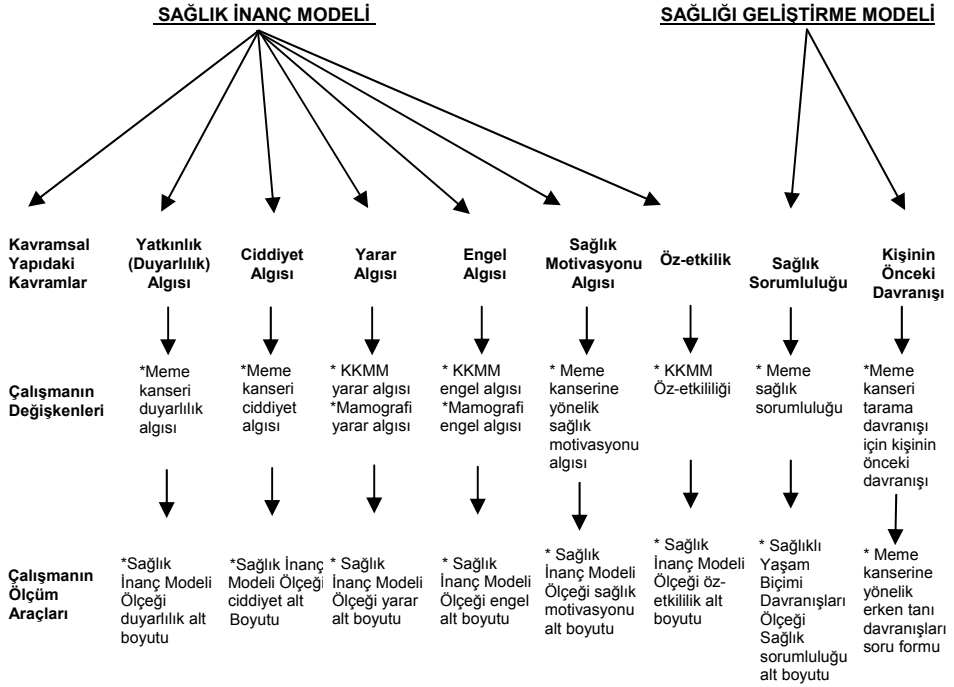
Meme kanseri erken tanı davranışlarını açıklamak için göçmen kadınlarla yapılan pek çok çalışmada Sağlık İnanç Modeli kullanılmasına rağmen Sağlığı Geliştirme Modeli kullanılarak meme kanseri erken tanı davranışlarını açıklayan herhangi bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Sağlık İnanç Modeli ile yapılan çalışmalarda; algılanan tehdit, algılanan yarar, algılanan engel, algılanan öz-etkililik, eyleme geçiriciler ve demografik değişkenlerin kısmi değeri ölçülerek göçmen kadınların meme kanseri tarama davranışlarına uyumu açıklanmıştır.

Göçmen kadınlarda; Sağlık İnanç Modeli kavramları ile birlikte Sağlığı Geliştirme Modeli kavramlarından olan 'önceki davranışlarla ilişki' ve 'sağlık sorumluluğu'nun kullanılmasının davranış değişimi için uygulanacak girişimlerin planlanmasında etkili olacağı düşünülmektedir (Şekil 1).

Bu modellerin birlikte kullanılmasıyla göçmen kadınların;

- Yapılacak eğitimler ile meme kanserine yönelik bilgilendirilmesi,
- Duyarlılık ve ciddiyet algısının değiştirilmesi,

- Yarar algısının yükseltilmesi,
- Öz-etkililik algısının geliştirilmesi,
- Algılanan engellerinin belirlenip, belirlenen engellerin ortadan kaldırılması,
- Eyleme geçirici faktörler içerisinde sağlık personelinin tavsiyesi ve yerel basın organlarının kullanılması ile farkındalığın artırılması,
- Kültürel ve dil uyumlu eğitim programlarının geliştirilmesi, bu eğitim programlarında kültürel olarak o topluma yakın sağlık bakım personellerinin yer alması,
- Kendi kültürlerine yakın akran gruplarının hatırlatıcı olarak kullanılması ile erken tanı davranışı göstermeleri sağlanabilir.



Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modelinin Kavramlarına Yönelik Çalışma Değişkenleri, Ölçüm Araçları ve Müdahaleler

KAYNAKLAR

Adderley KB, Green PM. Breast cancer education, self-efficacy, and screening in older African American women. Journal of National Black Nurses Association. 1997; 9(1): 45-57. Abstract. Retrieved September 10, 2010, from www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9384102.

Ahmad F, Stewart DE. Predictors of Clinical Breast Examination Among South Asian Immigrant Women. Journal of Immigrant Health. 2004; 6(3): 119-126.

- Ahmad F, Cameron JI, Steward, DE. A tailored intervention to promote breast cancer screening among South Asian immigrant women. *Social Science & Medicine*. 2005; 60(3): 575-86.
- Alpteker H, Avcı A. Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2010; 6(2): 74-79.
- American Cancer Society. *Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2008*, US. Retrieved Noveber 20, 2010, from http://www.cancer.org/acs/groups/content/@nho/documents/document/cped_2008.pdf
- Andreeva VA, Unger JB, Pentz MA. Breast Cancer among Immigrants: A Systematic Review and New Research Directions. *Journal of Immigrant Health*. 2007; 9: 307-322.
- Austin LT, Ahmad F, McNally MJ et al. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. *Women's Health Issues*. 2002; 12(3): 122-128.
- Bahar Z, Beser A, Gordes N ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 12: 1-12.
- Beşer A. Göç, kültür ve sağlık ilişkisi. (Çinde). Seviğ Ü, Tanrıverdi G (ed). *Kültürlerarası Hemşirelik*. İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti; 2012: 57-74.
- Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*. 1993; 42(3): 138-143.
- Champion VL, Scott CR. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research*. 1997; 46: 331-337.
- Demir G. Göç nedenleri ve göç edenlerin beklentilerindeki gerçekleşme durumu. II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü; 1996: 85-93.
- Gençtürk N. Meme kanserinde risk faktörleri. *Hemşirelik Forum Dergisi*. 2006; Temmuz-Ağustos, 106-112.
- Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education theory, research, and practice. (Çinde). Orleans T (ed). 4 th Edition, Jossey Bass; 2008: 45-50.
- Groenewold G, Brujin B, Billsborrow R. Migration of the Health Belief Model (HBM): Effects of psychosocial and migrant network characteristics on emigration intentions in five countries in west africa and the mediterranean region. *Populationassociation of america 2006 annual meeting*, March 30-April 1, Session 86: Migration and Social Networks; 2006.
- Hall CP, Hall JD, Pfiemer JT & et al. Effects of a culturally sensitive education program on the breast cancer knowledge and beliefs of Hispanic women. *Oncology Nursing Forum*. 2007; 34(6): 1195-1202.
- Han HR, Lee H, Kim MT & et al. Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. *Health Education Research*. 2009; 24(2): 318-29.
- Hyman I, Gruge S. A review of theory and health promotion strategies for new immigrant women. *Canadian Journal of Public Health*. 2002; 93(3), 183-187
- International Organization for Migration (IOM), About migration. Retrieved October 20, 2010, from <http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/lang/en adresinden indirildi>.
- Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The Health Belief Model. In K. Glanz, B.K. Rimer, &F.M. Lewis (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (Ed), San Francisco, Jossey-Bass., 2002: 45-46.
- Jirojwong S, Maclennan R. Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. *Journal of Advanced Nursing*. 2003; 41(3): 241-249.
- Johnson RL. Gender differences in health-promoting lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*. 2005; 22(2): 130-137.
- Karadeniz G, Yanıkerem UE, Dedeli Ö ve ark. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008; 7(6): 467-502.
- Kwok C, Sullivan G, Cant R. The role of culture in breast health practices among Chinese-Australian women. *Patient Education and Counseling*. 2006; 64:1, 268-276.
- Lee-Lin F, Menon U, Pett M et al. Breast cancer beliefs and mammography screening practices among Chinese-American immigrants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2007; 36(3): 212-221.

- Lee FH, Wang HH. A preliminary study of a health promoting lifestyle among Southeast Asian women in Taiwan. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2005; 114-120.
- Maurer FA, Smith CM. *Community/Public Health Nursing Practice Health For Families and Populations*. 4 th Edition. 2005: 477-485.
- McDonald PA, Thorne DD, Pearson JC et al. Perceptions and knowledge of breast cancer among African-American women residing in public housing. *Ethnicity & Disease*, 1999; 9(1): 81-93.
- Mutluer M. *Uluslararası Göçler ve Türkiye*. İstanbul: Çantay Kitabevi; 2003: 9-34.
- NaHCivan ÖN, Secginli S Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7(1): 33-38.
- Pasick RJ, Burke NJ. A Critical Review of Theory in Breast Cancer Screening Promotion across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 2008; 29: 351-368.
- Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 2nd ed. Norwalk: CT:Appleton & Lange; 1987.
- Pender NJ, Walker NS, Sechrist RK et al. Predicting health – promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*. 1990; 39:6, 326-332.
- Pender. N., Barkauskas, V., Hayman, L. Health promotion and disease prevention toward excellence in nursing practice and education. *Nursing Outlook*. 1992; 40(3): 106-112.
- Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 5th edition. Prentice Hall; 2006: 51-57.
- Petro-Nustas WI. Young Jordanian women's health beliefs about mammography. *Journal of Community Health Nursing*. 2001; 18(3): 177-194.
- Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *The Breast Journal*. 2006; 12: 103-110.
- Schwartz K, Fakhouri M, Bartoces M et al. Mammography Screening Among Arab American Women in Metropolitan Detroit. *Journal Immigrant Minority Health*. 2008; 10:541-549.
- Shirazi M, Champeau D, Talebi A. Predictors of Breast Cancer Screening among Immigrant Iranian Women in California. *Journal of Womens Health*. 2006; 485-497.
- Topçu S. Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlık Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2006: 70.
- Turner LW, Hunt, SB, Dibrezzo R et al. Health Belief Model. 2004; Retrieved September 10, 2010, from <http://www.jbpub.com/samples/0763743836/Chapter%204.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*, 2nd edn. U.S. Government Printing Office, Washington; 2000. Retrieved September 19, 2010, from <http://www.health.gov/healthypeople/document/HTML/Volume1/03Cancer.htm> adresinden indirildi.
- Vazquez MO, Ayendez MS, Perez ES et al. Breast cancer health promotion model for older Puerto Rican women: results of a pilot programme. *Health promotion International*. 2002; 17: 3-11.
- Veliöglü P. *Hemşireliğin Düşünsel Temelleri*. İstanbul: Alaş Ofset., 1994.
- Weber MF, Banks E, Smith DP et al. Cancer screening among migrants in an Australian cohort; cross-sectional analyses from the 45 and Up Study. *BMC Public Health*. 2009; 9(144): 1-9.
- World Health Organization, *Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020*. Retrieved September 23, 2010, from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/>
- Wu TY, Ronis D. Correlates of recent and regular mammography screening among Asian-American women. *Journal of Advanced Nursing*, 2009; 65(11): 2434-2446.
- Wu TY, West B, Chen YW et al. Health beliefs and practices related to breast cancer screening in Filipino, Chinese and Asian-Indian women. *Cancer Detection and Prevention*. 2006; 30(1): 58-66.
- Yu MY, Wu TY. Factors influencing mammography screening of Chinese American women. *JOGNN*. 2005; 34(3): 386-394.