

**MEME VE SERVİKS KANSERİNDE ERKEN TANI DAVRANIŞLARINI
ETKİLEYEN PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER**

*PSYCHOSOCIAL FACTORS INFLUENCING EARLY DETECTION BEHAVIORS IN
BREAST AND SERVICAL CANCER*

Olca ÇAM Aysun BABACAN GÜMÜŞ

E. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği AD Bornova / İZMİR

Anahtar Sözcükler: Meme kanseri, serviks kanseri, erken tanı, tarama, psikososyal faktörler

Key Words: Breast cancer, servical cancer, early detection, screening, psychosocial factors.

ÖZET

Kanserde erken tanı amacıyla dünyada bilinen ve uygulanan en yaygın yaklaşımlar tarama programlarıdır. Bu programların amacı, farkındalık yaratmak ve erken tanının önemini anlaşılmasını sağlamaktır. Meme ve serviks kanseri, ülkemizde kadınlarda en sık görülen iki kanser türü olmakla beraber bu iki kanser türünde erken tanı yaklaşımı çok başarılıdır. Ancak birçok toplumda olduğu gibi ülkemizde de meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik tarama davranışlarını yerine getirme oranları oldukça düşük düzeydedir. Sosyokültürel yapı içindeki bilgi, inanç ve tutumlar kadınların erken tanı davranışlarını ve kanser tarama programlarına katılımını etkilemektedir. Bu nedenle kanserde erken tanıya yönelik tarama hizmetlerinin bireylerin psikolojik ve sosyokültürel gereksinimlerine cevap veren bir yapı içinde sağlanması son derece önemlidir. Bu makalede, var olan literatüre dayanarak kadınların meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkileyen psikososyal faktörler ve bu faktörlerle ilgili olarak hemşirelik mesleğinin katkılarının neler olabileceği irdelenmiştir.

SUMMARY

The most widely known and practiced approaches for the purpose of early detection in cancer in the world are screening programs. The purpose of these programs is to provide being known of the significance of awareness and early detection in cancer. Beside the breast and servical cancer are the most prevalent two types of cancer in females in our country; early detection attempt is also very successful in these two cancer types. But as it is in many countries, in our country the proportion of the participation of cancer screening programs is quite low. Knowledge, belief and attitudes within a sociocultural structure influences

women's early detection behaviours and participation in cancer screening programs. Therefore it is very crucial to provide the services for the early detection in cancer in a system that supplies the psychological and sociocultural needs of women. In this article, based on the current literature, the psychosocial factors influencing women's early detection behaviours in breast and servical cancer and related to these factors, what nursing assistances' contributions can be are examined.

GİRİŞ

Kanser çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biridir ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Bu açıdan kanserde erken tanı, hastalığın tedavisi ve kişinin yaşam süresini uzatma bakımından çok önemlidir. Kanser taramaları, erken tanı amacıyla sağlıklı bireylerde hiçbir belirti ve bulgunun olmadığı dönemde yapılan muayene ve incelemelerden oluşmaktadır. Meme ve serviks kanseri, kadınlarda en sık görülen iki kanser türü olmakla beraber, erken tanı yaklaşımının çok başarılı olduğu iki kanser türüdür (Gözüm ve Aydın 2004, Özmen 2004, Smith ve ark. 2003).

Günümüzde risk faktörlerine ilişkin korunma bilgileri dışında, kadınlarda meme ve serviks kanserinin önlenmesinde önerilen ve etkinliği kanıtlanmış birincil korunma yöntemi yoktur. Ancak ikincil korunma yöntemi olarak, yani başlamış olan karsinogenezis sürecini, henüz klinik bulgular ortaya çıkmadan yakalamak üzere önerilen ve geniş uygulama bulan yöntemler vardır. Meme kanserinde mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesi (KKMM), serviks kanserinde ise Pap smear kanserin erken tanılanmasını sağlayarak kansere bağlı ölümlerin önlenmesinde ve azaltılmasında hayati önem taşımaktadır (Fındık ve Turan 2004, Tuncer 2000, Secginli ve Nahcivan 2004). Ancak ülkemizde hem meme, hem de serviks kanserinin erken tanısına yönelik tarama davranışlarını yerine getirme oranları oldukça düşük düzeydedir (Aydın 2003, Bolsoy ve Şenol 2000, Çavdar ve ark. 2003, Ekizler 1994, Fındık ve Turan 2004).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda KKMM uygulama oranları, Aydın'ın (2003) yaptığı çalışmada %26.5, Fındık ve Turan'ın (2004) yaptığı çalışmada %7.3, Uzun ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada %31 olarak belirtilmiştir. Fındık ve Turan'ın (2004) yaptığı çalışmada tarama amaçlı mamografi yaptırma oranı %7.8, KMM yaptırma oranı ise %23.4'tür. Gray (1990) Amerikan Kanser Birliği'nin bir kamuoyu yoklamasına göre kadınların büyük çoğunluğunun KKMM'yi duyduğunu fakat daha önceki 1 yıl içinde sadece %18'inin her ay KKMM uyguladığını belirtmektedir. Kendi kendine meme muayenesi, uygulaması kolay, ucuz ve etkili bir yöntem olmasına rağmen, kadınların

KKMM uygulama oranları oldukça düşük düzeydedir. Ayrıca mamografi ve KMM yaptırma oranları da istenen düzeyde değildir.

Pap smear, serviks kanserinin erken tanınmasında kullanılan en etkin yöntem olmaya devam etmektedir. Pap smear, ideal bir tarama yönteminin birçok özelliğine sahiptir. Ucuzdur, kolay uygulanabilir ve hastalar tarafından kabul edilebilir bir yöntemdir. Toplum tarama yöntemi olarak uygulanması ile, mortalite oranı %90 oranında düşmektedir. Ancak birçok kadın serviks kanseri için taramanın değerini bilmesine rağmen, jinekolojik muayene prosedürü nedeniyle taramadan kaçınmaktadır (Fitch ve ark. 1998, Jennings-Dozier ve Lawrence 2000, Tuncer 2000). Ülkemizde kadınların serviks kanserinin erken tanısına ilişkin düzenli pap smear yaptırma oranları Bolsoy ve Şenol'un (2000) yaptığı çalışmada % 5.5, Ekizler'in (1994) yaptığı çalışmada % 2.2 olarak bildirilmiştir. Bu sonuçlar serviks kanseri için tarama yaptırma oranlarının istenen düzeyde olmadığını göstermektedir.

Dünyada ve ülkemizde yapılan birçok çalışmaya göre yoksulluk, tanı ve tedavi olanaklarına ulaşamama, maliyet, düşük eğitim düzeyi, bilgi eksikliği sağlığa ve kanser taramasına yönelik davranışları olumsuz olarak etkileyen faktörlerdir. Bununla birlikte sağlığa yönelik davranışlar ve kansere ilişkin inançlar, yaşam tarzlarıyla ilgili farklılıklardan, sosyal damgalamadan (stigma), toplumdaki üreme alışkanlıkları ve seksüel uygulamalar hakkındaki inanç ve tutumlardan da etkilenmektedir (Bolsoy ve Şenol 2000, Facione ve ark. 2000, Holdroy ark. 2004, Lu 1995, Mete 1994, Watts ve ark. 2004).

Her toplumda hastalıklardan korunmak, beden ve ruh sağlığını sürdürmek konusunda çeşitli bilgiler ve kazanılmış davranış biçimleri bulunmaktadır. Günümüzde hastalıkların tedavisinde modern tıp uygulamaları oldukça yaygınlaşmış, geleneksel tedavi yaklaşımları önemli ölçüde terk edilmiştir. Buna karşın bireyler sağlığı koruyucu davranışları yeterince uygulamamaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, bireylere koruyucu sağlık davranışlarının kazandırılması yönündeki çalışmalar geleneksel yaklaşımları fazla değiştirememektedir (Baltaş 2004).

Psikososyal faktörler bireyde yapısal olarak bulunan ya da sonradan gelişen özellikleri kapsamaktadır. Bilgi, tutumlar, inançlar, algılar, değerler, beceriler, deneyimler, yetenek ve kişilik önemli psikososyal faktörlerdir. Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanır. Davranış değişimi ise sıklıkla başarılması ve sürdürmesi zor, karmaşık bir süreçtir. Yalnızca doğru sağlık bilgilerini iletmek, bireyleri doğru sağlık davranışına yöneltme-

mektedir. Bilginin hedef kişilere en üst düzeyde kazandırılması, onların bilişsel örüntülerinin düzeyiyle doğru orantılıdır. Günümüzün karmaşık yapıdaki modern toplumunda bilişsel yönlendirmelere hazırlık ve yeterlik açısından iletişimin başarısı bireylerin biyolojik, sosyal, kültürel, fiziksel ve ekonomik özellikleriyle doğrudan bağlantılıdır. Bu açıdan sağlık profesyonelleri bireylerin olumlu sağlık davranışlarını desteklemeye çalışırken psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin hepsi ile karşı karşıya gelirler (Özmen 2004).

Birçok ülkede yapılan çalışmalar sonucunda, kanser tarama programlarına katılımı arttırmak için, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin göz önünde bulundurulduğu multifaktöriyel bir yaklaşımın kullanılması gerektiği bildirilmiştir. Sosyokültürel yapı içindeki bilgi, inanç ve tutumlar bireylerin kanser tarama programlarına katılımını etkilemektedir. Kadınların sağlık inançları ve uygulamaları yaşadıkları sosyokültürel yapı içinde değerlendirilmelidir. Bu nedenle kanserde erken tanıya yönelik tarama hizmetlerinin bireylerin psikolojik ve sosyokültürel gereksinimlerine cevap veren bir yapı içinde sağlanması son derece önemlidir (Fitch 1998, Harlan 1991, Holdroy ve ark. 2004, Lu 1995, Mandelblatt ve ark 1999, Thomas 2004).

Bu yazının amacı, var olan literatüre dayanarak kadınların meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkileyen psikososyal faktörleri tanımlamak ve bu faktörlerle ilgili olarak hemşirelik mesleğinin katkılarının neler olabileceğini irdelemektir.

MEME VE SERVİKS KANSERİNDE ERKEN TANI DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER

Meme ve serviks kanseri ve tarama yöntemleri hakkındaki inançlar

Bireylerin sağlık ve hastalık algıları, onları hastalıkla ilgili gerçeklerden daha fazla etkilemektedir. Sağlık ve hastalığa ilişkin algılar, duygu ve düşünceler, psikolojik olarak bireylerin koruyucu sağlık davranışlarına açık olup olmadığını belirlemektedir (Baltaş 2004, Holdroy ve ark. 2004). Watts ve ark.'nın (2004) çalışmasında, Güney Asyalı kadınların bedeninin özel kısımları hakkında konuşmayı rahatsız edici buldukları belirtilmektedir. Harlan (1991) ise yaptığı çalışmada, kadınların gerekli olduğuna inanmadıkları için servikal kansere ilişkin tarama yaptırmadıklarını bildirmiştir. Bununla birlikte literatürde, kadınların servikal kanserle ilgili riskleri; çok eşli, rastgele cinsel yaşama sahip olma ve kendilerinin veya eşlerinin yetersiz kişisel hijyeniyle bağlantılı olarak değerlendirdikleri belirtilmiştir (Holdroy ve ark. 2004 Fernandez ve ark. 1999, Watts ve ark. 2004).

Sağlık İnanç Modeline göre, bireyler eğer bir hastalığa yatkın olduklarına ve hastalığın ciddi olduğuna inanırlarsa, sağlıkla ilgili davranışları gerçekleştirmeleri daha olasıdır. Araştırma bulguları, yatkınlık, yarar ve ciddiyet algısı ile KKMM yapma arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalarda, kadınların meme kanserinin ciddiyetine ve bu hastalığa yatkın olduklarına yönelik inançlarının, düzenli KKMM yapma motivasyonlarını etkileyebileceği bildirilmiştir (Champion 1985, Gray 1990, Lu, 1995, Rutledge, 1987). Lu'nun (1995) yaptığı bir çalışmada ise, Çinli kadınlar arasında KKMM yapmayı engelleyen faktörler incelenmiş ve kadınların %50'sinin meme kanserine yatkınlığa ve meme kanserinin ciddiyetine ilişkin bir fikri olmadığı belirtilmiştir.

Kanserde tarama davranışlarını etkileyen bir faktör olarak, bireyin taramanın yararına ilişkin algısı, sağlık uygulamaları için önemlidir ve sağlıklı davranışlardaki değişimlere katkıda bulunur. Yarar algısı, bir hastalığa yakalanma tehdidini azaltmak için bireyin önlemler üzerine odaklaşmasını sağlar. Bireydeki yarar algısı düşük olduğunda, kanserden şüphelenme ve tarama programlarına katılma oranı azalmaktadır (Holdroy ve ark. 2004, Gray 1990, Lu 1995).

Rutledge'nin (1987) bildirdiğine göre, KKMM'yi daha sık uygulayan bireyler, bu davranışı uygulamaya yönelik olarak daha az engel algılayanlardır. Kelly (1979) ise KKMM'yi başlatma ve devam ettirmede kadınların farkındalıklarına dikkati çekmiştir. Kelly (1979) meme kanserinin erken tanısına ve meme kanserine yakalanabileceğine dair farkındalıkları yüksek olan kadınların koruyucu sağlık davranışlarını daha sık yerine getirdiklerini belirtmektedir.

Literatür incelendiğinde, kaderciliğin de sağlığa yönelik tutumları ve kanser tarama davranışlarını engelleyen faktörlerden biri olduğu görülmektedir. Kaderci düşüncelere sahip olan kadınlar, varolan kaderlerini değiştiremeyecekleri inancıyla tarama testlerini yaptırmamaktadır (Holdroy ve ark. 2004).

Thomas (2004) kadınların geçmiş anı ve duygularının kanserde erken tanı davranışlarıyla ilişkisini incelemiş ve bedenleriyle ilgili olumsuz algıları olan kadınların mamografi ve klinik meme muayenesi gibi taramalardan kaçındıklarını belirtmiştir. Bu durum servikal kanser taraması için de söz konusu olabilir. Puberte döneminde bedenle ilgili utanç gibi olumsuz algıların oluşması daha sonraki yaşamda uzun süreli bir etkiye sahip olabilir. Bu durum memeleriyle ilgili olumsuz algıları olan kadınların kanser taramalarıyla ilgili olarak bedenlerini gösterme ve kendi kendine meme muayenesi veya klinik meme muayenesi gibi dokunmayı gerektiren muayenelerden kaçınmasına

neden olabilir. Kadınların bedenleri ve tarama deneyimleri hakkındaki duygu ve düşüncelerini açıklamaları, kanserde erken tanı davranışlarını etkileyen faktörler hakkında hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine yeni perspektifler kazandırabilir (Thomas 2004).

Meme ve serviks kanseri ve tarama yöntemlerine ilişkin duygular

Kadınların sosyokültürel özellikleri sağlığa ve hastalıklara yönelik duygu ve düşünceleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Jinekolojik muayeneler utanç duygusu ile bağlantılı olarak, kadınların koruyucu sağlık davranışlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Tarama prosedürleri sırasında muayene pozisyonu, bir yabancıya bedeninin özel bir parçasına bakması, hekimin erkek olması gibi çok sayıda faktör duygusal tepkilere yol açmaktadır. Utanç duygusu, kadınların erken tanı davranışlarını etkilemekte, bunun yanında kadınların eşlerinin tutumlarını da yansıtmaktadır (Fitch ve ark. 1998, Holdroy ve ark. 2004). Yapılan birçok çalışmada jinekolojik muayene esnasında fiziksel ve duygusal olarak rahatsızlık hissi ve ağrı duyma korkusu, iffet ve utanç gibi duygular kadınların tarama davranışlarını olumsuz olarak etkileyen faktörler olarak bildirilmiştir (Holdroy ve ark. 2004, Mete 1994, Lu 1995).

Literatürde sık olarak bildirilen tarama davranışlarını etkileyen faktörlerden bir diğeri, taramayı yapan hekimin cinsiyetidir. Kadınlar erkek bir hekim tarafından muayene edilmenin kendilerinde utanç duygusuna yol açtığını belirtmektedir. Kafkasyalı, Çinli, Hintli ve Vietnamlı gibi çeşitli etnik gruplardan kadınlarla yapılan çalışmalarda, kadınların tarama prosedürleri esnasında utancı azalttığı gerekçesiyle kadın hekimleri tercih ettikleri bildirilmiştir (Facione ve ark. 2000, Fernandez ve ark. 1999, Fitch ve ark. 1998, Flayn 1998, Holdroy ve ark. 2004, Johnson ve ark. 1996).

Mete'nin (1994) çalışmasında, kadınların jinekolojik muayene sırasında yüksek düzeyde anksiyete yaşadıkları saptanmış olup, anksiyete nedenleri arasında kötü bir hastalık tanısı konulmasından korkma, cinsel organına dokunulması, cinsel organının görülmesi, acı çekmekten korkma, erkek hekime muayene olma ve muayene için kullanılan alet ve pozisyon olduğu bulunmuştur.

Özcan (1991) tarafından yapılan araştırmada kadınların çoğunun jinekolojik muayene için kadın hekimi tercih ettikleri bildirilmiştir. Her birey için cinsellik özel ve mahremiyeti olan bir konudur. Jinekolojik muayene sırasında kadınlar kendileri için özel olan konulara bir başkasının girmesini rahatsızlık verici bulabilirler. Fitch ve ark.'nın (1998) yaptığı çalışmada, kadınlar jinekolojik muayene için kullanılan

pozisyonu rahatsızlık verici ve aşağılayıcı bulduklarını ve tarama prosedürlerine psikolojik olarak kendini hazırlamanın önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Yine bu çalışmada, kadınlar pap smear testi esnasında deneyimledikleri duygular hakkında konuşmanın rahatlatıcı olacağını belirtmişlerdir (Fitch ve ark. 1998).

Aynı zamanda jinekolojik muayene sırasında kullanılan araçlar da kadınlar tarafından rahatsızlık verici ve itici olarak değerlendirilmektedir. Kadınlardaki anksiyetenin bir diğer nedeni de daha önceki olumsuz jinekolojik muayene deneyimleridir. Olumsuz muayene deneyimlerinin yanı sıra hiç muayene yaptırmamış olmak da kadınlarda anksiyeteye neden olabilmektedir. Bununla birlikte, kanser yaşamı tehdit eden ve her yönüyle korkutucu bir hastalıktır. Bu açıdan kadınlar taramanın beklenmeyen bir hastalık haberinin alınmasına neden olabileceği düşüncesiyle de tarama yaptırmaktan kaçınabilirler (Metz 1994).

Kadınların meme kanseri taramalarına ilişkin olarak yaşadıkları kaygının bir diğer nedeni mamografi sırasında radyasyon alma korkusudur. Thomas'ın (2004) yaptığı çalışmada kadınlar radyasyon nedeniyle mamografinin güvenilir olup olmadığına dair kaygılarını dile getirmişlerdir. Ayrıca kadınların mamografiye ilişkin ilk deneyimlerinin de olumsuz olduğu bildirilmiştir. Kadınların bu deneyime ilişkin tipik ifadeleri “ne olacağı hakkında hiçbir fikrim yoktu”, “ağrı korkunçtu”, “bedenimin en hassas kısımlarını soğuk bir odada, soğuk bir masaya, soğuk bir tutumla yerleştirmeleri rahatsızlık vericiydi” şeklindedir. Bu ifadeler, tarama prosedürleri sırasında sağlık profesyonelleri ile kadınlar arasındaki iletişimin önemini vurgulamaktadır (Thomas 2004).

Ülkemizde meme kanserine ilişkin erken tanı davranışlarıyla ilgili olarak farklı örneklerde yapılan çalışmalarda ise, kadınların düzenli KKMM yapmama nedenleri; herhangi bir şikayetin olmaması, unutkanlık, yapmak istememe, rahatsızlık duymama, korku duyma ve strese girme olarak belirtilmiştir (Fındık ve Turan 2004, Uzun ve ark. 2004).

Sosyal ve kültürel faktörler

Bireyin sağlıkla ilgili algıları, kalıtsal ve bireysel özellikleri, sosyal çevresi, kültürü ve içinde yaşadığı çevrenin koşullarından etkilenmektedir (Baltaş 2004). Sağlık algıları, kişilerin sağlıklarını anlamada bir yoldur. Sosyokültürel yapı ise geçerli olan sosyal koşulların ve normların, yerel, bölgesel, ulusal düzeydeki ekonomik ve kültürel özelliklerin inançlar, tutumlar ve davranışlar yönünden etkilerini içermektedir. Tüm bu etmenler bireyin sağlık davranışlarını destekleyici

ve güçlendirici veya engelleyici ve zayıflatıcı özellikte olabilir (Baltaş 2004, Özmen 2004).

Toplumun değer, inanç ve tutumları kadınların sağlığa ve hastalıklara ilişkin algılarını etkilemektedir. Kültürel ve etik değerler, kadınların beden algıları ve erken tanı davranışlarını da önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Lockwood-Rayermann 2004). Literatürde kanserden şüphelenmeye yönelik algıların kültürlere göre farklılık gösterdiği bildirilmektedir. Örneğin Kafkasyalı Amerikalılar kansere yakalanma olasılığını Çinli Amerikalılara göre daha yüksek oranda algılamaktadır (Facione ve ark. 2000, Lu 1995). Bu açıdan kansere, kanserde risk faktörlerine ve erken tanı amacıyla yapılan tarama yöntemlerine ilişkin toplumun sahip olduğu değer, inanç ve tutumlar kadınların sağlığı koruyucu davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir (Thomas 2004).

Literatürde yaş, kanser taramasının maliyeti, sosyal güvence durumu, eğitim düzeyi, sağlık kurumlarına ulaşım zorluğu, yoğun iş yaşamı nedeniyle zaman yetersizliği, sağlık görevlileriyle görüşmek için uzun saatler beklemek zorunda kalma ve toplumun erken tanıya verdiği değer gibi sosyal faktörlerin ayrıca iffet ve utangaçlık gibi kültürel faktörlerin tarama yaptırmayı etkilediği bildirilmiştir (Fitch 1998, Harlan 1991, Holdroy ve ark. 2004, Lu 1995, Mandelblatt ve ark 1999).

Literatürde en sık olarak yoksulluğun, kadınların tarama yaptırmalarına engel olduğu belirtilmektedir. Yaş ilerledikçe erken tanı davranışlarını uygulama oranı düşmektedir (Lockwood-Rayermann 2004). Yapılan çalışmalarda yaşlı ve yoksul kadınlarda pap smear yaptıрма oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir (Holdroy ve ark. 2004, Lockwood-Rayermann 2004). Holdroy ve ark.'nın (2004) yaptığı çalışmada ise yaşlı kadınlar, seksüel olarak aktif olmamaları nedeniyle kendilerini risk altında düşünmediklerini ifade etmişlerdir.

Bolsoy ve Şenol'un (2000) yaptıkları çalışmada ise kadınların hastalık şikayeti olmaksızın, düzenli jinekolojik muayeneyi gereksiz gördükleri ve jinekolojik muayene yaptırabilecekleri sistemli sağlık kurumu hizmetlerini bulamadıkları bildirilmiştir. Lockwood-Rayermann (2004) çalışmasında, ikamet edilen yerin sağlık bakımı veren kuruluşlara yakın olmasını taramaya katılımı arttıran bir faktör olarak belirtmiştir. Ülkemizde sağlık bakım hizmetleri önleyici ve rehabilite edici yaklaşımlardan ziyade tedavi edicidir. Bunun sonucu olarak sağlık hizmetleri içinde önleyici ve erken tanı hizmetleri sağlayan kurumlar oldukça az orandadır ya da bu kurumlara ulaşmak oldukça zordur.

Çalışma durumu, servikal kanser taramasına katılımı etkileyen bir diğer faktördür. Çalışmayan kadınlara göre çalışan kadınların son bir yıl

içinde servikal kanser taramasına katılım oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lockwood-Rayermann 2004). Yine Mete'nin (1994) bildirdiğine göre, çalışmayan kadınların tarama yaptırma oranları daha düşüktür. Bununla beraber sağlık kurumlarında karmaşık prosedürlerle uğraşmak istememenin ve tarama yaptırmak için yeterince zaman ayıramamanın kadınların erken tanı davranışlarını olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir (Fitch ve ark 1998, Holdroy ve ark. 2004).

Bir işte çalışmak, kişiye bir gelir sağlama yanında az ya da çok bir sağlık güvencesi de sağlamaktadır. Kişinin sağlık güvencesi olduğunda koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı artmaktadır. Lockwood-Rayermann (2004) çalışmasında bir sağlık güvencesine ve yüksek gelir düzeyine sahip olmanın servikal kanser taramasına katılımı arttırdığını belirtmiştir. Yine bu çalışmada özellikle pap smear, mamografi gibi tarama yöntemlerini kapsayan sağlık güvencesine sahip olma durumunun tarama yaptırmayı arttıran olumlu bir faktör olduğu belirtilmiştir.

Kadınlarda düşük eğitim düzeyi ve yoksulluk, kadercilik duygusuna neden olurken etiyoloji ve hastalık sonuçları hakkında da yanlış anlamalara yol açmaktadır (Holdroy ve ark. 2004). Gray (1990) yaptığı çalışmada kadınların kanser hakkında düşünmemeyi tercih ettiklerini vurgulamıştır. Holdroy ve ark.'nın (2004) Çinli kadınlarla yaptıkları çalışmada ise kadınların sağlık sorunlarını araştırmak istemedikleri ve kötü haberlerden kaçınan kaderci düşünceleri olduğu belirlenmiştir. Yine bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, kadınlar eşleri erkek hekime muayene olmalarını istemedikleri için tarama yaptırmamakta veya eşlerinden kanser taraması yaptırdıklarını gizlemektedirler.

Kadınların cinsiyet rolleri, kişilerarası ilişkileri, aile veya akranlarında kanser öyküsünün olması erken tanı davranışlarını etkileyen faktörlerdir. Kültürel olarak belirlenen cinsiyet rolleri bazı toplumlarda kanser tarama davranışlarını olumsuz olarak etkilemektedir (Holdroy ve ark. 2004). Lu (1995) Çinli Amerikalı kadınlarla yaptığı çalışmada, meme kanserinin kadınların annelik rolünü engellemesi durumunda daha fazla soruna neden olduğuna dikkati çekmiştir.

Kanser tarama programlarına katılmayı arttırmak için göz önünde tutulması gereken temel yaklaşım, koruyucu sağlık stratejileri uygulanırken kadınların sosyokültürel özelliklerini dikkate almaktır (Lockwood-Rayermann 2004). Lovejoy ve ark. (1989) Çinli Amerikalı kadınların tarama programlarına katılımını arttırmak için KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografiyi içeren ve kadınların kültürel gereksinim-

lerini dikkate alan bir program geliştirmişler ve bu programın tarama aktivitelerine katılımı arttırdığını bildirmişlerdir.

Bilgi eksikliği ve sağlık bakım profesyonelleriyle ilgili faktörler

Tedavideki gecikme kararını etkileyen önemli faktörlerden bir diğeri, meme kanseri belirtileri hakkında bilgi eksikliği ve bu belirtileri değerlendirme yetersizliğidir. Bu durum olası tehdit ve bireysel riskin değerlendirilmesinde yetersizliğe neden olabilir (Holdroy ve ark. 2004). Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların KKMM yapmamasının en önemli nedenlerinden birinin bilgi eksikliği olduğu belirtilmiştir (Fındık ve Turan 2004, Uzun ve ark. 2004). Bununla beraber bazı araştırmacılar KKMM bilgisi ile KKMM sıklığı arasında olumlu ilişki olduğunu (Gray 1990), bazı araştırmacılar ise ilişki olmadığını bildirmişlerdir (Champion 1985).

Bireyin çevresinden ve sağlık profesyonellerinden algıladığı sosyal destek düzenli tarama yaptırmaya kararına olumlu katkıda bulunmaktadır. Fitch ve ark. (1998) yaptıkları çalışmada, tarama yapan hekim ile kadın arasındaki iletişimin önemine dikkati çekmişlerdir. Yine bu çalışmada, tarama yaptırmayı etkileyen faktörler incelenmiş ve hekime ulaşabilmenin, onunla iletişim kurabilmenin ve bir birey olarak kabul edilmenin önemli faktörler olduğu vurgulanmıştır.

Bireyler için sağlık problemleriyle ilgili olarak hekimlerle konuşmak önemlidir. Genellikle uzun bekleme saatlerinden sonra hekime ulaşılabilmekte, buna rağmen hekimle konuşma süresi oldukça kısa olmaktadır. Bu kısa süre içinde hekime soru sormak imkansız gibidir. Kadınlar hekimle iletişimlerini karmaşık bilgilerin açıklandığı yeterli açıklamalara izin vermeyen bir iletişim olarak tanımlamaktadırlar. Herkes için bir birey olarak tedavi edilmek önemlidir. Birçok kadın bir numara ya da bir beden parçası olarak değil, bir birey olarak kabul edilmek istediğini ve sağlık görevlilerinden duyarlılık beklediğini belirtmişlerdir. Bu durum kişinin değerlendirilmesinde holistik yaklaşımın önemini ortaya koymaktadır (Fitch ve ark. 1998).

Sağlık profesyonellerinin kadınların meme ve serviks kanseri hakkındaki sorularına cevap vermeleri önemlidir. Kanser tüm yönleriyle korkutucu bir hastalık olarak algılanmaktadır. Kadınlar kanser ve ondan nasıl korunacakları hakkında daha çok şey bilmek istediklerini ifade etmektedirler. Buna karşın kadınların meme ve serviks kanseri hakkında doğru bilgi alabilecekleri kaynaklar yetersizdir. Kadınlar genellikle kanser tarama yöntemlerine ilişkin bilgilerini annelerinden, kız kardeşlerinden veya arkadaşlarından aldıklarını bildirmişlerdir. Bazı kadınlar ise ilk doğum kontrol yöntemi uygulamaya başladıklarında ya da ilaç kullanmaları gerektiğinde tarama yöntemleri hakkında bilgi

sahibi olmaktadır. Bu durum bilgilendirme sorunlarını gündeme getirmektedir. Kadınlar genellikle jinekolojik muayeneye ilişkin sağlık profesyonellerinin kendilerine yeterli açıklamada bulunmadığını belirtmektedirler. Günümüzde gazete ve televizyonlarda kanserle ilgili çeşitli yayınlar bulunmaktadır. Fakat bu yayınların kadınların gereksinimlerini ne kadar karşıladığı tartışmalıdır (Fitch ve ark. 1998, Lu 1995).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Literatürdeki bilgiler ışığında, meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkileyen psikolojik ve sosyokültürel engeller karmaşıktır ve birçok faktörden etkilenmektedir. Kadınların erken tanı davranışlarını engelleyen psikolojik ve sosyokültürel engeller ortadan kaldırılırsa kanserin erken tanınması mümkün olacaktır.

Farklı kültürlerden gelen bireyler farklı hastalık ve sağlık davranışlarına sahip olabilirler. Herhangi bir kültürel gruptan gelen bir kadının kanser tarama davranışları geçmiş deneyimleriyle ilgili anı ve duygularından etkilenmektedir. Fakat hemşireler ve sağlık bakım profesyonelleri, kadınların var olan sağlık davranışları üzerinde geçmiş yaşantılarıyla ilgili algıların etkisinin farkında olmayabilirler. Bu nedenle hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonelleri kültürel özelliklere ve gereksinimlere duyarlı bakım vermek durumundadırlar.

Hemşireler kansere ve tarama programlarına ilişkin eğitim programlarında anahtar bir rol üstlenebilirler. Kadınların doğru bilgi almalarını sağlayarak, istedikleri bilgiye ulaşmalarını kolaylaştırabilirler. Kadınların tarama yaptırmalarını engelleyen çeşitli anksiyete ve korku nedenleri söz konusudur. Kadınların meme ve jinekolojik muayeneye ilişkin anksiyete ve korkuları azaltılabilirse tarama yaptırma olasılıklarının arttırılabileceği düşünülmektedir. Hemşireler mahremiyeti korumada ve güveni sağlamada önemli bir konuma sahiptir. Hemşireler utanç, korku, ağrı gibi engellerin üstesinden gelinmesi amacıyla kadınlara rahatsızlık veren durumları ortadan kaldırmaya yardımcı olabilirler. Sağlık profesyonellerinin kanser tarama programları sırasında kadınlarla kuracakları iletişimin saygılı, duyarlı ve ilgili bir iletişim olması son derece önemlidir.

Hemşireler ve diğer sağlık bakım profesyonelleri tarama gibi sağlığı geliştirmeye yönelik uygulamalarda, ilgili popülasyonların sosyokültürel özelliklerine duyarlı ve bu konuda donanımlı olmalıdırlar. Düzenli tarama yaptıran ve yaptırmayan kadınların taramaya ilişkin algıladıkları engellerin açık bir şekilde anlaşılması ve bu engellerin

ortadan kaldırılması gerekir. Kadınların genel sağlık uygulamalarının değerlendirilmesi, onları sağlıklı yaşamaya motive edebilir. Kadınların algıladığı potansiyel engellerin belirlenmesi, engelleri azaltacak uygun stratejilerin planlanmasında hemşirelere yol gösterecektir.

KAYNAKLAR

1. Aydın İ (2003). Üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgi ve uygulamaları. XI. Ulusal Kanser Kongresi Kitabı, 24-27 Nisan 2003, Antalya.
2. Baltaş Z (2004). Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, Remzi Kitabevi, 2. Basım, İstanbul.
3. Bolsoy N, Şenol S (2000). Manisa ili temel sağlık hizmetlerinden yararlanan kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16: 1, 37-45.
4. Champion VL (1985). Use of the health belief model in determining frequency of breast self-examination. Res Nurs Health, 8: 373-379.
5. Çavdar İ, Akyolcu N, Özbaş A ve ark. (2003). Hekim ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi konusunda duyarlılıklarının saptanması. II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 7-11 Eylül 2003, Antalya, s: 63.
6. Ekizler H (1994). Servikal kanserlerin önlenmesinde, erken tanısında pap smear taramalarının önemi ve hemşirenin rolü. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 1: 33-45.
7. Facione N C, Giancarlo C, Chan L (2000). Perceived risk and help seeking behavior for breast cancer: A Chinese-American perspective. Cancer Nursing, 23: 4, 258-267.
8. Fernandez M E, DeBor M, Candreia MJ, Wagner K, Steward KR (1999). Evaluation of ENCORE plus: A community-based breast and cervical screening programme. American Journal of Preventive Medicine, 16: 3S, 35-43.
9. Fitch M I, Greenberg M, Cava M ve ark. (1998). Exploring the barriers to cervical screening in an urban Canadian setting. Cancer Nursing, 21: 6, 441-449.
10. Fındık Ü Y, Turan N (2004). Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik davranışlarının belirlenmesi. Hemşirelik Forumu, Kasım-Aralık, 53-60.
11. Flayn F (1998). Screening for cervical cancer: A review of women's attitudes, knowledge and behaviour. British Journal of General Practice, 48: 1509-1514.
12. Gözüm S, Aydın İ (2004). Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's health belief model scales. Cancer Nursing, 27: 6, 491-498.
13. Gray M E (1990). Factors related to practice of breast self-examination in rural women. Cancer Nursing, 13: 2, 100-107.
14. Harlan (1991). Cervical cancer screening: Who is not screening and why? American Journal of Public Health, 81: 7, 885-890.
15. Holdroy E, Twinn S, Adab P (2004). Socio-cultural influences on Chinese women's attendance for cervical cancer screening. Journal of Advanced Nursing, 46: 1, 42-52.

16. Jennings-Dozier K, Lawrence D (2000). Sociodemographic predictors of adherence to annual cervical cancer screening in minority women. *Cancer Nursing*, 23: 5, 350-356.
17. Johnson G, Orbell S, Crombie I, Robertson A, Kenicer M (1996). Women's preferences for cervical screening: who, where and when. *Health Education Journal*, 55: 84-91.
18. Kelly P T (1979) Breast self-examination: Who does them and why. *J Behav Med*, 2: 31-38.
19. Lookwood-Rayermann S (2004). Characteristics of participation in cervical cancer screening. *Cancer Nursing*, 27: 5, 353-363.
20. Lovejoy N C, Jenkins C, Wu T ve ark (1989). Developing a breast cancer screening program for Chinese american women. *Oncol Nurs Forum*, 16: 181-187.
21. Lu Z J (1995). Variables associated with breast self examination Chinese women. *Cancer Nursing*, 18: 1, 29-34.
22. Mandelblatt J S, Gold K, O'Malley A S ve ark (1999). Breast and serviks cancer screening among multiethnic women: role of age, health and source of care. *Prev Med*, 28: 4, 418-425.
23. Mete S (1994). Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara
24. Özcan S (1991). Kadın hastalıkları polikliniğine gelen kadınların muayeneye ilişkin düşünce ve beklentileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara
25. Özmen D (2004). Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış doktora tezi, İzmir
26. Rutledge D N (1987). Factors related to women's practice of breast self-examination. *Nursing Research*, 36: 117-121.
27. Secginli S, Nahcivan N O (2004). Reability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women. *Cancer Nursing*, 27: 4, 287-294.
28. Smith R A, Cokkinides V, Eyre H J (2003). American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, *CA Cancer J Clin*, 53: 27-43.
29. Thomas E C (2004). African American women's breast memories, cancer beliefs and screening behaviors. *Cancer Nursing*, 27: 4, 295-302.
30. Tuncer S (2000). Jinekolojik kanserlerde tarama. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 31: 2, 113-120.
31. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z (2004). Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 7 (1): 33-41.
32. Watts T, Merrell J, Murphy F, Williams A (2004). Breast health information needs of women from minority ethnic groups. *Journal of Advanced Nursing*; 47(5): 526-535.