T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE/SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İKİ FARKLI YÖNTEMLE YAPILAN SAĞLIK EĞİTİMİNİN 40-69 YAŞ GRUBU KADINLARIN MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİĞİ İLE SAĞLIK İNANÇLARINA VE TARAMAYA KATILIMINA ETKİSİ

CEMİLE KAŞ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AĞUSTOS/2023

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İKİ FARKLI YÖNTEMLE YAPILAN SAĞLIK EĞİTİMİNİN 40-69 YAŞ GRUBU KADINLARIN MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİĞİ İLE SAĞLIK İNANÇLARINA VE TARAMAYA KATILIMINA ETKİSİ

Cemile KAŞ

Tez Danışmanı:
Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AĞUSTOS/ 2023

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Cemile KAŞ

18/08/2023

ÖZET

KAS, C. (2023). İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin 40-69 Yaş Grubu Kadınların Mamografi Öz Yeterliliği ile Sağlık İnançlarına ve Taramaya Katılımına Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Amaç: Bu çalışmada, iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubundaki kadınların meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar ve engel düzeyleri, mamografi özyeterlilik düzeyleri ve mamografi taramasına etkisini belirlemek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, tek kör randomize kontrollü bir araştırma olarak paralel gruplar dizaynında yürütüldü. Örneklemi, Ocak-Temmuz 2023 tarihleri arasında Toprakkale Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve her grupta 42 olmak üzere 126 gönüllü sağlıklı katılımcı oluşturdu. Çalışmada meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirmesi için 10 birimlik Görsel Anolog Ölçek, Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin mamografi yarar ve engel algısı alt boyutu ile Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği kullanıldı. Çalışmada kontrol grubu standart bakım hizmeti alırken, yüz yüze eğitim grubuna ev ziyareti yoluyla sağlık eğitimi ve broşür verildi, telefonla bir hatırlatma görüşmesi yapıldı. Çevrimiçi eğitim grubuna ise görüntülü görüşme yoluyla sağlık eğitimi ve dijital broşür verildi, bir kez hatırlatma görüşmesi yapıldı. İki aylık izlem sonucu, üç grubun verilerinin karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi ve Kruskal Wallis H testi kullanıldı, çoklu karşılaştırmalar Tukey testi ve Dunn testi ile incelendi. Grup ve zaman karşılaştımalarında Genelleştirilmiş Lineer Modeller kullanıldı.

Bulgular: Çalışmanın sonunda, yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubundaki katılımcıların meme kanseri ve mamografi bilgisi öz değerlendirmesi, algılanan mamografi yararı alt boyutu, mamografi öz yeterliliği toplam son test puanlarının birbirine benzer olduğu ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak yükseldiği bulundu. Mamografi engel algısı puanında, müdahale gruplarında anlamlı bir azalma olmakla

birlikte birbirlerine benzer oldukları ancak kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi ($p<0,05$). Gruplarda tarama yaptırma oranları karşılaştırıldığında, çevrimiçi (%26,2) ve yüz yüze eğitim gruplarının (%50) benzer, kontrol (%2,4) grubunun ise deney gruplarından farklı olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sonuç: Yüz yüze ve çevrimiçi sağlık eğitimi yönteminin, meme kanseri ve mamografi bilgi öz değerlendirmesinde, sağlık inancında ve taramaya katılımda etkisinin benzer olduğu, çevrim içi sağlık eğitiminin; etkili, kabul edilebilir ve uygun maliyetli bir şekilde sunma potansiyeline sahip olduğu ve yüz yüze sağlık eğitimine alternatif bir araç olarak kullanılabileceği değerlendirilmektedir.

Anahtar kelimeler: Meme Kanseri, Mamografi, Sağlık Eğitimi, Çevrimiçi Eğitim, Ev Ziyareti

ABSTRACT

KAS, C. (2023). The Effect of Two Different Methods of Health Education on Self-Efficacy and Health Beliefs of Mammography and Participation in the Screening Program of 40-69 Age Group Women. University of Health Sciences, Gülhane Health Sciences Institute, Public Health Nursing Department. Master Thesis. Ankara.

Objective: In this study, it was aimed to determine the effects of health education provided by two different methods on breast cancer and mammography knowledge self-evaluation status, perceived mammography benefit and barrier levels, mammography self-efficacy levels and mammography screening of women aged 40-69 years.

Materials and Methods: The study was conducted in a parallel group design as a single-blind randomized controlled trial. The sample consisted of 126 healthy volunteers, 42 in each group, who were registered to Toprakkale Family Health Center between January and July 2023, met the inclusion criteria. In the study, 10-unit Visual Analogue Scale, mammography benefit and obstacle perception sub-dimension of Champion's Health Belief Model Scale and Mammography Self-Efficacy Scale were used for self-assessment of breast cancer and mammography knowledge. In the study, while the control group received standard care, the face-to-face education group was given health education and brochures through home visits, and a reminder interview was made over the phone. Health education and digital brochures were given to the online training group via video call, and a reminder meeting was held once. After a two-month follow-up, One-Way Analysis of Variance and Kruskal Wallis H test were used to compare the data of the three groups, multiple comparisons were analyzed with Tukey's test and Dunn's test. Generalized Linear Models were used for group and time comparisons.

Results: At the end of the study, it was found that the breast cancer and mammography knowledge self-assessment, perceived mammography benefit sub-

dimension, mammography self-efficacy total post-test scores of the participants in the face-to-face and online training groups were similar to each other and increased significantly compared to the control group. Although there was a significant decrease in the mammography disability perception score in the intervention groups, they were similar to each other but different from the control group ($p<0.05$). When screening rates were compared in the groups, it was determined that the online (26.2%) and face-to-face training groups (50%) were similar, while the control (2.4%) group was different from the experimental groups ($p<0.05$).

Conclusion: The effects of face-to-face and online health education methods are similar in breast cancer and mammography knowledge self-assessments, health belief, and participation in screening. Online health education is evaluated that it has the potential to present health education in an effective, acceptable and cost-effective way and can be used as an alternative tool to face-to-face health education.

Keywords: Breast Cancer, Mammography, Health Education, Online Education, Home Visit

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmasının her sürecinde, bana rehberlik eden, bilgisini, deneyimlerini ve değerli zamanını benimle paylaşan değerli tez danışmanım *Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR'*e,

Toprakkale Aile Sağlığı Merkezi'nin değerli çalışanlarına ve çalışmada yer alan katılımcılara,

Her daim arkamda ve destekçim olan ve beni bu yaşlara getiren canım aileme, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Cemile KAŞ
ANKARA
18.08.2023

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv
ABSTRACT iv
TEŞEKKÜR viii
İÇİNDEKİLER ix
TABLOLAR xii
ŞEKİLLER xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI 4
1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 4
2. GENEL BİLGİLER 7
2.1. MEME KANSERİ 7
2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi 8
2.1.2. Meme Kanseri Etiyolojisi 10
2.1.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri 11
2.1.4. Meme Kanserinden Korunma 17
2.1.5. Meme Kanseri ile Mücadelede Hemşirenin Rolü 22
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ 27
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI ZAMAN ve YER ÖZELLİKLERİ 27
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ 27
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ 27
3.4.1. Post Hoc Power Analizi Sonucu 28
3.5. ARAŞTIRMANIN RANDOMİZASYONU 29
3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 29
3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 30
3.6. ARAŞTIRMANIN KÖRLENMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ 30
3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR 30

3.7.1. Veri Toplama Formları 30
3.7.2. Meme Kanseri ve Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Sağlık Eğitimi 33
3.8. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI 33
3.8.1. Araştırmanın Ön Uygulaması 33
3.8.2. Araştırmanın Uygulaması 33
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU 46
3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 47
4. BULGULAR 49
4.1. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICINDA GRUPLARIN ÖZELLİKLERİ 49
4.2. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICI İLE SONUNDA KATILIMCILARIN GRUPLARINA GÖRE MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ BİLGİSİ ÖZDEĞERLENDİRME, MAMOGRAFİ YARAR – ENGEL ALGISI VE MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİĞİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 53
4.3. ÇALIŞMANIN SONUNDA KATILIMCILARIN GRUPLARINA GÖRE MAMOGRAFİ YAPTIRMA DURUMU İLE HİZMETTEN/SAĞLIK EĞİTİMİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI 60
5. TARTIŞMA 65
5.1. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICINDA VE SONUNDA ELDE EDİLEN BULGULARIN GRUPLAR ARASI ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI 65
5.2. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ 77
5.3. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI 78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 79
6.1. SONUÇLAR 79
6.2. ÖNERİLER 82
7. KAYNAKLAR 83
8. EKLER 99
EK-1 TEZ ÖNERİ KABUL KARARI 99
EK-2 KURUM İZİN ONAYI 101

EK-3 BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAYI..... 103
EK-4 MEME KANSERİ VE MEME KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK EĞİTİMİ..... 106
EK-5 MEME KANSERİ VE MEME KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK BROŞÜR..... 107
EK-6 FORM 1..... 108
EK-7 FORM 2..... 112
EK-8 CHAMPİON'UN SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ (CSİMÖ) KULLANIM İZNİ..... 115
EK-9 MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ..... 116
EK-10 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU..... 117
9. ÖZGEÇMİŞ..... 119

TABLOLAR

Tablo 3.9.3.1 Sağlık Eğitimi Uygulama Programı 38

Tablo 4.1.1 Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması 50

Tablo 4.2.1 Gruplara göre Meme Kanseri ve Mamografi Bilgisiz değerlendirmeleri, CSİMÖ mamografi yarar ve engel alt boyutları ve Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam ön test ve son test puan farklarının karşılaştırılması (ön test- son test) 54

Tablo 4.2.2 Grup ve zamana göre Meme Kanseri ve Mamografi Testi Bilgisi Öz Değerlendirmesi, CSİMÖ mamografi yarar ve engel alt boyutları, Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanlarının çoklu karşılaştırılması 57

Tablo 4.2.3 Çalışmanın sonunda, katılımcıların mamografi taraması yaptırma durumunun ve aldığı hizmetten memnuniyet düzeyinin gruplara göre arşılaştırılması 61

Tablo 4.2.4 Çalışmanın sonunda, katılımcıların tarama yaptırmama gerekçeleri ile tarama yaptırma niyetinin gruplara göre karşılaştırılması 62

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Araştırmanın örneklem büyüklüğü 28
Şekil 3.2. Post hoc power analizi 28
Şekil 3.3. Grupların kombinasyonlarının blok randomizasyonu 29
Şekil 3.4. Araştırma akış şeması 34
Şekil 3.5. CONSORT (2018) Akış Diyagramı 35

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
İGE	İnsani Gelişmişlik İndeksi
KETEM	Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi
KMMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KMM	Klinik Meme Muayenesi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
VAS	Görsel Analog Ölçek (Visual Analog Scale)
CSİMÖ	Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
KEK	Kısmi Eta Kare

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Meme kanseri, en sık tanı konulan kadın kanseridir ve kansere bağlı sakatlık ve ölümlerin birinci nedenidir (1). Dünya çapında, 2020 yılında 2.3 milyon kadına meme kanseri tanısı konulduğu ve 685.000 kadının meme kanserinden öldüğü tahmin edilmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, 2020 yılı itibariyle son beş yılda yaklaşık 7.8 milyon kadın meme kanseri ile yaşamaktadır (3). Türkiye'de 2020 yılında, 24.175 kadına yeni meme kanseri tanısı konulduğu ve 7.161 kadının ise meme kanserinden öldüğü tahmin edilmektedir. Meme kanserinin Türkiye'deki beş yıllık yaygınlığının ise, 100.000'de 196,64 olduğu bildirilmektedir (4). Her geçen gün prevalansı artan meme kanseri, sağlık hizmetlerinin maliyeti açısından, hem kamuya hem de bireye, aileye ve topluma önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır (5).

Literatürde, meme kanserinin prevelans ve insidansındaki artışın nedenleri; nüfusun hızla yaşlanması, sağlıksız yaşam tarzı, gen mutasyonları, östrojen maruziyetini arttıran üreme faktörleri, erken tanı ve tarama programlarındaki yetersizlikler, bilgi eksikliği, olumsuz tutum, davranış ve inançlar, tedaviye erişimdeki kısıtlılıklar ve tedavide gecikmeler olarak sıralanmaktadır (6-10). Meme kanserinde sağkalım, tanı anındaki kanser evresi ile doğrudan ilişkilidir (11,12). Meme kanserinin beş yıllık sağ kalım oranı, Evre I'de %100'e yakınken, Evre IV'de %30'un altına düşmektedir (13). Meme kanserinin tanı ve tedavisinde yaşanan herhangi bir gecikme, tedavi yoğunluğunun/şiddetinin artmasına ve daha kötü yaşam beklentisine neden olmaktadır (14,15). Bu nedenle meme kanserinin erken tanısı, zamanında ve etkili tedaviyi mümkün kılmaktadır (16). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) meme kanserinin erken tanısına yönelik kılavuzlarında, iki yaklaşım tarzını önermektedir. Bu yaklaşımlar; (1) herhangi bir semptom ortaya çıkmadan önce, risk altındaki popülasyonlarda kanserin erken tanısına odaklanan tarama, (2) kanser semptomu olan hastalar için kanserin erken tanısına odaklanan, klinik evrelemedir (6). Meme kanserinin erken tanısı için küresel olarak en çok kabul edilen yöntem mamografi ile risk altındaki toplumun taranmasıdır (17).

Mamografi, toplumda meme kanserini erken dönemde tespit edebilen, duyarlılık ve seçicilik açısından kullanışlı bir tarama testidir (18). Literatürde, mamografi taramasına katılım oranındaki %1 artışın, ileri evre meme kanseri ve meme kanseri nedenli ölümlerde istatistiksel olarak %3 oranında anlamlı bir azalmaya yol açabileceği bildirilmektedir (19,20). Pek çok ülkede kadınlarda, yaşa ve yerleşik nüfusa dayalı mamografi tarama programları yürütülmektedir (21-24). Türkiye'de, "Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı" çerçevesinde 40-69 yaş arası tüm kadınlar her iki yılda bir ücretsiz olarak mamografi çektirebilmektedir (25).

Meme kanserinin mortalitesini önemli ölçüde azaltabilmek için duyarlı nüfusun en az %70'nin mamografi taramasına katılması gerekmektedir (26). Mamografi taramasına katılım oranları dünyanın çeşitli bölgelerinde farklılık göstermekle birlikte; Danimarka'da %84,1, Finlandiya'da %82,8, Hollanda'da %80,8 oranlarında, Brezilya'da %12-31, Malezya'da %7-25, İtalya'da %61.3, Türkiye'de %26-52 aralığında olduğu bildirilmektedir (27-31). Türkiye'de mamografi tarama programlarına katılım oranı, gelişmiş ülkelere göre daha düşük düzeydedir (27-29,31). Ülkemizde tüm topluma ücretsiz ve erişilebilir bir tarama programı yürütülmesine rağmen, meme kanseri taramasına katılım oranının halen istenen düzeye ulaşamamış olması nedeniyle meme kanserinde erken tanı ve tarama konuları sağlık profesyonellerinin ve araştırmaların odak noktasında gündemini korumaktadır (25,27).

Mamografi taramasına düşük katılım oranı, meme kanseri ile mücadelede büyük bir endişe nedenidir. Bu nedenle tarama programına katılımı teşvik edici müdahalelerin geliştirilmesi öncelikli bir araştırma alanıdır (32). Türkiye'de ve çeşitli toplum gruplarında farklı yöntemlerle yapılan sağlık eğitimlerinin kadınların mamografi taramasına katılımını arttırdığı bildirilmektedir (33-36). Yapılan çalışmalarda; yüz yüze danışmanlık, ev ziyaretleri, sesli mesaj veya metin mesajı, broşür gibi basılı materyaller, telefon görüşmeleri, video gösterimi gibi yöntemlerle yapılan sağlık eğitimlerinin mamografi taramasına katılımı artırdığı rapor edilmektedir (7,20,37-41). Özellikle yüz yüze etkileşimin olduğu yüz yüze sağlık eğitimlerinin, birçok çalışmada mamografi tarama davranışını olumlu yönde geliştirdiği rapor edilmektedir (40-42).

Kadınların meme kanseri ve mamografi taraması hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları, düzenli bir şekilde mamografi taramasına katılım sağlamaları için ön koşuldur (7). Buna ek olarak, sağlık inançlarının da kadınların düzenli bir şekilde mamografi taramalarına katılma davranışlarını etkilediği bildirilmektedir (18). Literatürde, mamografi taramasına katılma davranışını etkileyen sağlık inançlarının, mamografiye yönelik algılanan yarar ve engeller ile algılanan öz yeterlilik olduğu bildirilmektedir (43,44). Algılanan yarar; bireyin kendi sağlığını korumak, hastalığı önlemek ya da iyileşmek için önerilen koruyucu davranışların etkili olacağına ve kendine fayda sağlayacağına dair inancıdır (45). Algılanan engel, bireyin sahip olduğu fiziksel, psikososyal ve ekonomik şartlar nedeniyle sağlığını korumak için önerilen koruyucu davranışı gerçekleştiribilme kapasitesinin yetersiz ya da imkânsız olduğuna yönelik inancıdır. Özyeterlilik algısı, bireyin sağlığı ile ilgili olarak önerilen herhangi bir davranışı gerçekleştirebilme kapasitesi olduğuna, o davranışı başarabileceğine ve davranışı gerçekleştirdiğinde olumlu sonuç alacağına olan inancıdır (46). Kadınlar, mamografi çektirmenin yararını algıladıklarında, mamografi çektirme öz yeterliliklerine/yeteneklerine inanarak, mamografi engellerini aşabilmektedir (18). Literatürde, sağlık eğitimi müdahalelerinin kadınlarda, mamografinin algılanan yarar ve engelleri ile öz yeterlilik düzeylerine etki ederek, mamografi taramasına katılma davranışını olumlu yönde geliştirdiği bildirilmektedir (18,40,42). Bireyin ihtiyaçları, sağlık inançları, algıları ve duygusal deneyimlerine dayalı olarak verilen sağlık eğitimi müdahaleleri, bireysel yarar ve özyeterlilik algısını geliştirmekte, algılanan engelleri aşmada etkili olmaktadır. Literatürde farklı sağlık eğitimi yöntemleri ile yapılan çalışmalarda, kullanılan yöntemlerin mamografi taramasına yönelik algılanan yarar ve engeller, algılanan öz yeterlilik ile katılım oranlarına etkileri açısından birbirlerine olan üstünlükleri, avantaj ve dezvantajları ile ilgili bulgular çeşitlilik göstermektedir (47,48). Heydari ve Noroozi (2015), çalışmasında meme kanseri ve meme kanseri taramasına ilişkin CD (compact disc) ve metin mesajlarını içeren multimedya eğitimi ile yüz yüze grup eğitiminin etkisini karşılaştırdığı çalışmada, yüz yüze grup sağlık eğitiminin mamografi yarar algısını arttırmada, multimedya eğitiminden daha üstün olduğu bildirilmektedir (48). Champion ve ark.'ları (2006), çalışmalarında etkileşimli

web tabanlı eğitimin, mamografi katılımını arttırmadaki başarısının, video ile sağlanan eğitimden daha güçlü olduğunu bildirmektedir (47).

Günümüzde, pandemi koşullarında yaygın olarak pek çok alanda kullanılmaya başlayan dijital hizmetler, özellikle sağlık hizmeti ile ilgili alanlarda çok geniş ve etkileşimli erişim kolaylığı, hizmetin sürdürülmesine olan katkısı ve maliyetleri düşürmede etkili olması açısından avantaj sağlamaktadır (49-51). Dijital müdahaleler, etkileşimli (eş zamanlı/senkronize) ya da etkileşimsiz formlarda uygulanabilmektedir (47,52). Etkileşimli dijital müdahaleler arasında yer alan çevrimiçi eğitimde, eğitimi uygulayan kişiyi görselleştirerek, izleyicinin ilgisini çeker ve onunla etkileşim kurma yeteneğini güçlendirir (53). İnternetin gelişmesi, cep telefonları ve dijital sosyal ağ platformlarının daha yaygın kullanılmasıyla birlikte toplum tarafından çevrim içi sağlık eğitimlerinin büyük oranda kabul edildiği bildirilmektedir (54). Aynı zamanda, çevrimiçi sağlık eğitimlerinin, yüz yüze bireysel eğitimlerde yaşanan zorlukların (maliyet, zaman, mesafe) üstesinden gelerek sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttırabileceği değerlendirilmektedir (55,56). Literatürde kadınlarda mamografiye yönelik bilgi seviyesini arttırmak, sağlık inançlarını iyileştirmek ve kadınların mamografi taramasına katılımını arttırmak için çevrimiçi ve yüz yüze verilen sağlık eğitimlerinin etkinliklerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada, iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubundaki kadınların meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar ve engel düzeyleri, mamografi özyeterlilik düzeyleri ve mamografi taramasına etkisini belirlemek amaçlandı.

1.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Bu çalışmanın hipotezleri:

$H_0$1: Çevrimiçi uzaktan sağlık eğitimi alan kadınlar, ev ziyaretinde yüz yüze sağlık eğitimi alan kadınlar ve standart meme kanseri hizmeti alan kadınlar arasında

meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar ve engelleri, mamografi özyeterlilik düzeyleri ile mamografi taramasına katılma durumları arasında fark yoktur.

$H_0$2: Yüz yüze sağlık eğitimi alan kadınlar ile çevrimiçi sağlık eğitimi alan kadınların; meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar ve engel düzeyleri, mamografi özyeterlilik düzeyleri ve mamografi taramasına katılma durumları arasında fark yoktur.

$H_1$3: Standart meme kanseri hizmeti alan kadınların, çevrimiçi uzaktan ve yüz yüze sağlık eğitimi alan kadınlara göre; meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar düzeyi, mamografi özyeterlilik düzeyleri ve mamografi taramasına katılma durumları daha düşük, algılanan mamografi engel düzeyi daha yüksektir.

$H_1$4: Çevrimiçi sağlık eğitimi alan kadınların, yüz yüze sağlık eğitimi alan ve standart meme kanseri hizmeti alan kadınlara göre; meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar düzeyleri, mamografi özyeterlilik düzeyleri ve mamografi taramasına katılma durumları daha yüksek, algılanan mamografi engel düzeyi daha düşüktür.

$H_1$5: Yüz yüze sağlık eğitimi alan kadınların, çevrimiçi sağlık eğitimi alan ve standart meme kanseri hizmeti alan kadınlara göre; meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar düzeyleri, mamografi özyeterlilik düzeyleri ve mamografi taramasına katılma durumları daha yüksek, algılanan mamografi engel düzeyi daha düşüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MEME KANSERİ

Meme kanseri, araştırma ve hastalık kontrol çabalarına ayrılan önemli kaynaklarla, kadınlar arasında sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur (57). Meme kanseri, meme dokusundaki hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesini ve çoğalmasını ifade etmektedir. Meme glandüler ve stromal olarak isimlendirilen iki ana tip dokudan oluşmaktadır. Glandüler dokular memenin süt üreten bezlerini (lobüller) ve kanallarını (süt geçitleri) oluştururken, stromal dokular memeyi destekleyen yağlı ve lifli bağ dokularını kapsamaktadır. Meme ayrıca hücresel sıvıları ve atıkları uzaklaştıran lenfatik dokuları da içermektedir (58). Meme kanserinin, süt kanallarında, lobüllerde veya bunlar arasındaki dokularda ortaya çıkabilen birçok tipi bulunmaktadır. Meme kanseri tipini, etkilenen hücrelerin tipi belirlemektedir (59). Meme malignitelerinin çoğu, süt yapımından sorumlu lobülleri ve terminal kanalları kaplayan hücrelerden oluşan ve memenin epitelyal bileşeninden köken alan adenokarsinomlardır (59,60).

Meme kanserlerinin, genlerdeki mutasyonların ilerleyici birikiminden ortaya çıktığı kabul edilmektedir (61). Meme kanseri, etiyolojik ve patolojik özellikleri açısından incelendiğinde çeşitlilik göstermektedir. Bazı meme kanseri türleri mükemmel prognoz ile yavaş büyürken, diğerleri klinik açıdan çok hızlı ilerlemektedir. Meme kanserinin morfolojik olarak 20 farklı alt tipi olduğu bilinmektedir (62). Klinik olarak meme kanserinin spesifik alt tipleri, hormon reseptörlerinin ve büyüme faktörlerinin histopatolojik özellikleri ile belirlenir (63).

Meme kanseri yayılmasının, karsinom in situ ile başlayan, invaziv karsinoma ilerleyen ve metastazla sonuçlanan klinik ve patolojik aşamalardan oluşan ardışık bir ilerlemeyi içerdiğine inanılmaktadır (64). İn situ karsinom, tanımı gereği istila etmeyen ve bu yüzden metastatik potansiyeli olmayan erken bir karsinomu ifade etmektedir (65). Meme karsinomlarının invasiv formu ise, meme lobülleri ve kanallarının dışına yayılan ve çevreleyen meme stromal dokusuna doğru büyüyen

kanser hücrelerine sahiptir. İnvaziv karsinomların, lenf düğümlerine veya diğer organlara yayılma ve metastaz oluşturabilme potansiyeli vardır (59). Meme kanseri metastazı, çevre dokuların lokal olarak invaze olması ile başlayan, kan ve lenfatik damarlara yayılan ve tümör hücrelerinin distal organlara yayılmasıyla biten bir dizi reaksiyonu takip eder (66). Distal metastazlar, meme kanseri hastalarında esas ölüm nedenidir (67). Meme kanserinin tercihen metastaz yaptığı distal organlar (kemik, karaciğer, akciğer ve beyin en yaygın bölgeler arasında yer alır), klinik ve biyolojik olarak önemlidir ve hastaların hayatta kalma sonuçlarıyla doğrudan ilişkilidir (68). Meme kanseri olan kadınların %30'unda ele gelen bir meme kitlesi vardır. Çukurlaşma, portakal kabuğu görünümü, eritem, ödem, kabarma, sıyrıklar, kanlı meme başı akıntısı ve meme başı retraksiyonu meme kanseri ile ilişkili diğer belirtilerdir (69). Zamanla, kanserli hücreler distal organlara metastaz yaptığında, kanserle ilgili yeni semptomlar ortaya çıkabilmektedir (3).

2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Dünya çapında meme kanseri, en sık teşhis edilen kanserdir (yılda tahminen 2.3 milyon yeni vakayı içerir) ve kadınlarda kansere bağlı ölümlerin (yılda yaklaşık 685.000 ölüm sayısını içerir) önde gelen nedenidir (70). Kadınlar arasında meme kanseri, dört kanser vakasından birini oluşturmaktadır ve kansere bağlı altı ölümden birine neden olmaktadır (2). Dünya çapında her 18 kadından biri, yaşamı boyunca meme kanserine yakalanmaktadır (71). Mevcut projeksiyonlar, 2030 yılına gelindiğinde, dünya çapında teşhis edilen yeni vaka sayısının yılda 2,7 milyona, ölüm sayısının ise 0,87 milyona ulaşacağını öngörmektedir (72).

Meme kanserinin mevcut yükü, ülkeler ve dünya bölgeleri arasında büyük farklılıklar göstermektedir (73). İnsani Gelişme Endeksi'ne (İGE) göre çok yüksek ve yüksek İGE ülkeleri, meme kanserinde yaşa göre standardize edilmiş en yüksek insidans oranlarına sahiptir (100.000'de 54.4). Meme kanseri için yaşa standardize edilmiş en yüksek ölüm oranlarına düşük ve orta İGE ülkelerinde rastlanmaktadır (100.000'de 14.9) (74). Dünya çapındaki, tüm yeni vakaların %70'inden fazlası ve tüm ölümlerin %81'i, 50 yaş ve üzerindeki kadınlarda gözlenmektedir (73). İnsani Gelişme Endeksi'nin (İGE) düşük olduğu ülkelerdeki toplam meme kanseri

vakalarının %55,2'si menopoz öncesi dönemde iken, İGE'nin çok yüksek olduğu ülkelerde meme kanseri vakalarının sadece %20,7'si menapoz öncesi dönemdedir. Buna rağmen, çok yüksek İGE ülkeleri hem menopoz öncesi dönemde (100.000'de 30.6) hem de menopoz sonrası dönemde (100.000'de 253.6) en yüksek yaşa standardize edilmiş insidans oranlarına sahiptir (75).

Küresel olarak, meme kanseri hastalarının %5-10'una ilk tanıda metastatik hastalık tanısı konulmaktadır. Tanı alma sırasındaki ileri hastalık evresi, gelişmişlik seviyesi daha düşük olan bölgeler arasında daha yaygındır (76). Yüksek İGE ülkelerinde, meme kanserli hastaların %8'inden daha azına başlangıçta metastatik hastalık teşhisi konmakta iken, düşük ve orta İGE'ye sahip ülkelerin çoğunda, meme kanserli hastaların yaklaşık %20-30'una başlangıçta metastatik hastalık teşhisi konmaktadır (77).

Meme kanseri hastalarının 5 yıllık sağ kalım oranı (mortalite-insidans oranı), 2021 yılı için dünya genelinde 0,30 olarak bildirilmektedir. Meme kanserinin klinik yaygınlığı dikkate alındığında, sağlık hizmetleri gelişmiş olan ülkelerde (Hong-Kong, Singapur, Türkiye) 5 yıllık sağ kalım lokalize kanser için %89,6 ve bölgesel kanser için %75,4'dir. Sağlık hizmetleri az gelişmiş olan ülkelerde (Kosta Rika, Hindistan, Filipinler, Suudi Arabistan, Tayland) ise sağkalım oranları lokalize ve bölgesel meme kanseri için sırasıyla %76.3 ve %47.4'dir (72). Genel olarak, meme kanserindeki 5 yıllık sağkalım oranı, lojistik ve ekonomik açıdan yetersiz düşük ve orta İGE ülkelerine (%57) kıyasla yüksek İGE ülkelerinde (%79) daha iyi seviyededir (78). Daha gelişmiş olan ülkelerdeki meme kanseri hastalarının daha iyi hayatta kalma oranı, erken tanı stratejileri, tarama programına erişim ve etkili tedavilere kolay erişim kombinasyonuyla ilişkilendirilmektedir (76).

Türkiye'de meme kanseri kadın kanserleri içinde yüz binde 47,7 ile ilk sıradadır ve kadınlarda tüm kanserlerin %23.9'unu oluşturmaktadır (4,79). Türkiye'de, 2020 yılında 24.175 yeni meme kanseri tanılandığı ve beş yıllık yaygınlığının 100.000'de 196.64 olduğu tahmin edilmektedir (4). Son yıllarda Türkiye'deki meme kanseri insidansının yaklaşık olarak iki katına ulaştığı bildirilmektedir (80). Bu artışın, büyük oranda doğurganlık oranlarının düşmesi, ilk

doğum yaşının artması gibi değişen üreme modelleri ve tarama programının etkisiyle olduğu varsayılmaktadır (81). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kanser İstatistikleri Yıllığı 2017 verilerine göre, Türkiye'de meme kanseri tanı alma ortalama yaşının 53 olduğu ve tanı konulan meme kanseri vakalarının %11'inin uzak evre kanser vakalarından oluştuğu bildirilmektedir (79). Ülkemizde 2007 yılından beri meme kanseri için uygulanan tarama programı olmasına rağmen ölüm oranlarının ve sağkalım oranlarının halen istenilen düzeyde olmadığı bildirilmektedir (81).

2.1.2. Meme Kanseri Etiyolojisi

Meme kanseri, bağışıklık savunmasının bozulmaya uğraması sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Meme kanserine neden olabilen kalıtsal değişiklikler, yüksek östrojene maruz kalma ile ilişkilendirilmiştir (82). Meme kanseri gelişiminde, kanda yüksek olan endojen seks hormonu düzeyleri ile artan riskler mevcut olmakla birlikte, oral kontraseptifler ve menopoz sonrası hormon replasman tedavisi gibi ekzojen hormonlar da artmış meme kanseri riski ile ilişkilidir. Kalıtsal meme kanseri duyarlılık genleri BRCA1 ve BRCA2'de yüksek oranda meydana gelen mutasyonlar, aile öyküsü ile meme kanseri riski arasındaki ilişkinin bir kısmını tanımlarken, diğer kalıtsal genetik özellikler, alışkanlıklar ve paylaşılan çevre de büyük ölçüde etkiye sahiptir (83).

Meme karsinogenezinin; çeşitli genetik, çevresel, sosyoekonomik ve yaşam tarzı risk faktörlerinin karmaşık bir etkileşimi sonucunda ortya çıktığı bildirilmektedir (78). Meme kanseri için risk faktörlerine sahip olmak, bir kadının meme kanseri olacağını kesin olarak göstermez. Birden fazla risk faktörüne sahip bazı kadınlar hiçbir zaman meme kanseri geliştirmezken, diğerleri herhangi bir risk faktörüne sahip olmamasına rağmen bu hastalığa yakalanabilir. Bununla birlikte, bir veya daha fazla risk faktörüne sahip kadınların meme kanseri geliştirme potansiyelinin daha yüksek olduğu kabul edilmektedir (84).

2.1.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri

2.1.3.1. Cinsiyet:

Meme kanseri büyük ölçüde kadınlara özgü bir malignitedir. Erkekler tüm meme kanseri vakalarının %1'inden daha azını oluşturmaktadır. Meme kanseri, hormonal dengesizliğe sahip, radyasyona maruz kalan ve ailesinde meme kanseri öyküsü olan yaşlı erişkin erkeklerde, daha çok görülür ve erkeklerde meme kanseri için en yaygın risk faktörü BRCA2 geninin mutasyonudur (85).

2.1.3.2. Yaş:

Yaşın ilerlemesi, meme kanseri gelişimi için en güçlü risk faktörlerinden biridir (87). Meme kanseri, 25 yaşından küçük kadınlarda nadiren görülmektedir (100.000 kadın başına 10'dan az) ve 45 yaşına kadar risk 100 katına kadar çıkabilmektedir (86). Meme kanseri riski, menapoz dönemine kadar önemli ölçüde artarken, menopoz döneminde zirveye ulaşmakta ve daha sonra kademeli olarak azalmakta veya sabit kalmaktadır (85).

2.1.3.3. Menarş yaşı:

Erken (12 yaşından küçük) ya da geç menarş yaşı (14 yaşından büyük), muhtemelen meme epitelinin östrojenlere uzun süre maruz kalması sebebiyle, meme kanseri riskinde %10-20 oranında bir artışa neden olmaktadır (86). Menarştaki her bir yıllık gecikmenin meme kanseri riskini %5 oranında azalttığı gösterilmiştir (10).

2.1.3.4. Menapoz yaşı:

Meme kanseri riski yaş ilerledikçe artsa da menopoz döneminde, mevcut risk oranında belirgin bir düşüş olmaktadır. Menopoz dönemine, her bir yıllık gecikmenin meme kanseri riskini %3 oranında arttırdığı rapor edilmektedir (87).

2.1.3.5. Gebelik:

Tam süreli gebeliğin, meme kanserine karşı koruyucu bir etki gösterdiği kabul edilmektedir (85). Bu koruyucu etki çocuk sayısı arttıkça artmaktadır. Her doğum göreceli meme kanseri riskini ortalama %7 oranında azaltmaktadır (87). Bununla birlikte, gebeliği miadına (34 gebelik haftası) kadar sürdüren kadınlar için koruma bulunmuş ve 33 hafta veya ondan daha kısa süren gebeliklerde doğrulanmamıştır (72). Bununla birlikte, ilk tam gebeliği 20 yaşından önce olan kadınların riskinin, ilk tam gebeliği 35 yaşından sonra olan kadınlara kıyasla %30 daha düşük olduğu bildirilmektedir (87).

2.1.3.6. Doğum kontrol yöntemleri:

Oral kontraseptifleri, uzun süre kullananlar arasında meme kanseri riskinde hafif bir artış olabilir, ancak bu kısa süreli bir etki olarak görünmektedir (87). Yayınlanmış 54 araştırmanın dahil edildiği bir meta-analizde (bir östrojen ve bir progestojen içeren) kombine doğum kontrol hapının mevcut kullanıcılarının göreceli riski 1,24 olarak rapor edilmiştir. Kombine doğum kontrol hapı kullanımını bıraktıktan 10 yıl veya daha uzun süre sonra riskte önemli bir fark olduğu doğrulanmamıştır (88).

2.1.3.7. Yumurtlamayı uyarıcı ilaçlar:

Bir vaka kontrol çalışmasının sonucunda, yumurtlamayı uyarıcı ilaçları 6 aydan uzun süre kullanan kişilerde meme kanseri gelişme riskinin arttığı bulunmuştur (89). Ancak bu bulgu başka çalışmalarda gözlenmemiştir (90,91).

2.1.3.8. Menapoz sonrası hormon tedavisi:

40 yaşından önce olan erken menopoz, kadınların %1' inde görülen nadir bir durumdur. Bununla birlikte, menapoza erken giren kadınlarda menopoz semptomlarının yaşam kalitesine olumsuz etkisini gidermek ve bazen de kemik koruma amacı ile eksojen hormon replasman tedavisi sıklıkla önerilmektedir (92). Literatürde, hormon replasman tedavisinin meme kanseri riskini artırabileceği görüşü

savunulmaktadır (93,94). Bir milyon kadını inceleyen bir çalışmanın sonuçları, mevcut hormon replasman tedavisi kullanıcıları ile hiç kullanmayanlar arasında 1,66 oranında göreli bir risk rapor edilmektedir (93). Yapılan bir diğer çalışmada ise, hormon replasman tedavisine bağlı artan meme kanseri riskinin, tedaviyi bıraktıktan iki yıl sonra önemli ölçüde azaldığı bildirilmektedir (95).

2.1.3.9. Gen Mutasyonları:

Tüm meme kanseri vakalarının yaklaşık %7'sine kalıtsal genlerin sebep olduğu tahmin edilmektedir (96). Kalıtsal meme kanserinde en yaygın görülen genlerden ikisi olan BRCA1 ve BRCA2'de meydana gelen mutasyonlar, tüm kalıtsal meme kanserlerinin yaklaşık %80-90'ını oluşturmaktadır (86). Bu genlerde meydana gelen nadir mutasyonlar, taşıyıcılara 10 ila 20 kat yüksek göreceli risk yüklemektedir (97). Ailesinde meme kanseri öyküsü olan meme kanseri vakalarının yaklaşık %45' inde BRCA1 mutasyonları bulunmaktadır. Meme kanseri vakalarında büyük oranda BRCA1 mutasyonları tespit edilmektedir (83). Yaşam boyu meme kanseri riski, BRCA1 mutasyonu taşıyıcılarında %65 ila %81 ve BRCA2 taşıyıcılarında ise %45 ila %85 arasında değişmektedir (98).

2.1.3.10. Ailede meme kanseri öyküsü:

Aile öyküsü, bilinen en önemli meme kanseri risk faktörlerinden biridir (96). Birinci derece akrabasında meme kanseri olan kadınlardaki risk (bir kanserli yakın riski:1.8, iki kanserli yakın riski:2.9 ve birden fazla kanserli yakın risk:3.9), akrabasında meme kanseri olmayan kadınlara göre daha yüksektir (86).

2.1.3.11. Emzirme:

Emzirmenin bir kadının meme kanseri riskini azalttığı bildirilmektedir. Her 12 aylık emzirme için, tüm kadınlar için göreceli risk düşüşü %4'tür ve menopoz öncesi dönemde gelişen meme kanseri için %5,1 oranında artan göreceli bir risk düşüşü vardır (92).

2.1.3.12. Meme yoğunluğu:

Memedeki toplam yoğun doku miktarı olarak tanımlanan meme yoğunluğu, çok sayıda araştırmada meme kanserinin bağımsız bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır (99,100). Meme yoğunluğu %75'ten fazla artmış olan kadınların meme kanseri riski, %5'ten az olan kadınlara kıyasla yaklaşık beş kat artmaktadır. Hormon replasman tedavisi kullananlarda, kullanmayanlara göre daha fazla meme yoğunluğuna sahip olma potansiyelinin iki kattan fazla olduğu bildirilmiştir (86).

2.1.3.13. İyi huylu meme bozuklukları:

Atipisi olmayan iyi huylu meme hastalığı olan kadınlarda meme kanseri gelişme riskinin 1.5-2 kat arttığı; atipisi olan iyi huylu meme hastalığına sahip kadınlarda ise riskin 4-5 kat arttığı bildirilmektedir (101). Ayrıca, benign değişiklikler ne kadar erken teşhis edilirse (<55 yaş), söz konusu malign tümörü geliştirme riski de o kadar yüksektir. Birinci derece akrabalarında meme kanseri olan atipik hiperplazili kadınlarda, malign tümör gelişme riski de dokuz kat artmaktadır (102).

2.1.3.14. Obezite:

Tüm postmenapozal meme kanserlerinin %20'si ve 70 yaş üstü kadınlarda gelişen kanserlerin yüzde 27'si obeziteye atfedilmektedir (103). Yağ dokusu, menopozdan sonra vücudun östrojen üreten en yoğun bölgesi haline gelmektedir. Bu yüzden, obez kadınlar menapoz sonrasında daha yüksek östrojen düzeylerine sahiptir ve bunun sonucunda, östrojenin olumsuz etkilerine daha fazla maruz kalmaktadır (104). Renehan ve ark.'larının (2008) 2,5 milyondan fazla kadını içeren 34 araştırmanın meta-analizinde, beden kitle indeksindeki her 5 kg/m^2 artış ile postmenapozal meme kanseri riski arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmektedir (105).

2.1.3.15. Alkol tüketimi:

Alkol tüketimi, kandaki östrojen seviyesiyle ilgili hormonların salınımını arttırabilir ve östrojen reseptör yollarını tetikleyebilir. Sun ve ark.'larının (2017) yaptığı 53 epidemiyolojik araştırmayı içeren bir meta-analizde; günde 35-44 gram alkol tüketmenin meme kanseri riskini %32 artırabildiği ve her gün ilave her 10 gram alkol tüketimi için göreceli riskin %7.1 arttığı bidirilmektedir (10). Ayrıca, meme kanseri insidansındaki küresel dağılım ile dünya çapındaki alkol tüketimi dağılımı arasında belirgin bir uyum olduğu gözlenmektedir (106).

2.1.3.16. Sigara kullanımı:

Sigara içme ve meme kanseri riski arasındaki ilişki tam olarak bilinmemekle birlikte, emzirmeyen kadınların meme sıvısında sigara dumanının neden olduğu mutajenlere rastlanmıştır (10). Şimdiye kadar elde edilen kanıtlar, erken yaşta sigara içmeye başlamanın meme kanseri geliştirme riskini yükseltebileceğini doğrulamaktadır (107,108). Özellikle ergenlik döneminde veya premenarşal dönemde sigara içmeye başlayan kadınların meme kanseri geliştirme riski büyük oranda artmaktadır. (göreceli risk= 1,17) (109).

2.1.3.17. Diyet:

Dünya bölgeleri arasında meme kanseri oranlarında gözlemlenen farklılıkların temel nedenlerinden birinin diyet faktörü olduğu uzun süredir düşünülmektedir ve farklılıklardan en çok sorumlu olarak varsayılan bileşen yağ tüketimi olarak değerlendirilmektedir (96). Literatürde, diyet ile meme kanseri riski arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar tamamen tutarlı olmamakla birlikte, bir çoğunda şekerli alkolsüz içecekler, işlenmiş meyve suları, kırmızı ve işlenmiş etler, sertleştirilmiş yağlar, doymuş yağlar, tuzlu ürünler, rafine tahıllar ve şekerli ürünler gibi sağlıksız gıdaların aşırı tüketimi ile meme kanseri geliştirme riskindeki artış arasında ilişki bulunduğu da rapor edilmektedir (110,111). Bunun aksine, sebzeler, meyveler, baklagiller, kepekli tahıllar ve yağsız protein açısından yüksek bir diyetin ise, meme kanseri riskinin azalmasıyla ilişkili olduğu ortaya konulmaktadır (72).

2.1.3.18. Fiziksel aktivite:

Yaşam boyu yapıldığında tüm kanserlerden koruyucu olduğu gibi fiziksel aktiviteye menopozdan sonra başlamasının bile meme kanseri riskine karşı koruyucu etkisi olduğu bilinmektedir (87,112). Menopoz durumu, aktivite türü veya yoğunluğu ne olursa olsun fiziksel aktivite yönünden aktif olan kadınlarda, meme kanseri riski %20-40 oranında azalmaktadır (87).

2.1.3.19. D vitamini:

Bir vaka-kontrol çalışmasının sonucunda, D vitamini eksik olan kadınlarda, normal serum D vitamini düzeylerine sahip kadınlara göre %27 daha fazla meme kanseri geliştirme riski olduğu bildirilmektedir (113).

2.1.3.20. Hava kirliliği:

Dokuz Avrupa ülkesinden elde edilen 15 kohort çalışmasının sonucuna göre, Avrupalı kadınlarda hava kirliliği ile menopoz sonrası meme kanseri insidansı arasında bir ilişki bulunmaktadır (114).

2.1.3.21. Gece çalışma:

Gece çalışmanın sirkadiyen ritimde bozulmalara sebep olduğu ve gece ışığının epifiz bezinin melatonin hormonu üretimini baskılamasına neden olduğu gösterilmektedir (92). Melatonin üretimindeki bu azalmanın, meme tümörlerinin oluşumunda etkili olan östrojen düzeylerinde artışa sebep olduğu gösterilmiştir (85). Bir meta analizde, vardiyalı çalışmanın meme kanseri riskini %48'e kadar artırdığı ortaya konulmaktadır (115).

2.1.3.22. Sosyo- ekonomik durum:

Meme kanseri riski ile sosyo-ekonomik durum arasındaki ilişki sıklıkla incelenen bir durumdur (96). Şaşırtıcı bir şekilde, daha iyi sosyoekonomik duruma sahip olan veya kentsel topluluklarda yaşayan kadınlarda (1.20), düşük sosyoekonomik statüye sahip veya kırsal topluluklarda yaşayan kadınlara (1.17)

kıyasla meme kanseri riski daha yüksektir (86). Bu kısmen, yoksul kadınların, daha varlıklı kadınlara kıyasla, daha düşük olan tarama oranlarından kaynaklanabilmektedir (116).

2.1.3.23. Diyabet:

İnsülin benzeri büyüme faktörü reseptörünün aşırı üretimi ve bu enzimleri kodlayan genlerdeki mutasyonlar, meme kanserinde de rastlanılmaktadır (117). Bir meta-analizde, diyabeti olan kadınlarda (özellikle tip II diyabetlilerin) meme kanseri gelişme riskinin, olmayan kadınlara göre %20 daha yüksek olduğu rapor edilmektedir (118).

2.1.3.24. Radyasyon:

İyonlaştırıcı radyasyona maruz kalma, yerleşik bir meme kanseri risk faktörüdür ve risk doza bağlı olarak doğrusal bir şekilde artmaktadır (83). İyonlaştırıcı radyasyonun doğrudan ve dolaylı olarak mutasyona ve genomik kararsızlığa yol açan DNA hasarına ve epigenetik değişikliklere neden olduğu gösterilmiştir (102). Radyasyona maruz kalan 20 yaşından küçük kadınlarda, ileri yaşlarda maruz kalanlara kıyasla radyasyona bağlı meme kanseri riski daha yüksektir. Maruz kalma sırasında 50 yaşından büyük olan kadınların meme kanseri riskinde önemli bir artış bulunmamaktadır (83)

2.1.4. Meme Kanserinden Korunma

2.1.4.1. Meme kanserinden birincil korunma

Birincil korunma, genel popülasyonda sağlığın yükseltilmesi ve risklerin azaltılmasını kapsamaktadır (119). Meme kanseri birincil korunma önlemleri; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, obeziteden korunma, emzirmeyi teşvik etme ve alkolün zararlı kullanımını engelleme gibi uygulamaları içerir. Bunun yanı sıra, BRCA taşıyıcılarına profilaktik cerrahi önerilmesini ve yüksek riskli kadınlara Tamoksifen veya Raloksifen gibi profilaktik ilaç önerilmesi yoluyla insidansı azaltmayı amaçlayan yöntemleri de kapsamaktadır (119,120). İki seçici östrojen

reseptörü modüler ilaç olan tamoksifen ve raloksifen, yüksek riskli kadınlarda meme kanserini önlemek amacıyla kullanımı, FDA tarafından onaylıdır (112). Bir meta-analizde, tamoksifen ve raloksifen ajanlarının beş yıl boyunca kullanılmasıyla birlikte, buna bağlı olarak yüksek riskli kadınlar arasında genel meme kanseri insidansında %38 azalma olduğu rapor edilmektedir (121). Bununla birlikte, meme kanseri riskini azaltmak için tamoksifen kullanımı, uzun süreli ilaç kullanımının potansiyel riskleri açısından değerlendirilmesi gereken bir konudur (122). Çünkü birçok kadın, tamoksifenin endometrial kanser ve kan pıhtılaşması gibi olası yan etki endişesi nedeniyle ilaç kullanımını bırakmaktadırlar (119).

Bilateral risk azaltıcı mastektomi ise büyük oranda meme kanseri gelişimine kalıtsal olarak yatkın olan kadınlarla sınırlı olarak yapılan koruyucu bir uygulamadır. Risk azaltma cerrahisinin olası yan etkileri, osteoporoz olasılığının artması, erken menopoza bağlı artan kardiyovasküler hastalık, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen vazomotor semptomlar ve beraberinde getirdiği psikososyal etkileridir. Bu yüzden, bu korunma yöntemini düşünen kadınlar, ameliyatın riskleri ve yararları ile meme rekonstrüksiyonu seçeneklerini incelemek için multidisipliner bir değerlendirilmeden geçmeleri gerekmektedir (123).

2.1.4.2. Meme kanserinden sekonder korunma

Asemptomatik kadınların mamografi aracılığıyla düzenli meme kanseri taramasına katılmaları, ikincil koruma yöntemi olarak kabul edilmektedir. Çünkü tarama ile meme kanserinin erken teşhis edilmesi daha etkili bir tedavi yaklaşımına, daha iyi sonuçlara ve daha az ölüme neden olmaktadır (124). Primer tümörlerin değil, esas olarak tümör metastazlarının meme kanseri ölümlerinin %90'ından fazlasına yol açtığı ortaya konulmaktadır. Bununla birlikte, meme kanseri birincil tümör olarak veya erken bir metastaz aşamasında iken saptanırsa, meme tümörü ameliyatla çıkarılabilir ve kemoterapi daha etkili olabilmektedir (10). Meme kanserinde latent dönem 10 yılı bulabilmektedir, bu durum ise artan riskin tüm yaşam boyunca devam ettiğini göstermektedir (125). Mamografik değerlendirme, hayatta kalma şansının en iyi olduğu erken evrede meme kanserini saptayabilmek için yapılan, düşük dozlu bir X-ışını görüntüleme yöntemidir (126). Literatürde, 11

randomize kontrollü çalışmayı kapsayan bir meta-analizde, 50-70 yaş arasındaki kadınların, mamografi ile tarama yapmaları sonucunda meme kanseri ölümlerinde önemli bir azalma olduğu rapor edilmektedir (127). Mamografinin ve organize mamografi tarama hizmetlerinin meme kanserine bağlı ölümleri azalttığı çok sayıda randomize klinik çalışmada kanıtlanıştır (127,128). Organize mamografi tarama hizmetlerinin çoğu Avrupa ülkelerinde iyice yerleşmiş durumdadır ve Avrupa genelinde mamografi taramasının, meme kanserine bağlı ölümlerinin %34'ünü önlediği bildirilmektedir (31).

Meme kanseri ölümlerinin esas nedeni, hastalığa ileri bir aşamada iken tanı konulmasıdır. Bir meme kanseri tarama programının amacı, öncelikle kanseri küçük ve palpe edilemez durumda iken saptamaktır. Mamografi ile tespit edilen küçük, ele gelmeyen meme kanserlerinin tedavisi, kanserlerin sadece lokal tedavi yöntemleri ile iyileştirilmesi için bir fırsat sunmaktadır (128). İleri evrelerdeki meme kanseri, yüksek tıbbi ve ekonomik yük getirirken, tarama yoluyla erken teşhis, morbidite ve mortalitenin azalmasına ve kanser tedavisi için daha düşük maliyetlere neden olmaktadır (129). Mamografik taramanın, mastektomi yerine lumpektomi ile tedavi edilebilecek kadar küçük meme kanserini saptama şansını arttırdığı ve kemoterapi ihtiyacını azalttığı belirtilmektedir (130). Düzenli mamografi çektirmeyen 40-49 yaş arası kadınların rutin mamografi çektiren kadınlara göre mastektomi geçirme olasılığının 3 kat, aksiller düğüm diseksiyonu geçirme olasılığının 5 kat ve kemoterapi alma olasılığının ise 2,5 kat arttığı bildirilmektedir (131).

Mamografinin hassasiyeti, glandüler dokunun baskın olduğu meme bezinde %90-95, yüksek yoğunluklu dokuda ise %60-75'tir (125). Mamografinin duyarlılığı meme yoğunluğu ile negatif ilişkilidir ve özellikle genç kadınlarda kullanımı sınırlıdır, bu durumda uygulanması gereken bir diğer ikincil korunma yöntemi memenin ultrasonla görüntülenmesidir (132). Meme ultrasonu genç yaştaki kadınlarda ve yoğun göğüsleri ve mamografi sonuçları negatif olan kadınlarda kanser tanısını kolaylaştırabilmektedir (133,134). Meme ultrasonografisi, özellikle mamografi hassasiyetinin daha az olduğu kabul edilen kalın memelerde, mamografi ile tespit edilemeyen meme tümörlerinin görüntülemesine izin verebilmektedir (82). Uluslararası yönergeler, meme ultrasonunun meme kanseri taraması için birincil

yöntem olarak kullanılmasını değil, tamamlayıcı bir muayene olarak kullanılmasını önermektedir. Meme kanseri taraması için en çok kabul edilen birincil yöntem mamografidir (135). Mamografide şüpheli bir lezyon tespit edilirse ultrason muayenesi ve gerek duyulursa kalın iğne biyopsisi ile tümörün histopatolojik incelemesi yapılmaktadır (102).

Mamografi, meme kanserini erken teşhis etmede en düşük maliyet-fayda ve zarar-fayda oranlarıyla doğruluğu kanıtlanan bir yöntemdir (136). Meme kanserinden kaynaklanan ölümleri azaltmak için mamografi taramasının faydalarını kanıtlayan literatür çok geniştir ve bu kanıtlar mamografi hizmetinin meme kanseri prevalansının yüksek olduğu ülkelerdeki kadınlara sunulması gerektiğini desteklemektedir (31,127,128,137,138). Türkiye toplum temelli mamografi taramasına 2006 yılında başlamış ve toplum temelli kanser tarama programlarını yürütmek üzere Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) kurulmuştur. Türkiye'nin 81 ilinde bulunan bu merkezlerde, 40-69 yaş grubundaki kadınların her iki yılda bir düzenli mamografi taraması yaptırmaları ücretsiz olarak sürdürülmektedir. Randomize kontrollü araştırmalar ve organize programlarla kanıtlanan ölüm oranlarındaki düşüşleri başarmak için hedef nüfusun katılım oranının en az %70 düzeyinde olması beklenmektedir (26,139). Türkiye'de tarama programına katılım istenilen düzeyde değildir. Türkiye'de fırsatçı veya kendi kendine sevk edilen mamografi sıklığı %26 ile %52 aralığındadır (27-29).

Mamografi ve ultrasonagrafi gibi erken tanı yöntemlerine yetersiz erişimin olduğu ve sağlık personelinin yetersiz olduğu az gelişmiş ülkelerde düzenli kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve klinik meme muayanesi (KMM), meme kanserinde erken teşhisi sağlamak için kullanılan diğer yöntemlerdir (140). Düşük ve orta gelirli ülkelerde meme kanserinin önemli bir oranı (Endonezya'da %70, Sahra Altı Afrika'da %75), ileri bir aşamada iken (evre III veya IV) teşhis edildiğinden, bu ülkelerin toplumları için KKMM ve ardından bir sağlık tesisinde KMM, meme kanserinin erken teşhisini arttırmada ve iyileştirmede etkili olabilmektedir (140,141). DSÖ, herhangi bir kaynak ortamında KMM ile toplum temelli, organize taramayı önermese de, mamografiye dayalı tarama programlarının yokluğunda, daha düşük bir kaynak ortamında KMM makul bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (141).

2.1.4.3. Meme kanserinden tersiyer korunma

Üçüncül korunma hastalığın klinik bulgularının mevcut olduğu bir zamanda uygulanmaya konulmaktadır (142). Meme kanseri üçüncül korunma yöntemlerinin asıl hedefi, meme kanserinin neden olabileceği komplikasyonları önleme, kişinin yaşam kalitesini arttırma, nüksü azaltma ve sağkalımı uzatmaktır (142,143). Bu tür bir yaklaşım, meme dokusunun cerrahi yöntemle çıkarılmasını ve patolojik değerlendirmesine öncülük eden tespit ve tarama için tanısal görüntülemeyi ve takiben lokal nüks riskini azaltmak için radyasyon tedavisini ve/veya uzak metastatik hastalık riskini azaltmak için sistemik tedaviyi kapsamaktadır (144).

Cerrahinin amacı, en az agresif tedavi ile lokal kontrolü en üst düzeye getirmektir (145). Memedeki kanserli dokuların çıkarılmasını hedef alan iki ana cerrahi prosedür türü bulunmaktadır ve bunlar arasında (1) meme koruyucu cerrahi ve (2) mastektomi yer alır (72). Meme koruyucu cerrahi, tümörü saran minimum 2 mm'lik normal doku ile kalan tümörün geniş bir şekilde çıkarılmasını içeren standart bir lumpektomi olarak ifade edilmektedir (146). Mastektomi ise, tüm memenin ve meme bezini kapsayan tüm derinin eksizyonunu içermektedir. Mastektomi, hastalığın şiddeti sebebiyle meme koruyucu cerrahinin uygulanamaması veya meme koruyucu cerrahi yapmayı istemeyen hastalarda yapılmaktadır (102).

Meme koruyucu cerrahi ve mastektomi, aksiller cerrahiyi de içerisinde barındırmaktadır (147). Aksiller cerrahi, meme kanseri tedavisinde kritik bir öneme sahiptir (148). Meme kanseri için aksiller lenf nodu diseksiyonu, sağ kalımı artırmak, bölgesel kontrolü maksimize etmek ve nodal sınıflandırma yapmak için oluşturulmuş bir cerrahi prosedürdür. Bununla birlikte, bu prosedür çok sayıda hastada kısa ve uzun vadeli yan etkilere yol açmaktadır (149). Sentinel lenf nodu biyopsisi, meme kanserinde aksiller lenf nodu diseksiyonuna göre daha çok kabul edilen bir alternatiftir (150).

İnvasiv meme kanserlerinde, lokal nüks riskini daha da azaltmak için ameliyat öncesinde neoadjuvan tedaviler, ameliyat sonrasında ise adjuvan tedaviler kullanılabilmektedir (151). Radyoterapi, meme kanserinin lokal tedavisidir (72). Adjuvan radyoterapi ile, cerrahiden sonra rezidüel meme dokusu/göğüs duvarı ve

drene olan lenf düğümleri ışınlanmaktadır (144). Adjuvan radyoterapi, meme koruyucu cerrahinin uygulandığı tüm hastalarda kullanılmaktadır (152). Adjuvan radyoterapiyi kullanmayı gerektiren durumlar aynı zamanda en az dört aksiller lenf düğümünde metastaz oluşumunu içermektedir (144). Kemoterapi, meme kanserinin sistemik bir tedavisidir ve neoadjuvan veya adjuvan olarak kullanılabilmektedir (72). Adjuvan ve neoadjuvan ortamlarda, kombinasyon halinde kemoterapi kullanmanın, tümör boyutunu küçülterek ve hastalıksız nüks ve sağkalımı artırarak maksimum fayda gösterdiği bildirilmektedir (144). Endokrinal tedavi, östrojen reseptör ekspresyonu olan meme kanseri olan hastalarda neoadjuvan ya da adjuvan ortamlarda kullanılabilen sistemik tedavi biçimidir ve meme kanseri nüks riskini veya uzak metastaz riskini azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır (72,102). Endokrin tedavisinin diğer endikasyonları ise salgılanan hormon düzeyini azaltmak ve kansere bağlı oluşan rahatsızlıkları ve semptomları hafifletmektir (102). Kemoterapi ile kombine edilmiş endokrin tedavisi, meme kanserli hastalarda ölüm oranlarının azalmasını sağlamaktadır. Buna ek olarak, adjuvan endokrin tedavisini daha uzun süreli (10 yıla kadar) kullanmanın, tümörün nüks riskini azalttığı ve sağkalımı iyileştirdiği bildirilmektedir (153).

Metastatik (evre IV) evrede iken meme kanseri teşhisi alan hastalar için mevcut tedavi yaklaşımları, hormonal tedavi ve kemoterapi gibi sistemik tedavi yaklaşımlarını içermesiyle palyatif kabul edilmektedir (154). Metastatik (evre IV) meme kanserinin primer tümör rezeksiyonu ve sağkalım üzerindeki etkisi tartışmalı bir konudur (155). Metastazlar meydana geldiğinde, primer meme tümörünün cerrahi olarak çıkarılmasının, sağkalımı iyileştirdiği düşünülmemektedir (154). Metastatik (evre IV) meme kanseri için cerrahi tedavi yaklaşımının, primer tümörün cilt ülserasyonu, kirli drenaj ile enfeksiyon ve hayatı tehdit eden kanama gibi komplikasyonlara yol açması sebebiyle uygun bir yöntem olduğu kabul görülmemektedir (156).

2.1.5. Meme Kanseri ile Mücadelede Hemşirenin Rolü

Meme kanseri ile mücadelede yürütülen birincil korunma, sekonder korunma ve tersiyer korunma hizmetlerinin tamamında hemşirelik uygulamaları da yer

almaktadır (157). Hemşireler kadın sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde sağlık eğitimini araç edinerek meme kanserinden korunma, erken tanı, hastalık halinde tedavi ve rehabilitasyona yönelik çeşitli girişimlerde bulunurlar. Sağlık eğitimi girişimlerinin hedefinde, bilgi eksikliğini giderme, olumlu sağlık davranışlarının farkına vardırma, davranışın yararına inandırma, istendik davranış değişikliğini gerçekleştirme ve alışkanlık haline getirmede vardır (158).

Hemşirelerin meme kanserinde birincil korunma kapsamındaki girişimleri, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, emzirme davranışını teşvik etme ile sigara ve alkolün zararlı kullanımını engellemeye yöneliktir (119). Çeşitli beslenme değişiklikleri, fiziksel aktivite, alkol ve sigarayı bırakma gibi yaşam tarzı değişikliklerinin, meme kanseri riskini azalttığı bildirilmektedir. Bu nedenle, kadınları bu faktörler ve bu faktörlerin meme kanseri riskindeki önemi konusunda eğitmek, meme kanserinden birincil korunmayı sağlamaktadır (159). Hemşireler eğitici rolü ile, düzenledikleri eğitim programlarında, toplumdaki kadınlara sağlıklı bir yaşam tarzı kazandırmak için, davranışsal değişiklik yapmayı amaçlamaktadır (160).

Hemşirelerin meme kanserinde ikincil korunma uygulamaları kapsamında, risk altındaki, kadınların düzenli olarak tarama programlarına katılmaları konusunda motive etmek, erken tanı çalışmalarını geliştirmek ve yaygınlaştırmak, tarama programlarına katılımı artırıcı sağlık eğitimleri vermek ve danışmanlık yapmak yer alır (161). Kadınların meme kanseri ile ilgili endişeleri, bilgi eksikleri, düşük düzeyde algılanan tehdit, düşük sağlık motivasyonu ve meme kanseri taramasına ilişkin algılanan yarar ve öz yeterliliğin sınırlı olması gibi faktörler, meme kanseri tarama davranışlarını etkilemektedir (162). Hemşireler, toplumda kanser taramasına uygun olan bireyleri belirleyerek, kanser taramasının önündeki bireysel engelleri saptayabilmektedir (163). Sağlık eğitimi bu engellerin aşılması, taramaya ilişkin sağlık inançlarının geliştirilmesi, kadınlar arasında meme kanseri tarama davranışına teşviğin oluşturulması ve dolayısıyla tarama programına katılım oranının artırılmasını sağlamaktadır (162). Hemşireler, hastane gibi tedavi hizmeti veren kurumlarda, okullar, sağlık ocakları gibi koruyucu sağlık hizmeti sunan birimlerde, kanser dernekleri gibi rehabilitasyon hizmeti sağlayan merkezlerde ve evlerde

kadınlarla sürekli iletişim halinde olmalarından dolayı sağlık eğitimlerinde aktif rol oynamaktadırlar (119). Hemşire liderliğinde yürütülen danışmanlık ve sağlık eğitimi; kanser semptomları, risk ve tarama yöntemleri ile ilgili bilgi kazanımını sağlayarak var olan bilgileri geliştirmek ve tarama davranışını motive etmek için yardımcı olmaktadır (164).

Risk faktörleri konusundaki bilgi eksikliği, meme kanseri riskinin hafife alınmasına neden olmaktadır (165). Türkiye'de (2014) meme kanseri riski algısı üzerine yapılan bir araştırmada, kadınların meme kanserine yakalanma riskleri konusuna aşırı iyimser yaklaştıkları bildirilmektedir. Türkiye'de meme kanserine dair ortalama bir risk taşıyan kadınların sadece %65,5'i bunu yeterli düzeyde algılarken, yüksek meme kanseri riskine sahip kadınlar arasında %65,7'sinin mevcut riski hafife aldığı bildirilmektedir (166). Risk faktörleri hakkındaki bilgi eksikliği, meme kanseri için yüksek riske sahip olan kadınlarda yanlış algılamalara, önleme ve risk azaltma tedavilerini yetersiz kullanmaya da neden olabilmektedir (167). Hemşireler, düzenledikleri eğitim programlarıyla risk altındaki kadınların bilgi düzeyini arttırmada, korkuları yatıştırmada, mitleri ortadan kaldırmada, meme kanseri hakkındaki yanlış algıları düzeltmede ve meme sağlığı davranışlarının benimsenmesinde yardımcı olmaktadır (168).

Hemşirelerin meme kanserinde tersiyer korunma kapsamındaki girişimleri, meme kanserinin neden olabileceği komplikasyonları önleme, kişinin yaşam kalitesini arttırma, nüksü azaltma ve sağkalımı uzatmaya yöneliktir (142,143). Meme kanserine yakalanan bireylerde, hayatı tehdit eden bir hastalık, nüks korkusu ve tedavilerin yan etkileri yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaları etkili bir şekilde yönetmek, profesyonel ve bütüncül bir yaklaşım sayesinde mümkün olmaktadır (169). Hemşireler, hastalara gerek ameliyat öncesi ortamda, gerek hastanede kaldıkları süre boyunca ve evde bakım koşullarında kaliteli bakım, eğitim ve psikososyal destek sağlayarak en iyi bir şekilde sağlığa dönmeleri için yardımcı olmaktadır. Bu kapsamda hemşireler, hastalara dren ve yara bakımı, ağrı yönetimi, postoperatif duyumlar, hareket açıklığı (ROM) egzersizleri, aktivite kısıtlamaları ve el kol bakımı konusunda eğitim vermektedir (170).

Hemşireler meme kanseri araştırmalarını planlama ve yürütme gibi faaliyetlerde bulunarak, hemşirelik uygulamalarına dair kılavuzlar geliştirebilmektedir (171). Yakın tarihte yayınlanmış incelemelerde, hemşirelik alanında, sağlık eğitimi yöntemlerinin incelendiği araştırmalara giderek artan bir ilgi olduğu ve mamografi tarama oranını arttırmak amacıyla uygulanan mevcut sağlık eğitimi yöntemlerinin etkililiğini arttırmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu önerilmektedir (38,172). Hemşirelerin araştırmalarda mamografi tarama oranını arttırmak amacıyla sıklıkla kullandıkları yüz yüze bireysel veya grup eğitimi, SMS hatırlatma mektubu, hatırlatma kartpostalı, broşür gibi basılı materyaller, telefon görüşmeleri, video gösterimi gibi yöntemlerin, değişen başarılara sahip olduğu bildirilmektedir (7,38-41). Özellikle yüz yüze etkileşimin olduğu yüz yüze sağlık eğitimlerinin, birçok çalışmada mamografi tarama davranışını olumlu yönde geliştirdiği rapor edilmektedir (40-42). Yüz yüze etkileşimler, güven oluşturucudur ve aynı zamanda karar vermede etki sağlayabilen deneyimsel eğitime imkân vermektedir. Etkileşimli görüşmeler sayesinde hemşireler, kadınlara meme kanserinin yaşamları üzerindeki potansiyel etkisi hakkında düşünmelerini ve tartışmalarını teşvik etmek için tasarlanmış sorular yöneltebilmektedir. Etkileşimli tartışmalar, müdahalenin içeriğini ve sürecini bireylerin özel ihtiyaçlarına göre biçimlendirilmesine olanak sağlayarak meme kanseri hakkındaki yanlış bilgileri ve algıları düzeltmeye olanak sağlayabilmektedir (173). Çevrimiçi sağlık eğitimi, bireylere aktif soru sorma ve endişelerini dile getirme fırsatı sunan, etkileşimi eş zamanlı (senkronize) olarak sağlayan birey merkezli bir yöntemdir (174). İnternetin genişlemesi, cep telefonları ve dijital sosyal ağ platformlarının daha yaygın kullanılmasıyla birlikte toplum tarafından çevrimiçi sağlık eğitimlerinin büyük oranda kabul edildiği bildirilmektedir (54). Aynı zamanda, çevrimiçi sağlık eğitimlerinin, yüz yüze bireysel eğitimlerde yaşanan zorlukların (maliyet, zaman, mesafe) üstesinden gelerek sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttırabileceği değerlendirilmektedir (55,56). Ancak, çevrimiçi sağlık eğitimi yönteminin bu potansiyel avantajlarına rağmen, yüz yüze sağlık eğitimi müdahalesine göre ne derece etkili olduğu, yapılan çalışmalarda sınırlıdır (233).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın planlanması, yürütülmesinde SPIRIT rehber alındı ve raporlandırılmasında CONSORT (2018) esas alındı (175,176).

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu çalışma, iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubundaki kadınların meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar ve engel düzeyleri, mamografi özyeterlilik düzeyleri ve mamografi taramasına etkisini belirlemek amacıyla paralel gruplu, tek kör randomize kontrollü bir araştırma olarak yürütüldü.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI ZAMAN ve YER ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma, Ocak - Temmuz 2023 tarihleri arasında, Osmaniye İli Toprakkale Aile Sağlığı Merkezi'nde uygulandı. İlgili Aile Sağlığı Merkezi yedi aile hekimliği biriminden oluşmaktadır.

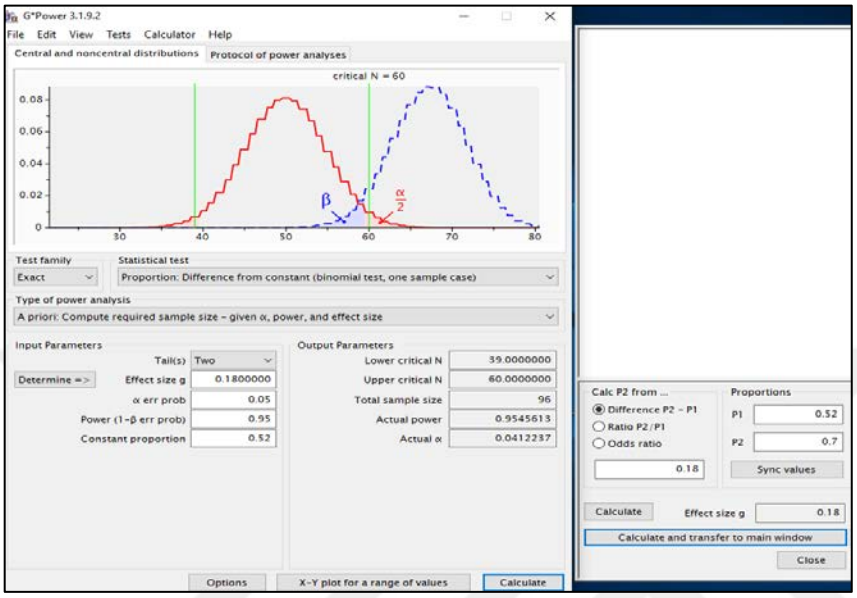
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Toprakkale Aile Sağlığı Merkezi'ne Ocak - Temmuz 2023 tarihleri arasında kayıtlı olan 40-69 yaş arası yaklaşık 4000 kadın oluşturdu.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın örneklemi; belirtilen tarihler arasında, Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, dahil edilme kriterlerini taşıyan, araştırmaya katılmaya gönüllü 126 sağlıklı kadın katılımcıdır. Çalışmanın örneklem büyüklüğü Babaoğlu ve ark.'nın (2021) çalışmasındaki mamografi testi yaptırma oranı esas alınarak hesaplandı (28). Babaoğlu ve ark.'ları çalışmalarında, kadınlarda son iki yılda mamografi testi yaptırma oranının %52 olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmada, kadınların sağlık eğitimin sonunda mamografi testi yaptırma oranının %70 olmasının anlamlı kabul edileceği varsayımı etki büyüklüğü d=0.18, %95 güç ve 0.05 yanılma düzeyinde üç gruba en az 96 katılımcı alınması gerektiği hesaplandı (26,28). Hesaplamada "G

Power 3.1.9.2” paket programı kullanıldı. Çalışmada olası veri kaybı dikkate alınarak %30 oranında katılımcı eklenmesine karar verildi. Bu bağlamda her grupta 42 olmak üzere çalışmanın örneklemi 126 katılımcı olarak belirlendi.



Şekil 3.1. Araştırmanın örneklem büyüklüğü

3.4.1. Post Hoc Power Analizi Sonucu

Çalışma 126 kişi ile tamamlandığında post hoc power analizi sonucunda, %95 güven (1-α), g=0,18 etki büyüklüğü ve iki yönlü hipoteze göre testin gücünün %98 olduğu hesaplandı (Şekil 3.2.).

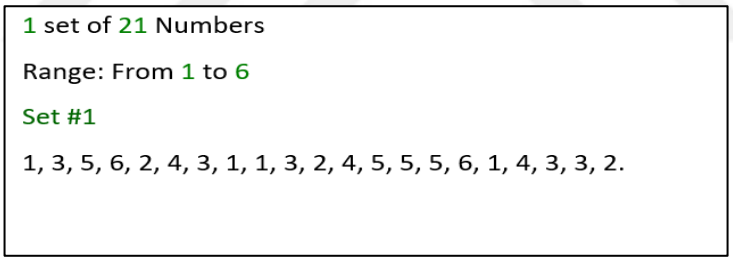
Exact – Proportion: Difference from constant (binomial test, one sample case)

Options:	α balancing: α/2 on each side		
Analysis:	Post hoc: Compute achieved power		
Input:	Tail(s)	=	Two
	Effect size g	=	0.18
	α err prob	=	0.05
	Total sample size	=	126
	Constant proportion	=	0.5
Output:	Lower critical N	=	51.0000000
	Upper critical N	=	75.0000000
	Power (1-β err prob)	=	0.9821972
	Actual α	=	0.0400358

Şekil 3.2. Post hoc power analizi

3.5. ARAŞTIRMANIN RANDOMİZASYONU

Çalışmada, katılımcılar iki deney ve bir kontrol grubuna randomize edildiler. Katılımcıların randomizasyonunda, blok randomizasyon yöntemi tercih edildi. Blok randomizasyon için dijital bir program kullanıldı. Blok randomizasyonla, katılımcıları üç gruba ayrılmak için öncelikle, “A”, “B” ve “C” harflerini içeren altı kombinasyon oluşturuldu. Oluşturulan kombinasyonlar; ACBBAC (1), ABCCBA (2), BCAABC (3), CABCAB (4), CBABCA (5), BACACB (6) şeklinde sıralandı. Toplam katılımcı sayısı kombinasyon sayısına bölünerek (126/6=21), programda 1’den 6’ya kadar olan rakamlar, 21 kez rastgele dağıtıldı (randomizer.org). Elde edilen, sıralamaya göre kombinasyonların dizilimi belirlendi. Kombinasyonların sıralaması; ACBBAC; BCAABC; CBABCA; BACACB; ABCCBA; CABCAB; BCAABC; ACBBAC; ACBBAC; BCAABC; ABCCBA; CABCAB; CBABCA; CBABCA; CBABCA; BACACB; ACBBAC; CABCAB; BCAABC; BCAABC; ABCCBA şeklinde sağlandı. Sonra kura yöntemiyle “A” kontrol grubu, “B” çevrimiçi sağlık eğitimi grubu, “C” yüz yüze sağlık eğitimi grubuna, rastgele atandı.



Şekil 3.3. Grup kombinasyonlarının blok randomizasyonu

3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmaya dahil olma kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Türkçe okur-yazar olmak
- 40-69 yaş aralığında olmak
- Kadın olmak
- Görüntülü görüşme yapabilecek teknik donanıma sahip olmaktır.

3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Herhangi bir iletişim engeline sahip olmak
- Gebe veya lohusalık döneminde olmak
- Emzirme döneminde olmak
- Son iki yılda mamografi çektirmiş olmak
- Daha önce iyi huylu meme hastalığı veya meme kanseri geçirmiş olmak
- Ailesel meme kanseri öyküsüne sahip olmak
- Sağlık alanında çalışıyor ya da okuyor olmaktır.

3.6. ARAŞTIRMANIN KÖRLENMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ

Bu araştırmada seçim yanlılığını önlemek için, katılımcılar gruplara blok randomizasyon yöntemiyle rastgele atandı. Katılımcılar hangi grupta yer aldıklarını bilmediler. Raporlama yanlılığının önlenmesi için ise araştırmanın verileri uzman bir istatistikçi tarafından analiz edildi.

3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR

Bu çalışmada, veri toplama formları ile eğitim materyalleri kullanıldı.

3.7.1. Veri Toplama Formları

Araştırma verileri; araştırmacılar tarafından literatür esas alınarak oluşturulan "Form I" ve "Form II" aracılığıyla toplandı (28,177-179). Çalışmada uygulanan Form I, üç bölüm ve 47 sorudan oluştu. Birinci bölümde doğum yılı, eğitim ve çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, ilk adet yaşı, emzirme durumu gibi soruları içeren Tanıtıcı Bilgi Formu (21 soru) ile katılımcıların meme kanseri ve mamografi bilgisine yönelik özdeğerlendirmeleri için Görsel Analog Ölçek (VAS) kullanıldı. İkinci bölümde meme kanseri taramalarına yönelik Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin (CSİMÖ), Algılanan Mamografi Yararları (5 madde) ve Engelleri (11 madde) alt boyutları, üçüncü bölümde ise Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği (10 madde) yer aldı (EK-6).

Çalışmanın sonunda uygulanan Form II, üç bölüm ve 34 sorudan oluştu. Birinci bölümde toplam sekiz soru yer aldı. Katılımcıların meme kanseri ve mamografi bilgisine yönelik özdeğerlendirmeleri için iki soruda VAS kullanıldı. Mamografi taraması yaptırma durumu ve niyeti (5 soru) ile standart hizmetten/sağlık eğitiminden memnuniyet durumunun (1 soru) belirlenmesini amaçlayan sorulara birinci bölümde yer verildi. İkinci bölümde CSİMÖ Algılanan Mamografi Yararları (5 madde) ve Engelleri (11 madde) alt boyutları; üçüncü bölümde ise Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği (10 madde) yer aldı (EK-7).

3.7.1.1.Görsel Analog Ölçek

Çalışmanın başlangıcında ve sonunda katılımcıların meme kanseri ve mamografi ile ilgili bilgi düzeyi öz değerlendirmesi "0 = hiç bilgim yok" ile "10 = yeterli bilgim yok" puan aralığında bir VAS ile ölçüldü. Çalışmanın sonunda katılımcıların standart bakım hizmetinden/sağlık eğitiminden memnuniyet düzeyi "0 = hiç memnun değilim" ile "10 = çok memnumum" puan aralığındaki VAS ile değerlendirildi (231).

3.7.1.2.Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

CSİMÖ, Champion tarafından 1984 yılında geliştirilen, mamografi taramasını etkileyen sağlık inançlarını tahmin etmek için sıklıkla kullanılan bir ölçektir (180-183). Ülkemizde, dört ayrı çalışmada CSİMÖ'nin geçerlik güvenirlik analizi yapılmıştır (184-187). Bu çalışmada Gözüm ve Aydın (2004) tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılan CSİMÖ esas alındı. Çalışmada ölçeğin mamografiye ilişkin yarar algısı ve mamografiye ilişkin engel algısı olmak üzere yalnız iki alt boyutu kullanıldı. Ölçeğin, mamografiye ilişkin yararlar alt boyutu 5 maddeden (1., 2., 3., 4. ve 5. maddeler), engeller alt boyutu 11 maddeden (6., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 13., 14., 15. ve 16. maddeler) oluşmaktadır. Mamografi tarama davranışıyla, mamografi yarar algısı alt ölçeği pozitif, mamografi engel algısı alt ölçeği ise negatif ilişkilidir. Ölçek 5'li Likert tipindedir ve 1=kesinlikle katılmıyorum ile 5=kesinlikle katılıyorum aralığında puanlanmaktadır. Ölçekte, algılanan mamografi yararları boyutu 5 ile 25 puan, algılanan mamografi engelleri boyutu 11 ile 55 puan aralığında değerlendirilmektedir (184,188). Mamografi yarar algısı ve engel algısı Cronbach α

katsayıları sırasıyla 0.73 ve 0.88 olarak bildirilmektedir (184). Bu çalışmada CSİMÖ Mamografi yarar algısı ve engel algısı Cronbach α katsayıları sırasıyla; 0,61 ve 0,79 olarak hesaplandı.

3.7.1.3.Mamografiye İlişkin Öz Yeterlilik Ölçeği:

Mamografiye İlişkin Öz Yeterlilik Ölçeği 2005 yılında Champion tarafından geliştirilmiştir (189). Ülkemizde ölçeğin geçerlik güvenirliği Seçginli tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Toplam 10 maddeden oluşan ölçek 5'li Likert tipte olup, her bir madde 1= Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum şeklinde derecelendirilmektedir. Elde edilen toplam puan 10 ile 50 arasında değişmektedir. Yüksek puan, mamografi için algılanan yüksek düzeyde öz yeterlilik olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin Cronbach α değeri 0.90 olarak bildirilmektedir (190). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α değeri 0,92 olarak hesaplandı.

3.7.2. Meme Kanseri ve Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Sağlık Eğitimi

Çalışma kapsamında yapılan meme kanseri ve meme kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitiminde, power point sunusu ve basılı/dijital broşür kullanıldı. İlgili literatür incelenerek, katılımcıların bilgi gereksinimini karşılamak, farkındalığını arttırmak, mamografi taramasına yönelik sağlık inancını iyileştirmenin yanı sıra taramaya katılımını teşvik etmek amacıyla eğitim materyallerinin içeriği literatür esas alınarak oluşturuldu (40,192-194). Bununla birlikte eğitim materyalleri hazırlanırken, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi Başkanlığı tarafından geliştirilen "Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları" ve "Meme Kanseri Broşürü" nden yararlanıldı (191,232). Meme kanseri ve meme kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitimi power point sunusunda yer verilen konu başlıkları sırasıyla aşağıda maddeler halinde sunulmuştur.

- Meme kanseri sıklığı,
- Meme kanseri tanımı,
- Meme kanserinin belirtileri,
- Meme kanseri gelişimi için risk faktörleri,

- Meme kanserinde erken tanı ve önemi,
- Mamografinin rolü,
- Mamografi taraması için kılavuzlar,
- Mamografi çektirilebilecek sağlık birimlerinin (KETEM) tanıtımı.

Sağlık eğitim broşüründe ise içerik olarak; meme kanserinin önemi, meme kanseri risk faktörleri, mamografi yoluyla erken teşhisin önemi, mamografi prosedürü, mamografi çektirilebilecek yerlerin tanıtımı yer aldı. Eğitim broşürü, yapılan sağlık eğitimini destekleyici ve hatırlatıcı nitelikteydi.

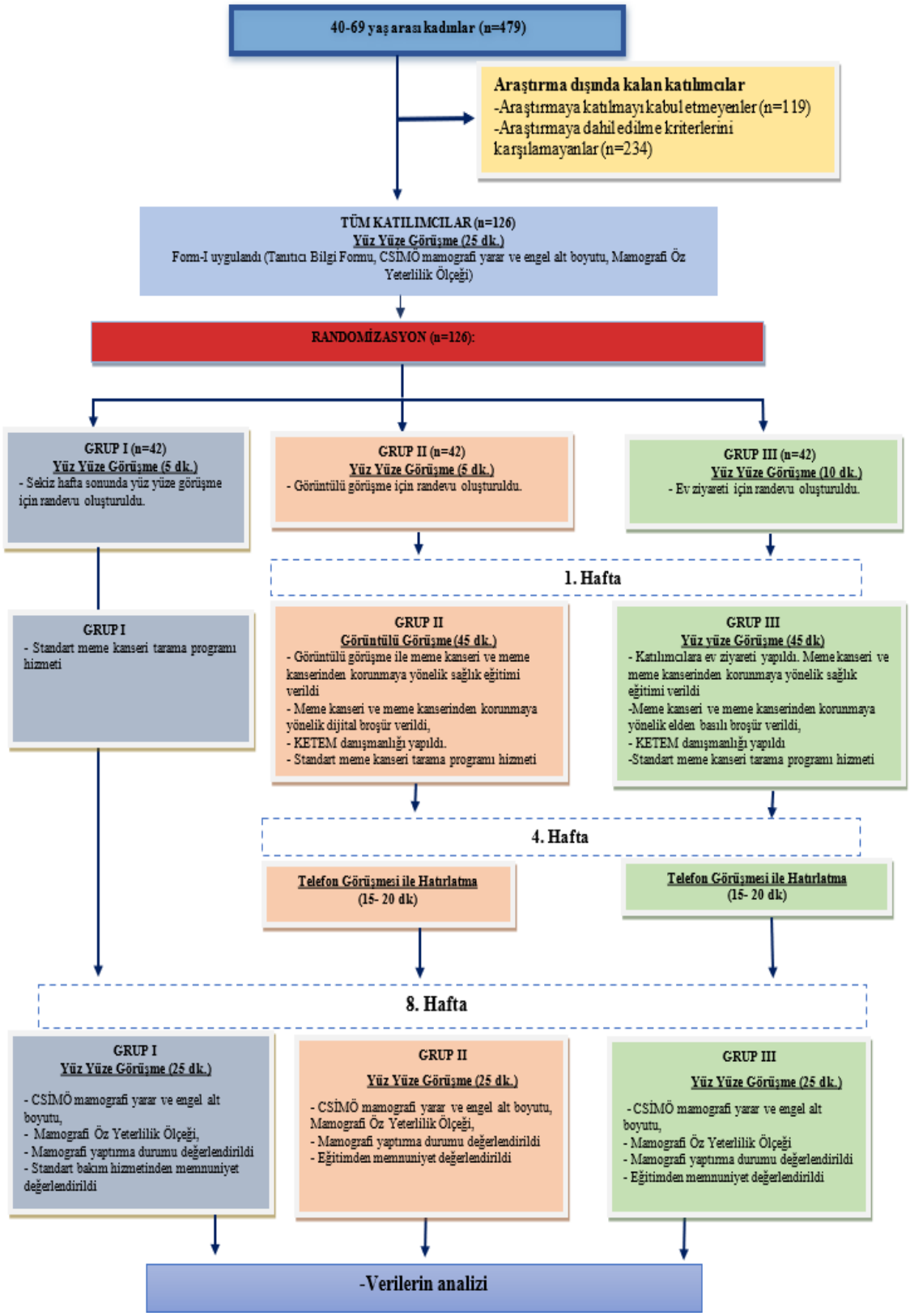
3.8. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

3.8.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

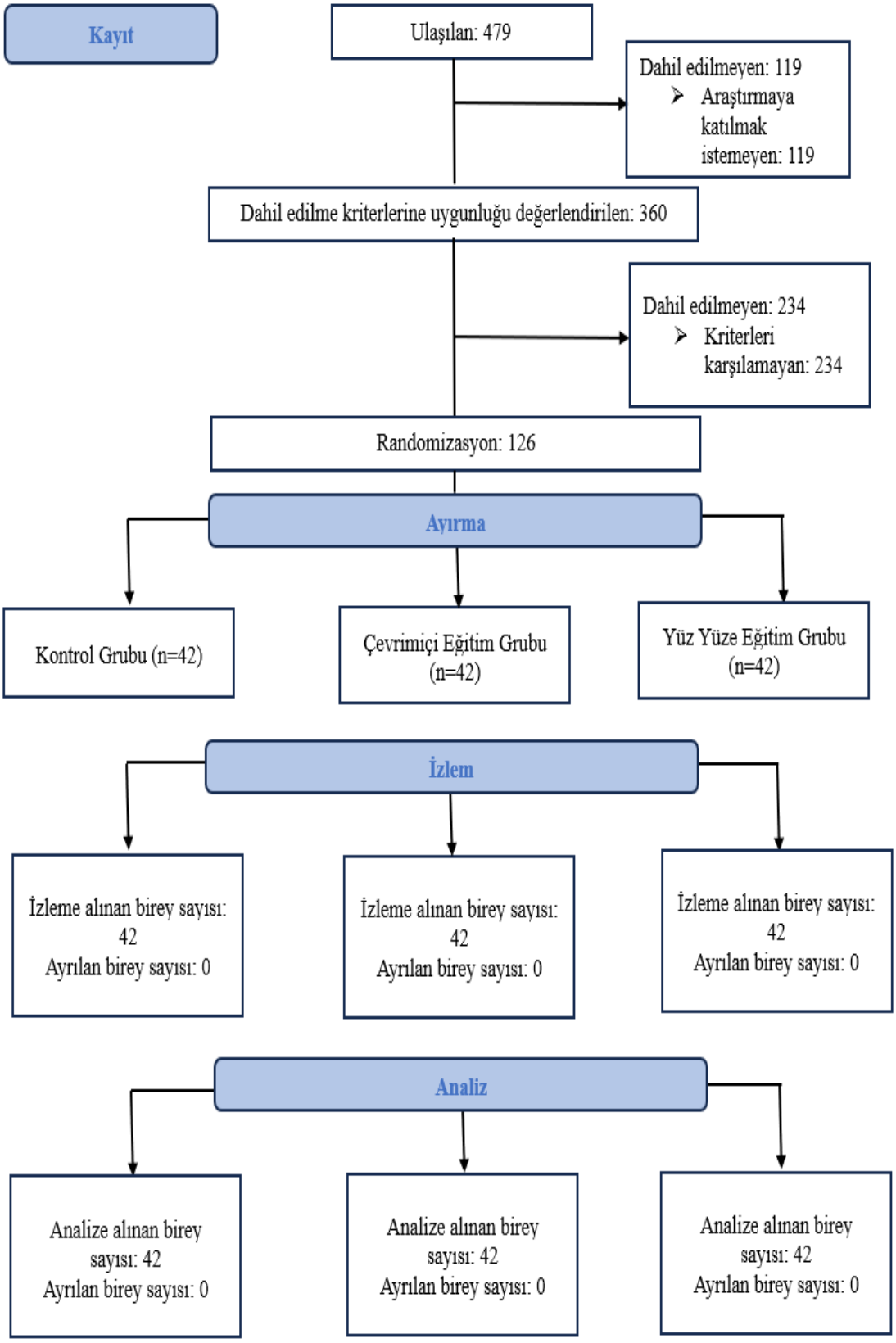
Veri toplama formlarında yer alan soruların ve eğitim materyallerinin anlaşılırlığını kontrol etmek amacıyla ASM'ye başvuran ve araştırma kriterlerine uyan, 12 katılımcı (yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubunda altı olmak üzere toplam 12 katılımcı) ile ön uygulama yapıldı. Örneklem büyüklüğünün %10'unu oluşturan 12 katılımcı ile yapılan bu ön uygulama sonucunda veri toplama formlarının ve eğitim materyallerinin anlaşılır olduğuna karar verildi ve herhangi bir düzeltmeye gereksinim duyulmadı. Ön uygulama yapılan katılımcılara ait veriler, araştırmanın dışında tutuldu.

3.8.2. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmacı, herhangi bir nedenle ASM'ye gelen 40-69 yaş grubundaki kadınlara çalışmanın amacı hakkında kısa bir bilgilendirme yaptıktan sonra, onları araştırmaya katılmaya davet etti. Takiben, araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlarda, dahil edilme kriterlerini inceledi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan katılımcılara çalışmanın amacı açıklandı ve katılımcılara Form I uygulandı. Form I'in uygulanmasını takiben katılımcılar, ASM'ye geliş sırasına göre blok randomizasyon listesinde yer alan gruba atandı. Araştırma grupları; "Kontrol Grubu = Grup I", "Çevrimiçi Eğitim Grubu = Grup II", "Yüz yüze Eğitim Grubu = Grup III" olmak üzere isimlendirildi ve her bir grupta 42 katılımcı yer aldı. Araştırma süreci Şekil 3.4'te, akış diyagramı Şekil 3.5.'te yer almaktadır.



Şekil 3.4. Araştırma Akış Şeması



Şekil 3.5. CONSORT (2018) Akış Diyagramı

3.8.2.1. Kontrol grubu:

Kontrol grubu, çalışmada "Grup I" olarak adlandırıldı. Bu grup, çalışma sürecinde standart meme kanseri tarama programı hizmeti almakta idi. Tüm ülkeye uygulanan bu standart sağlık hizmeti; ASM'lere kayıtlı olan, son 2 yılda veya hiç tarama yaptırmamış 40-69 yaş arası kadınların, ASM sağlık personeli tarafından bilgilendirilmesini ve tarama programına davet edilmesini içermektedir. Ulusal Meme Kanseri Tarama programına davet, ASM'ye kayıtlı 40-69 yaş arası kadınlara her iki yılda bir tekrarlanmaktadır. Bununla birlikte tarama programının tanıtımının, içeriği Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi ve Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nce belirlenen medya kampanyaları, sivil toplum kuruluşları iş birliği ile yapılarak, ASM'de bulunan afiş ve broşürler ile birlikte yapılmakta ve ülke çapında azami katılımın gerçekleşmesi hedeflenmektedir (191). Araştırma sürecinde, kontrol grubunda yer alan katılımcılara standart meme kanseri tarama programı hizmeti dışında bir müdahalede bulunulmadı. Araştırma sürecinde kontrol grubundaki katılımcılarla iki kez yüz yüze görüşüldü.

3.8.2.1.1. Kontrol grubu birinci görüşme: Tüm katılımcılara ASM'de ilk görüşmede yüz yüze Form I uygulandıktan sonra, kontrol grubuna atanan katılımcılar "Grup I" olarak adlandırıldı. Bu grupta yer alan katılımcılara Form II'yi uygulamak için sekiz hafta sonrasına bir randevu oluşturuldu. İlk görüşmede; Form I'in uygulanması ortalama 25 dakika, randevu oluşturulması ise ortalama 5 dakika sürdü.

3.8.2.1.2. Kontrol grubu ikinci görüşme: Grup I'de yer alan katılımcılara, çalışmaya atandıkları günden itibaren sekizinci haftada telefon edilerek randevuları hatırlatıldı ve katılımcılar ASM'ye davet edildi. Son görüşmede bu gruptaki katılımcılara yüz yüze yöntemle Form II uygulandı. Görüşme yaklaşık 25 dakika sürdü. Elde edilen veriler, analiz için hazırlandı. Araştırmanın sonlandırılmasının ardından, gönüllü katılımcılara belirttikleri bir yöntemle (çevrimiçi / yüz yüze) meme kanseri ve meme kanserinden korunmaya yönelik bireysel sağlık eğitimi yapıldı ve eğitim broşürü verildi.

3.8.2.2. Çevrimiçi Eğitim Grubu

Çevrimiçi eğitim grubu Grup II olarak adlandırıldı. Bu gruptaki katılımcılara standart meme kanseri tarama programı hizmetine ek olarak, WhatsApp uygulaması üzerinden görüntülü görüşme ile çevrimiçi olarak meme kanseri ve meme kanserinden korunmaya yönelik bireysel sağlık eğitimi uygulandı ve dijital eğitim broşürü verildi. Sağlık eğitimi programı Tablo 3.8.2.1'de sunulmaktadır.

3.8.2.2.1. Çevimiçi eğitim grubu birinci görüşme: Tüm katılımcılara ASM'de ilk görüşmede yüz yüze Form I uygulandıktan sonra Grup II'ye atanan katılımcılara meme kanseri ve meme kanserinden korunma hakkında WhatsApp görüntülü görüşme yoluyla birebir sağlık eğitimi yapılacağı bilgisi paylaşıldı. Katılımcılara, WhatsApp üzerinden power point eğitim sunusunun paylaşılacağı, anlatım esnasında takibinin de nasıl yapılacağı ve bu eğitimin en fazla 45 dakika süreceği ile ilgili kısa bir bilgilendirme yapıldı. Bilgilendirmenin ardından, bu grupta yer alan katılımcılara, takip eden haftada WhatsApp görüntülü görüşme için randevu oluşturuldu. İlk görüşmede; Form I'in uygulanması ortalama 25 dakika, randevu oluşturulması ise ortalama 5 dakika sürdü.

3.8.2.2.2. Çevrimiçi eğitim grubu ikinci görüşme: Planlanan randevu gününde, eğitimden hemen önce katılımcı telefon ile arandı, görüşmenin bölünmemesi için katılımcının sessiz bir odada bulunması gerektiği belirtilerek gün içinde uygun olduğu bir zaman aralığı belirlendi ve görüntülü görüşme yapıldı. Bilgi özümseme verimliliğini arttırabileceği için eğitim sırasında gündelik giyim yerine hemşire üniforması giymek tercih edildi (195). Eğitime başlamadan önce katılımcı selamlandı, sağlık eğitimi ve danışmanlık ilkelerine uygun olarak katılımcının rahatlatılması sağlandı. Yapılan eğitimde "Yetişkin Sağlık Eğitimi İlkeleri"ne uyuldu (196). Çevrimiçi bireysel sağlık eğitimi, ortalama 45 dk sürdü.

Tablo 3.9.3.1 Sağlık eğitimi uygulama programı

Süre	**Amaç**	**Eğitim yöntemi**	**İçerik**
0-5 dk	• Etkili iletişimi başlatma ve sürdürme • Meme kanserinden korunma konusuna etkili bir giriş yapma	Selamlaşma Isınma, Soru cevap,	• Katılımcıları selamlama • Eğitimin içeriği ve süresi hakkında bilgilendirme, • Mamografiye ilişkin bilgi, inanç ve davranış durumları hakkında sorular sorma • Kadınların önceki mamografi deneyimlerini paylaşması
6-20 dk	• Meme kanserinden korunma hakkında, bilgi eksikliğini giderme • Mamografiye yönelik yarar algısı geliştirmek • Mamografiye yönelik engel algısını gidermek	Anlatım, Örnek olay, Soru cevap, Özetleme, Slayt gösterisi	• Örnek meme kanseri vakasına yönelik duygu ve düşüncelerinin paylaşılması • Meme kanserinin tanımı, meme kanseri yaygınlığı, meme kanseri erken uyarı işaretleri, meme kanseri riskini arttıran faktörler, meme kanseri riskini en aza indirmek için neler yapılmalı konularının anlatılması • Erken tanının öneminin ve yararlarının vurgulanması • Mamografi yapmanın önündeki engellerin tartışılması
21-35 dk	• Mamografiye yönelik öz yeterliliğin geliştirmek • İki yılda bir Mamografi çekilmenin sürdürülebilir bir koruyucu sağlık hizmeti olduğunu kavratmak, bu hizmeti almaya motive etmek	Anlatım, Soru cevap, Slayt gösterisi, Özetleme	• Mamografinin tanıtılması, • Mamografinin yararları hakkında bilgi verilmesi, • KETEM danışmanlığının yapılması
36-45 dk	• Katılımcıların geri bildirimlerini değerlendirmek	Anlatım, Soru cevap, Özetleme, Eğitim broşürü	• Kadınların engellerini ortadan kaldırmaya yönelik bireysel önerilerin değerlendirilmesi, • Eğitim broşürünün verilip, eğitimin özetlenmesi

Sağlık eğitiminin başlangıcında, "Bugün sizinle meme kanseri, meme kanserine neden olan faktörler, meme kanseri belirtileri ve meme kanserinden nasıl korunacağımız ile ilgili konuşacağız. Eğitim yaklaşık 40-45 dakika sürecektir." şeklinde sağlık eğitiminin konusu, içeriği ve süresi aktarıldı. Ardından katılımcının konu hakkında duygu, düşünce ve davranışlarının öğrenilmesi, meme kanseri ve taramasına yönelik kararsızlık ve endişe duygularının ortaya çıkarılması amacıyla; "Eğitime başlamadan önce meme kanseri ve meme kanseri taraması ile ilgili konuşmak ister misiniz? Az önce bahsettiğim eğitimin içeriği ile ilgili sizi en çok hangisi kaygılandırıyor? Ya da sizin konuşmak istediğiniz başka bir durum var mı?"

soruları soruldu. Katılımcılar özellikle konuşmak istedikleri bir konu olmadığını, bu konu hakkında çok bilgi sahibi olmadıklarını ve öğrenmek istediklerini ifade ettiler. Eğitime giriş; konunun açıklanması, duygu düşünce ve endişenin öğrenilmesi ile birlikte yaklaşık beş dakika sürdü.

Sağlık eğitiminin içeriğinin giriş kısmında ilgiyi çekmek, meme kanseri ve taramasının önemini vurgulamak amacıyla bir ünlü ile ilgili gerçek bir olaydan örnek verildi. Takiben *"Meme Kanseri ve Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Sağlık Eğitimi"* verildi (45 dk). Sunum her bir alt konu başlığında kısa özetlerle sürdürüldü. Katılımcının konuşmasının aralarda özetlenmesi yoluyla, Meme kanseri ve meme kanseri ve taramasına ilişkin bilgi, tutum ve inancına yönelik farkındalığının artmasına destek verildi. Eğitim çevrimiçi görüntülü görüşme ile yapılmış olup, öncesinde paylaşılan power point sunusu ile görsel olarak desteklendi. Eğitim sonunda da dijital meme kanseri ve meme kanserinden korunmaya yönelik eğitim broşürü yine WhatsApp üzerinden paylaşıldı. Her bir katılımcıya KETEM danışmanlığı yapıldı.

Sağlık eğitimi verilirken bireysel farklılıkları belirlemek ve farkındalık oluşturmak amacıyla "*Bahsettiğim meme kanserine neden olan faktörlerden sizde mevcut olan var mı?, Meme kanseri belirtilerinden herhangi birisi veya birkaçı ile ilgili şikayetiniz oldu mu ?"* soruları yöneltildi. Birkaç kadın bu soruya*"Yakın akrabalarımda meme kanseri olan kişi yok, ama zaten 50 yaşlarındayım ve çok hareketsizim, riskimi azaltmak için yürüyüş yapmalıyım"* yanıtını verdi. Eğitimin içeriğinde yer alan meme kanserinden korunma yöntemlerine yönelik bireyi kaygılandıran kararsızlık yaşamasına neden olan bir durum olup olmadığı soruldu. "*Yaşımın mamografi için erken bir yaş olduğunu düşünüyorum*" yanıtını veren katılımcılara; *"Meme kanseri, dünya çapında kadın sağlığını tehdit etmektedir. Her yaştaki kadın meme kanserine yakalanabilmektedir. En çok risk altında olan yaş grubu 40-69 yaş aralığındadır. Türkiye'de meme kanseri en yaygın olarak 53 yaşındaki kadınlarda görülür ve son zamanlarda meme kanseri başlangıç yaşı düşüyor, bu nedenle 40 yaşından itibaren her kadının 2 yılda bir mamografi çektirmesi gerekir."* yanıtı verildi. Katılımcıların endişelerini açık ve net ifade edebilmesi ve tarama yaptırmamanın olumsuz bir sağlık davranışı olduğu vurgulandı.

"Kanserden korktuğum için mamografi çektirmek istemiyorum" yanıtını veren katılımcılara *"Mamografi meme kanserini erken teşhis edebilen tarama testidir. Meme kanseri erken teşhis edildiği zaman, korkulacak bir hastalık değildir. Sağlığınız bizim için değerlidir, bu yüzden meme kanserinden korunmak için düzenli olarak mamografi yaptırmanız gerekir. Böylece kendinizi daha güvende ve rahat hissedebilirsiniz"* yanıtı verildi. *"Mamografiye yönelik mahremiyet endişelerim var"* yanıtını veren kadınlara *"Mamografi çekimi yapılan odanın fiziki koşulları uygundur (kilitlenebilen kapı, penceresi yok). Odada sadece siz ve işlemi yapan sağlık personeli olacaktır."* yanıtı verildi. *"Benim önemli işlerim var ve yeterli zamanım yok"* yanıtını veren katılımcılara *"Mamografi çekimi, hazırlık dahil olmak üzere maksimum 10 dakikadır. Mamografi yaptırmak zor bir işlem değildir. Yılda bir gününüzü kendi sağlığınızı korumak ve geliştirmek için ayırabilirsiniz"* yanıtı verildi. *"Mamografi çekilirken memem çok ağrıyor"* yanıtını veren kadınlara *"Mamografi sırasında net bir görüntü elde etmek için her iki memeye 5-10 sn bası uygulanacaktır. Mamografi çekimi biter bitmez bası sonlandırılacaktır. Memenin sıkıştırılması esnasında biraz ağrı veya endişe duyabilirsiniz. Korkmanıza gerek yoktur, sağlığınız için yapılan önemli bir işlemdir"* yanıtı verildi. *"Mamografi çeken sağlık çalışanları çok kaba davranıyor"* yanıtını veren katılımcılara *"Mamografi, kadınlar için çok hassas bir işlem olduğunun farkındayım, bu işlemi yapan sağlık çalışanları da farkında, siz yine de işlemden önce endişelerinizi ve merak ettiğiniz her şeyi sağlık çalışanlarına rahatça sorabilirsiniz"* yanıtı verildi.

Katılımcının mamografiye yönelik duygu düşünce ve davranışına olumlu yönde teşvikte bulunmak amacıyla, "*Mamografiyi düzenli yaptırma veya yaptırmama durumlarını ayrı ayrı değerlendirdiğinizde bu durumun sağlığınıza bundan sonraki süreçte nasıl etki edeceğini düşünüyorsunuz?"* sorusu yöneltildi. *"Daha önce mamografi çektirmiştim ve sonucum negatif gelmişti, şu anda da mememde rahatsızlık yok, öyleyse neden mamografi çektireyim?"* ve *"Gerek olduğunu düşünmüyorum"* yanıtını veren katılımcılara *"Mamografi bir belirti hissedilmeden önce yapılan bir tarama testidir. Koruyucu bir tedavi olan aşılamadan farklıdır. Aşı, kişinin hastalanmasını önlemek için yıllar boyu kişiyi korur. Mamografi ancak düzenli yapıldığında (iki yılda bir) sizi güçlü bir şekilde meme kanserinden korur. Mamografi çektirmek için memenizde herhangi bir rahatsızlık hissetmenize gerek*

yok. En etkili tedavi, belirti hissedilmeden önce uygulanan tedavidir" yanıtı verildi. Katılımcılardan büyük çoğunluğu düzenli yaptırmanın hayatını kurtaracağı ve sağlığı için önemli olduğunu anladığını ifade etti.

Meme kanserinden korunmaya yönelik mamografi davranışı değişimini desteklemek amacıyla, *"Meme kanserinin sağlığa yönelik tüm olası etkileri dikkate alındığında düzenli mamografi yaptırmak konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?"* sorusu yöneltildi. Katılımcıların büyük çoğunluğu ilk fırsatta gideceğini ve aksatmadan düzenli yaptırmaya niyetli olduğunu ifade etti. Kararsızlık yaşayan katılımcılar ile onları kaygılandıran durum üzerine konuşmaya devam edildi ve kaygılarını en aza indirmek amaçlandı. Mamografi çektirebilme güvenini yetersiz hisseden katılımcılara *"Tüm KETEM'lerde mamografi çekimi ücretsiz yapılmaktadır. Mamografi çekimi için KETEM'e kimliğinizle başvurmanız yeterlidir. KETEM kanser taramalarının yapıldığı bir yerdir. Size yakın olan KETEM, Osmaniye İl Sağlık Müdürlüğü binasında ve konum olarak Osmaniye Şehir Hastanesi'nin karşısındadır, bu yüzden ulaşımı kolaydır. Dilerseniz yine ücretsiz olarak Osmaniye Şehir Hastanesi'nde kadın doğum uzmanına veya genel cerrahi uzmanına muayene olarak mamografi çektirmek istediğinizi belirtebilirsiniz"* yanıtı verildi.

Katılımcıların son olarak mamografi davranışı değişimini ifade etmesi ve verilen eğitim içeriği ile ilgili memnuniyet durumunu, anlaşılmayan noktaları ifade edebilmesi amacıyla; "*Eğitim sürecini değerlendirdiğinizde meme kanseri ve mamografi taraması ile ilgili düşünceniz nedir? Anlaşılmayan noktalar var mı?"* şeklinde soru yöneltildi. "*Sağlığım için ilk fırsatta mamografi çektirmeye gideceğim.", "Nereye gideceğimi bilmiyordum, öğrenmiş oldum mutlaka gideceğim*." gibi memnuniyet ve kararlılık gösteren katılımcılara tekrar olarak mamografi çektirebileceği yerler hatırlatıldı, katılımcının olanakları ve isteği doğrultusunda en uygun, adresine en yakın yerlerin isimleri, adresi ve iletişim bilgileri aktarıldı.

3.8.2.2.3. Çevrimiçi eğitim grubu üçüncü görüşme: Grup II'de yer alan katılımcılar, çalışmaya atandıkları günden itibaren dördüncü hafta sonunda telefon ile arandı ve katılımcılara taramanın önemi ile ilgili özet bilgiler doğrultusunda hatırlatma yapıldı. Tarama için randevu alıp almadığı, taramaya gidip gitmediği soruldu. Bu görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

3.8.2.2.4. Çevrimiçi eğitim grubu dördüncü görüşme: Grup II'de yer alan katılımcılar, çalışmaya atandıkları günden itibaren sekizinci haftanın sonunda telefon edilerek randevuları hatırlatıldı ve katılımcılar ASM'ye davet edildi. Son görüşmede bu gruptaki katılımcılara yüz yüze yöntemle Form II uygulandı. Yaklaşık 25 dakika sürdü. Elde edilen veriler, analiz için hazırlandı.

3.8.2.3. Yüz Yüze Eğitim Grubu

Yüz yüze eğitim grubu Grup III olarak adlandırıldı. Bu gruptaki katılımcılara standart meme kanseri tarama programı hizmetine ek olarak, ev ziyareti yoluyla yüz yüze meme kanseri ve meme kanserinden korunmaya yönelik bireysel sağlık eğitimi uygulandı ve eğitim broşürü verildi. Sağlık eğitimi programı Tablo 3.8.2.1'de sunulmaktadır. Bu grupta yer alan katılımcılar ile araştırma süreci boyunca toplam dört defa (üç kez yüz yüze, bir kez telefonla) görüşme yapıldı.

3.8.2.3.1. Yüz yüze eğitim grubu birinci görüşme: Tüm katılımcılara ASM'de ilk görüşmede yüz yüze Form I uygulandıktan sonra Grup III'e atanan katılımcılara meme kanseri ve meme kanserinden korunmaya yönelik ev ortamında yüz yüze birebir sağlık eğitimi yapılacağı, eğitimin en fazla 45 dakika süreceği ile ilgili kısa bilgilendirme yapıldı. Bilgilendirmenin ardından, bu grupta yer alan katılımcılara, takip eden haftada ev ziyareti için randevu oluşturuldu. İlk görüşmede; Form I'in uygulanması ortalama 25 dakika, randevu oluşturulması ise ortalama 10 dakika sürdü.

3.8.2.3.2. Yüz yüze eğitim grubu ikinci görüşme: Oluşturulan randevu tarihinde görüşme öncesi katılımcı telefon ile arandı, görüşmenin bölünmemesi için gün içinde uygun olup olmadığı teyit edildi ve aynı gün ev ziyareti yapıldı. Bilginin özümseme verimliliğini arttırabileceği için eğitim sırasında gündelik giyim yerine hemşire üniforması giymek tercih edildi (195). Eğitime başlamadan önce katılımcı selamlandı, sağlık eğitimi ve danışmanlık ilkelerine uygun olarak katılımcının rahatlatılması sağlandı. Yapılan eğitimde "Yetişkin Sağlık Eğitimi İlkeleri" ne dikkat edildi (196). Ev ziyareti ile yüz yüze yapılan bireysel sağlık eğitimi ortalama 45 dk sürdü.

Sağlık eğitiminin başlangıcında, "*Bugün sizinle meme kanseri, meme kanserine neden olan faktörler, meme kanseri belirtileri ve meme kanserinden nasıl korunacağımız ile ilgili konuşacağız. Eğitim yaklaşık 40-45 dakika sürecektir.*" şeklinde sağlık eğitiminin konusu, içeriği ve süresi aktarıldı. Ardından katılımcının konu hakkında duygu, düşünce ve davranışlarının öğrenilmesi, meme kanseri ve taramasına yönelik kararsızlık ve endişe duygularının ortaya çıkarılması amacıyla; *"Eğitime başlamadan önce meme kanseri ve meme kanseri taraması ile ilgili konuşmak ister misiniz? Az önce bahsettiğim eğitimin içeriği ile ilgili sizi en çok hangisi kaygılandırıyor? Ya da sizin konuşmak istediğiniz başka bir konu var mı?*" soruları soruldu. Katılımcılar özellikle konuşmak istedikleri bir konu olmadığını, bu konu hakkında çok bilgi sahibi olmadıklarını ve öğrenmek istediklerini dile getirdi. Eğitime giriş; konunun açıklanması, duygu düşünce ve endişenin öğrenilmesi ile birlikte yaklaşık beş dakika sürdü.

Sağlık eğitiminin içeriğinin giriş kısmında ilgiyi çekmek, meme kanseri ve taramasının önemini vurgulamak amacıyla bir ünlü ile ilgili gerçek bir olaydan örnek verildi. Takiben *"Meme Kanseri ve Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Sağlık Eğitimi"* verildi (45 dk). Sunum her bir alt konu başlığında kısa özetlerle sürdürüldü. Katılımcının konuşmasının aralarda özetlenmesi yoluyla, Meme kanseri ve meme kanseri taramasına ilişkin bilgi, tutum ve inancına yönelik farkındalığının artmasına destek verildi. Eğitim ev ortamında yüz yüze yapıldı ve power point sunusu ile görsel olarak desteklendi. Eğitim sonunda da basılı olarak meme kanseri ve meme kanserinden korunmaya yönelik eğitim broşürü anlatıldı ve katılımcıya verildi. Her

bir katılımcıya, mamografiyi nerede, nasıl ve kime yaptırabileceği, nasıl randevu alması gerektiği, yaptırmadan önce nelere dikkat etmesini içeren bir KETEM danışmanlığı yapıldı.

Sağlık eğitimi verilirken bireysel farklılıkları belirlemek ve farkındalık oluşturmak amacıyla "*Bahsettiğim meme kanserine neden olan faktörlerden sizde mevcut olan var mı?, Meme kanseri belirtilerinden herhangi birisi veya birkaçı ile ilgili şikayetiniz oldu mu ?"* soruları yöneltildi. Eğitimin içeriğinde yer alan meme kanserinden korunma yöntemlerine yönelik bireyi kaygılandıran kararsızlık yaşamasına neden olan bir durum olup olmadığı soruldu. "*Yaşımın mamografi için erken bir yaş olduğunu düşünüyorum*" yanıtını veren katılımcılara; *"Meme kanseri, dünya çapında kadın sağlığını tehdit etmektedir. Her yaştaki kadın meme kanserine yakalanabilmektedir. En çok risk altında olan yaş grubu 40-69 yaş aralığındadır. Türkiye'de meme kanseri en yaygın olarak 53 yaşındaki kadınlarda görülür ve son zamanlarda meme kanseri başlangıç yaşı düşüyor, bu nedenle 40 yaşından itibaren her kadının 2 yılda bir mamografi çektirmesi gerekir."* yanıtı verildi. Katılımcıların endişelerini açık ve net ifade edebilmesi ve tarama yaptırmanın olumlu bir sağlık davranışı olduğu vurgulandı. *"Kanserden korktuğum için mamografi çektirmek istemiyorum"* yanıtını veren katılımcılara *"Mamografi meme kanserini erken teşhis edebilen tarama testidir. Meme kanseri erken teşhis edildiği zaman, korkulacak bir hastalık değildir. Sağlığınız bizim için değerlidir, bu yüzden meme kanserinden korunmak için düzenli olarak mamografi yaptırmanız gerekir. Böylece kendinizi daha güvende ve rahat hissedebilirsiniz"* yanıtı verildi. *"Mamografiye yönelik mahremiyet endişelerim var"* yanıtını veren kadınlara *"Mamografi çekimi yapılan odanın fiziki koşulları uygundur (kilitlenebilen kapı, penceresi yok). Odada sadece siz ve işlemi yapan sağlık personeli olacaktır."* yanıtı verildi. *"Benim önemli işlerim var ve yeterli zamanım yok"* yanıtını veren katılımcılara *"Mamografi çekimi hazırlık dahil olmak üzere maksimum 10 dakikadır. Mamografi yaptırmak zor bir işlem değildir. Yılda bir gününüzü kendi sağlığınızı korumak ve geliştirmek için ayırabilirsiniz"* yanıtı verildi. *"Mamografi çekilirken mememe çok ağrıyor"* yanıtını veren kadınlara *"Mamografi sırasında net bir görüntü elde etmek için her iki memeye 5-10 sn bası uygulanacaktır. Mamografi çekimi biter bitmez bası sonlandırılacaktır. Memenin sıkıştırılması esnasında biraz ağrı veya endişe*

duyabilirsiniz. Korkmanıza gerek yoktur, sağlığınız için yapılan önemli bir işlemdir" yanıtı verildi. "*Mamografi çeken sağlık çalışanları çok kaba davranıyor"* yanıtını veren katılımcılara "*Mamografi, kadınlar için hassas bir işlem olduğunun farkındayım, bu işlemi yapan sağlık çalışanları da farkında, siz yine de işlemden önce endişelerinizi ve merak ettiğiniz her şeyi sağlık çalışanlarına rahatça sorabilirsiniz"* yanıtı verildi.

Katılımcının mamografiye yönelik duygu düşünce ve davranışına olumlu yönde teşvikte bulunmak amacıyla, "*Mamografiyi düzenli yaptırma veya yaptırmama durumlarını ayrı ayrı değerlendirdiğinizde bu durumun sağlığınıza bundan sonraki süreçte nasıl etki edeceğini düşünüyorsunuz?"* sorusu yöneltildi. "*Daha önce mamografi çektirmiştim ve sonucum negatif gelmişti, şu anda da mememde rahatsızlık yok, öyleyse neden mamografi çektireyim?"* ve *"Gerek olduğunu düşünmüyorum"* yanıtını veren katılımcılara "*Mamografi bir belirti hissedilmeden önce yapılan bir tarama testidir. Koruyucu bir tedavi olan aşılamadan farklıdır. Aşı, kişinin hastalanmasını önlemek için yıllar boyu kişiyi korur. Mamografi ancak düzenli yapıldığında (iki yılda bir) sizi güçlü bir şekilde meme kanserinden korur. Mamografi çektirmek için memenizde herhangi bir rahatsızlık hissetmenize gerek yok. En etkili tedavi, belirti hissedilmeden önce uygulanan tedavidir"* yanıtı verildi. Katılımcılardan büyük çoğunluğu düzenli yaptırmanın hayatını kurtaracağı ve sağlığı için önemli olduğunu ifade etti.

Meme kanserinden korunmaya yönelik mamografi davranışı değişimini desteklemek amacıyla, *"Meme kanserinin sağlığa yönelik tüm olası etkileri dikkate alındığında düzenli mamografi yaptırmak konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?"* sorusu yöneltildi. Katılımcıların büyük çoğunluğu ilk fırsatta gideceğini ve aksatmadan düzenli mamografi yaptırmaya niyetli olduğunu ifade etti. Kararsızlık yaşayan katılımcılar ile onları kaygılandıran durum üzerine konuşmaya devam edildi ve kaygılarını en aza indirmek amaçlandı. Mamografi çektirebilme güvenini yetersiz hisseden katılımcılara "*Tüm KETEM'lerde mamografi çekimi ücretsiz yapılmaktadır. Mamografi çekimi için KETEM'e kimliğinizle başvurmanız yeterlidir. KETEM kanser taramalarının yapıldığı bir yerdir. Size yakın olan KETEM, Osmaniye İl Sağlık Müdürlüğü binasında ve konum olarak Osmaniye Şehir*

Hastanesi'nin karşısındadır, bu yüzden ulaşımı kolaydır. Dilerseniz yine ücretsiz olarak Osmaniye Şehir Hastanesi'nde kadın doğum uzmanına veya genel cerrahi uzmanına muayene olarak mamografi çektirmek istediğinizi belirtebilirsiniz" yanıtı verildi.

Katılımcıların son olarak mamografi davranışı değişimini ifade etmesi ve verilen eğitim içeriği ile ilgili memnuniyet durumunu, anlaşılmayan noktaları ifade edebilmesi amacıyla; "*Eğitim sürecini değerlendirdiğinizde meme kanseri ve mamografi taraması ile ilgili düşünceniz nedir? Anlaşılmayan noktalar var mı?"* şeklinde soru yöneltildi. "*Sağlığım için ilk fırsatta mamografi çektirmeye gideceğim.", "Nereye gideceğimi bilmiyordum, öğrenmiş oldum mutlaka gideceğim*." gibi memnuniyet ve kararlılık gösteren katılımcılara tekrar olarak mamografi çektirebileceği yerler hatırlatıldı, katılımcının olanakları ve isteği doğrultusunda en uygun, adresine en yakın yerlerin isimleri, adresi ve iletişim bilgileri aktarıldı.

3.8.2.3.3. Yüz yüze eğitim grubu üçüncü görüşme: Grup III'de yer alan katılımcılar, çalışmaya atandıkları günden itibaren dördüncü haftanın sonunda telefon ile arandı ve katılımcılara taramanın önemi ile ilgili özet bilgiler doğrultusunda hatırlatma yapıldı. Tarama için randevu alıp almadığı, taramaya gidip gitmediği soruldu (15-20 dk).

3.8.2.3.4. Yüz yüze eğitim grubu dördüncü görüşme: Grup III'de yer alan katılımcılar, çalışmaya atandıkları günden itibaren sekizinci haftanın sonunda telefon edilerek yüz yüze görüşme randevuları hatırlatıldı ve katılımcılar ASM'ye davet edildi. Son görüşmede bu gruptaki katılımcılara yüz yüze yöntemle Form II uygulandı (25 dk). Elde edilen veriler, analiz için hazırlandı.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın bir tez çalışması olması nedeniyle öncelikle, SBÜ Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü'nden tez önerisi kabul kararı (EK-1) alındı. Takiben, Gülhane Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Uygulamalar Etik Kurul'undan "Etik Onay" (Karar No: 17.01.2023 - 2022/44) (EK-3), Osmaniye İl Sağlık Müdürlüğü'nden uygulama izni (EK-2) alındı. Araştırmada kullanılan "CSİMÖ" ve

"Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği" için yazarlarından e-posta ile ölçek kullanım izni alındı (EK-8, EK-9). Çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara çalışmanın amacı ve sağlayacağı yararlar anlatılarak araştırmaya kendi rızasıyla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ettiğine dair sözlü onamları alındı ve imzalı Gönüllü Onam Formu doldurulduğu (EK-10). Katılımcılara araştırmaya katılım konusunda özgür oldukları ve araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebileceği belirtildi. Araştırmanın sonlandırılmasının ardından, kontrol grubunda yer alan gönüllü katılımcılara belirttikleri bir yöntemle (yüz yüze/çevrimiçi) meme kanseri ve meme kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitimi yapıldı ve eğitim broşürü verildi.

3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler IBM SPSS Ver.23 ile uzman istatistikçi tarafından analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk çarpıklık basıklık katsayıları ile (±3) testi ile incelendi (234). Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile incelendi. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Tukey testi ile incelendi. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi kullanıldı. Grup ve zaman göre normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında Genelleştirilmiş Lineer Modeller kullanıldı. Analiz sonuçları kategorik değişkenler için frekans (yüzde), nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde sunuldu. İstatiksel anlamlılığa karar verirken $p<0,050$ düzeyi esas alındı.

4. BULGULAR

İki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubundaki kadınların meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar ve engel düzeyleri, mamografi özyeterlik düzeyleri ve mamografi taramasına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, elde edilen bulgular bu bölümde yer almaktadır.

4.1. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICINDA GRUPLARIN ÖZELLİKLERİ

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre; katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, genel sağlık sigortasına sahip olma ve gelir durumu gibi sosyodemografik özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Katılımcıların, herhangi bir kronik hastalığa sahip olma durumu, beden kitle indeksi, düzenli egzersiz yapma durumu, sigara kullanma durumu, emzirme durumu, menopoza girme durumu, hormon/doğum kontrol hapı kullanma durumu, düzenli kadın sağlığı muayenesine gitme durumu, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, toplam canlı doğum sayısı ve toplam yaşayan çocuk sayısı gibi özellikleri açısından da gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu çalışmada katılımcıların, gruplarına göre bazı özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.1.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1.1 Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=126)

Özellikler	Grup I Kontrol n (%)	Grup II Çevrimiçi n (%)	Grup III Yüz yüze n (%)	Test İst. *	p
Kadınların medeni durumu					
Evli	38 (90,5)	37,5 (88,1)	37 (88,1)	0,161	0,923
Bekar	4 (9,5)	5 (11,9)	5 (11,9)		
Kadınların eğitim durumu					
İlkokul ve altı	28 (66,7)	31 (73,8)	28 (66,7)	1,607	0,808
Ortaokul	4 (9,5)	5 (11,9)	6 (14,3)		
Lise üzeri	10 (23.8)	6 (14,3)	8 (19,0)		
Eş eğitim durumu					
İlkokul ve altı	16 (38,1)	17 (40,5)	14 (33,3)	2,126	0,908
Ortaokul	8 (19,0)	11(26,2)	11 (26,2)		
Lise ve üzeri	14 (33,3)	9 (21,4)	12 (28,6)		
Eşi yok	4 (9,5)	5 (11,9)	5 (11,9)		
Kadınların çalışma durumu					
Çalışmıyorum	32 (76,2)	33 (78,6)	35 (83,3)	1,215	0,876
Çalışıyorum	7 (16,7)	5 (11,9)	4 (9,5)		
Emekli	3 (7,1)	4 (9,5)	3 (7,1)		
Eşin çalışma durumu					
Çalışmıyor	1 (2,4)	3 (7,1)	2 (4,8)	1,626	0,951
Çalışıyor	22 (52,4)	18 (42,9)	19 (45,2)		
Emekli	15 (35,7)	16 (38,1)	16 (38,1)		
Eşi yok	4 (9,5)	5 (11,9)	5 (11,9)		
Genel sağlık sigortası					
Evet	35 (83,3)	36 (85,7)	32(76,2)	1,383	0,501
Hayır	7 (16,7)	6 (14,3)	10 (23,8)		
Gelir durumu					
Gelir giderden az	4 (9,5)	2(4,8)	5 (11,9)	3,328	0,504
Gelir gidere eşit	37 (88,1)	36 (85,7)	32 (76,2)		
Gelir giderden fazla	1 (2,4)	4 (9,5)	2 (4,8)		
Beden kitle indeksi					
Normal	9 (21,4)	9 (21,4)	2 (4,8)	7,159	0,520
Fazla kilolu	13 (31)	14 (33,3)	16 (38,1)		
Birinci derece obez	13 (31)	10 (23,8)	12 (28,6)		
İkinci derece obez	4 (9,5)	6 (14,3)	8 (19)		
Üçüncü derece obez	3 (7,1)	3 (7,1)	4 (9,5)		
Sigara kullanım durumu					
Hiç kullanmadım	29 (69)	32 (76,2)	30 (71,4)	8,211	0,223
Bıraktım	4 (9,5)	7 (16,7)	3 (7,1)		
Nadiren kullanıyorum (Haftada 1-2)	1 (2,4)	2 (4,8)	3 (7,1)		
Halen kullanıyorum	8 (19)	1 (2,4)	6 (14,3)		
*Pearson Ki-kare Testi					

Tablo 4.1.1 (Devamı) Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=126)

Özellikler	Grup I Kontrol n (%)	Grup II Çevrimiçi n (%)	Grup III Yüz yüze n (%)	Test İst. *	p
Kronik hastalığa sahip olma durumu					
Var	19 (45,2)	15 (35,7)	18 (42,9)	0,851	0,653
Yok	23 (54,8)	27 (64,3)	24 (57,1)		
Düzenli egzersiz yapma durumu					
Evet	6 (14,3)	8 (19)	8 (19)	0,441	0,802
Hayır	36 (85,7)	34 (81)	34 (81)		
Emzirme durumu					
Hiç	6 (14,3)	6 (14,3)	3 (7,1)	6,839	0,554
6 Aydan Az	3 (7,1)	2 (4,8)	0 (0)		
6-12 Ay	2 (4,8)	3 (7,1)	6 (14,3)		
13-23 Ay	6 (14,3)	8 (19)	7 (16,7)		
24 Ay Ve Üzeri	25 (59,5)	23 (54,8)	26 (61,9)		
Menapoza girme durumu					
Evet	26 (61,9)	28 (66,7)	23 (54,8)	1,269	0,530
Adetten kesilmedim	16 (38,1)	14 (33,3)	19 (45,2)		
Hormon/ doğum kontrol hapı kullanımı					
Hiç kullanmadım	29 (69)	30 (71,4)	30 (71,4)	2,149	0,905
1-4 yıl kullandım	7 (16,7)	8 (19)	7 (16,7)		
5-10 yıl kullandım	4 (9,5)	1 (2,4)	3 (7,1)		
10 yıldan fazla kullandım	2 (4,8)	3 (7,1)	2 (4,8)		
Düzenli kadın sağlığı muayenesine gitme durumu					
Evet	3 (7,1)	4 (9,5)	8 (19)	3,178	0,204
Hayır	39 (92,9)	38 (90,5)	34 (81)		
*Pearson Ki-kare Testi					

Tablo 4.1.1 (Devamı) Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=126)

	Grup I Kontrol		Grup II Çevrimiçi		Grup III Yüz yüze		Test İst.	p
	x̄ ± SS	Ortanca (min-mak)	x̄ ± SS	Ortanca (min-mak)	x̄ ± SS	Ortanca (min-mak)		
Yaş (yıl)	50,98 ± 7,38	51 (40 - 65)	52,88 ± 7,23	51,5 (41 - 67)	51,69 ± 7,9	50,5 (40 - 66)	0,69*	0,503
Beden Kitle İndeksi	29,61 ± 5,98	29,75 (18,07 – 43,55)	30,14 ± 5,68	29,13 (21,48 – 43,28)	31,78 ± 5,53	30,66 (23,44 – 51,06)	1,634*	0,199
İlk evlilik yaşı	21,74 ± 5,58	20 (15 - 40)	20,97 ± 5,73	19 (15 - 42)	20,95 ± 3,45	20 (15 - 30)	0,316*	0,730
İlk gebelik yaşı	22,29 ± 4,71	21 (16 - 36)	21,53 ± 5,07	19 (16 - 35)	22,9 ± 4,5	22 (16 - 40)	0,801*	0,451
Menapoza girme yaşı	44,96 ± 4,87	46 (30 - 50)	44,93 ± 5,85	47 (30 - 52)	45,78 ± 4,07	46 (37 - 52)	0,223*	0,800
Toplam gebelik sayısı	4,29 ± 1,7	4 (0 - 8)	3,81 ± 1,78	4 (0 - 8)	3,62 ± 1,83	4 (0 - 9)	1,574*	0,211
Toplam canlı doğum sayısı	3,6 ± 1,45	4 (0 - 8)	3,19 ± 1,53	3 (0 - 6)	3,19 ± 1,49	3 (0 - 8)	1,381**	0,501
Toplam yasayan çocuk sayısı	3,33 ± 1,37	3 (0 - 7)	3,07 ± 1,5	3 (0 - 6)	3,05 ± 1,32	3 (0 - 6)	0,536*	0,586

*Tek Yönlü Varyans Analizi; **Kruskal Wallis H Testi
x̄ ± SS: Ortalama ± Standart Sapma; min: Minumum değer, mak: Maksimum değer

4.2. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICI İLE SONUNDA KATILIMCILARIN GRUPLARINA GÖRE MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ BİLGİSİ ÖZDEĞERLENDİRME, MAMOGRAFİ YARAR – ENGEL ALGISI VE MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİĞİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Katılımcıların meme kanseri bilgisi ile mamografi bilgisi öz değerlendirme puanları, CSİMÖ mamografi yarar ve engel alt boyutları ile mamografi öz yeterliliği ön test ve son test puan farklarının karşılaştırmaları Tablo 4.2.1'de yer almaktadır.

Çalışmada ön test ve son test puan farkları gruplara göre karşılaştırıldığında; katılımcıların meme kanseri bilgisine ilişkin VAS öz değerlendirmesinde (0-10) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ve Kısmi Eta Kare (KEK) değerinin 0,306 olduğu saptandı ($p<0,001$). Kontrol grubu ortanca değeri "0", çevrimiçi eğitim grubu ortanca değeri "-3,5" ve yüz yüze eğitim grubu ortanca değeri "-4" olarak belirlendi. Ön test-son test VAS meme kanseri bilgisi puan farkları açısından çevrimiçi ve yüz yüze grupları arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı ancak kontrol grubunun deney gruplarından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.1).

Çalışmada ön test ve son test puan farkları gruplara göre karşılaştırıldığında; katılımcıların mamografi bilgisine ilişkin VAS öz değerlendirmesinde (0-10) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ve KEK değeri ise 0,295 olarak hesaplandı ($p<0,001$). Kontrol grubu ortanca değeri "0", çevrimiçi eğitim grubu ortanca değeri "-4" ve yüz yüze eğitim grubu ortanca değeri "-5" olarak saptandı. Ön test-son test VAS mamografi bilgisi puan farkları açısından çevrimiçi ve yüz yüze grupları arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı ancak, kontrol grubunun deney gruplarından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1 Gruplara göre meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirmeleri, CSİMÖ Mamografi Yarar ve Engel alt boyutları ve Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam ön test ve son test puan farklarının karşılaştırılması (ön test – son test)

Özellikler	GRUP						Test İst.	p	KEK
	Grup I Kontol		Grup II Çevrimiçi		Grup III Yüz yüze				
	x̄ ± SS	Ortanca (min-mak) / Mean Rank	x̄ ± SS	Ortanca (min-mak) / Mean Rank	x̄ ± SS	Ortanca (min-mak) / Mean Rank			
VAS meme kanseri bilgisi	-0,26 ± 0,91	0 (-4 - 1) **b**	-3,64 ± 1,64	-3,5 (-7 - -1) **a**	-4,21 ± 1,59	-4 (-7 - -1) **a**	78,186**	**<0,001**	**0,306**
VAS mamografi bilgisi	0,29 ± 1,13	0 (-6 - 1) **b**	-4,48 ± 1,53	-4 (-8 - -1) **a**	-4,9 ± 2,22	-5 (-9 - 0) **a**	75,528**	**<0,001**	**0,295**
CSİMÖ									
Mamografi yarar algısı alt boyutu	-0,24 ± 0,73	0 (-3 - 1) **b**	-3,1 ± 2,09	-3 (-8 - 0) **a**	-3,14 ± 2,19	-3 (-12 - 0) **a**	56,993**	**<0,001**	**0,221**
Mamografi engel algısı alt boyutu	-1,26 ± 2,18	-1 (-6 - 3) **b**	5,55 ± 3,81	5 (-4 - 17) **a**	6,88 ± 5,43	6 (-1 - 24) **a**	72,283*	**<0,001**	**0,367**
Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği	0,29 ± 2,29	0 (-8- 6) **b**	-6,69 ± 3,74	-6 (-15 - 0) **a**	-7,74 ± 4,41	-7,5 (-16 - 2) **a**	69,030**	**<0,001**	**0,269**

VAS: Visual Analog Scale: Görsel Analog Ölçeği; CSİMÖ: Champion'nun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği; x̄ ± SS: Ortalama±Standart Sapma; min: Minumum değer; mak: Maksimum değer

*Tek yönlü Varyans Analizi **Kruskal Wallis H testi; KEK: Kısmi Eta Kare; a-b:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Çalışmada gruplar arasında CSİMÖ mamografi yarar alt boyutu ön test ve son test puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ve KEK değeri 0,221 olarak ölçüldü ($p<0,001$). Kontrol grubu ortanca değeri "0", çevrimiçi eğitim grubu ortanca değeri "-3" ve yüz yüze eğitim grubu ortanca değeri "-3" olarak hesaplandı. Yapılan analiz sonucunda, CSİMÖ mamografi yarar alt boyutu ön test ve son test puan farkları açısından çevrimiçi ve yüz yüze eğitim grupları arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı ancak, kontrol grubunun ön test ve son test puan farklarının, deney gruplarından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.1).

Çalışmada ön test ve son test puan farkları gruplara göre incelendiğinde; gruplar arasında CSİMÖ mamografi engel alt boyutu ön test ve son test puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve KEK değerinin 0,367 olduğu belirlendi ($p<0,001$). Kontrol grubu ortanca değeri "-1," yüz yüze eğitim grubu ortanca değeri "5" ve çevrimiçi eğitim grubu ortanca değeri "6" olarak elde edildi. Yapılan analiz sonucunda çevrimiçi ve yüz yüze eğitim grupları arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı ancak, kontrol grubunun deney gruplarından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.1).

Çalışmada katılımcıların ön test ve son test puan farkları gruplara göre karşılaştırıldığında; gruplar arasında Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği ön test ve son test toplam puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edildi ve KEK değeri 0,269 olarak hesaplandı ($p<0,001$). Kontrol grubu ortanca değerinin "0", yüz yüze eğitim grubunun ortanca değerinin "-6" ve çevrimiçi eğtim grubunun ortanca değeri "-7,5" olarak hesaplandı. Yapılan analiz sonucunda, Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği ön test ve son test toplam puan farkları açısından çevrimiçi ve yüz yüze eğitim grupları arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı ancak kontrol grubunun, deney gruplarından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.1).

Çalışmanın başlangıcında ve sonunda katılımcıların grup ve zamana göre meme kanseri ve mamografi taraması bilgisine ilişkin VAS öz değerlendirmesi, CSİMÖ mamografi yarar ve engel algısı alt boyutları, Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanlarının çoklu karşılaştırmaları Tablo 4.2.2'de yer almaktadır.

Grup faktörünün, meme kanseri bilgisine ilişkin VAS ön test ve son test puanlarına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,001$) ve KEK değerinin "0,282" olduğu belirlendi. Kontrol grubu VAS meme kanseri bilgisi puan ortalamasının "4,01 ± 1,93", çevrimiçi eğitim grubunun "5,92 ± 2,4" ve yüz yüze eğitim grubu VAS meme kanseri bilgisi puan ortalaması "6,39 ± 2,57" olarak hesaplandı. Kontrol grubunda elde edilen meme kanseri bilgisi VAS değerinin deney gruplarından farklı olduğu belirlendi ($F=48,21$; $p<0,001$). Çalışmada zaman faktörü incelendiğinde; meme kanseri bilgisi VAS ön test (4,09 ± 1,75) ve son test (6,79 ± 2,46) puanlarının zamana göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği ve KEK değerinin "0,404" olduğu belirlendi ($F=166,84$; $p<0,001$). Çalışmada grup zaman etkileşimi değerlendirildiğinde; iki faktörün bir arada VAS meme kanseri bilgisi puan ortalamalarını istatistiksel açıdan anlamlı olarak etkilediği ve bu etkileşimin KEK değerinin "0,220" olduğu saptandı ($F=34,65$; $p<0,001$). Çalışmada, grup zaman etkileşimi birlikte incelendiğinde; deney gruplarının VAS meme kanseri bilgisi ön test puanları ile kontrol grubunun ön ve son test puanlarının benzer olduğu belirlendi. Deney gruplarının VAS meme kanseri bilgisi son test puanlarının birbiriyle benzer olduğu ancak, diğer ölçümlerinden farklı olduğu saptandı (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2 Grup ve zamana göre meme kanseri ve mamografi bilgisi öz değerlendirmesi, CSİMÖ Mamografi Yarar ve Engel alt boyutları, Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanlarının çoklu karşılaştırmaları

Ölçekler	Zaman	Grup			Toplam	Faktör	F	p	KEK
		Kontrol	Çevrimiçi Eğitim	Yüz yüze Eğitim					
		x̄ ± SS	x̄ ± SS	x̄ ± SS					
VAS meme kanseri bilgisi	Ön test	3,88 ± 1,94 **B**	4,1 ± 1,68 **B**	4,29 ± 1,63 **B**	4,09 ± 1,75	Grup	48,21	**<0,001**	0,282
	Son Test	4,14 ± 1,93 **B**	7,74 ± 1,42 **A**	8,5 ± 1,27 **A**	6,79 ± 2,46	Zaman	166,84	**<0,001**	0,404
	Toplam	4,01 ± 1,93 **b**	5,92 ± 2,4 **a**	6,39 ± 2,57 **a**	5,44 ± 2,52	Grup*Zaman	34,65	**<0,001**	0,220
VAS mamografi bilgisi	Ön test	3,64 ± 2,01 **B**	3,71 ± 1,55 **B**	3,81 ± 2,02 **B**	3,72 ± 1,86	Grup	48,44	**<0,001**	0,283
	Son Test	3,93 ± 2,15 **B**	8,19 ± 1,33 **A**	8,71 ± 1,44 **A**	6,94 ± 2,72	Zaman	207,22	**<0,001**	0,457
	Toplam	3,79 ± 2,07 **b**	5,95 ± 2,67 **a**	6,26 ± 3,02 **a**	5,33 ± 2,83	Grup*Zaman	43,33	**<0,001**	0,261
CSİMÖ mamografi yarar algısı alt boyutu	Ön test	19,88 ± 2,76 **B**	20,02 ± 2,78 **B**	20,52 ± 2,65 **B**	20,14 ± 2,72	Grup	16,10	**<0,001**	0,116
	Son Test	20,12 ± 2,83 **B**	23,12 ± 1,9 **A**	23,67 ± 1,79 **A**	22,30 ± 2,70	Zaman	47,33	**<0,001**	0,161
	Toplam	20,0 ± 2,78 **b**	21,57 ± 2,83 **a**	22,1 ± 2,75 **a**	21,22 ± 2,92	Grup*Zaman	9,37	**<0,001**	0,071
CSİMÖ mamografi engel algısı alt boyutu	Ön test	28,24 ± 5,62 **B**	27,81 ± 4,33 **B**	27,83 ± 6,64 **B**	27,96 ± 5,57	Grup	16,62	**<0,001**	0,119
	Son Test	29,5 ± 5,94 **B**	22,26 ± 4,76 **A**	20,95 ± 5,03 **A**	24,24 ± 6,44	Zaman	29,49	**<0,001**	0,107
	Toplam	28,87 ± 5,78 **a**	25,04 ± 5,32 **b**	24,39 ± 6,8 **b**	26,1 ± 6,29	Grup*Zaman	13,54	**<0,001**	0,099
Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği	Ön test	38,93 ± 6,35 **B**	38,52 ± 5,57 **B**	39,33 ± 5,69 **B**	38,93 ± 5,84	Grup	13,42	**<0,001**	0,098
	Son Test	38,64 ± 7,32 **B**	45,21 ± 4,77 **A**	47,07 ± 3,56 **A**	43,64 ± 6,51	Zaman	43,59	**<0,001**	0,151
	Toplam	38,79 ± 6,81 **b**	41,87 ± 6,16 **a**	43,2 ± 6,11 **a**	41,29 ± 6,61	Grup*Zaman	12,44	**<0,001**	0,092

x̄ **± SS**: Ortalama ± Standart Sapma; **F**: İki Yönlü Varyans Analizi Test İstatistiği, **KEK**: Kısmi Eta Kare; **a-b**: Aynı harfe sahip ana etkiler arasında bir fark yoktur; **A-B**: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında bir fark yoktur.

Grup faktörünün, mamografi bilgisine ilişkin VAS ön test ve son test puanlarına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,001) ve KEK değerinin "0,283" olduğu belirlendi. Kontrol grubu VAS mamografi bilgisi puan ortalamasının "3,79 ± 2,07", çevrimiçi eğitim grubunun "5,95 ± 2,67" ve yüz yüze eğitim grubu VAS mamografi bilgisi puan ortalaması "6,26 ± 3,02" olarak hesaplandı ve kontrol grubunda elde edilen mamografi bilgisi VAS değerinin diğer gruplardan farklı olduğu belirlendi (F=16,1; p<0,001). Çalışmada zaman faktörü incelendiğinde; mamografi bilgisi VAS ön test (3,72 ± 1,86) ve son test (6,94 ± 2,72) puanlarının zamana göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği ve KEK değerinin "0,457" olduğu belirlendi (F=207,22; p<0,001). Bu çalışmada grup zaman etkileşimi değerlendirildiğinde, iki faktörün bir arada VAS mamografi bilgisi puan ortalamalarını istatistiksel açıdan anlamlı olarak etkilediği ve bu etkileşimin KEK değerinin "0,261" olduğu saptandı (F=47,33; p<0,001). Çalışmada, grup zaman etkileşimi birlikte incelendiğinde; deney grupları VAS mamografi bilgisi ön test puanları ile kontrol grubunun ön ve son test puanlarının benzer olduğu bulundu. Deney gruplarının VAS mamografi bilgisi son test puanlarının ise birbirine benzer olduğu ancak diğer ölçümlerinden farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2).

Grup faktörünün, CSİMÖ mamografi yarar algısı alt boyutu ön test ve son test puanlarına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,001) belirlendi KEK değeri "0,116" olarak hesaplandı. Kontrol grubu CSİMÖ mamografi yarar alt boyutu puan ortalamasının "20,0 ± 2,78", çevrimiçi eğitim grubunun "21,57 ± 2,83" ve yüz yüze eğitim grubunun "22,1 ± 2,75" olarak hesaplandı. Kontrol grubunda elde edilen CSİMÖ mamografi yarar alt boyut puanının deney gruplarından farklı olduğu, deney grupları arasında ise benzerlik olduğu belirlendi (F=16,1; p<0,001). Çalışmada zaman faktörü incelendiğinde; CSİMÖ mamografi yarar alt boyutu ön test (20,14 ± 2,72) ve son test (22,30 ± 2,7) puanlarının zamana göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği ve KEK değerinin "0,161" olduğu hesaplandı (F=47,33; p<0,001). Çalışmada grup zaman etkileşimi birlikte değerlendirildiğinde; iki faktörün bir arada CSİMÖ mamografi yarar alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farka neden olduğu bulundu (F=9,37; p<0,001). Çalışmada, grup zaman etkileşimi birlikte incelendiğinde; deney gruplarının CSİMÖ mamografi yarar ön test puanları ile

kontrol grubunun ön ve son test puanlarının benzer olduğu bulundu. Deney gruplarının CSİMÖ mamografi yarar son test alt boyut puanlarının ise birbirine benzer olduğu ancak diğer ölçümlerinden farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2).

Grup faktörünün, CSİMÖ mamografi engel algısı alt boyutu ön test ve son test puanlarına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,001$) belirlendi ve KEK değerinin "0,119" olduğu saptandı. Kontrol grubu CSİMÖ mamografi engel alt boyutu puan ortalaması "28,87 ± 5,78", çevrimiçi eğitim grubu "25,04 ± 5,32" ve yüz yüze eğitim grubu "24,39 ± 6,8" olarak hesaplandı. Kontrol grubunda elde edilen CSİMÖ mamografi engel alt boyut puanının deney gruplarından farklı olduğu, deney gruplarının ise birbiriyle benzer olduğu belirlendi ($F=16,62$; $p<0,001$). Çalışmada zaman faktörü incelendiğinde; CSİMÖ mamografi engel alt boyutu ön test (27,96 ± 5,57) ve son test (24,24 ± 6,44) puanlarının zamana göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak azaldığı ve KEK değerinin "0,107" olduğu saptandı ($F=29,49$; $p<0,001$). Çalışmada grup zaman etkileşimi birlikte değerlendirildiğinde, iki faktörün bir arada CSİMÖ mamografi engel alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa neden olduğu bulundu ($F=9,37$; $p<0,001$). Çalışmada, grup zaman etkileşimi birlikte incelendiğinde; deney gruplarının CSİMÖ mamografi engel ön test puanları ile kontrol grubunun ön ve son test puanlarının benzer olduğu bulundu. Deney gruplarının CSİMÖ mamografi engel son test alt boyut puanlarının ise birbirine benzer olduğu ancak diğer ölçümlerinden farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2).

Grup faktörünün, Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam ön test ve son test puanlarına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,001$) belirlendi ve KEK değeri "0,098" olarak hesaplandı. Kontrol grubu Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalaması "38,79 ± 6,81", çevrimiçi eğitim grubu "41,87 ± 6,16" ve yüz yüze eğitim grubu "43,2 ± 6,11" olarak hesaplandı. Kontrol grubunda elde edilen Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanının deney gruplarından farklı olduğu, deney grupları arasında ise benzer olduğu belirlendi ($F=13,42$; $p<0,001$). Çalışmada zaman faktörü incelendiğinde; Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam ön test puanı (38,93 ± 5,84) ve son test (43,64 ± 6,51) puanlarının zamana göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği ve KEK değerinin "0,151" olduğu hesaplandı ($F=43,59$; $p<0,001$). Çalışmada grup zaman etkileşimi birlikte değerlendirildiğinde, iki faktörün

bir arada Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka neden olduğu bulundu (F=12,44; p<0,001). Çalışmada, grup zaman etkileşimi birlikte incelendiğinde; deney grupları Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği ön test puanları ile kontrol grubunun ön ve son test toplam puanlarının benzer olduğu bulundu. Deney gruplarının son test Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanlarının ise birbirine benzer olduğu ancak, diğer ölçümlerinden farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2).

4.3. ÇALIŞMANIN SONUNDA KATILIMCILARIN GRUPLARINA GÖRE MAMOGRAFİ YAPTIRMA DURUMU İLE HİZMETTEN/SAĞLIK EĞİTİMİNDEN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmanın sonunda, katılımcıların mamografi taraması yaptırma durumunun ve aldığı hizmetten memnuniyet düzeyine ilişkin bulgular tablo 4.2.3'de yer almaktadır.

Çalışma gruplarına göre mamografi yaptırma durumunun dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (x^2=24,633; p<0,001). Kontrol grubunda, "Evet" cevabı verenlerin oranı %2,4 (n=1), çevrimiçi eğitim grubunda %26,2 (n=11) ve yüz yüze grubunda %50,0 (n=21) olduğu belirlendi. Çalışmada mamografi yaptırma durumu açısından, çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının benzer olduğu ancak, kontrol grubundaki katılımcıların test yaptırma durumları ile deney grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (Tablo 4.2.3).

Çalışmanın sonunda, standart bakım hizmeti / sağlık eğitiminden memmnuniyet puanı incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi (x^2=72,424; p<0,001). Memnuniyet puanı ortalaması kontrol grubunda "7,26 ± 1,78", çevrimiçi eğitim grubunda "9,69 ± 0,64" ve ev ziyareti grubunda "9,88 ±0,50" olarak elde edildi. Yapılan analizde, çevrimiçi eğitim grubu ile yüz yüze eğitim gruplarının memnuniyet düzeylerinin benzer olduğu ancak, kontrol grubunda yer alan katılımcıların memnuniyet düzeylerinin deney gruplarından farklı olduğu saptandı (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.3 Çalışmanın sonunda, katılımcıların mamografi taraması yaptırma durumunun ve aldığı hizmetten memnuniyet düzeyinin gruplara göre karşılaştırılması

	Gruplar				
	Kontrol	**Çevrimiçi**	**Yüz yüze**		
Özellik	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	***Test İst.***	**p**
Mamografi taraması yaptırma durumu					
Evet	1 (2,4) **b**	11 (26,2) **a**	21 (50,0) **a**	24,633*	**<0.001**
Hayır	41 (97,6)	31 (73,8)	21 (50,0)		
Özellik	**x̄ ± SS Ortanca (min-mak)**	**x̄ ± SS Ortanca (min-mak)**	**x̄ ± SS Ortanca (min-mak)**	***Test İst.***	**p**
Standart Bakım Hizmeti/ Çevrimiçi- Yüz yüze sağlık eğitimi memnuniyet düzeyi	7,26 ± 1,78 7,5 (4 - 10) **b**	9,69 ± 0,64 10 (7 - 10) **a**	9,88 ±0,50 10 (7 - 10) **a**	72,424**	**<0,001**
Kararsızım	8 (19,5)	4 (12,9)	2 (9,5)		
Yaptırmaya Niyetim Yok	22 (53,7) **b**	9 (29) **ab**	3 (14,3) **b**		

*Pearson Ki kare testi; **Kruskal Wallis Testi; x̄ ± SS: Ortalama ± Standart Sapma; min: Minumum değer; mak: Maksimum değer

a-b: aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Çalışmanın sonunda, katılımcıların tarama yaptırmama gerekçeleri ile tarama yaptırma niyetinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4.2.4'de yer almaktadır (Tablo 4.2.4).

Gruplara göre katılımcıların mamografi taraması yaptırmama gerekçeleri incelendiğinde; kontrol grubunda sırasıyla %43,9 oranında (n=18) "zaman bulamadım", %41,5 oranında (n=17) "meme hastalığımın olmaması nedeniyle gerek duymadım", %31,7 oranında (n=13) "önemsemedim" ve yanıtları alındı. Çevrimiçi eğitim grubunda ise mamografi taraması yaptırmayan katılımcıların yaptırmama gerekçeleri, %71 oranında (n=22) "zaman bulamadım", %19,4 oranında (n=6) "meme hastalığımın olmaması nedeniyle gerek duymadım" ve %9,7 oranında (n=3) "ağrılı bir işlem olduğu için yaptırmadım" yanıtını verdikleri saptandı. Yüz yüze eğitim grubunda mamografi taraması yaptırmayan katılımcıların testi yaptırmama gerekçeleri değerlendirildiğinde; %85,7 oranında (n=18) "zaman bulamadım", %14,3 oranında (n=3) "unuttum" ve %14,3 oranında (n=3) "ağrılı bir işlem olduğu için yaptırmadım" yanıtını verdikleri saptandı (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.4 Çalışmanın sonunda, katılımcıların tarama yaptırmama gerekçeleri ile tarama yaptırma niyetinin gruplara göre karşılaştırılması

Özellik	**Gruplar**		
	Kontrol	**Çevrimiçi**	**Yüz yüze**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**
Tarama Yaptırmama Gerekçesi			
Zaman bulamadım	18 (45,0)	22 (81,5)	18 (85,7)
Mevcut meme hastalığım olmadığı için gerek duymadım	17 (42,5)	6 (22,2)	1 (4,8)
Önemsemedim	13 (32,5)	2 (7,4)	0 (-)
Ağrılı bir işlem olduğu için yaptırmadım	5 (12,5)	3 (11,1)	3 (14,3)
Unuttum	1 (2,5)	4 (14,8)	3 (14,3)
Tarama Niyeti			
Yaptırmaya Niyetim Var	11 (26,8)	18 (58,1)	16 (76,2)
Kararsızım	8 (19,5)	4 (12,9)	2 (9,5)
Yaptırmaya Niyetim Yok	22 (53,7)	9 (29,0)	3 (14,3)
*n katlanmıştır.			

Gruplara göre test yaptırmayan katılımcıların önümüzdeki altı ay içindeki test yaptırma niyetleri incelendiğinde; kontrol grubunda "niyetim var" yanıtını verenlerin oranı %26,2 (n=11), "kararsızım" yanıtını verenlerin oranı %19 (n=8), ve "yaptırmayacağım" yanıtını verenlerin oranı %42,4 (n=22)'dir. Çevrimiçi eğitim grubunda, "niyetim var" yanıtını verenlerin oranı %42,9 (n=18), "kararsızım" yanıtını verenlerin oranı %9,5 (n=4) ve "yaptırmayacağım" yanıtını verenlerin oranı %21,5 (n=9)'dir. Yüz yüze eğitim grubunda ise, "niyetim var" yanıtını verenlerin oranı %38,1 (n=16), "kararsızım" yanıtını verenlerin oranı %4,8 (n=2) ve "yaptırmayacağım" yanıtını verenlerin oranı %7,1 (n=3)'dir (Tablo 4.2.4).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubundaki kadınların meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar ve engel düzeyleri, mamografi özyeterlilik düzeyleri ve mamografi taramasına etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Bu bölümde çalışmanın bulgularının, literatür eşliğinde yorumlanması yer almaktadır.

5.1. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICINDA VE SONUNDA ELDE EDİLEN BULGULARIN GRUPLAR ARASI ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmada, kadınların eğitim öncesi ve sonrası meme kanseri ve mamografi bilgisi öz değerlendirmesi VAS ile değerlendirildi. Meme kanseri/mamografi bilgisi öz değerlendirmesi VAS ön test son test puan farkları değerlendirildiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının puan farklarının anlamlı derecede arttığı ve bu grupların birbirlerine benzer olduğu ancak kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi. Çevrimiçi ve yüz yüze eğitim müdahalesinin meme kanseri/mamografi bilgisi öz değerlendirmesi VAS puanlarına etki düzeyinin güçlü olduğu değerlendirildi (Tablo 4.2.1). Bununla birlikte meme kanseri/mamografi bilgisi öz değerlendirmesi VAS değerlerinin grup, zaman ve grup-zaman etkileşimleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.2.2). Meme kanseri/mamografi bilgisi öz değerlendirmesi VAS toplam puanı, grup faktöründe ele alındığında, müdahale gruplarının puanlarının birbirine benzer olmakla birlikte kontrol grubu puanından anlamlı derecede yüksek olduğu ve müdahalenin etki değerinin de güçlü olduğu değerlendirildi. Meme kanseri/mamografi bilgisi öz değerlendirmesi VAS toplam puanı, zaman faktörü açısından incelendiğinde son test puanının, ön test puanına göre anlamlı derecede yükseldiği ve iki aylık izlem sürecinin VAS puanına etkisinin güçlü olduğu belirlendi. VAS puanları grup-zaman faktörü birlikte analiz edildiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze grupların son test puanlarının birbirine benzer oldukları, kendi ön test puanları ile kontrol grubu ön-son test puanlarından ise anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.2.2). Bilgi eksikliği kadınlarda meme kanseri tarama

davranışının ihmal edilmesine ve meme kanserinin tanısının gecikmesine yol açmaktadır (197). Meme kanseri prevelansının artma eğilimi, kanserle mücadelede erken tanının yaygınlaştırılmasını olanaklı kılan müdahalelere duyulan gereksinimi arttırmaktadır (2,32). Yüz yüze etkileşimin olduğu yüz yüze sağlık eğitimleri, meme kanseri ve mamografiye yönelik bilgiyi arttırmada, araştırmalarda en sık kullanılan müdahale türüdür (40-42). Türkiye'de yapılan randomize kontrollü bir araştırmada, ev ziyareti ile yapılan yüz yüze eğitimlerle kadınların meme kanseri bilgi puanlarının yükseldiği rapor edilmektedir (198). Taha ve ark. (2014), tarafından Ürdün'deki kadınlara ev ziyareti yoluyla yapılan bir yüz yüze eğitim müdahalesinden 6 ay sonra, kadınların meme kanseri ve mamografi bilgisi ortalama puanının önemli ölçüde arttığı bildirilmektedir (41). Kolutek ve ark. (2018), ev ziyaretleri yoluyla verdikleri yüz yüze eğitimin ardından gerçekleştirdikleri izlemlerle kadınlarda meme kanseri bilgisine ilişkin bilgi puanlarının, eğitimden sonra önemli düzeyde arttığını bildirmektedir (199). Arshad ve ark.'ları, Michigan'daki Arap Amerikalı kadınlara ev ziyaretleri yoluyla ingilizce ve arapça olarak verdikleri yüz yüze eğitim müdahalesinin sonucunda, her iki dille verilen yüz yüze eğitim müdahalesinin Arap Amerikalı kadınların mamografi hakkındaki bilgilerinde önemli artışa yol açtığı bildirilmektedir (200). İnternetin gelişmesi, cep telefonları ve dijital sosyal ağ platformlarının daha yaygın kullanılması sebebiyle toplum tarafından çevrimiçi sağlık eğitimlerin de büyük oranda kabul edildiği bildirilmektedir (54). Xu ve ark. (2023), çalışmalarında meme kanseri sağlık eğitimini katılımcılara çevrimiçi kısa videolar aracılığıyla ulaştırarak verdikleri müdahalede bu yöntemin, izleyicilerin meme kanseri bilgi seviyelerini önemli ölçüde arttırdığını belirtmektedirler (195). Mathieu ve ark. (2010), mamografiye yönelik çevrimiçi bir karar yardımının, 40 yaşındaki kadınların mamografi taramasına ilişkin bilgilerini geliştirmede etkili olduğunu ortya koymaktadırlar (201). De Jesus ve ark.'larının (2021), düşük gelirli Latin kadınlar arasında yaptığı çalışmada, sesli mesajlar, metin mesajları ve bir elektronik posta göndermenin etkililiğini karşılaştırdığı çalışmada, her üç müdahale grubunda meme kanseri bilgi puanının önemli ölçüde arttırdığı ancak müdahale grupları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını bildirmektedir (202). Tuna ve ark.'ları üniversite personeli olan ve üniversitede öğrenci olan 1679 kadına çevrimiçi eğitim verdikten bir ay sonra ve altıncı ayda kendi kendine meme muayenesi

konusunda ortalama bilgi puanlarının önemli ölçüde arttığını rapor etmektedir (203). Literatürde, meme kanseri ve mamografi taramasına yönelik çevrimiçi ve yüz yüze yapılan sağlık eğitimlerinin kadınların meme kanseri ve mamografiye ilişkin bilgisine etkisini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada elde edilen verilere göre, çevrimiçi ve yüz yüze yapılan sağlık eğitimlerinin katılımcıların meme kanseri ve mamografi bilgisini kontrol grubunda yer alan katılımcılara göre, olumlu yönde geliştirdiği ancak bilgilenme ve farkındalık artışına katkıda bulunmada eşit derecede etkili olduğu belirlendi. Sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla yapılan, kolaylığı, düşük maliyeti ve minimum personel nedeniyle avantaj sağlayan çevrimiçi sağlık eğitimlerinin bilgiyi etkili ve kabul edilebilir bir şekilde sunma potansiyeline sahip ve yüz yüze eğitime alternatif veya tamamlayıcı bir hizmet olarak düşünülebileceği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, meme kanseri ve mamografi bilgi düzeyi ile ilgili olarak, "$H_0$2" ve "$H_1$3" hipotezleri kabul edilirken; "$H_0$1, $H_1$4 ve $H_1$5" hipotezleri red edildi.

Çalışmada, mamografi taramasına yönelik algılanan yarar algısı, CSİMÖ mamografi yarar alt boyutu ve ile ölçüldü. (184,188). Bu çalışmada mamografi yarar algısı ön test-son test puan farkı incelendiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının puan farklarının anlamlı derecede arttığı ve bu grupların birbirlerine benzer olduğu ancak kontrol grubundan farklı oldukları değerlendirildi. Çevrimiçi ve yüz yüze eğitim müdahalesinin mamografi yarar algısına etki düzeyi orta düzeydedir (Tablo 4.2.1). Mamografi yarar algısı toplam puanı, grup faktöründe ele alındığında, müdahale gruplarının puanlarının birbirine benzer olmakla birlikte kontrol grubu puanından anlamlı derecede yüksek olduğu ve müdahalenin etki değerinin düşük olduğu değerlendirildi. Mamografi yarar algısı toplam puanı, zaman faktörü açısından incelendiğinde son test puanının, ön test puanına göre anlamlı derecede yükseldiği ve iki aylık izlem sürecinin mamografi yarar algısı puanına etkisinin düşük olduğu belirlendi. Mamografi yarar algısı puanları grup-zaman faktörü ile birlikte analiz edildiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze grupların son test puanlarının birbirine benzer oldukları, ön test puanları ile kontrol grubu ön-son test puanlarından ise anlamlı derecede yüksek olup, grup ve zaman faktörlerinin bir arada mamografi yarar algısı puanına etkisi düşük düzeydedir (Tablo 4.2.2). Mamografi yarar algısı, bireyin meme kanserinden korunmak için mamografi yaptırmanın etkili olacağına ve

kendine fayda sağlayacağına dair inancıdır (45). Kadınlara verilen eğitim yöntemleriyle, mamografi yarar algısı pekiştirildiği zaman, kadınların mamografi davranışını gerçekleştirme olasılığı artmaktadır (7,18). Kolutek ve ark. (2018), ev ziyaretleri yoluyla verdikleri eğitimin ardından gerçekleştirdikleri izlemlerle kadınlarda algılanan mamografi yarar düzeylerinin arttığını belirtmektedir (199). Fernández ve ark.'ları (2009), düşük gelirli Latin kadınlar arasında yaptığı, yüz yüze grup sağlık eğitiminin sonucunda kadınlarda algılanan mamografi yararının, anlamlı derecede yüksek olduğunu rapor etmiştir (204). Rezaeian ve ark.'larının (2014), İran'da yaptıkları bir araştırmada, yüz yüze grup sağlık eğitimi alan müdahale grubunun, dört hafta sonra algılanan mamografi yararlarının yükseldiği ve eğitimin etkili olduğu rapor edilmektedir (40). Nguyen-Truong ve ark.'ları (2017), Vietnamlı Amerikalı göçmen kadınlara verilen yüz yüze grup sağlık eğitimini içeren bir müdahalenin, algılanan mamografi yararlarını anlamlı derecede arttırdığını bildirmektedir (205). Heydari ve Noroozi (2015), CD ve metin mesajlarını içeren multimedya eğitimi ile yüz yüze grup eğitiminin etkisini karşılaştırdığı çalışmada, yüz yüze grup sağlık eğitimi alan deney grubunun mamografi yarar algısında artış sağlamada daha etkili olduğunu bildirmektedir (48). Bu çalışmada ise, algılanan mamografi yarar düzeyinin müdahale ile arttığı ancak bu artış eğilimin müdahale gruplarında benzer olduğu değerlendirildi. Bu bağlamda, algılanan mamografi yarar alt boyutu ile ilgili olarak, "$H_0$2" ve "$H_1$3" hipotezleri kabul edilirken "$H_0$1", "$H_1$4", "$H_1$5" hipotezleri red edilmiştir.

Çalışmada, mamografi taramasına yönelik algılanan engel algısı, CSİMÖ mamografi engel alt boyutu ve ile ölçüldü. Mamografi tarama davranışıyla, CSİMÖ mamografi engel algısı alt ölçeği negatif ilişkilidir (184,188). Çalışmada çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının mamografi engel algısı puan farklarının anlamlı derecede azaldığı ve bu grupların birbirlerine benzer olduğu ancak kontrol grubundan farklı oldukları değerlendirildi. Çevrimiçi ve yüz yüze eğitim müdahalesinin mamografi engel algısına etki düzeyi güçlü düzeydedir (Tablo 4.2.1). Mamografi engel algısı toplam puanı, grup faktöründe ele alındığında, müdahale gruplarının puanlarının birbirine benzer olmakla birlikte kontrol grubu puanından anlamlı derecede düşük olduğu ve müdahalenin etki değerinin düşük olduğu değerlendirildi. Mamografi engel algısı toplam puanı, zaman faktörü açısından

incelendiğinde son test puanının, ön test puanına göre anlamlı derecede azaldığı ve iki aylık izlem sürecinin mamografi engel algısı puanına etkisinin düşük olduğu belirlendi. Mamografi engel algısı puanları grup-zaman faktörü birlikte analiz edildiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze grupların son test puanlarının birbirine benzer oldukları, kendi ön test puanları ile kontrol grubu ön-son test puanlarından ise anlamlı derecede düşük olduğu, grup ve zaman faktörlerinin bir arada mamografi engel algısı puanına etkisinin düşük olduğu değerlendirildi (Tablo 4.2.2). Mamografi engel algısı, bireyin sahip olduğu fiziksel, psikososyal ve ekonomik şartlar nedeniyle mamografi davranışı gerçekleştiribilme kapasitesinin yetersiz ya da imkânsız olduğuna yönelik inancıdır ve mamografi davranışının doğrudan belirleyicisi rolündedir (46,206). Mamografi engel algısının, kadınlarda mamografi yaptırma davranışını geciktirebildiği veya engelleyebildiği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlık eğitimleriyle kadınlarda mevcut olan mamografi engel algısının azaltılabildiği ve mamografiye katılım oranlarının arttırıldığı rapor edilmektedir. Kolutek ve ark. (2018), ev ziyaretleri yoluyla verdikleri eğitimin ardından gerçekleştirdikleri izlemlerle kadınlarda, algılanan mamografi engel düzeylerinin azaldığını bildirmektedirler (199). Nguyen-Truong ve ark.'ları (2017), Vietnamlı Amerikalı göçmen kadınlara verilen yüz yüze grup sağlık eğitimini içeren bir müdahalenin, algılanan mamografi engellerini anlamlı derecede iyileştirdiğini rapor etmektedirler (205). Masoudiyekta ve ark.'ları (2018), yüz yüze grup sağlık eğitimi müdahalesinden sonra mamografiye yönelik algılanan engellerin önemli ölçüde azaldığını bildirmektedir (207). Lee-Lin ve ark.'ları (2015), çalışmalarında yüz yüze grup sağlık eğitimi ve ardından bireysel danışmanlığın, mamografi engel algısını azalttığını rapor etmektedir (208). Heydari ve Noroozi (2015), CD ve metin mesajlarını içeren multimedya eğitimi ile yüz yüze grup eğitiminin etkisini karşılaştırdığı çalışmada, her iki eğitim yönteminin algılanan mamografi engelini azalttığını bildirmektedir (48). Literatüre benzer olarak, çalışmanın sonunda algılanan mamografi engel düzeyinin müdahale ile azaldığı ancak müdahale gruplarında algılanan engel düzeyinin benzer olduğu değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, algılanan mamografi engelleri alt boyutu ile ilgili olarak, "$H_0$2" ve "$H_1$3" hipotezleri kabul edilirken "$H_0$1", "$H_1$4", "$H_1$5" hipotezleri red edilmiştir.

Çalışmada, mamografi taramasına yönelik algılanan öz yeterlilik, "Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği" ile ölçüldü. Çalışmada mamografi öz yeterlilik ölçümünün ön test-son test puan farkı incelendiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının puan farklarının anlamlı derecede arttığı ve bu grupların birbirlerine benzer ancak kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi. Çevrimiçi ve yüz yüze eğitim müdahalesinin mamografi öz yeterlilik algısına etki düzeyinin güçlü olduğu değerlendirildi (Tablo 4.2.1). Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanı, grup faktöründe ele alındığında, müdahale gruplarının puanlarının birbirine benzer olmakla birlikte kontrol grubu puanından anlamlı derecede yüksek olduğu ve müdahalenin etki değerinin düşük olduğu değerlendirildi. Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanı, zaman faktörü açısından incelendiğinde son test puanının, ön test puanına göre anlamlı derecede yükseldiği ve iki aylık izlem sürecinin mamografi öz yeterlilik puanına etkisinin düşük olduğu belirlendi. Mamografi öz yeterlilik puanları grup-zaman faktörü ile birlikte analiz edildiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze grupların son test puanlarının birbirine benzer oldukları, kendi ön test puanları ile kontrol grubu ön-son test puanlarından ise anlamlı derecede yüksek olduğu, grup ve zaman faktörlerinin bir arada mamografi öz yeterlilik puanına etkisinin düşük olduğu saptandı (Tablo 4.2.2). Mamografi öz yeterliliği, bireyin mamografi davranışı gerçekleştirebilme kapasitesi olduğuna, mamografi yaptırmayı başarabileceğine ve mamografi yaptırdığı zaman sağlığına katkı sağlayacağına olan inancıdır ve kadınların mamografiyi benimsemelerinde çok önemli katkı sağladığı değerlendirilmektedir (18,46). Bu yüzden çeşitli müdahale yöntemlerinin bireylerin mamografi çektirme yeteneklerine olan inançları üzerindeki etkinliğinin değerlendirilmesi gerektiği savunulmaktadır (18). Pirzadeh ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada yüz yüze verilen sağlık eğitimi sonucu kadınların algılanan mamografi öz yeterliliğinin, anlamlı derecede yüksek olduğu rapor edilmektedir (42). Benzer olarak Rezaeian ve ark.'larının İran'da yaptıkları bir araştırmada, yüz yüze sağlık eğitimi alan müdahale grubunun, dört hafta sonra mamografi öz yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğu ve eğitimin etkili olduğu rapor edilmektedir (40). Kim ve ark.'ları (2010), Koreli Amerikalı kadınlar arasında yaptıkları çalışmada, Kore kültürel inançlarına göre uygun yüz yüze eğitim müdahalesinin sonucunda, kadınlarda algılanan mamografi öz yeterlilik düzeyinde anlamlı derecede artış olduğunu

bildirmektedir (193). Fernández ve ark.'ları (2009), düşük gelirli Latin kadınlar arasında yaptığı bir çalışmada, yüz yüze verilen sağlık eğitimi sonucu kadınların algılanan mamografi öz yeterliliğinin, anlamlı derecede yükseldiği bildirmektedir (204). Talati ve ark.'ları (2018), farklı hedef gruplar üzerinde, çevrimiçi veya yüz yüze verilen iş sağlığı ve iş yeri esenliği eğitiminin etkilerini incelediği çalışmada, her iki eğitim yönteminin bireylerde farklı bağlamlarda değerlendirilen öz yeterlilik algısının önemli ölçüde arttığını ancak her iki müdahalenin arasında anlamlı bir farkın olmadığını bildirmektedir (209). Literatür incelendiğinde çevrimiçi eğitim yöntemlerinin, kadınlarda mamografi öz yeterlilik algısına ne derecede etki ettiğini gösteren çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Çalışmanın sonunda algılanan mamografi öz yeterlilik düzeyinin müdahale ile arttığı değerlendirilmekle birlikte bu değişim müdahale gruplarında benzerdir. Bu çalışmada elde edilen bulgular, yüz yüze ve çevrimiçi sağlık eğitiminin kadınlarda mamografi öz yeterlilik algısını geliştirmede etkili ancak birbirine üstün olmayan iki yöntem oldukları, uygun koşullarda birbirinin alternatifi olarak uygulanabileceğine yorumlanmaktadır. Çevrimiçi sağlık eğitimi, mamografiye yönelik olumlu davranış kazandırmada uygun maliyetli bir yöntemdir ve büyük ölçüde umut vaat etmektedir. Yüz yüze sağlık eğitimi ise dijital eğitim olanağı olmayan kadınlarda vazgeçilmez bir müdahale olarak tercih edilmelidir. Bu bağlamda, mamografi öz yeterliliği ile ilgili olarak, "$H_0$2" ve "$H_1$3" hipotezleri kabul edilirken "$H_0$1", "$H_1$4", "$H_1$5" hipotezleri red edilmiştir.

Çalışma gruplarına göre mamografi yaptırma oranları incelendiğinde; çevrimiçi (%26,2), yüz yüze (%50) eğitim grubundaki oranların birbirine benzer ve kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu değerlendirilmektedir (Tablo 4.2.3). Seven ve ark.'ları (2015), ülkemizde yaptıkları çalışmada kadınların ev ziyareti aracılığıyla bireysel eğitim aldıktan sonra mamografiye katılma oranlarının %20, ev ziyaretiyle bireysel eğitime ek olarak broşür aldıklarında %22,3 ve grup eğitimi alanlarda %33 olduğu bildirmektedir (37). Paskett ve ark.'ları (2006), kırsal yerde yaşayan kadınlar arasında yaptıkları çalışmada, üç ev ziyareti, iki telefon görüşmesi ve bir hatırlatma elektronik postası alan deney grubundaki kadınların (%42,5), bir mektup ve broşür alan karşılaştırma (%27,3) grubuna kıyasla mamografi çektirme oranlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmektedir (210).

Lee Lin ve ark.'ları, Çinli Amerikalı göçmen kadınlara uygulanan yüz yüze grup eğitimi ve bireysel telefon danışmanlığını içeren birleşik müdehalenin katılımcıların üç aylık izlem sürecinde mamografiye katılım oranının %51 olduğunu bildirmektedir (211). Russell ve ark. (2010), düşük gelirli Afro Amerikan kadınlarda mamografi taramasını iyileştirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, altı ay boyunca başlangıçta etkileşimli, bilgisayar tabanlı eğitim ve dört aylık yüz yüze danışmanlık görüşmelerini içeren kombine müdahalenin mamografiye katılımı arttırmadaki etkisinin, sadece eğitim kitapçığı içeren bir müdahaleye kıyasla, mamografi katılımını arttırmada yaklaşık üç kat artış sağladığı bildirilmektedir (212). Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Servisi'nin Genişleyen Dijital Projelerinden birinde, Facebook sayfası ve Facebook Messenger aracılığıyla meme kanseri taramasını teşvik edici çevrimiçi gönderilerin kullanılması ile bir bölgenin mamografiye katılım düzeyini 2014'den 2018'e %12,9 oranında arttırarak, ülkedeki mamografi kullanımında 58. sıradan 11. sıraya yükselmesini sağladığı rapor edilmektedir (213). Bowen ve ark.'ları (2017), ABD'de yaptıkları çalışmada interaktif web sitesi aracılığıyla uygulanan ve bir yıl süren çevrimiçi sağlık eğitiminin, kadınların mamografi taramasına katılımlarında %13'lük artış olduğunu bildirirken, hiç müdehale almayan kontrol grubunda %1 oranında düşüş meydana geldiğini rapor edilmektedir (214). Lee ve ark.'ları (2017), *mMammogram* adını verdikleri mobil uygulama üzerinden katılımcılara kişisel olarak uyarladıkları multimedya mesajlarını yedi gün süreyle paylaştıktan bir ay sonra bu grubun, mamografiye katılma oranlarının %75 arttığını rapor etmektedir (215). Roh ve ark.'ları (2023), kırsal bir bölgede yaşayan Kızıldereli kadınlara uygulanan *wMammogram* adlı mobil uygulama müdahalesinin, altı ay sonra mamografiye katılımı %42 oranında arttırdığını bildirmektedir (216). De Jesus ve ark.'larının (2021), düşük gelirli Latin kadınlara cep telefonu aracılığıyla bir ay sürede haftada iki kez kişiselleştirilmiş ses mesajları ve metin mesajları göndermenin ve bir elektronik posta göndermenin etkinliğini karşılaştırdığı çalışmalarında, her üç müdahalenin mamografiye katılım oranını önemli ölçüde arttırdığı ancak müdahale grupları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmektedir (202). Gathirua Mwangi ve ark.'ları (2016), son iki yılda mamografi çektirmemiş Afrikalı Amerikalı kadınlar arasında oluşturduğu örneklemde standart bakım, elektronik postayla gönderilen etkileşimli DVD (digital

versatile disc) ve telefon danışmanlığının karşılaştırıldığı çalışmada, altı aylık takipte her üç grubun mamografiye katılma davranışlarının arttığı ancak aralarında fark olmadığı bildirilmektedir (217). Bu çalışmada ise, mamografi katılım oranının müdahale ile anlamlı derecede arttığı ancak müdahale gruplarında oranların benzer olduğu değerlendirilmektedir. Bu çalışmada elde edilen bulgular, çevrimiçi sağlık eğitimi uygulamalarının, ev ziyareti ile yüz yüze yapılan sağlık eğitimi yöntemine güvenli bir alternatif olarak kullanılabileceğine yorumlanmaktadır. Bu durum ilerleyen teknolojinin bir katkısı olarak bireylerle zaman ve maliyet kaybı olmadan iletişime geçmenin güven ve motivasyonu yüz yüze eğitimlerdeki kadar arttırdığına bağlanabilir. Bu çalışmada, her iki grubun tarama oranları dikkate alındığında, ülkemizde yapılan Babaoğlu ve ark.'larının (2021) çalışmasına benzer olmasının yanı sıra hedeflenen %70 katılım oranına ulaşılamadığı da ayrıca dikkate alınmaktadır. Bu durumun, çalışmanın uygulama ve takip sürecinin katılımcıların büyük çoğunluğu için dini açıdan önemli ve hassas bir dönem olan Ramazan ayına denk gelmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra bu durumun araştırmanın yapıldığı bölgede yakın zamanda yaşanan deprem felaketinin yol açtığı toplumsal bir kriz nedeniyle de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Uygulamanın gündelik yaşam koşullarının değişmediği bir dönemde yapılması halinde tarama oranlarında daha büyük bir etki yaratabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte her ne kadar yapılan sağlık eğitimi müdehalesi mamografiye katılma oranlarını artırmış olsa da, istenilen başarıya ulaşılamamış olması, çalışmada izlem süresinin iki ay ile sınırlandırılması ve tek oturumlu bir sağlık eğitimi yapılmasından kaynaklı olabileceği değerlendirilmektedir. Müdahale gruplarında taramaya katılmayanların katılmama nedenleri sorgulandığında, yüksek oranda "*Depremden hasar alan evimizi sağlamlaştırmak istediğimiz için mamografi çektirmeye zaman bulamadım", "Ramazan ayında oruç tuttuğum için gidemedim",* "*Mevcut şikayetim olmadığı için gerek duymadım*", yanıtının alınması bu durumları düşündüren gerekçedir. Aynı zamanda çevrimiçi eğitim grubunda taramaya katılmayanların %42,9'u, yüz yüze eğitim grubunda ise %38,1'i önümüzdeki altı ay içinde tarama yaptırmaya niyetli olduklarını bildirmişlerdir. Bu açıdan, bir davranışın ortaya çıkmasındaki en önemli faktörün niyet olduğu göz önüne alındığında taramaya katılma oranının, çalışmanın sonlandırılmasın ardından da artabileceği

öngörülmektedir. Bu bağlamda, mamografi yaptırma durumu ile ilgili olarak, "$H_0$2" ve "$H_1$3" hipotezleri kabul edilirken "$H_0$1", "$H_1$4", "$H_1$5" hipotezleri red edilmiştir.

Literatürde mamografi taramasının önündeki en büyük engellerin sırasıyla, bilinen bir meme hastalığı olmaması nedeniyle gereksinim olmadığı inancı, mamografi taramasının yüksek maliyeti, zaman eksikliği, bilgi eksikliği, utanma, röntgen ve test sonuçlarından korkma olduğu rapor edilmektedir (18,218,219). Bu çalışmada tarama testi yaptırmayanların gerekçeleri incelendiğinde; yüz yüze ve çevrimiçi eğitim gruplarında "zaman bulamadım" ve "gerek duymadım" en çok bildirilen engellerdi. Kontrol grubunda ise, "zaman bulamadım", "mevcut hastalığım olmadığı için gerek duymadım" ve "önemsemedim" yanıtlarına ulaşıldı. Benzer şekilde Taha ve ark.'ları (2014), ev ziyaretleri yoluyla bir eğitim müdahalesinin etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, araştırma sonunda elde ettikleri mamografi engellerini; meşgul olmak (%48), başka önceliklere sahip olmak (%48) ve risk altında hissetmemek (%44) olarak sıralamaktadır (41). Lee Lin ve ark.'ları (2013), yüz yüze verdikleri sağlık eğitiminin ardından Çinli Amerikalı kadınların, mamografiye ilgi göstermeme sebeplerini, mamografi için zaman olmaması ve mamografi çektirmenin diğer sağlık sorunları kadar önemli olmadığına inanılması olarak sıralamaktadır (211). Meisner ve ark.'larının ABD'deki kadınlar arasında yaptıkları çalışmada mamografi çektirmeme ana nedeninin, ertelemek olduğu ikinci ana nedenin ise ihtiyaç olduğunu bilmemek olduğu belirtilmektedir (219). Mermer ve Türk (2014), ülkemizde yaptıkları çalışmada mamografi yaptırmama/randevu almama nedenlerini %30 unutma, %26,7 başka sağlık sorunları olması olarak sıralamaktadır (220). Offman ve ark.'ları (2014) telefonla hatırlatma müdahalesinin katılım düzeyini %10 artırdığını belirtmektedir. (39). Bu çalışma sırasında da, iki deney grubuna da eğitimden bir ay sonra mamografi taramasını telefonla hatırlatılarak, unutma faktörünü minumuma elimine ettiği değerlendirilmektedir. Müdahale gruplarında en çok bildirilen gerekçeler olan, "mevcut hastalığım olmadığı için gerek duymadım" ve "zaman bulamadım" ifadelerinin çalışmanın uygulama ve takip sürecinde katılımcıların büyük çoğunluğu için dini açıdan önemli ve hassas bir dönem olan Ramazan ayına denk gelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buna ek olarak, araştırmanın yapıldığı bölgenin yakın zamanda yaşanan deprem felaketinden büyük ölçüde etkilenmesi sebebiyle

yaşanan konut krizinin yarattığı sıkıntı nedeniyle bireylerin meşgul olma durumlarının arttığı, bu nedenle de taramaya katılamadıkları düşünülebilir.

Çalışmada kadınların önümüzdeki altı ay içinde mamografi yaptırma niyetlerine bakıldığında, kontrol grubundaki kadınların %26,2'sinin, çevrimiçi eğitim grubunun %42,9'unun ve yüz yüze eğitim grubunun %38,1'inin niyeti olduğu belirlenmiştir. Transteorik davranışsal değişim modeli'ne göre, mamografi taraması için ön düşünme, düşünme, hazırlık, eylem ve sürdürme olmak üzere beş değişim aşamasının olduğu savunulmaktadır (218). "Ön düşünme"; önümüzdeki altı ay içinde mamografi çektirmeye niyeti olmayan, "düşünme"; önümüzdeki altı ay içinde mamografi çektirmeyi düşünen ve "eylem"; son altı ayda mamografi çektirmiş olan kadınların mamografi benimseme aşamalarını tanımlamaktadır (121). Düşünme ve eylem aşaması artan mamografi uyumunun ve mamografiye bağlılığın bir göstergesi durumundadır. Champion ve ark.'ları (2003), doktor tavsiyesi ve bireysel yüz yüze danışmanlık kombinasyonu alan kadınların, yalnızca doktor tavsiyesi alanlara göre daha yüksek mamografi uyum oranlarına sahip olduğunu rapor etmektedir (221). Han ve ark.'ları (2009), son iki yılda mamografi çektirmeyen Koreli Amerikalı kadınlar arasında yaptığı çalışmada müdahale grubunun başlangıçta %67.7'sinin düşünme aşamasında olduğunu, uygulanan yüz yüze eğitim ve telefon danışmanlığını içeren ve altı aylık izlemin olduğu müdahale sonucunda, %65,6'sının eylem aşamasında, %15,1'inin düşünme aşamasında olduğunu ve mamografi uyumunun önemli ölçüde arttığını, müdahalenin etkili olduğunu bildirmektedir (222). Champion ve ark.'larının (2006), çalışmalarında meme kanseri ve mamografiye yönelik etkileşimli bilgisayar müdahalesini alan deney grubunun, altı ay sonra mamografi uyum oranlarının önemli ölçüde arttığı bildirilmektedir (47). Wang ve ark.'larının (2012), yüz yüze yaptıkları grup eğitimi sonucunda Tayvanlı kadınların mamografi niyetinin anlamlı düzeyde arttığı bildirilmektedir (223). Dhakal ve ark.'ları (2023), Nepal'de yaptıkları araştırmada planlı davranış teorisine göre uyguladıkları meme kanseri tarama eğitiminin dördüncü ayında, eğitim alan deney grubunda mamografi niyetinde önemli bir artış olduğunu bildirmektedir (224). Mathieu ve ark.'ları (2010), mamografiye yönelik çevrimiçi bir karar yardımı alan, 40 yaşındaki kadınların, hiçbir bilgi almayan kontrol grubuna göre mamografiye katılma konusunda kararsız olma olasılığının anlamlı derecede daha düşük olduğu rapor edilmektedir (201). Lin

ve Effken (2010), yaptıkları çalışmada çevrimiçi mamografi eğitimi programına katılan kadınlarda, mamografiye yönelik olumlu algı ve niyet düzeylerinde artış olduğunu bildirmektedir (225). Lee ve ark.'ları (2017), Koreli Amerikalı kadınların mamografi katılımlarını arttırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, deney grubundaki katılımcılarla çevrimiçi eğitim programından sonra uygulanan son test doğrultusunda, deney grubunun mamografi çektirme niyetlerinin önemli ölçüde iyileştiği rapor edilmektedir (226). Roh ve ark.'ları, tarafından kırsal bir bölgede yaşayan Kızıldereli kadınlarda yapılan bir çalışmada, *wMammogram* adlı mobil uygulama müdahalesi alan grubun, sadece broşür alan kontrol grubundan daha fazla mamografi çektirme niyeti gösterdiği bildirilmektedir (216). Bir kadının mamografi davranış niyeti varsa, mamografi konusunda eyleme geçmesi daha olasıdır. Mamografi yaptırma niyeti belirleyen faktörler ise, yeterli bilgi ve öz yeterliliktir (224). Bu çalışmada, çevrimiçi ve yüz yüze yapılan sağlık eğitimleriyle kadınların bilgi seviyelerinin ve öz yeterlilik düzeylerinin arttığı değerlendirilmektedir. Bu nedenle çevrimiçi ve yüz yüze yapılan sağlık eğitimleriyle davranışsal niyetlerinin arttığı, bu çalışma sürecinde mamografi taramasına katılmayan katılımcıların da gelecek dönemlerde mamografi taramasına katılma olsaılığının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet, hizmetin kalite algısı, bireyin talepleri ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak gösterilmektedir (227). Araştırmada çevrimiçi sağlık eğitim grubu ile yüz yüze sağlık eğitim gruplarının, aldığı eğitimden memnuniyet düzeylerinin benzer olduğu ancak kontrol grubunda yer alan katılımcıların standart mamografi hizmetinden duyduğu memnuniyet düzeyinden oldukça yüksek olduğu saptandı. Spalluto ve ark.'ları (2019), yaptığı üç kollu randomize kontrollü araştırmada, yüz yüze bireysel eğitim veya grup eğitimi alan Latin kadınlarda, standart mamografi hizmeti alan kontrol grubuna göre memnuniyetin çok yüksek olduğu bildirilmektedir (228). Seo ve ark.'ları (2023), çalışmalarında katılımcıların meme kanseri riskini azaltmak için Zoom video platformunu kullanarak sağladıkları, grup temelli sekiz seanslık çevrimiçi eğitim ve 16 haftalık metin mesajı alan grubunun, 24. haftada alınan hizmete yönelik genel memnuniyetin çok yüksek olarak ölçüldüğünü bildirmektedirler (229). Lee ve ark.'ları (2017), *mMammogram* adını verdikleri mobil uygulama üzerinden

katılımcılara kişisel olarak uyarladıkları multimedya mesajlarını yedi gün süreyle paylaştıktan bir ay sonra bu grubun, standart mamografi hizmeti alan kontrol grubuna göre aldığı hizmetten daha yüksek derecede memnun kaldığı bildirilmektedir (215). Roh ve ark.'ları, tarafından kırsal bir bölgede yaşayan Kızıldereli kadınlara uygulanan *wMammogram* adlı mobil uygulama müdahalesinden altı ay sonra, bu grubun memnuniyet düzeyinin, sadece broşür alan kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, broşür grubuna kıyasla aldıkları müdahaleyi arkadaşlarına tavsiye etme bakımından daha çok istekli davrandıkları bildirilmektedir (216). Bunun aksine, Taylor ve ark.'ları (2013), Prostat Spesifik Antijeni taramasına yönelik erkeklerin bilinçli karar almalarına yönelik yaptığı çalışmada, web tabanlı etkileşimli karar yardımı ile baskı tabanlı karar yardımını karşılaştırdıkları çalışmada, bir aylık değerlendirmede baskı tabanlı karar yardımı alan grubun daha yüksek memnuniyet bildirdiklerini rapor etmektedir (230). Bu çalışmada, sağlık eğitimden memnuniyet düzeyi ile ilgili olarak, çevrimiçi ve yüz yüze sağlık eğitimi alan grupların, memnuniyet durumlarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olması, sağlık eğitiminin yetişkin öğrenme ilkelerine uygun olarak yapılmasına, katılımcıların takvimine uygun bir planlama yapılmasına, eğiticinin yaklaşım tarzına bağlı olarak geliştiğine yorumlanabilir.

5.2. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Bu çalışmanın;

- İki müdahale bir kontrol grubunun yer aldığı tek kör randomize kontrollü bir çalışma olması
- Örneklem sayısının yeterli büyüklükte olması ve çalışmanın güçlü olması,
- Kullanılan ölçeklerin Cronbach α değerlerinin güvenilir olması,
- Randomizasyonun iyi yapılması ve karıştırıcı faktörlerin gruplar arasında benzer olması,
- Sağlık eğitiminin bireylerin mamografi engel algısını aşabilmeleri için bire bir sunulması, her iki müdahale türünün de yüz yüze etkileşime dayalı (senkronize) olması,

- Araştırmada ileri analiz teknikleri kullanılarak, verilerin uzman bir istatistikçi tarafından hesaplanması,
- Daha önce çevrimiçi ve yüz yüze sağlık eğitiminin, meme kanseri ve mamografi bilgi öz değerlendirmesi, mamografi sağlık inançlarına ve taramaya katılımına etkisini inceleyen çalışmaların kısıtlı olması gibi faktörler çalışmanın güçlü yönleri olarak değerlendirilmektedir.

5.3. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

- Çalışmanın uygulama ve takip sürecinin Ramazan ayı ve bayramına denk gelmiş olması ve izlemin sadece iki ay ile sınırlanmış olması, her üç grupta da en sık bildirilen mamografi yaptırmama nedeninin, "zaman bulamamak" olması nedeniyle, zaman açısından çalışmanın kısıtlılığa sahip olduğu düşünülmektedir.
- Çalışmanın uygulandığı bölgenin yakın bir tarihte büyük bir depremden etkilenmiş olması ve bazı katılımcıların bundan dolayı konut sıkıntsı çekiyor olması nedeniyle, bireylerin tarama davranışına yeteri kadar ilgi göstermemelerine neden olabileceği düşünülerek, araştırmanın, yürütüldüğü yer bakımından kısıtlılık olduğu değerlendirilmektedir.
- Eğitimin tek oturum halinde verilmesinin, bu araştırmanın bir kısıtlılığı olduğu değerlendirilmektedir.
- Çalışmanın tek merkezde yapılmasının, bu araştırmanın bir sınırlılığı olduğu düşünülmektedir.
- Çalışmada internete erişimi olan ve görüntülü görüşebilecek donanıma sahip kadınlar dahil edilmiştir, örneklemin bu özelliği bir sınırlılık olarak değerlendirilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

İki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubundaki kadınların meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirme durumları, algılanan mamografi yarar ve engel düzeyleri, mamografi özyeterlilik düzeyleri ve mamografi taramasına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar bu bölümde yer almaktadır.

- Çalışmanın başlangıcında, gruplar arasında VAS meme kanseri bilgisi öz değerlendirmesi, VAS mamografi bilgisi öz değerlendirmesi, Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği toplam ve CSİMÖ mamografi yarar ve engel alt boyutu ön test puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

- Meme kanseri bilgisine yönelik VAS öz değerlendirmesi ön test son test puan farkları değerlendirildiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının puan farklarının anlamlı derecede arttığı ($p<0,05$), ve bu grupların birbirlerine benzer olduğu ancak kontrol grubunun diğer gruplardan farklı olduğu ve puanında bir değişiklik olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

- Meme kanseri bilgisine yönelik VAS özdeğerlendirmesinin grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, grup faktörü ve zaman faktörünün etkisinin anlamlı olduğu ve bu faktörlerin etki düzeyinin orta olduğu ($p<0,05$), grup-zaman faktörünün anlamlı bir farklılığa etki ettiği belirlendi ($p>0,05$).

- Mamografi bilgisine yönelik VAS öz değerlendirmesi ölçümünün ön test-son test puan farkı incelendiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının puan farklarının anlamlı derecede arttığı ($p<0,05$), ve bu grupların birbirlerine benzer olduğu ancak kontrol grubunun diğer gruplardan farklı olduğu ve puanında bir değişiklik olmadığı değerlendirildi ($p>0.05$).

- Mamografi bilgisine yönelik VAS özdeğerlendirmesinin grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, grup faktörü ve zaman faktörünün etkisinin anlamlı

olduğu ve bu faktörlerin etki düzeyinin güçlü olduğu ($p<0,05$), grup-zaman faktörünün anlamlı bir farklılığa etki ettiği belirlendi ($p>0,05$).

- CSİMÖ mamografi yarar algısı alt boyutu ön test-son test puan farkı incelendiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının puan farklarının anlamlı derecede arttığı ($p<0,05$), ve bu grupların birbirlerine benzer olduğu ancak kontrol grubunun diğer gruplardan farklı olduğu ve puanında bir değişiklik olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

- CSİMÖ mamografi yarar algısı alt boyutunun grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, grup faktörü ve zaman faktörünün etkisinin anlamlı olduğu ve bu faktörlerin etki düzeyinin düşük olduğu ($p<0,05$), grup-zaman faktörünün anlamlı bir farklılığa etki ettiği belirlendi ($p>0,05$).

- CSİMÖ mamografi engel algısı alt boyutu ön test-son test puan farkı incelendiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının puan farklarının anlamlı derecede azaldığı ($p<0,05$), ve bu grupların birbirlerine benzer olduğu ancak kontrol grubunun diğer gruplardan farklı olduğu ve puanında bir değişiklik olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

- CSİMÖ mamografi engel algısı alt boyutunun grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, grup faktörü ve zaman faktörünün etkisinin anlamlı olduğu ve bu faktörlerin etki düzeyinin düşük olduğu ($p<0,05$), grup-zaman faktörünün anlamlı bir farklılığa etki ettiği belirlendi ($p>0,05$).

- Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği ön test-son test puan farkı incelendiğinde; çevrimiçi ve yüz yüze eğitim gruplarının puan farklarının anlamlı derecede arttığı ($p<0,05$), ve bu grupların birbirlerine benzer olduğu ancak kontrol grubunun diğer gruplardan farklı olduğu ve puanında bir değişiklik olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

- Mamografi Öz Yeterlilik Ölçeği grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, grup faktörü ve zaman faktörünün etkisinin anlamlı olduğu ve bu faktörlerin etki düzeyinin düşük olduğu ($p<0,05$), grup-zaman faktörünün anlamlı bir farklılığa etki ettiği belirlendi ($p>0,05$).

- Çalışmanın sonunda mamografi yaptırma durumu değerlendirildiğinde, çevrimiçi eğitim grubunda %26,2, yüz yüze eğitim grubunda %50 ve kontrol grubunun %2,4 olarak saptandı.

- Mamografi yaptırmayanların, yaptırmama gerekçeleri incelendiğinde; kontrol grubunda taramaya katılmayanların %43,9'u (n=18) "zaman bulamadım", %41,5'i (n=17) "meme hastalığımın olmaması nedeniyle gerek duymadım", %31,7'si (n=13) "önemsemedim" yanıtını verdi.

- Mamografi yaptırmayanların, yaptırmama gerekçeleri incelendiğinde; çevrimiçi eğitim grubunda taramaya katılmayanların %71'i (n=22) "zaman bulamadım", %19,4'ü (n=6) "meme hastalığımın olmaması nedeniyle gerek duymadım" ve %9,7'si (n=3) "ağrılı bir işlem olduğu için yaptırmadım" yanıtını verdi.

- Mamografi yaptırmayanların, yaptırmama gerekçeleri incelendiğinde; yüz yüze eğitim grubunda taramaya katılmayanların %85,7'si (n=18) "zaman bulamadım", %14,3'ü (n=3) "unuttum" ve %14,3'ü (n=3) "ağrılı bir işlem olduğu için yaptırmadım" yanıtlarını verdi.

- Taramaya katılmayan katılımcıların önümüzdeki altı ay içerisinde mamografi yaptırma niyeti sorgulandığında, kontrol grubunun %26,2'si, çevrimiçi eğitim grubunun %42,9'u, yüz yüze eğitim grubunun %38,1'i, yaptırmaya niyeti olduğu yanıtını verdi.

- Çalışmanın sonunda, standart bakım hizmeti / eğitimden memmnuniyet puanı incelendiğinde, çevrimiçi eğitim grubu ile yüz yüze eğitim gruplarının memnuniyet düzeylerinin yüksek ve benzer olduğu ancak, kontrol grubunda yer alan katılımcıların memnuniyet düzeyinin düşük ve deney gruplarından farklı olduğu belirlendi.

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmacılara, hemşirelere ve kurumlara yönelik öneriler bu bölümde yer almaktadır.

- **Araştırmacılara Öneriler**

Mamografiye katılma oranını arttırmak amacıyla çevrimiçi veya yüz yüze eğitim yöntemiyle yapılacak olan sağlık eğitimlerinin;

- Uygulama ve takip zamanının mevcut katılımcıların kültürel ve dini inançları doğrultusunda düzenlenmesi,
- Eğitim oturumlarının iki veya daha fazla olacak şekilde sayısının arttırılması,
- Daha sık hatırlatma görüşmelerinin yapılması,
- Takip sürecinin iki aydan daha uzun olması araştırmacılara önerilmektedir.

- **Hemşirelere Öneriler**

Özellikle aile sağlığı merkezinde veya KETEM'de çalışan hemşirelerin meme kanseri ve mamografi taramasına yönelik bilgi ve farkındalığı artırmak, sağlık inançlarını olumlu yönde geliştirmek, mamografiye katılım oranlarını arttırmak için daha geniş erişebilirlik ve daha uygun maliyet imkânı sunan çevrimiçi sağlık eğitimi yöntemini daha yaygın olarak kullanabilmeleri önerilmektedir.

- **Kurumlara Yönelik Öneriler**

Mamografi taramasına katılım oranında, hedef düzeye ulaşmak amacıyla toplum tabanlı sağlık eğitimleri ile bireylerin bilgi, farkındalık düzeyi arttırılmalı ve daha sık hatırlatmalar ile taramaya katılımı desteklenmelidir. Bu sağlık eğitimini uygularken yüz yüze ev ziyareti yoluyla yapılan eğitimlere alternatif olarak maliyet ve zaman kaybı açısından avantajlı olan çevrimiçi eğitim yöntemlerinin de güvenle kullanılabileceği unutulmamalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Mubarik, S., Malik, S. S., Wang, Z., Li, C., Fawad, M., & Yu, C. (2019). Recent insights into breast cancer incidence trends among four Asian countries using age-period-cohort model. Cancer Management and Research, 11, 8145. https://doi.org/10.2147/CMAR.S208323
2. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: globocan estimates of ıncidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3), 209–249. https://doi.org/10.3322/caac.21660
3. Breast Cancer. (2023). World Health Organisation. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer Erişim tarihi: 13.08.2023
4. Turkey Source: GLOBOCAN 2020. (2021). https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf Erişim tarihi: 13.08.2023
5. Alhamdi, A., Belhi, B., Alqahtani, S., & Almotairi, H. (2021). The Economic Burden Associated with the Management of Different Stages of Breast Cancer: A Retrospective Cost of Illness Analysis in Saudi Arabia. Healthcare, 9(7), 907. https://doi.org/10.3390/healthcare9070907
6. Corbex, M., Burton, R., & Sancho-Garnier, H. (2012). Breast cancer early detection methods for low and middle income countries, a review of the evidence. Breast (Edinburgh, Scotland), 21(4), 428–434. https://doi.org/10.1016/J.BREAST.2012.01.002
7. Noman, S., Shahar, H. K., Rahman, H. A., Ismail, S., Al-Jaberi, M. A., & Azzani, M. (2020). The effectiveness of educational ınterventions on breast cancer screening uptake, knowledge, and beliefs among women: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(1), 1–30. https://doi.org/10.3390/IJERPH18010263
8. Özmen, V., Boylu, S., Ok, E., Cantürk, N. Z., Çelik, V., Kapkaç, M., Girgin, S., Tireli, M., İhtiyar, E., Demircan, O., Baskan, M. S., Koyuncu, A., Tasdelen, I., Dumanli, E., Ozdener, F., & Zaborek, P. (2015). Factors affecting breast cancer treatment delay in Turkey: A study from Turkish Federation of breast diseases societies. The European Journal of Public Health, 25(1), 9–14. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku086
9. Pereira, A. A. C., Destro, J. R., Bernuci, M. P., Garcia, L. F., & Lucena, T. F. R. (2020). Effects of a WhatsApp-Delivered Education Intervention to Enhance Breast Cancer Knowledge in Women: Mixed-Methods Study. Journal of Medical Internet Research MHealth and UHealth, 8(7). https://doi.org/10.2196/17430
10. Sun, Y.-S., Zhao, Z., Yang, Z.-N., Xu, F., Lu, H.-J., Zhu, Z.-Y., Shi, W., Jiang, J., Yao, P.-P., & Zhu, H.P. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. International Journal of Biological Sciences, 13(11), 1387–1397. https://doi.org/10.7150/ijbs.21635
11. Boroumand Sani, S., Eslami, B., Eskandari, A., Saberi, A., Orouji, M., Goodarzi, D., Hosseini, L., & Alipour, S. (2021). Comparison of the effectiveness of teaching “breast cancer in a simple language” via a user-friendly booklet or through WhatsApp on the learning rate and emotional status in healthy women: a randomized pre-test/post-test experimental design. International Journal of Health Promotion and Education, https://doi.org/10.1080/14635240.2021.2019603
12. Nduka, I. J., Ejie, I. L., Okafor, C. E., Eleje, G. U., & Ekwunife, O. I. (2022). Interventions to increase mammography screening uptake among women living in low-income and middle-income countries: a protocol for a systematic review. BMJ Open, 12(3), e056901. https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-056901
13. Ding, L., Greuter, M. J. W., Truyen, I., Goossens, M., De Schutter, H., de Bock, G. H., & Van Hal, G. (2022). Irregular screening participation increases advanced stage breast cancer at diagnosis: A population-based study. The Breast, 65, 61–66. https://doi.org/10.1016/j.breast.2022.07.004
14. Elobaid, Y. E., Aw, T. C., Grivna, M., & Nagelkerke, N. (2014). Breast cancer screening awareness, knowledge, and practice among arab women in the united arab emirates: a cross-sectional survey. PLoS ONE, 9(9), e105783. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105783
15. Figueroa, J. D., Gray, E., Pashayan, N., Deandrea, S., Karch, A., Vale, D. B., Elder, K., Procopio, P., van Ravesteyn, N. T., Mutabi, M., Canfell, K., & Nickson, C. (2021). The impact of the Covid-19 pandemic on breast cancer early detection and screening. Preventive Medicine, 151, 106585. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106585

16. Heena, H., Durrani, S., Riaz, M., AlFayyad, I., Tabasim, R., Parvez, G., & Abu-Shaheen, A. (2019). Knowledge, attitudes, and practices related to breast cancer screening among female health care professionals: a cross sectional study. BMC Women's Health, 19(1), 122. https://doi.org/10.1186/s12905-019-0819-x
17. Albeshan, S. M., Hossain, S. Z., Mackey, M. G., & Brennan, P. C. (2020). Can breast self-examination and clinical breast examination along with ıncreasing breast awareness facilitate earlier detection of breast cancer in populations with advanced stages at diagnosis? Clinical Breast Cancer, 20(3), 194–200. https://doi.org/10.1016/J.CLBC.2020.02.001
18. Ghaffari, M., Esfahani, S. N., Rakhshanderou, S., & Koukamari, P. H. (2019). Evaluation of health belief model-based intervention on breast cancer screening behaviors among health volunteers. Journal of Cancer Education, 34(5), 904–912. https://doi.org/10.1007/s13187-018-1394-9
19. Chen, T. H. H., Yen, A. M. F., Fann, J. C. Y., Gordon, P., Chen, S. L. S., Chiu, S. Y. H., Hsu, C. Y., Chang, K. J., Lee, W. C., Yeoh, K. G., Saito, H., Promthet, S., Hamashima, C., Maidin, A., Robinson, F., & Zhao, L. Z. (2017). Clarifying the debate on population-based screening for breast cancer with mammography: A systematic review of randomized controlled trials on mammography with Bayesian meta-analysis and causal model. Medicine, 96(3). https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005684
20. Mandrik, O., Tolma, E., Zielonke, N., Meheus, F., Ordóñez-Reyes, C., Severens, J. L., & Murillo, R. (2021). Systematic reviews as a "lens of evidence": Determinants of participation in breast cancer screening. Journal of Medical Screening, 28(2). https://doi.org/10.1177/0969141320930743
21. Khan, S. A., Hernandez-Villafuerte, K. V., Muchadeyi, M. T., & Schlander, M. (2021). Cost-effectiveness of risk-based breast cancer screening: A systematic review. International Journal of Cancer, 149(4), 790–810. https://doi.org/10.1002/IJC.33593
22. Madan, J., Rawdin, A., Stevenson, M., & Tappenden, P. (2010). A rapid-response economic evaluation of the UK NHS cancer reform strategy breast cancer screening program extension via a plausible bounds approach. Value in Health, 13(2), 215–221. https://doi.org/10.1111/J.1524-4733.2009.00667.X
23. Smith, R. A., Andrews, K. S., Brooks, D., Fedewa, S. A., Manassaram-Baptiste, D., Saslow, D., Otis, ;, Brawley, W., Richard, ;, & Wender, C. (2018). Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(4), 297–316. https://doi.org/10.3322/CAAC.21446
24. Wübker, A. (2014). Explaining variations in breast cancer screening across European countries. European Journal of Health Economics, 15(5), 497–514. https://doi.org/10.1007/S10198-013-0490-3/TABLES/7
25. Lüleci, D., & Kılıç, B. (2022). Factors affecting women's participation in breast cancer screening in Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 23(5), 1627–1634. https://doi.org/10.31557/APJCP.2022.23.5.1627
26. Rollet, Q., Guillaume, É., Launay, L., & Launoy, G. (2021). Socio-territorial ınequities in the French National breast cancer screening programme - A cross-sectional multilevel study. Cancers, 13(17), 4374. https://doi.org/10.3390/cancers13174374
27. Akın, M. E. (2022). Rate and reasons of missed screening mammography in the COVID-19 pandemic from Turkey. Journal of Health Sciences and Medicine, 5(4), 1068–1072. https://doi.org/10.32322/jhsm.1110424
28. Babaoğlu, A., Büyüközmen, E., & Can, F. (2021). İzmir'de toplumda kanser tarama testleri farkındalığı ve bireylerin kanser tarama testlerine katılımını etkileyen faktörler. Batı Karadeniz Tıp Dergisi, 5(2), 173–181. https://doi.org/10.29058/mjwbs.853692
29. Demirtaş, S. G., & Aydoğdu, N. G. (2021). Yoksul kadınların meme kanserine yönelik inançlarının mamografi yaptırma davranışlarına etkisinin incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3), 379–385. https://doi.org/10.53424/BALIKESIRSBD.978173

30. Schliemann, D., Tan, M. M., Hoe, W. M. K., Mohan, D., Taib, N. A., Donnelly, M., & Su, T. T. (2022). mHealth interventions to improve cancer screening and early detection: Scoping review of reviews. Journal of Medical Internet Research, 24(8), e36316. https://doi.org/10.2196/36316

31. Zielonke, N., Kregting, L. M., Heijnsdijk, E. A. M., Veerus, P., Heinävaara, S., McKee, M., Kok, I. M. C. M., Koning, H. J., & Ravesteyn, N. T. (2021). The potential of breast cancer screening in Europe. International Journal of Cancer, 148(2), 406–418. https://doi.org/10.1002/ijc.33204

32. Vernon, S. W., del Junco, D. J., Tiro, J. A., Coan, S. P., Perz, C. A., Bastian, L. A., Rakowski, W., Chan, W., Lairson, D. R., McQueen, A., Fernandez, M. E., Warrick, C., Halder, A., & DiClemente, C. (2008). Promoting regular mammography screening ıı. results from a randomized controlled trial in US women veterans. Journal of the National Cancer Institute, 100(5), 347–358. https://doi.org/10.1093/jnci/djn026

33. Gardner, M. P., Adams, A., & Jeffreys, M. (2013). Interventions to ıncrease the uptake of mammography amongst low ıncome women: a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE, 8(2), e55574. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055574

34. Sung, J. F. C., Blumenthal, D. S., Coates, R. J., Williams, J. E., Alema-Mensah, E., & Lill, J. M. (1997). Effect of a cancer screening ıntervention conducted by lay health workers among ınner-city women. American Journal of Preventive Medicine, 13(1), 51–57. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)30225-3

35. Taymoori, P., Molina, Y., & Roshani, D. (2015). Effects of a randomized controlled trial to ıncrease repeat mammography screening in Iranian women. Cancer Nursing, 38(4), 288–296. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000185

36. Yılmaz, M., Sayin, Y., & Oner Cengiz, H. (2017). The effects of training on knowledge and beliefs about breast cancer and early diagnosis methods among women. European Journal of Breast Health, 13(4), 175–182. https://doi.org/10.5152/tjbh.2017.3255

37. Seven, M., Akyüz, A., & Robertson, L. B. (2015). Interventional education methods for increasing women's participation in breast cancer screening program. Journal of Cancer Education, 30(2), 244–252. https://doi.org/10.1007/s13187-014-0709-8

38. Acharya, A., Sounderajah, V., Ashrafian, H., Darzi, A., & Judah, G. (2021). A systematic review of interventions to improve breast cancer screening health behaviours. Preventive Medicine, 153 (2021) 106828. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106828

39. Offman, J., Myles, J., Ariyanayagam, S., Colorado, Z., Sharp, M., Cruice, M., North, B. V., Shiel, S., Baker, T., Jefferies, R., Binysh, K., & Duffy, S. W. (2014). A telephone reminder intervention to improve breast screening information and access. Public Health, 128(11), 1017–1022. https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2014.09.007

40. Rezaeian, M., Sharifirad, G., Mostafavi, F., Moodi, M., & Abbasi, M. H. (2014). The effects of breast cancer educational intervention on knowledge and health beliefs of women 40 years and older, Isfahan, Iran. Journal of Education and Health Promotion, 3, 43. https://doi.org/10.4103/2277-9531.131929

41. Taha, H., Nyström, L., Al-Qutob, R., Berggren, V., Esmaily, H., & Wahlström, R. (2014). Home visits to improve breast health knowledge and screening practices in a less privileged area in Jordan. BMC Public Health, 14(1). https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-428

42. Pirzadeh, A., Ansari, S., & Golshiri, P. (2021). The effects of educational intervention on breast self-examination and mammography behavior: Application of an integrated model. Journal of Education and Health Promotion, 10(1). https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1119_20

43. Çidem, F., & Ersin, F. (2019). Kadınların sosyal destek ve öz etkililik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16(3), 183-190. https://doi.org/10.5222/HEAD.2019.183

44. Darvishpour, A., Vajari, S. M., & Noroozi, S. (2018). Can health belief model predict breast cancer screening behaviors? Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, 6(5), 949–953. https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.183

45. Bardak, F. (2018). Annelerin sağlık inanç modeline göre aşı turumları ve bazı bebek sağlığı uygulamaları ile ilişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. T.C. Selçük Üniversitesi.

46. Gözüm S., Çapık, C. (2014). Sağlık davranişlarinin geliştirilmesinde bir rehber: sağlik inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7(3), 230-237.

47. Champion, V. L., Springston, J. K., Zollinger, T. W., Saywell, R. M., Monahan, P. O., Zhao, Q., & Russell, K. M. (2006). Comparison of three interventions to increase mammography screening in low income African American women. Cancer Detection and Prevention, 30(6), 535–544. https://doi.org/10.1016/j.cdp.2006.10.003

48. Heydari, E., & Noroozi, A. (2015). Comparison of two different educational methods for teachers' mammography based on the health belief model. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 16(16), 6981–6986. https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.16.6981

49. Doorenbos, A. Z., Jang, M. K., Li, H., & Lally, R. M. (2020). Ehealth education methods to enhance oncology nurse, patient, and caregiver teaching. Clinical Journal of Oncology Nursing, 24(3), 42–48. https://doi.org/10.1188/20.CJON.S1.42-48

50. McGrowder, D. A., Miller, F. G., Vaz, K., Anderson Cross, M., Anderson-Jackson, L., Bryan, S., Latore, L., Thompson, R., Lowe, D., McFarlane, S. R., & Dilworth, L. (2021). The utilization and benefits of telehealth services by health care professionals managing breast cancer patients during the COVID-19 pandemic. Healthcare, 9(10), 1401. https://doi.org/10.3390/healthcare9101401

51. Sengupta, K., Javeri, A., Mascarenhas, C., Khaparde, O., & Mahadik, S. (2021). Feasibility and acceptability of a synchronous online parent-mediated early ıntervention for children with autism in a low resource setting during COVID-19 pandemic. International Journal of Disability, Development and Education, 1–17. https://doi.org/10.1080/1034912X.2021.1937957

52. Ryhänen, A. M., Siekkinen, M., Rankinen, S., Korvenranta, H., & Leino-Kilpi, H. (2010). The effects of internet or interactive computer-based patient education in the field of breast cancer: A systematic literature review. Patient Education and Counseling, 79(1), 5–13. https://doi.org/10.1016/J.PEC.2009.08.005

53. Wlodarczyk, J. R., Wolfswinkel, E. M., & Carey, J. N. (2020). Coronavirus 2019 video conferencing: preserving resident education with online meeting platforms. Plastic & Reconstructive Surgery, 146(1), 110e–111e. https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000007073

54. Zhang, X., Wen, D., Liang, J., & Lei, J. (2017). How the public uses social media wechat to obtain health information in China: a survey study. BMC Medical Informatics and Decision Making, 17. https://doi.org/10.1186/s12911-017-0470-0

55. Gao, X., Lo, E. C.-M., McGrath, C., & Ho, S. M.-Y. (2015). Face-to-face individual counseling and online group motivational interviewing in improving oral health: study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 16(1), 416. https://doi.org/10.1186/s13063-015-0946-0

56. Win, K. T., Hassan, N. M., Bonney, A., & Iverson, D. (2015). Benefits of online health education: perception from consumers and health professionals. Journal of Medical Systems, 39(3), 27. https://doi.org/10.1007/s10916-015-0224-4

57. Smigal, C., Jemal, A., Ward, E., Cokkinides, V., Smith, R., Howe, H. L., & Thun, M. (2006). Trends in breast cancer by race and ethnicity: update 2006. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 56(3), 168–183. https://doi.org/10.3322/CANJCLIN.56.3.168

58. Baqutayan, S. M. S. (2012). The effect of anxiety on breast cancer patients. Indian Journal of Psychological Medicine, 34(2), 119–123. https://doi.org/10.4103/0253-7176.101774

59. Feng, Y., Spezia, M., Huang, S., Yuan, C., Zeng, Z., Zhang, L., Ji, X., Liu, W., Huang, B., Luo, W., Liu, B., Lei, Y., Du, S., Vuppalapati, A., Luu, H. H., Haydon, R. C., He, T.-C., & Ren, G. (2018). Breast cancer development and progression: Risk factors, cancer stem cells, signaling pathways, genomics, and molecular pathogenesis. Genes & Diseases, 5(2), 77–106. https://doi.org/10.1016/j.gendis.2018.05.001

60. Makki, J. (2015). Diversity of breast carcinoma: histological subtypes and clinical relevance. Clinical Medicine Insights: Pathology, 8,23-31. https://doi.org/10.4137/CPath.S31563

61. Danforth, D. N. (2016). Genomic changes in normal breast tissue in women at normal risk or at high risk for breast cancer. Breast Cancer: Basic and Clinical Research, 2016(10), 109-146. https://doi.org/10.4137/BCBCr.s39384

62. Tuasha, N., & Petros, B. (2020). Heterogeneity of tumors in breast cancer: Implications and prospects for prognosis and therapeutics. Scientifica, https://doi.org/10.1155/2020/4736091

63. Britt, K. L., Cuzick, J., & Phillips, K.-A. (2020). Key steps for effective breast cancer prevention. Nature Reviews Cancer, 20(8), 417–436. https://doi.org/10.1038/s41568-020-0266-x

64. Lacroix, M., Toillon, R. A., & Leclercq, G. (2004). Stable 'portrait' of breast tumors during progression: data from biology, pathology and genetics. Endocrine-Related Cancer, 11(3), 497–522. https://doi.org/10.1677/ERC.1.00758

65. Cserni, G. (2020). Histological type and typing of breast carcinomas and the WHO classification changes over time. Pathologica, 112(01), 25–41. https://doi.org/10.32074/1591-951X-1-20

66. McGuire, A., Brown, J. A. L., & Kerin, M. J. (2015). Metastatic breast cancer: the potential of miRNA for diagnosis and treatment monitoring. Cancer Metastasis Reviews, 34(1), 145. https://doi.org/10.1007/S10555-015-9551-7

67. Chuang, H., Lee, E., Liu, Y., Lee, D., & Ideker, T. (2007). Network-based classification of breast cancer metastasis. Molecular Systems Biology, 3(1). https://doi.org/10.1038/msb4100180

68. Soni, A., Ren, Z., Hameed, O., Chanda, D., Morgan, C. J., Siegal, G. P., & Wei, S. (2015). Breast cancer subtypes predispose the site of distant metastases. American Journal of Clinical Pathology, 143(4), 471–478. https://doi.org/10.1309/AJCPYO5FSV3UPEXS

69. Watkins, E. J. (2019). Overview of breast cancer. JAAPA, 32(10), 13–17. https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000580524.95733.3d

70. Grogan Fleege, N. M., & Cobain, E. F. (2022). Breast cancer management in 2021: A primer for the obstetrics and gynecology. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 82, 30–45. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.02.004

71. Ding, R., Xiao, Y., Mo, M., Zheng, Y., Jiang, Y.-Z., & Shao, Z.-M. (2022). Breast cancer screening and early diagnosis in Chinese women. Cancer Biology & Medicine, 19(4), 450–467. https://doi.org/10.20892/j.issn.2095-3941.2021.0676

72. Łukasiewicz, S., Czeczelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanisławek, A. (2021). Breast cancer- Epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies - An updated review. Cancers, 13(17), 4287. https://doi.org/10.3390/cancers13174287

73. Arnold, M., Morgan, E., Rumgay, H., Mafra, A., Singh, D., Laversanne, M., Vignat, J., Gralow, J. R., Cardoso, F., Siesling, S., & Soerjomataram, I. (2022). Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. The Breast : Official Journal of the European Society of Mastology, 66, 15-23. https://doi.org/10.1016/J.BREAST.2022.08.010

74. Newman, L. A. (2022). Breast cancer screening in low and middle-income countries. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 83, 15–23. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.018

75. Heer, E., Harper, A., Escandor, N., Sung, H., McCormack, V., & Fidler-Benaoudia, M. M. (2020). Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. The Lancet Global Health, 8(8), e1027–e1037. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30215-1

76. Wilkinson, L., & Gathani, T. (2022). Understanding breast cancer as a global health concern. The British Journal of Radiology, 95(1130). https://doi.org/10.1259/bjr.20211033

77. Cardoso, F., Spence, D., Mertz, S., Corneliussen-James, D., Sabelko, K., Gralow, J., Cardoso, M.-J., Peccatori, F., Paonessa, D., Benares, A., Sakurai, N., Beishon, M., Barker, S.-J., & Mayer, M. (2018). Global analysis of advanced/metastatic breast cancer: Decade report (2005–2015). The Breast, 39, 131–138. https://doi.org/10.1016/j.breast.2018.03.002

78. Mubarik, S., Yu, Y., Wang, F., Malik, S. S., Liu, X., Fawad, M., Shi, F., & Yu, C. (2022). Epidemiological and sociodemographic transitions of female breast cancer incidence, death, case fatality and DALYs in 21 world regions and globally, from 1990 to 2017: An age-period-cohort analysis. Journal of Advanced Research, 37, 185–196. https://doi.org/10.1016/j.jare.2021.07.012

79. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. (2021). https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017_OZETLI.pdf Erişim tarihi:13.08.2023

80. Ödemiş, D. A., Celik, B., Erciyas, S. K., Erdogan, O. S., Tuncer, S. B., Gultaslar, B. K., Ghafour, A. A., Saip, P., & Yazici, H. (2022). Evaluation of BRCA1/2 gene mutations in patients with high-risk breast and/or ovarian cancer in Turkey. Turkish Journal of Biochemistry, 47(5), 588–594. https://doi.org/10.1515/tjb-2021-0209

81. Eser, S. , Örün. H. , Hamavioğlu. E. , Lotfi. F. (2023). Cancer incidence, mortality and survival in Türkiye as of 2020. Basic Clinical Cancer Research, 14(1), 1–13.

82. Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. In Biological Research, 50(1) 33. https://doi.org/10.1186/s40659-017-0140-9

83. Ronckers, C. M., Erdmann, C. A., & Land, C. E. (2004). Radiation and breast cancer: a review of current evidence. Breast Cancer Research, 7(1), 21. https://doi.org/10.1186/bcr970

84. Aich, R. K., Mondal, N. K., Chhatui, B., Sepai, H. M., Aich, R., Acharyya, A., Manir, K., & Bhattacharaya, J. (2016). Relevance of risk factors of breast cancer in women: An Eastern Indian scenario. Journal of Cancer Research and Therapeutics, 12(1), 302–308. https://doi.org/10.4103/0973-1482.160929

85. Momenimovahed, Z., & Salehiniya, H. (2019). Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. Breast Cancer, 11, 151–164. https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070

86. Dumitrescu, R. G., & Cotarla, I. (2005). Understanding breast cancer risk - where do we stand in 2005? Journal of Cellular and Molecular Medicine, 9(1), 208–221. https://doi.org/10.1111/j.1582-4934.2005.tb00350.x

87. Washbrook, E. (2006). Risk factors and epidemiology of breast cancer. Women's Health Medicine, 3(1), 8–14. https://doi.org/10.1383/WOHM.2006.3.1.8

88. Calle, E. E., Heath, C. W., Miracle-McMahill, H. L., Coates, R. J., Liff, J. M., Franceschi, S., Talamini, R., Chantarakul, N., Koetsawang, S., RachawatRachawat, D., Morabia, A., Schuman, L., Stewart, W., Szklo, M., Bain, C., Schofield, F., Siskind, V., Band, P., Coldman, A. J., … Meirik, O. (1996). Breast cancer and hormonal contraceptives: Collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Lancet, 347(9017), 1713–1727. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)90806-5

89. Taheripanah, R., Balash, F., Anbiaee, R., Mahmoodi, M., & Akbari Sene, A. (2018). Breast cancer and ovulation ınduction treatments. Clinical Breast Cancer, 18(5), 395–399. https://doi.org/10.1016/J.CLBC.2018.03.003

90. Brinton, L. A., Scoccia, B., Moghissi, K. S., Westhoff, C. L., Althuis, M. D., Mabie, J. E., & Lamb, E. J. (2004). Breast cancer risk associated with ovulation-stimulating drugs. Human Reproduction, 19(9), 2005–2013. https://doi.org/10.1093/HUMREP/DEH371

91. Lerner-Geva, L., Keinan-Boker, L., Blumstein, T., Boyko, V., Olmar, L., Mashiach, S., Rabinovici, J., Potashnik, G., Lunenfeld, E., Schenker, J. G., Shushan, A., Fishman, A., Cohen, I., Vagman, I., & Lunenfeld, B. (2006). Infertility, ovulation induction treatments and the incidence of breast cancer - A historical prospective cohort of Israeli women. Breast Cancer Research and Treatment, 100(2), 201–212. https://doi.org/10.1007/S10549-006-9238-4/METRICS

92. Daly, A. A., Rolph, R., Cutress, R. I., & Copson, E. R. (2021). A review of modifiable risk factors in young women for the prevention of breast cancer. Breast Cancer: Targets and Therapy, 13, 241–257. https://doi.org/10.2147/BCTT.S268401

93. Banks, E., Beral, V., Bull, D., Reeves, G., Austoker, J., English, R., Patnick, J., Peto, R., Vessey, M., Wallis, M., Abbott, S., Bailey, E., Baker, K., Balkwill, A., Barnes, I., Black, J., Brown, A., Cameron, B., Canfell, K., … Timadjer, A. (2003). Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet, 362(9382), 419–427. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14065-2

94. Liu, J. Y., Chen, T. J., & Hwang, S. J. (2016). The risk of breast cancer in women using menopausal hormone replacement therapy in Taiwan. International Journal of Environmental Research and Public Health, 13(5). https://doi.org/10.3390/IJERPH13050482

95. Narod, S. A. (2011). Hormone replacement therapy and the risk of breast cancer. Nature Reviews Clinical Oncology, 8(11), 669–676. https://doi.org/10.1038/nrclinonc.2011.110

96. Hulka, B. S., & Moorman, P. G. (2008). Reprint of breast cancer: hormones and other risk factors. Maturitas, 61(1–2), 203–213. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2008.11.016

97. Collins, A. (2011). The genetics of breast cancer: risk factors for disease. The Application of Clinical Genetics, 11. https://doi.org/10.2147/TACG.S13139

98. Shah, R. (2014). Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. World Journal of Clinical Oncology, 5(3), 283. https://doi.org/10.5306/wjco.v5.i3.283

99. Bravi, F., Decarli, A., & Russo, A. G. (2018). Risk factors for breast cancer in a cohort of mammographic screening program: a nested case–control study within the FRiCaM study. Cancer Medicine, 7(5), 2145–2152. https://doi.org/10.1002/CAM4.1427

100. Nazari, S. S., & Mukherjee, P. (2018). An overview of mammographic density and its association with breast cancer. Breast Cancer, 25(3), 259–267. https://doi.org/10.1007/S12282-018-0857-5/FIGURES/2

101. Silvera, S. A. N., & Rohan, T. E. (2008). Benign proliferative epithelial disorders of the breast: A review of the epidemiologic evidence. Breast Cancer Research and Treatment, 110(3), 397–409. https://doi.org/10.1007/S10549-007-9740-3/TABLES/10

102. Smolarz, B., Nowak, A. Z., & Romanowicz, H. (2022). Breast cancer—epidemiology, classification, pathogenesis and treatment (review of literature). Cancers, 14(10), 2569. https://doi.org/10.3390/cancers14102569

103. Carmichael, A. (2006). Review article: Obesity as a risk factor for development and poor prognosis of breast cancer. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113(10), 1160–1166. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01021.x

104. Devericks, E. N., Meredith, ·, Carson, S., Mccullough, L. E., Coleman, M. F., & Hursting, S. D. (2022). The obesity-breast cancer link: a multidisciplinary perspective. Cancer metastasis reviews, 41 (3), 603-625. https://doi.org/10.1007/s10555-022-10043-5

105. Renehan, A. G., Tyson, M., Egger, M., Heller, R. F., & Zwahlen, M. (2008). Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. The Lancet, 371(9612), 569–578. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60269-X

106. Liu, H., Shi, W., Jin, Z., Zhuo, R., Dong, J., Lao, Q., Li, S., & Pang, W. (2021). Global, regional, and national mortality trends of female breast cancer by risk factor, 1990–2017. BMC Cancer, 21(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/S12885-021-08217-5/FIGURES/5

107. Catsburg, C., Miller, A. B., & Rohan, T. E. (2015). Active cigarette smoking and risk of breast cancer. International Journal of Cancer, 136(9), 2204–2209. https://doi.org/10.1002/IJC.29266

108. Kispert, S., & McHowat, J. (2017). Recent insights into cigarette smoking as a lifestyle risk factor for breast cancer. Breast Cancer: Targets and Therapy, 9, 127–132. https://doi.org/10.2147/BCTT.S129746

109. Fakhri, N., Chad, M. A., Lahkim, M., Houari, A., Dehbi, H., Belmouden, A., & El Kadmiri, N. (2022). Risk factors for breast cancer in women: an update review. Medical Oncology, 39(12), 197. https://doi.org/10.1007/s12032-022-01804-x

110. Dandamudi, A., Tommie, J., Nommsen-Rivers, L., & Couch, S. (2018). Dietary patterns and breast cancer risk: a systematic review. Anticancer Research, 38(6), 3209–3222. https://doi.org/10.21873/ANTICANRES.12586

111. Grosso, G., Bella, F., Godos, J., Sciacca, S., Del Rio, D., Ray, S., Galvano, F., & Giovannucci, E. L. (2017). Possible role of diet in cancer: systematic review and multiple meta-analyses of dietary patterns, lifestyle factors, and cancer risk. Nutrition Reviews, 75(6), 405–419. https://doi.org/10.1093/NUTRIT/NUX012

112. Sauter, E. R. (2018). Breast Cancer Prevention: Current Approaches and Future Directions. European Journal of Breast Health, 14(2),64-71. https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3978

113. Park, S., Lee, D. H., Jeon, J. Y., Ryu, J., Kim, S., Kim, J. Y., Park, H. S., Kim, S. Il, & Park, B. W. (2015). Serum 25-hydroxyvitamin D deficiency and increased risk of breast cancer among Korean women: a case–control study. Breast Cancer Research and Treatment, 152(1), 147–154. https://doi.org/10.1007/S10549-015-3433-0/FIGURES/1

114. Andersen, Z. J., Stafoggia, M., Weinmayr, G., Pedersen, M., Galassi, C., Jørgensen, J. T., Oudin, A., Forsberg, B., Olsson, D., Aasvang, G. M., Aamodt, G., Pyko, A., Pershagen, G., Korek, M., de Faire, U., Pedersen, N. L., Östenson, C. G., Fratiglioni, L., Eriksen, K. T., … Raaschou-Nielsen, O. (2017). Long-Term exposure to ambient air pollution and incidence of postmenopausal breast cancer in 15 European cohorts within the ESCAPE project. Environmental Health Perspectives, 125(10), 35. https://doi.org/10.1289/EHP1742

115. Megdal, S. P., Kroenke, C. H., Laden, F., Pukkala, E., & Schernhammer, E. S. (2005). Night work and breast cancer risk: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Cancer, 41(13), 2023–2032. https://doi.org/10.1016/J.EJCA.2005.05.010

116. Fei, X., Wu, J., Kong, Z., & Christakos, G. (2015). Urban-rural disparity of breast cancer and socioeconomic risk factors in China. PLOS ONE, 10(2), e0117572. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117572

117. Eketunde A. O. (2020). Diabetes as a risk factor for breast cancer. Cureus, 12(5), e8010. https://doi.org/10.7759/cureus.8010

118. Larsson, S. C., Mantzoros, C. S., & Wolk, A. (2007). Diabetes mellitus and risk of breast cancer: A meta-analysis. International Journal of Cancer, 121(4), 856–862. https://doi.org/10.1002/IJC.22717

119. Kabacaoğlu, C., & Karaca Id, A. (2020). Meme Kanserinde Birincil ve İkincil Korunma Önlemlerine ilişkin Ebe ve Hemşirenin Rolü. Jornal of Academic Research in Nursing, 6(1), 179–186. https://doi.org/10.5222/jaren.2020.69885

120. Saadat, S. (2008). Can we prevent breast cancer? International Journal of Health Sciences, 2(2), 167-170.

121. Cuzick, J., Sestak, I., Bonanni, B., Costantino, J. P., Cummings, S., DeCensi, A., Dowsett, M., Forbes, J. F., Ford, L., LaCroix, A. Z., Mershon, J., Mitlak, B. H., Powles, T., Veronesi, U., Vogel, V., & Wickerham, D. L. (2013). Selective oestrogen receptor modulators in prevention of breast cancer: An updated meta-analysis of individual participant data. The Lancet, 381(9880), 1827–1834. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60140-3

122. Vogel, V. G. (2000). Breast cancer prevention: a review of current evidence. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 50(3), 156–170. https://doi.org/10.3322/canjclin.50.3.156

123. Advani, P., & Moreno-Aspitia, A. (2014). Current strategies for the prevention of breast cancer. Breast Cancer: Targets and Therapy, 2014 (6):59-71. https://doi.org/10.2147/BCTT.S39114

124. Vogel, V. G. (2006). Recent results from clinical trials using SERMs to reduce the risk of breast cancer. Annals of the New York Academy of Sciences, 1089(1), 127–142. https://doi.org/10.1196/annals.1386.010

125. Kolak, A., Kamińska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Kukiełka-Budny, B., & Burdan, F. (2017). Primary and secondary prevention of breast cancer. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 24(4), 549–553. https://doi.org/10.26444/aaem/75943

126. Zhang, F.-Z., Lin, C.-H., Chen, P.-Y., Pai, N.-S., Su, C.-M., Pai, C.-C., & Ho, H.-W. (2022). Number of Convolution Layers and Convolution Kernel Determination and Validation for Multilayer Convolutional Neural Network: Case Study in Breast Lesion Screening of Mammographic Images. Processes, 10(9), 1867. https://doi.org/10.3390/pr10091867

127. Marmot, M. G., Altman, D. G., Cameron, D. A., Dewar, J. A., Thompson, S. G., & Wilcox, M. (2013). The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. British Journal of Cancer, 108(11), 2205–2240. https://doi.org/10.1038/bjc.2013.177

128. Shetty, M. K. (2010). Screening for Breast Cancer with Mammography: Current Status and An Overview. Indian Journal of Surgical Oncology, 1(3), 218–223. https://doi.org/10.1007/s13193-010-0014-x

129. Unim, B., Boggi, R., Napoli, M., Fulgenzi, R., Landi, A., & La Torre, G. (2020). Predictors of mammography uptake among Italian women aged 50–69: A cross-sectional study. Journal of Cancer Education, 35(6), 1089–1093. https://doi.org/10.1007/s13187-019-01560-z

130. Berg, W. A. (2010). Benefits of Screening Mammography. The Journal of the American Medical Association ,303(2), 168. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1993

131. Ahn, S., Wooster, M., Valente, C., Moshier, E., Meng, R., Pisapati, K., Couri, R., Margolies, L., Schmidt, H., & Port, E. (2018). Impact of screening mammography on treatment in women diagnosed with breast cancer. Annals of Surgical Oncology, 25(10), 2979–2986. https://doi.org/10.1245/S10434-018-6646-8/TABLES/5

132. Wang, J., Zheng, S., Ding, L., Liang, X., Wang, Y., Greuter, M. J. W., de Bock, G. H., & Lu, W. (2020). Is ultrasound an accurate alternative for mammography in breast cancer screening in an asian population? A meta-Analysis. Diagnostics, 10(11), 985. https://doi.org/10.3390/diagnostics10110985

133. Ohuchi, N., Suzuki, A., Sobue, T., Kawai, M., Yamamoto, S., Zheng, Y. F., Shiono, Y. N., Saito, H., Kuriyama, S., Tohno, E., Endo, T., Fukao, A., Tsuji, I., Yamaguchi, T., Ohashi, Y., Fukuda, M., & Ishida, T. (2016). Sensitivity and specificity of mammography and adjunctive ultrasonography to screen for breast cancer in the Japan strategic anti-cancer randomized trial (J-START): A randomised controlled trial. The Lancet, 387(10016), 341–348. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00774-6

134. Rebolj, M., Assi, V., Brentnall, A., Parmar, D., & Duffy, S. W. (2018). Addition of ultrasound to mammography in the case of dense breast tissue: systematic review and meta-analysis. British Journal of Cancer, 118(12), 1559–1570. https://doi.org/10.1038/s41416-018-0080-3

135. Nothacker, M., Duda, V., Hahn, M., Warm, M., Degenhardt, F., Madjar, H., Weinbrenner, S., & Albert, U.-S. (2009). Early detection of breast cancer: benefits and risks of supplemental breast ultrasound in asymptomatic women with mammographically dense breast tissue. A systematic review. BMC Cancer, 9(1), 335. https://doi.org/10.1186/1471-2407-9-335

136. Tabár, L., & Dean, P. B. (2003). Mammography and breast cancer: the new era. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 82(3), 319–326. https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00262-5

137. Gøtzsche, P. C., & Jørgensen, K. J. (2013). Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013(6). https://doi.org/10.1002/14651858.CD001877.PUB5/MEDIA/CDSR/CD001877/IMAGE_N/NCD001877-CMP-001-21.PNG

138. Humphrey, L. L., Helfand, M., Chan, B. K. S., & Woolf, S. H. (2002). Breast cancer screening: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine, 137(5 Part I), 347–360. https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-5_PART_1-200209030-00012

139. Dündar, P. E., Özyurt, B. C., & Erdurak, K. (2012). Sociodemographic determinants of nonattendance in a population-based mammography screening program in the city of Manisa, Turkey. The Scientific World Journal, 2012, 1–14. https://doi.org/10.1100/2012/816903

140. Dewi, T. K., Massar, K., Ruiter, R. A. C., & Leonardi, T. (2019). Determinants of breast self-examination practice among women in Surabaya, Indonesia: an application of the health belief model. BMC Public Health, 19(1), 1581. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7951-2

141. Ginsburg, O., Yip, C., Brooks, A., Cabanes, A., Caleffi, M., Dunstan Yataco, J. A., Gyawali, B., McCormack, V., McLaughlin de Anderson, M., Mehrotra, R., Mohar, A., Murillo, R., Pace, L. E., Paskett, E. D., Romanoff, A., Rositch, A. F., Scheel, J. R., Schneidman, M., Unger-Saldaña, K., … Anderson, B. O. (2020). Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. Cancer, 126(S10), 2379–2393. https://doi.org/10.1002/cncr.32887

142. Kalkan, Z., Üniversitesi, İ., Enstitüsü, S. B., & Bölümü, E. (2022). Breast cancer and midwifery approaches. The Journal of World Women Studies, 7(1), 29–36. https://doi.org/10.5281/zenodo.7459726

143. Song, M., Lee, K.-M., & Kang, D. (2011). Breast cancer prevention based on gene-environment interaction. Molecular Carcinogenesis, 50(4), 280–290. https://doi.org/10.1002/mc.20639

144. Moulder, S., & Hortobagyi, G. N. (2008). Advances in the treatment of breast cancer. Clinical Pharmacology & Therapeutics, 83(1), 26–36. https://doi.org/10.1038/SJ.CLPT.6100449

145. Gui, Y., Liu, X., Chen, X., Yang, X., Li, S., Pan, Q., Luo, X., & Chen, L. (2019). A network meta-analysis of surgical treatment in patients with early breast cancer. Journal of the National Cancer Institute, 111(9), 903–915. https://doi.org/10.1093/jnci/djz105

146. Barranger, E., Antomarchi, J., Chamorey, E., Cavrot, C., Flipo, B., Follana, P., Peyrottes, I., Chapellier, C., Ferrero, J. M., & Ihrai, T. (2015). Effect of neoadjuvant chemotherapy on the surgical treatment of patients with locally advanced breast cancer requiring initial mastectomy. Clinical Breast Cancer, 15(5), e231–e235. https://doi.org/10.1016/j.clbc.2015.03.001

147. Nattinger, A. B., Hoffmann, R. G., Kneusel, R. T., & Schapira, M. M. (2000). Relation between appropriateness of primary therapy for earlystage breast carcinoma and increased use of breast-conserving surgery. The Lancet, 356(9236), 1148–1153. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02757-4

148. Luini, A., Gatti, G., Ballardini, B., Zurrida, S., Galimberti, V., Veronesi, P., Vento, A. R., Monti, S., Viale, G., Paganelli, G., & Veronesi, U. (2005). Development of axillary surgery in breast cancer. Annals of Oncology, 16(2), 259–262. https://doi.org/10.1093/annonc/mdi060

149. Krag, D. N., Anderson, S. J., Julian, T. B., Brown, A. M., Harlow, S. P., Costantino, J. P., Ashikaga, T., Weaver, D. L., Mamounas, E. P., Jalovec, L. M., Frazier, T. G., Noyes, R. D., Robidoux, A., Scarth, H. M., & Wolmark, N. (2010). Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: Overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial. The Lancet Oncology, 11(10), 927–933. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(10)70207-2

150. Tan, J. C. C., McCready, D. R., Easson, A. M., & Leong, W. L. (2007). Role of sentinel lymph node biopsy in ductal carcinoma-in-situ treated by mastectomy. Annals of Surgical Oncology, 14(2), 638–645. https://doi.org/10.1245/s10434-006-9211-9

151. Kerr, A. J., Dodwell, D., McGale, P., Holt, F., Duane, F., Mannu, G., Darby, S. C., & Taylor, C. W. (2022). Adjuvant and neoadjuvant breast cancer treatments: A systematic review of their effects on mortality. Cancer Treatment Reviews, 105, 102375. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2022.102375

152. Kement, M., Gezen, C., Aşik, A., Karaöz, A., Öven Ustaalioğlu, B., Bilici, A., & Öncel, M. (2011). Breast conserving surgery and modified radical mastectomy in turkish women with breast cancer: A prospective analysis of quality of life. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 31(6), 1377–1384. https://doi.org/10.5336/medsci.2010-20018

153. Sledge, G. W., Mamounas, E. P., Hortobagyi, G. N., Burstein, H. J., Goodwin, P. J., & Wolff, A. C. (2014). Past, present, and future challenges in breast cancer treatment. Journal of Clinical Oncology, 32(19), 1979–1986. https://doi.org/10.1200/JCO.2014.55.4139

154. Leung, A. M., Vu, H. N., Nguyen, K.-A., Thacker, L. R., & Bear, H. D. (2010). Effects of surgical excision on survival of patients with Stage IV breast cancer. Journal of Surgical Research, 161(1), 83–88. https://doi.org/10.1016/j.jss.2008.12.030

155. Soran, A., Ozmen, V., Ozbas, S., Karanlik, H., Muslumanoglu, M., Igci, A., Canturk, Z., Utkan, Z., Ozaslan, C., Evrensel, T., Uras, C., Aksaz, E., Soyder, A., Ugurlu, U., Col, C., Cabioglu, N., Bozkurt, B., Uzunkoy, A., Koksal, N., … Johnson, R. (2018). Randomized trial comparing resection of primary tumor with no surgery in Stage ıv breast cancer at presentation: protocol MF07-01. Annals of Surgical Oncology, 25(11), 3141–3149. https://doi.org/10.1245/s10434-018-6494-6

156. Fields, R. C., Jeffe, D. B., Trinkaus, K., Zhang, Q., Arthur, C., Aft, R., Dietz, J. R., Eberlein, T. J., Gillanders, W. E., & Margenthaler, J. A. (2007). Surgical resection of the primary tumor is associated with ıncreased long-term survival in patients with stage ıv breast cancer after controlling for site of metastasis. Annals of Surgical Oncology, 14(12), 3345–3351. https://doi.org/10.1245/s10434-007-9527-0

157. Ayres, C. G. (2009). Said another way. Nurses' role in cancer control. Nursing Forum, 44(1), 64–67. https://doi.org/10.1111/J.1744-6198.2009.00128.X

158. De Souza Teixeira, M., Goldman, R. E., Conceição, V., Gonçalves, S., Rivero De Gutiérrez, M. G., & Níglio De Figueiredo, E. (2017). Primary care nurses' role in the control of breast cancer. Acta Paulista de Enfermagem, 30(1), 1–7. https://doi.org/10.1590/1982

159. Hashemi, S. H. B., Karimi, S., & Mahboobi, H. (2014). Lifestyle changes for prevention of breast cancer. Electronic Physician, 6(3), 894. https://doi.org/10.14661/2014.894-905

160. Özen, B., Zincir, H., Kaya Erten, Z., Ozkan, F., & Elmali, F. (2013). Knowledge and attitudes of women about breast cancer, self breast examination and healthy life style behaviours. The Journal of Breast Health, 9(4), 200–204. https://doi.org/10.5152/tjbh.2013.33

161. Bicer, S., Unsal, A., Demir, G., & Ceyhan, Y. S. (2018). Assessment of results of the mammography screenings among women older than 40 years in a residential area. International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 06(01) 1000457. https://doi.org/10.4172/2329-9096.1000457

162. Naz, M. S. G., Simbar, M., Fakari, F. R., & Ghasemi, V. (2018). Effects of model-based interventions on breast cancer screening behavior of women: A systematic review. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 19(8), 2031. https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.8.2031

163. Liebermann, E., Sego, R., Vieira, D., Cheng, Q., Xu, B., Arome, M., Azevedo, A., Ginsburg, O., & So, W. K. W. (2023). Roles and activities of nurses in cancer prevention and early detection in low- and middle-income countries: A scoping review. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 10(7), 100242. https://doi.org/10.1016/j.apjon.2023.100242

164. Li, C., Liu, Y., Xue, D., & Chan, C. W. H. (2020). Effects of nurse-led interventions on early detection of cancer: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Nursing Studies, 110, 103684. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103684

165. Grunfeld, E. A., Ramirez, A. J., & Richards, M. A. (2002). Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. British Journal of Cancer, 86, 1373–1378. https://doi.org/10.1038/sj/bjc/6600260

166. Kartal, M., Ozcakar, N., Hatipoglu, S., Tan, M. N., & Guldal, A. D. (2014). Breast cancer risk perceptions of Turkish women attending primary care: a cross-sectional study. BMC Women's Health, 14(1). https://doi.org/10.1186/S12905-014-0152-3

167. Livaudais-Toman, J., Karliner, L. S., Tice, J. A., Kerlikowske, K., Gregorich, S., Pérez-Stable, E. J., Pasick, R. J., Chen, A., Quinn, J., & Kaplan, C. P. (2015). Impact of a primary care based intervention on breast cancer knowledge, risk perception and concern: A randomized, controlled trial. The Breast, 24(6), 758–766. https://doi.org/10.1016/j.breast.2015.09.009

168. Powe, B. D., Underwood, S., Canales, M., & Finnie, R. (2005). Perceptions about breast cancer among college students: Implications for nursing education. Journal of Nursing Education, 44(6), 257–265. https://doi.org/10.3928/01484834-20050601-04

169. Hussain Rawther, S. C., Pai, M. S., Fernandes, D. J., Mathew, S., Chakrabarty, J., & Devi, E. S. (2020). Specialist nurse initiated interventions in breast cancer care: A systematic review of randomised controlled trials. Journal of Clinical Nursing, 29(13–14), 2161–2180. https://doi.org/10.1111/jocn.15268

170. Baron, R. H. (2007). Surgical management of breast cancer. Seminars in Oncology Nursing, 23(1), 10–19. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2006.11.003

171. Karayurt, Ö., Gürsoy, A. A., Taşçı, S., & Gündoğdu, F. (2010). Evaluation of the breast cancer train the trainer program for nurses in Turkey. Journal of Cancer Education, 25(3), 324–328. https://doi.org/10.1007/s13187-010-0043-8

172. Copeland, V. C., Kim, Y. J., & Eack, S. M. (2018). Effectiveness of interventions for breast cancer screening in African American women: A meta-analysis. Health Services Research, 53, 3170–3188. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12806

173. Mishra, S. I., Bastani, R., Crespi, C. M., Chang, L. C., Luce, P. H., & Baquet, C. R. (2007). Results of a randomized trial to increase mammogram usage among Samoan women. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 16(12), 2594–2604. https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-07-0148

174. Petty, J. (2013). Interactive, technology-enhanced self-regulated learning tools in healthcare education: A literature review. Nurse Education Today, 33(1), 53–59. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.06.008

175. Akın, B., & Koçoğlu-Tanyer, D. (2021). SPIRIT 2013 bildirisi: Klinik deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 8(1), 117–127. https://doi.org/10.31125/hunhemsire.908072

176. Grant, S., Mayo-Wilson, E., Montgomery, P., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S., & Moher, D. (2018). CONSORT-SPI 2018 Explanation and Elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials. Trials, 19(1), 406. https://doi.org/10.1186/s13063-018-2735-z

177. Çakır, S., Kafadar, M. T., Arslan, Ş. N., Türkan, A., Kara, B., İnan, A. (2016). Meme kanseri tanısı konmuş kadınlarda risk faktörlerinin güncel veriler ışığında gözden geçirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, 2(3), 186-194. https://doi.org/10.5606/fng.btd.2016.034

178. Çevik, C., Güneş, S., Hattatoğlu, T. D., Satıcı, M. Asım, Bulut, B., Şahin, S. C., Kocataş, M., Çiflik, L., Kaygusuz, S., & Eser, E. (2019). Knowledge, attitude and behaviors of women between the ages of 40-69 on early detection of breast cancer. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 13(2), 119–128. https://doi.org/10.21763/tjfmpc.569469

179. Keskin, O. Ö. (2018). Birinci basamakta mamografi çektiren ve çektirmeyen kadınların meme kanseri taraması hizmeti kullanım özelliklerinin değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. T.C. Kocaeli Üniversitesi.

180. Champion, V.L. (1984) Instrument Development for Health Belief Model Constructs. Advance in Nursing Science, 6 (3): 73-85. doi: 10.1097/00012272-198404000-00011.

181. Champion, V. L. (1993). Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. Nursing Research, 42(3), 139–143.

182. Ritchie, D., Van den Broucke, S., & Van Hal, G. (2021). The health belief model and theory of planned behavior applied to mammography screening: A systematic review and meta-analysis. Public Health Nursing, 38(3), 482–492. https://doi.org/10.1111/phn.12842

183. Tuzcu, A., Bahar, Z., & Gözüm, S. (2016). Effects of ınterventions based on health behavior models on breast cancer screening behaviors of migrant women in Turkey. Cancer Nursing, 39(2), E40–E50. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000268

184. Gözüm, S., & Aydin, I. (2004). Validation evidence for Turkish adaptation of Champion's health belief model scales. Cancer Nursing, 27(6), 491–498.

185. Karayurt, Ö., & Dramali, A. (2007). Adaptation of Champion's Health belief model scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. Cancer Nursing, 30(1), 69–77. https://doi.org/10.1097/00002820-200701000-00013

186. Seçginli, S., & Nahcivan, N. O. (2004). Reliability and validity of the breast cancer screening belief scale among turkish women. Cancer Nursing, 27(4), 287–294. https://doi.org/10.1097/00002820-200407000-00005

187. Yılmaz, M., & Sayın, Y. Y. (2014). Turkish translation and adaptation of Champion's Health Belief Model Scales for breast cancer mammography screening. Journal of Clinical Nursing, 23(13–14), 1978–1989. https://doi.org/10.1111/jocn.12370

188. Kirag, N., & Kızılkaya, M. (2019). Application of the Champion health belief model to determine beliefs and behaviors of Turkish women academicians regarding breast cancer screening: A cross sectional descriptive study. BMC Women's Health, 19(1), 132. https://doi.org/10.1186/s12905-019-0828-9

189. Champion, V., Skinner, C. S., & Menon, U. (2005). Development of a self-efficacy scale for mammography. Research in Nursing & Health, 28(4), 329–336. https://doi.org/10.1002/nur.20088

190. Seçginli, S. (2012). Mammography self-efficacy scale and breast cancer fear scale. Cancer Nursing, 35(5), 365–373. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3182331a9a

191. T.C. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. (2017). T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı. https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html Erişim tarihi: 13.08.2023

192. Secginli, S., & Nahcivan, N. O. (2011). The effectiveness of a nurse-delivered breast health promotion program on breast cancer screening behaviours in non-adherent Turkish women: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 48(1), 24–36. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.05.016

193. Kim, J. H., Menon, U., Wang, E., & Szalacha, L. (2010). Assess the effects of culturally relevant ıntervention on breast cancer knowledge, beliefs, and mammography use among Korean American women. Journal of Immigrant and Minority Health, 12(4), 586–597. https://doi.org/10.1007/s10903-009-9246-7

194. Magaña-Valladares, L., González-Robledo, M. C., Rosas-Magallanes, C., Mejía-Arias, M. Á., Arreola-Ornelas, H., & Knaul, F. M. (2018). Training primary health professionals in breast cancer prevention: evidence and experience from Mexico. Journal of Cancer Education, 33(1), 160–166. https://doi.org/10.1007/s13187-016-1065-7

195. Xu, Q.-R., Wu, P.-Z., Du, J.-Z., Zhuang, W.-J., He, X.-T., Ma, Y.-Y., Zeng, D., Liang, Y.-K., Xu, X.-Y., Xie, L., & Lin, H.-Y. (2023). Online short videos promoting public breast cancer literacy: a pretest-posttest control group trial on efficiency, attitude, and influencing factors. Frontiers in Public Health, 11. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1198780

196. Güneş F, Deveci T. (2020). Yetişkin eğitimi ve hayat boyu öğrenme. Pegem Akademi. Ankara.

197. Sun, Y., Yuan, J., Liu, W., Qin, B., Hu, Z., Li, J., & He, Y. (2022). Predicting rural women's breast cancer screening ıntention in China: A PLS-SEM approach based on the theory of planned behavior. Frontiers in Public Health, 10. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.858788

198. Kolutek, R., & Aydin Avci, I. (2015). The effect of training and monitoring at home on the knowledge level and practices of married women regarding breast and cervical cancer. Journal of Breast Health, 11(4), 155–162. https://doi.org/10.5152/tjbh.2015.2647

199. Kolutek, R., Avci, I. A., & Sevig, U. (2018). Effect of planned follow-up on married women's health beliefs and behaviors concerning breast and cervical cancer screenings. Journal of Cancer Education, 33(2), 375–382. https://doi.org/10.1007/s13187-016-1114-2

200. Arshad, S., Williams, K. P., Mabiso, A., Dey, S., & Soliman, A. S. (2011). Evaluating the knowledge of breast cancer screening and prevention among Arab-American women in Michigan. Journal of Cancer Education, 26(1), 135–138. https://doi.org/10.1007/s13187-010-0130-x

201. Mathieu, E., Barratt, A. L., McGeechan, K., Davey, H. M., Howard, K., & Houssami, N. (2010). Helping women make choices about mammography screening: An online randomized trial of a decision aid for 40-year-old women. Patient Education and Counseling, 81(1), 63–72. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.001

202. De Jesus, M., Ramachandra, S., De Silva, A., Liu, S., Dubnansky, E., Iyawe, K., Jimenez, A., Logie, L., & Jackson, M. C. (2021). A mobile health breast cancer educational and screening ıntervention tailored for low-ıncome, uninsured Latina immigrants. Women's Health Reports, 2(1), 325–336. https://doi.org/10.1089/whr.2020.0112

203. Tuna, A., Avdal, E. U., Yucel, S. C., Dal, N. A., Dicle, A., Ozkan, A., Sezgin, H., Gumus, A. B., Turgay, A. S., & Degirmenci, M. (2014). Effectiveness of online education in teaching breast self-examination. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15(7), 3227–3231. https://doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.7.3227

204. Fernández, M. E., Gonzales, A., Tortolero-Luna, G., Williams, J., Saavedra-Embesi, M., Chan, W., & Vernon, S. W. (2009). Effectiveness of cultivando la salud: a breast and cervical cancer screening promotion program for low-income hispanic women. American Journal of Public Health, 99(5), 936–943. https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.136713

205. Nguyen-Truong, C., Pedhiwala, N., Nguyen, V., Le, C., Vy Le, T., Lau, C., Lee, J., & Lee-Lin, F. (2017). Feasibility of a multicomponent breast health education intervention for Vietnamese American immigrant women. Oncology Nursing Forum, 44(5), 615–625. https://doi.org/10.1188/17.ONF.615-625

206. Othman, A. K., Kiviniemi, M. T., Wu, Y.-W. B., & Lally, R. M. (2012). Influence of demographic factors, knowledge, and beliefs on Jordanian women's ıntention to undergo mammography screening. Journal of Nursing Scholarship, 44(1), 19–26. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01435.x

207. Masoudiyekta, L., Rezaei-Bayatiyani, H., Dashtbozorgi, B., Gheibizadeh, M., Malehi, A., & Moradi, M. (2018). Effect of education based on health belief model on the behavior of breast cancer screening in women. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 5(1), 114–120. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_36_17

208. Lee-Lin, F., Pedhiwala, N., Nguyen, T., & Menon, U. (2015). Breast health ıntervention effects on knowledge and beliefs over time among Chinese American ımmigrants - A randomized controlled study. Journal of Cancer Education, 30(3), 482–489. https://doi.org/10.1007/s13187-014-0727-6

209. Talati, Z., Davey, E., Grapes, C., Shilton, T., & Pettigrew, S. (2018). Evaluation of a workplace health and wellbeing training course delivered online and face-to-face. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(11), 2422. https://doi.org/10.3390/ijerph15112422

210. Paskett, E. D., Tatum, C., Rushing, J., Michielutte, R., Bell, R., Foley, K. L., Bittoni, M., Dickinson, S. L., McAlearney, A. S., & Reeves, K. (2006). Randomized trial of an intervention to improve mammography utilization among a triracial rural population of women. In Journal of the National Cancer Institute, 98(17),1226–1237. https://doi.org/10.1093/jnci/djj333

211. Lee-Lin, F., Menon, U., Leo, M. C., & Pedhiwala, N. (2013). Feasibility of a targeted breast health education ıntervention for Chinese American ımmigrant women. Oncology Nursing Forum, 40(4), 361–372. https://doi.org/10.1188/13.ONF.361-372

212. Russell, K. M., Champion, V. L., Monahan, P. O., Millon-Underwood, S., Zhao, Q., Spacey, N., Rush, N. L., & Paskett, E. D. (2010). Randomized trial of a lay health advisor and computer intervention to increase mammography screening in African American women. Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention, 19(1), 201–210. https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-09-0569

213. New social media techniques used to boost cancer screening rates. (2019). NHS Digital. https://digital.nhs.uk/news/2019/new-social-media-techniques-used-to-boost-cancer-screening-rates

214. Bowen, D. J., Robbins, R., Bush, N., Meischke, H., Ludwig, A., & Wooldridge, J. (2017). Effects of a web-based intervention on women's breast health behaviors. Translational Behavioral Medicine, 7(2), 309–319. https://doi.org/10.1007/s13142-016-0439-z

215. Lee, H., Ghebre, R., Le, C., Jang, Y. J., Sharratt, M., & Yee, D. (2017). Mobile phone multilevel and multimedia messaging intervention for breast cancer screening: Pilot randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research MHealth and UHealth, 5(11). https://doi.org/10.2196/mhealth.7091

216. Roh, S., Lee, Y.-S. L., Kenyon, D. B., Elliott, A. J., Petereit, D. G., Gaba, A., & Lee, H. Y. (2023). Mobile web app ıntervention to promote breast cancer screening among American Indian women in the northern plains: A feasibility and efficacy study. Journal of Medical Internet Research Formative Research. 7, e47851. https://doi.org/10.2196/47851

217. Gathirua-Mwangi, W. G., Monahan, P. O., Stump, T., Rawl, S. M., Skinner, C. S., & Champion, V. L. (2016). Mammography adherence in African-American women: Results of a randomized controlled trial. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine, 50(1), 70–78. https://doi.org/10.1007/s12160-015-9733-0

218. Kang, H. S., Thomas, E., Kwon, B. E., Hyun, M.-S., & Jun, E. M. (2008). Stages of change: Korean women's attitudes and barriers toward mammography screening. Health Care for Women International, 29(2), 151–164. https://doi.org/10.1080/07399330701738176

219. Meissner, H. I., Breen, N., Taubman, M. L., Vernon, S. W., & Graubard, B. I. (2007). Which women aren't getting mammograms and why? (United States). Cancer Causes & Control, 18(1), 61–70. https://doi.org/10.1007/s10552-006-0078-7

220. Mermer, G., & Turk, M. (2014). Assessment of the effects of breast cancer training on women between the ages of 50 and 70 in Kemalpasa, Turkey. Asian Pacific journal of cancer prevention, 15(24), 10749–10755. https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.24.10749

221. Champion, V., Maraj, M., Hui, S., Perkins, A. J., Tierney, W., Menon, U., & Skinner, C. S. (2003). Comparison of tailored interventions to increase mammography screening in nonadherent older women. Preventive Medicine, 36(2), 150–158. https://doi.org/10.1016/S0091-7435(02)00038-5

222. Han, H. R., Lee, H., Kim, M. T., & Kim, K. B. (2009). Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. Health education research, 24(2), 318–329. https://doi.org/10.1093/her/cyn021

223. Wang, H. H., Chung, Y. C., & Sun, J. L. (2012). The effects of education program on knowledge and intention of breast cancer screening in taiwan. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 13(11), 5545–5549. https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.11.5545

224. Dhakal, R., Adhikari, C., Karki, P., Neupane, N., Bhandari, P., Gurung, A., Shrestha, N., Gahatraj, N., Shrestha, N., Koirala, N., & Subedi, G. (2023). Attitude sustains longer than subjective norm and perceived behavioral control: Results of breast cancer screening educational intervention. PLOS ONE, 18(2), e0281184. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281184

225. Lin, Z. C., & Effken, J. A. (2010). Effects of a tailored web-based educational intervention on women's perceptions of and intentions to obtain mammography. Journal of Clinical Nursing, 19(9–10), 1261–1269. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03180.x

226. Lee, E. E., Brecht, M. L., Park, H., Lee, J., & Oh, K. M. (2017). Web-based study for ımproving mammography among Korean American women. Journal of Cancer Education : The Official Journal of the American Association for Cancer Education, 32(2), 257–263. https://doi.org/10.1007/s13187-015-0920-2

227. Bairati, I., Turcotte, S., Doray, G., Belleau, F., & Grégoire, L. (2014). Development and validation of an instrument assessing women's satisfaction with screening mammography in an organized breast cancer screening program. BMC Health Services Research, 14(2014), 9. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-9

228. Spalluto, L. B., Audet, C. M., Murry, V. M., Barajas, C. P., Beard, K. R., Campbell, T. T., Thomas, D., Sanderson, M., Yu, C., Dittus, R. S., Roumie, C. L., Wilkins, C. H., & Shrubsole, M. J. (2019). Group versus ındividual educational sessions with a promotora and Hispanic/Latina women's satisfaction with care in the screening mammography setting: A randomized controlled trial. American Journal of Roentgenology, 213(5), 1029–1036. https://doi.org/10.2214/AJR.19.21516

229. Seo, J. Y., Park, S. H., Choi, S. E., Lee, M., & Strauss, S. M. (2023). Development and modification of a culturally tailored education program to prevent breast cancer in Korean immigrant women in New York city. Journal of Cancer Education, 38(3), 913–923. https://doi.org/10.1007/s13187-022-02207-2

230. Taylor, K. L., Williams, R. M., Davis, K., Luta, G., Penek, S., Barry, S., Kelly, S., Tomko, C., Schwartz, M., Krist, A. H., Woolf, S. H., Fishman, M. B., Cole, C., & Miller, E. (2013). Decision making in prostate cancer screening using decision aids vs usual care: a randomized clinical trial. Journal of the American Medical Association internal medicine, 173(18), 1704–1712. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9253

231. Yeung, A. W. K., & Wong, N. S. M. (2019). The historical roots of visual analog scale in psychology as revealed by reference publication year spectroscopy. Frontiers in Human Neuroscience, 13, 86.

232. Meme Kanseri Broşürü. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. (2017). https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kanser-yayinlar/afis-brosur Erişim tarihi: 13.08.2023

233. Richardson-Parry, A., Silva, M., Valderas, J. M., Donde, S., Woodruff, S., & van Vugt, J. (2023). Interactive or tailored digital interventions to increase uptake in cervical, breast, and colorectal cancer screening to reduce health inequity: a systematic review. European journal of cancer prevention: The official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP), 32(4), 396–409. https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000796

234. DeCarlo, L. T. (1997). On the meaning and use of kurtosis. Psychological Methods, 2(3), 292–307. https://doi.org/10.1037/1082-989X.2.3.292

8.EKLER

8.1. EK-1 TEZ ÖNERİ KABUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.11.2022-188549

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yazı İşleri Birimi

Sayı : E-62602371-730.03.02--188549 29.11.2022
Konu : Yönetim Kurulu Kararı

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 23 Kasım 2022 tarih ve 177 (32) sayılı toplantısında Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Cemile KAŞ'ın tez konusu önerisi kabul edilmiştir. Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 2762 sayılı Yönetim Kurulu Kararı Ek'te gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü

Ek:2762 Sayılı Yönetim Kurulu Kararı (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Gsbe Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığına

Bilgi:
Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :*BSV5CDFJUB* Pin Kodu :20482 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 23.11.2022
Toplantı Sayısı : 177(32)
Karar Sayısı : 00002762

Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Cemile KAŞ' ın tez konusu önerisi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 23.11.2022 tarih 177(32) sayılı oturumunda oy birliğiyle kabul edildi.

Öğrencinin:

Adı Soyadı	Statüsü	Tez Konusu
Cemile KAŞ	Yüksek Lisans	İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin 40-69 Yaş Grubu Kadınların Mamografi Öz Yeterliliği ile Sağlık İnançlarına ve Taramaya Katılımına Etkisi

Şahin GİRGİN
Enstitü Sekreteri

YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü

Prof.Dr. Ali ALBAY
Üye

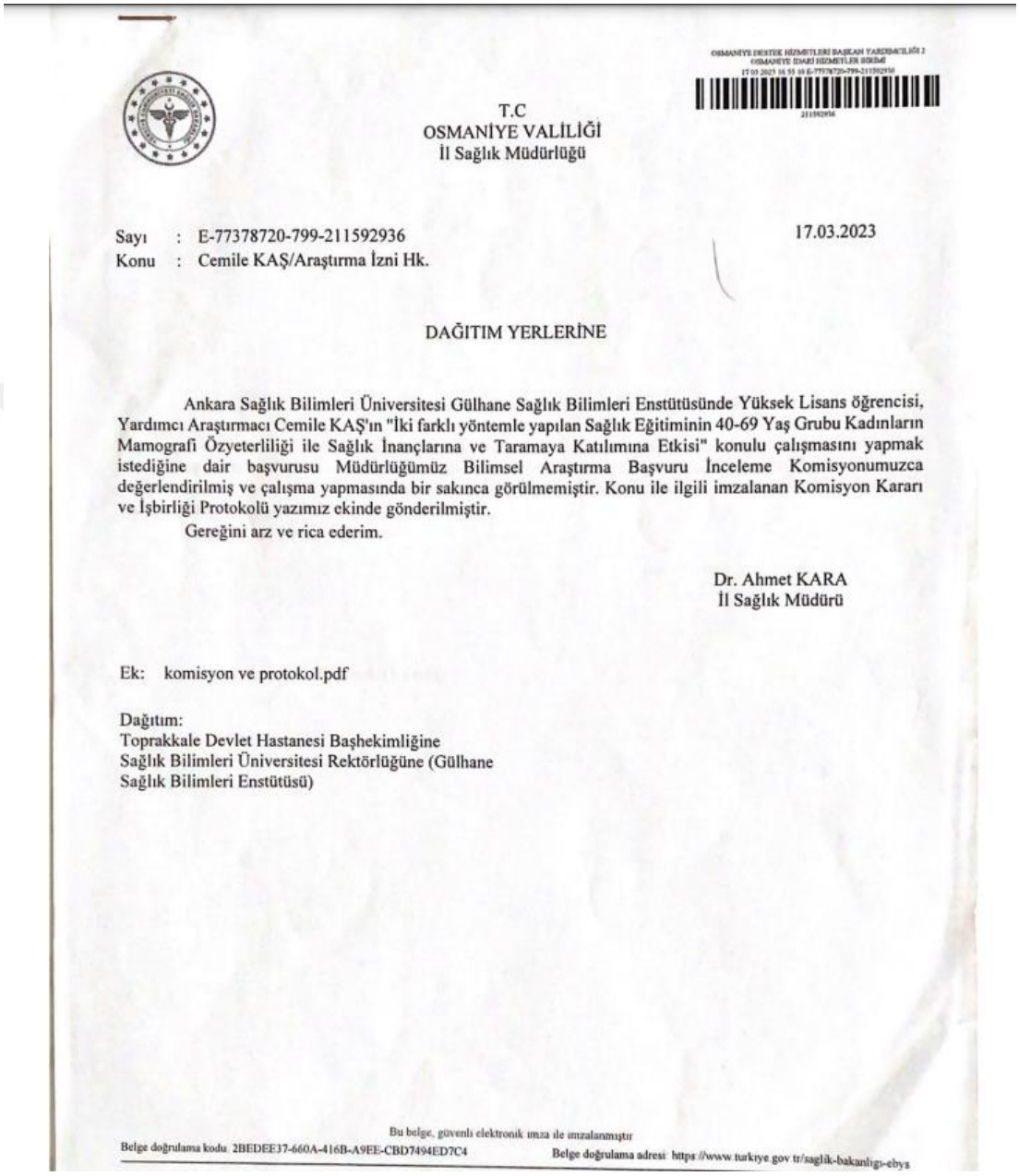
Prof.Dr. Yalçın ÖZKAN
Üye

Prof.Dr. Simel AYYILDIZ
Üye

Doç.Dr. Hatice AYHAN
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Okan Ali AKSÖY
Üye

EK-2 KURUM İZİN ONAYI



T.C
OSMANİYE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-77378720-799-211592936
Konu : Cemile KAŞ/Araştırma İzni Hk.

17.03.2023

DAĞITIM YERLERİNE

Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstütüsünde Yüksek Lisans öğrencisi, Yardımcı Araştırmacı Cemile KAŞ'ın "İki farklı yöntemle yapılan Sağlık Eğitiminin 40-69 Yaş Grubu Kadınların Mamografi Özyeterliliği ile Sağlık İnançlarına ve Taramaya Katılımına Etkisi" konulu çalışmasını yapmak istediğine dair başvurusu Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonumuzca değerlendirilmiş ve çalışma yapmasında bir sakınca görülmemiştir. Konu ile ilgili imzalanan Komisyon Kararı ve İşbirliği Protokolü yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini arz ve rica ederim.

Dr. Ahmet KARA
İl Sağlık Müdürü

Ek: komisyon ve protokol.pdf

Dağıtım:
Toprakkale Devlet Hastanesi Başhekimliğine
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlüğüne (Gülhane
Sağlık Bilimleri Enstütüsü)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır
Belge doğrulama kodu: 2BEDEE37-660A-416B-A9EE-CBD7494ED7C4 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

KOMİSYON KARARI

Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesinde görevli Yardımcı Araştırmacı Cemile KAŞ' ın Osmaniye Toprakkale ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezinde "İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin 40-69 Yaş Grubu Kadınların Mamografi Özyeterliliği İle Sağlık İnançlarına ve Taramaya Katılımına Etkisi" konulu bilimsel amaçlı araştırma yapmak istediğine dair başvurusu Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür.
08/03/2023

EK-3 BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAYI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubu kadınların mamografi öz yeterliliği ile sağlık inançlarına ve taramaya katılımına etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022/44

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğ.Üyesi Serpil ÖZDEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☒		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Bülent ÜNAY
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubu kadınların mamografi öz yeterliliği ile sağlık inançlarına ve taramaya katılımına etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022/44

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:** 2022/44	**Tarih: 17.01.2023**	
	Sorumlu araştırmacısı Dr.Öğ.Üyesi Serpil ÖZDEMİR olan, yukarıda bilgileri verilen araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve **uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bülent ÜNAY

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Bülent ÜNAY	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ Gülhane Tıp Fak	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Serdar DEMİRTAŞ	Biyofizik	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Neşe ERSÖZ GÜLÇELİK	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Suat DOĞANCI	Kalp ve Damar Cerrahisi	SBÜ Gülhane Tıp Fak	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Mustafa ALTAY	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	Serbest Hekim	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Kerim Bora YILMAZ	Genel Cerrahi	SBÜ Gülhane Tıp Fak	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Şafak AKIN	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Eşref Oğuz GÜVEN	Üroloji	SBÜ Ankara Dr.A.Y. EAH	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Yusuf Serdar SAKİN	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Kemal Gökhan ULUSOY	Farmakoloji	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL	Tıp Tarihi ve Deontoloji	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Bülent ÜNAY
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubu kadınların mamografi öz yeterliliği ile sağlık inançlarına ve taramaya katılımına etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022/44

Dr. Öğr. Üyesi Eda KARAİSMAİLOĞLU	Biyoistatistik	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☐
Avukat Feridun GÜRLEVİK	Hukuk	Gülhane EAH	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐	H☐
Dr. Serap KORKMAZ	Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği	Gülhane EAH	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☐
Celil KARTAL	Sağlık Meslek Mensubu Olmayan Üye	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E☒	K☐	E☐	H☒	E☐	H☐

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Bülent ÜNAY
İmza:

EK-4 MEME KANSERİ VE MEME KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK EĞİTİMİ

Meme Kanseri ve Mamografiye Yönelik Sağlık Eğitimi Sunusu

İçerik:

- Meme kanseri sıklığı,
- Meme kanseri tanımı,
- Meme kanserinin belirtileri,
- Meme kanseri gelişimi için risk faktörleri,
- Meme kanserinde erken tanı ve önemi,
- Mamografinin rolü,
- Mamografi taraması için kılavuzlar,
- Mamografi çektirilebilecek sağlık birimlerinin (KETEM) tanıtımı

Hazırlayan: Cemile KAŞ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR

EK-5 MEME KANSERİ VE MEME KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK BROŞÜR



Meme kanseri riskimi düşürebilir miyim?

Kadın olarak doğmak ve yaşlanmak gibi birçok risk faktörü kontrolünüz dışındadır. Ancak yaşam tarzıyla ilişkili diğer risk faktörleri değiştirilebilir ve riskinizi azaltabilir.
Meme kanseri riskini düşürebilmek için:

- Sağlıklı bir kiloya ulaşın ve bu kiloda kalın.
- Düzenli egzersiz yapın.
- Sigaradan uzak durun.
- Uzun süreli doğum kontrol hapları kullanmayın.
- Sağlıklı beslenin. İşlenmiş gıdalardan ve fazla şeker tüketmekten kaçının. Yağlı beslenmeyin.
- 40 yaşından sonra düzenli olarak (her iki yılda bir) **MAMOGRAFİ** çektirmeyi **İHMAL ETMEYİN.**

Neden düzenli olarak mamografi çektirmem gerekiyor?

Meme kanserini önlemek için önerilen en yaygın tetkik, **mamografidir.**

Mamografi ile tarama, **bir belirti hissedilmeden önce** meme kanserini bulmak için görüntüleme tekniğinin kullanılmasıdır.

Mamografi, meme kanserini belirtiler ortaya çıkmadan **1.5-4 yıl önce tespit edebilmektedir.**

1980'lerle karşılaştırıldığında günümüzde meme kanserinden **ölüm oranlarının önemli ölçüde azalması, mamografi ile erken tanıya bağlanmaktadır.**

T.C. Sağlık Bakanlığı, mamografi taramasının **40-69 yaş arası tüm kadınlarda her iki yılda bir tekrarlanarak yapılmasını önermektedir.**

Mamografi nasıl yapılır?

Mamografide sadece meme dokusuna bakmak için tasarlanmış bir cihaz kullanılır.

Mamografi çok kısa süren bir işlemdir.

Mamografi, ağrılı bir işlem değildir.

Mamografi sonuçlarını almak , genellikle 20 gün sürer.

Tarama sonrası sonuç pozitif ise, hasta ile iletişim kurularak geri çağrıda bulunulmaktadır.

Mamografi çektirmek için nereye gidebilirim?

Mamografi taraması, ülkemizde, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezleri **(KETEM) tarafından ÜCRETSİZ olarak yapılmaktadır.**

Her ilde en az bir tane KETEM bulunmaktadır.

Size en yakın olan KETEM'e kimlik numaranızla başvurabilirsiniz.

Size en yakın KETEM adresi:

Osmaniye İl Sağlık Müdürlüğü / KETEM
Telefon: 0328 814 20 60
Kazım Karabekir Mahallesi, Musa Şahin Bulvarı, No:74/ 513
Osmaniye / Merkez

Mamografi çektirmeden önce nelere dikkat etmeliyim?

Mamografi taraması için önerilen en uygun zaman adet bitimini takip eden haftadır.

Menapoz dönemindeyseniz, gün seçimine dikkat etmenize gerek yoktur.

Mamografinin çekildiği gün deodorant, parfüm, losyon ya da pudra kullanılmamalıdır.

EK-6 FORM 1

FORM 1

Değerli katılımcı; aşağıdaki sorular, iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubu kadınların mamografi öz yeterliliği ile sağlık inançlarına ve taramaya katılımına etkisini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma kapsamında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda ortaya çıkarılacak sonuçların, kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesine önemli katkı sağlayacağına inanıyoruz. Ankette, size ait bazı bilgiler ile bilimsel araştırma konusunda bazı sorulara yer verilmiştir. Araştırma sürecindeki tüm cevaplarınız gizli tutulacak, hiçbir şekilde isim belirtilerek açıklanmayacaktır. Cevaplar arasında doğru ya da yanlış cevap yoktur. Kendinize en uygun seçeneği seçip, lütfen samimiyetle işaretleyiniz. Bu çalışmaya göstermiş olduğunuz duyarlılık ve katılımınız için, teşekkür ederiz…

TANITICI BİLGİLER
1) Doğum yılınız: …… Boyunuz:…… Kilo:…….
2) Medeni durumunuz? **( )** Evli **( )** Bekar
3) Eğitim durumunuz nedir? **( )** Okur-yazar **( )** İlkokul **( )** Ortaokul **( )** Lise **( )** Üniversite **( )** Yüksek Lisans
4) Eşinizin eğitim düzeyi nedir? **( )** Okur-yazar **( )** İlkokul mezunu **( )** Ortaokul mezunu **( )** Lise mezunu **( )** Üniversite mezunu ve üzeri
5) Çalışma durumunuz nedir? **( )** Çalışmıyorum **( )** Çalışıyorum **( )** Çalışıyordum, şu an işsizim **( )** Emekli **( )** Diğer……..
6) Eşinizin çalışma durumu nedir? **( )** Çalışmıyor **( )** Çalışıyor **( )** Çalışıyordu, şu an işsiz **( )** Emekli **( )** Diğer
7) Hane gelir düzeyini nasıl tanımlarsınız? **( )** Gelir giderden az **( )** Gelir gidere eşit **( )** Gelir giderden fazla
8) Genel sağlık sigortanız mevcut mu? **( )** Evet **( )** Hayır
9) Sigara kullanma durumunuz belirtiniz. **( )** Hiç kullanmadım **( )** Toplam **…….** ay/yıl kullandım **……** ay/yıl önce bıraktım **( ) …….** ay/yıldan beri çok nadiren kullanıyorum (haftada bir-iki) **( )** Toplam …….ay/yıl kullandım halen günde…….tane kullanıyorum

10) Herhangi bir kronik hastalığınız/rahatsızlığınız var mı?

( ) Kronik bir hastalığım yok **( )** Diyabet

( ) Tansiyon **( )** Kalp damar hastalığı

( ) Yüksek kolesterol **( )** Diğer……

11) Haftada en az beş gün 45 dk <u>düzenli</u> fiziksel aktivite (yürüyüş/spor, aerobik, jimnastik vb.) yapıyor musunuz?

( ) Evet yapıyorum **( )** Hayır yapmıyorum

12) İlk adet yaşınız : ……..

13) İlk evlenme yaşınız : ……..

14) İlk gebelik yaşınız : ……..

15) Adetten kesilme (Menopoz) yaşınız? ( ) ..... ( ) Adetten kesilmedim (Menopoza girmedim)

16) Gebelik Öykünüz?

Toplam gebelik sayısı : ……..

Toplam canlı doğum sayısı : ……..

Yaşayan çocuk sayısı : ……..

17) Emzirme durumunuzu belirtiniz.

( ) Hiç emzirmedim

( ) Tüm gebeliklerimde 6 aydan az

( ) Tüm gebeliklerimde 6 ay

( ) Tüm gebeliklerimde toplam 7 ay-12 ay

( ) Tüm gebeliklerimde toplam 13-18 ay fazla

( ) Tüm gebeliklerimde toplam 19-24 ay fazla

( ) Tüm gebeliklerimde toplam 2 yıldan fazla

18) Daha önce herhangi bir nedenle doğum kontrol hapı/iğnesi veya benzeri bir hormon tedavisi kullandınız mı?

( ) Hiç kullanmadım

( ) 1-4 yıl kullandım

( ) 5-10 yıl kullandım

( ) 10 yıldan fazla kullandım

19) Her yıl <u>düzenli</u> olarak kadın hastalıkları doktoruna muayene için gider misiniz?

( ) Evet **( )** Hayır

20) Meme kanseri hakkında bilgi düzeyinizi "0" ile "10" arasında puanlayınız:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç bilgim yok Yeterli bilgim var

21) Mamografi tarama testi hakkında bilgi düzeyinizi "0" ile "10" arasında puanlayınız:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç bilgim yok Yeterli bilgim var

MEME KANSERİ TARAMALARINDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ					
Aşağıda kadınların mamografi ye ilişkin inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız. Teşekkürler.	**KESİNLİKLE KATILMIYORUM**	**KATILMIYORUM**	**KARARSIZIM**	**KATILIYORUM**	**KESİNLİKLE KATILIYORUM**
1. Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez	( )	( )	( )	( )	( )
2. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir	( )	( )	( )	( )	( )
3. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir	( )	( )	( )	( )	( )
4. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur	( )	( )	( )	( )	( )
5. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır	( )	( )	( )	( )	( )
6. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım	( )	( )	( )	( )	( )
7. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım	( )	( )	( )	( )	( )
8. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum	( )	( )	( )	( )	( )
9. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir	( )	( )	( )	( )	( )
10. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır	( )	( )	( )	( )	( )
11. Mamografi çektirmek çok acı vericidir	( )	( )	( )	( )	( )
12. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor	( )	( )	( )	( )	( )
13. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak	( )	( )	( )	( )	( )
14. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam	( )	( )	( )	( )	( )
15. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var	( )	( )	( )	( )	( )
16. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim	( )	( )	( )	( )	( )

MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILIYORUM	KESİNLİKLE KATILIYORUM
1. Kendi aracım ya da toplu taşıma araçları ile mamografi çekilen merkeze gidip mamografimi çektirebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
2. Yaşamımdaki diğer işleri ayarlayıp mamografi çektirebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
3. Mamografi çekilen merkezdeki insanlarla meme kanseri ve mamografiye ilişkin endişelerim hakkında konuşabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
4. Tedirgin olsam bile mamografi çektirebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
5. Sonucunun nasıl çıkacağını bilmesem bile mamografi çektirebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
6. Sağlık güvencem karşılamasa bile ücretini ödeyerek mamografi çektirebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
7. Mamografi çektirebilmek için randevu alabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
8. Gerçekten istersem, mamografi çektirebileceğimden eminim	( )	( )	( )	( )	( )
9. Mamografi çektirmek için nereye, ne zaman, nasıl gideceğimi, hangi resmi işlemleri yaptıracağımı biliyorum	( )	( )	( )	( )	( )
10. Mamografi çektirecek bir merkez bulabilirim	( )	( )	( )	( )	( )

Katılımınız için çok teşekkür ederiz….

EK-7 FORM 2

Değerli katılımcı; aşağıdaki sorular, iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin 40-69 yaş grubu kadınların mamografi öz yeterliliği ile sağlık inançlarına ve taramaya katılımına etkisini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma kapsamında içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda ortaya çıkarılacak sonuçların, kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesine önemli katkı sağlayacağına inanıyoruz. Ankette, size ait bazı bilgiler ile bilimsel araştırma konusunda bazı sorulara yer verilmiştir. Araştırma sürecindeki tüm cevaplarınız gizli tutulacak, hiçbir şekilde isim belirtilerek açıklanmayacaktır. Cevaplar arasında doğru ya da yanlış cevap yoktur. Kendinize en uygun seçeneği seçip, lütfen samimiyetle işaretleyiniz. Bu çalışmaya göstermiş olduğunuz duyarlılık ve katılımınız için, teşekkür ederiz…

1) Son iki ay içinde mamografi çektirdiniz mi?
( ) Evet
( ) Hayır

2) Cevabınız Evet ise, sonucunu belirtebilir misiniz?
( ) …….

3) Cevabınız Hayır ise, çektirmeme gerekçenizi belirtiniz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.
( ) Randevu aldım, zamanını bekliyorum.
( ) Unuttum
( ) Zaman bulamadım.
( ) Mevcut meme hastalığının olmadığı için gerek duymadım.
( ) Yaşımın mamografi için genç olduğunu düşünüyorum.
( ) Önemsemedim
( ) Mamografi çektirmem gerektiğini bilmiyordum
( ) Eşim izin vermedi
( ) Nerde yaptıracağımı bilmiyordum.
( ) Ağrılı bir işlem olduğu için yaptırmadım.
( ) Kanserden korktuğum için kaçındım.
( ) Mamografinin zararlı olduğunu düşünüyorum (radyasyon vb.)
( ) Mamografi çeken teknisyenler genelde erkek olduğu için çekindim
( ) Diğer …….

4) Son iki ay içinde meme ultrasonu çektirdiniz mi?
( ) Evet (sonucunu paylaşabilir misiniz?.....**.....**)
( ) Hayır

5) Önümüzdeki altı ay içinde mamografi testini yaptırma niyetinizi belirtiniz.
( ) Kesinlikle yaptırmaya niyetim var
( ) Yaptırmaya niyetim var
( ) Muhtemelen yaptıracağım
( ) Kararsızım
( ) Muhtemelen yaptırmayacağım
( ) Yaptırmaya niyetim yok
( ) Kesinlikle yaptırmaya niyetim yok

6) Meme kanseri hakkında bilgi düzeyinizi "0" ile "10" arasında puanlayınız:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç bilgim yok — **Yeterli bilgim var**

7) Mamografi testi hakkında bilgi düzeyinizi "0" ile "10" arasında puanlayınız:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç bilgim yok — **Yeterli bilgim var**

8) Aldığınız mamografi tarama hizmetini/Verilen eğitimine yönelik memnuniyet düzeyinizi "0" ile "10" arasında puanlayabilir misiniz?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç memnun değilim — **Çok memnunum**

MEME KANSERİ TARAMALARINDA SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ					
Aşağıda kadınların mamografi ye ilişkin inançlarını içeren ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız. Teşekkürler.	**KESİNLİKLE KATILMIYORUM**	**KATILMIYORUM**	**KARARSIZIM**	**KATILIYORUM**	**KESİNLİKLE KATILIYORUM**
1. Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez	( )	( )	( )	( )	( )
2. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir	( )	( )	( )	( )	( )
3. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir	( )	( )	( )	( )	( )
4. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur	( )	( )	( )	( )	( )
5. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır	( )	( )	( )	( )	( )
6. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım	( )	( )	( )	( )	( )
7. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım	( )	( )	( )	( )	( )
8. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum	( )	( )	( )	( )	( )
9. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir	( )	( )	( )	( )	( )
10. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır	( )	( )	( )	( )	( )
11. Mamografi çektirmek çok acı vericidir	( )	( )	( )	( )	( )
12. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor	( )	( )	( )	( )	( )
13. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak	( )	( )	( )	( )	( )
14. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam	( )	( )	( )	( )	( )
15. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var	( )	( )	( )	( )	( )
16. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim	( )	( )	( )	( )	( )

MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILIYORUM	KESİNLİKLE KATILIYORUM
1. Kendi aracım ya da toplu taşıma araçları ile mamografi çekilen merkeze gidip mamografimi çektirebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
2. Yaşamımdaki diğer işleri ayarlayıp mamografi çektirebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
3. Mamografi çekilen merkezdeki insanlarla meme kanseri ve mamografiye ilişkin endişelerim hakkında konuşabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
4. Tedirgin olsam bile mamografi çektirebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
5. Sonucunun nasıl çıkacağını bilmesem bile mamografi çektirebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
6. Sağlık güvencem karşılamasa bile ücretini ödeyerek mamografi çektirebilirim	( )	( )	( )	( )	( )
7. Mamografi çektirebilmek için randevu alabilirim	( )	( )	( )	( )	( )
8. Gerçekten istersem, mamografi çektirebileceğimden eminim	( )	( )	( )	( )	( )
9. Mamografi çektirmek için nereye, ne zaman, nasıl gideceğimi, hangi resmi işlemleri yaptıracağımı biliyorum	( )	( )	( )	( )	( )
10. Mamografi çektirecek bir merkez bulabilirim	( )	( )	( )	( )	( )

Katılımınız için çok teşekkür ederiz….

EK-8 CHAMPİON'UN SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ (CSİMÖ) KULLANIM İZNİ

Gmail

Ölçek izini

Sebahat GOZUM 24 Ekim 2022 10:19
Alıcı: cemile kaş <

Sayın Cemile Kaş,

Ölçeğe ilişkin makalelerim ektedir. Yararlı olması dileğiyle.

Prof.Dr.Sebahat Gözüm
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Antalya

Kimden: cemile kaş
Gönderildi: 23 Ekim 2022 Pazar 19:33
Kime: Sebahat GOZUM
Konu: Ölçek izini

İyi günler sayın hocam, ben Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Tezim için yaptığım literatür taramasında geçerlilik ve güvenilirliğini çalıştığınız meme kanseri taramalarında sağlık inanç modeli ölçeğini gördüm. Bu ölçeği tezimde kullanmak istiyorum. Sizin için de sakıncası yoksa kullanabilir miyim? Bir de ölçeğin Türkçe tam halini alabilir miyim? Şimdiden teşekkür ederim.

iPhone'umdan gönderildi

YASAL UYARI :
Kişiye özel bu e-postadaki mesaj ve içeriğindeki bilgiler gizlilik niteliği taşıyabilir. Amaçlanmış alıcının kişisel kullanımı dışında, göndericinin açık izni olmadan üçüncü kişiler tarafından e-postadaki bilgilerin kullanılması, kopyalanması, dağıtılması yasaktır. Şayet bu e-postayı yanlışlıkla almış iseniz, lütfen mesajın göndericisini bilgilendiriniz ve mesajı sisteminizden siliniz. Akdeniz Üniversitesi bu mesajın içeriği ve ekleri ile ilgili olarak hukuksal hiçbir sorumluluk kabul etmez. İnternet ortamında gönderilen e-posta mesajlarındaki hata ve/veya eksikliklerden veya virüslerden dolayı mesajın göndericisi herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir. Akdeniz Üniversitesi bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından, saklanmasından sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazarına ait olup, Akdeniz Üniversitesi'nin görüşlerini içermeyebilir.

DISCLAIMER :
The information contained in this communication may contain confidential or legally privileged information. This e-mail and its attachments are private and confidential to the exclusive use of the individual or entity to whom it is addressed. Any disclosure, distribution or other dissemination of this message to any third party is strictly prohibited. Akdeniz University doesn't accept any legal responsibility for the contents and attachments of this message. If you have received this communication in error, please notify the sender immediately by responding to this e-mail and then delete it from your system. The sender does not accept any liability for any errors or omissions or any viruses in the context of this message which arise as a result of internet transmission. Akdeniz University makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of the Akdeniz University.

2 eklenti

Gözüm & Aydın CHBMS-Turkish form.pdf
170K

Gözüm-Karayurt-Avcı 2004-CHBMS ölçekleri.pdf

EK-9 MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİK ÖLÇEĞİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

8.11.2022 16:43

(Konu yok)

Cemile Memiş
31.10.2022 Pzt 16:02
Kime:
İyi günler sayın hocam, ben Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Tezim için yaptığım literatür taramasında geçerlilik ve güvenilirliğini çalıştığınız mamografi öz-yeterlilik ölçeğini gördüm. Bu ölçeği tezimde kullanmak istiyorum. Sizin için de sakıncası yoksa kullanabilir miyim? Bir de ölçeğin tam Türkçe halini gönderebilirseniz çok sevinirim. Şimdiden teşekkür ederim.

Windows için Posta ile gönderildi

8.11.2022 16:44

Fwd: Mamografi Öz-Yeterlilik Ölçeği ve Meme Kanseri Korku Ölçeği hkk

SELDA SEÇGİNLİ
1.11.2022 Sal 10:23
Kime: c

2 ek (240 KB)
Secginli S-Mammography self-efficacy scale and breast cancer fear scale.pdf; Mamografi Yeterlik Ölçeği-Türkçe-S.Secginli.pdf;

Cemile merhaba,
Ekte ölçeği ve makalemi gönderiyorum.
Çalışmanda kolaylıklar ve başarılar dilerim.

--
Prof.Dr. Selda SEÇGİNLİ
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Şişli-İstanbul

Yasal Uyarı: Bu elektronik posta, buradan ulaşabileceğiniz Koşul ve Şartlara tabidir.
Disclaimer: This email is subject to the Terms and Conditions available here.

EK-10 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma Projesinin Adı: İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin 40-69 Yaş Grubu Kadınların Mamografi Öz Yeterliliği ile Sağlık İnançlarına ve Taramaya Katılımına Etkisi
Sorumlu Araştırıcının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR
Diğer Araştırıcıların Adı : Yük. Lis. Öğr. Cemile KAŞ
Destekleyici (varsa) : -

Sayın Katılımcı;
"İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin 40-69 Yaş Grubu Kadınların Mamografi Öz Yeterliliği ile Sağlık İnançlarına ve Taramaya Katılımına Etkisi" başlıklı çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma sizden çalışma kapsamında sekiz hafta ara ile uygulanacak olan anketleri cevaplandırmanız beklenmektedir. Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında, Dr. Serpil ÖZDEMİR sorumluluğu altındadır.
Bu araştırma 40-69 yaş arası kadınların iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitimi ile mamografi öz yeterliliğinin, mamografiye yönelik sağlık inancının ve mamografi taraması yaptırması durumunun incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmaya toplam 40-69 yaş arası 126 kadın katılacaktır.
Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin, araştırmacıya çalışmadan ayrılma isteğinizi söyleyerek çalışmayı bırakabilirsiniz. Aynı şekilde çalışmayı yürüten araştırmacı da, sizi çalışma dışı bırakabilir.
Çalışmada sizi rahatsız edebilecek riskli bir soru bulunmamaktadır. Verdiğiniz cevaplar, alacağınız sağlık hizmeti dahil olmak üzere, hayatınızdaki hiçbir durumu değiştirmeyecektir.
Bu çalışmada elde edilecek veriler; iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin kadınların mamografi öz yeterliliği ile sağlık inançlarına ve tarama testi yaptırmasına etkisini inceleyip hangi yöntemin daha etkili olduğunu ortaya koyacak ve kadınların mamografiye yönelik öz yeterliliği ile sağlık inancının ve taramaya katılımının olumlu yönde değişmesine katkı sağlayabilecektir. Aynı zamanda araştırmaya katılımınız toplum sağlığının korunması geliştirilmesi ve sürdürülmesine katkı sağlayacaktır.
Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmacı, kişisel bilgilerinizi bilimsel makale yazarken kullanacak ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.
Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR
GÖREVİ : SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD Bşk.
TELEFON :
ADI : Yük. Lis. Öğr. Cemile KAŞ
GÖREVİ : Halk Sağ. Hem. Yük. Lis. Öğr.
TELEFON :

Katılımcının Beyanı;

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli, Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR ve Yük. Lis. Öğr. Cemile KAŞ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun, ASM'den aldığım tıbbi tanı ve tedavi hizmetlerine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi tanı ve tedavi hizmetlerinden faydalanma durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu bilimsel araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR
Adres: SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Etlik/Ankara
Telefon :
Tarih:
İmza:

Yük. Lis. Öğr. Cemile Kaş
Adres:
Tel:
Tarih:
İmza:

ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

I- Bireysel Bilgiler

Ad Soyad **:** Cemile KAŞ

II-Eğitim Durumu

OKULLAR	BÖLÜM/ PROGRAM	ÜNİVERSİTE	YIL
Lisans	Hemşirelik	Mersin Üniversitesi	2013-2017
Yüksek Lisans	Halk Sağlığı Hemşireliği	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	2020- Devam ediyor

III-Mesleki Deneyimi

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Bayat Devlet Hastanesi	2017-2021
Hemşire	Elazığ Toplum Sağlığı Merkezi	2021-2022
Hemşire	Osmaniye Devlet Hastanesi	2022-ücretsiz izin

IV-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

V-Bilimsel İlgi Alanları

Yüksek Lisans Tez Başlığı ve Tez Danışmanı: İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin 40-69 Yaş Grubu Kadınların Mamografi Öz Yeterliliği ile Sağlık İnançlarına ve Taramaya Katılımına Etkisi - Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR

Yayınlar:

-

Bildiriler:

-

Katıldığı Sertifika Programları:

Mersin Üniversitesi Pedogojik Formasyon Eğitimi Sertifika Programı