T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İKİ FARKLI YÖNTEMLE YAPILAN SAĞLIK EĞİTİMİNİN KADINLARIN MEME KANSERİ BİLGİSİNE, SAĞLIK İNANCINA, MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİĞİNE VE TARAMA PROGRAMINA KATILIMINA ETKİSİ

RABİA ÇAĞLAYAN

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

ARALIK/2025

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

İKİ FARKLI YÖNTEMLE YAPILAN SAĞLIK EĞİTİMİNİN KADINLARIN MEME KANSERİ BİLGİSİNE, SAĞLIK İNANCINA, MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİĞİNE VE TARAMA PROGRAMINA KATILIMINA ETKİSİ

RABİA ÇAĞLAYAN

Tez Danışmanı:
Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı

DOKTORA TEZİ

ARALIK/2025

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.

Rabia ÇAĞLAYAN

19/12/2025

ÖZET

ÇAĞLAYAN, R. (2025). İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin Kadınların Meme Kanseri Bilgisine, Sağlık İnancına, Mamografi Öz Yeterliğine ve Tarama Programına Katılımına Etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. Ankara.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin kadınların meme kanseri bilgisine, sağlık inancına ve tarama programına katılımına etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, paralel gruplarda tek kör randomize kontrollü deneysel tasarımda bir araştırma olarak yürütüldü. Örneklemi, Temmuz-Ekim 2025 tarihleri arasında Ankara ili, İncirli Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, dahil edilme kriterlerini karşılayan, her grupta 26 olmak üzere üç grupta toplam 78 kadın katılımcı oluşturdu. Verilerin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu, geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, sağlık inanç modeli ölçeği; sağlık motivasyonu, mamografiye ilişkin yarar ve engel algısı alt boyutları, mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği ile mamografi ile ilgili özellikleri belirleme formu kullanıldı. Çalışmada tüm grupların meme kanseri ve mamografi taramasına yönelik aldığı standart bakım hizmetine ek olarak motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitim grubuna ev ziyareti yoluyla üç oturumlu motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi yapıldı. Sağlık eğitimi grubuna ise ev ziyareti yoluyla bir kez sağlık eğitimi, iki kez telefon ile hatırlatma eğitimi yapıldı. Çalışma sürecinde kontrol grubuna standart bakım hizmeti dışında herhangi bir müdahale yapılmadı. Grup ve zaman etkileşimleri için Robust Mixed ANOVA, üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA ve Kruskal Wallis testleri uygulandı.

Bulgular: Çalışmanın sonunda hem grup zaman etkileşimleri hem de son test ve ön test puan farkları açısından her iki müdahalenin de meme kanseri bilgisi ($p<0,001$; $p\eta^2 =0,611$), sağlık inançları ($p<0,001$; $p\eta^2 =0,259$; $p\eta^2 =0,291$; $p\eta^2 =0,367$), mamografi özyeterlilik ($p=0,011$; $p\eta^2 =0,095$) düzeylerinin kontrol grubuna göre güçlü etkiler ortaya koyduğu belirlendi. Gruplara göre mamografi tarama testi yaptırma oranları açısından motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi (%100) ve sağlık eğitimi (%80,8) grupları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı ($p>0,05$), müdahale

grupları ile kontrol grubu arasında (%7,7) ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç: Ev ziyareti ile uygulanan motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi ile sağlık eğitimi müdahalelerinin kadınların meme kanseri bilgisi, sağlık inancı, özyeterlilik düzeyi ve tarama programına katılımı artırdığı belirlendi. Sağlık profesyonelleri, meme kanseri taramalarının yaygınlaştırılması için her iki müdahaleyi de birbiri yerine güvenle uygulayabilir.

Anahtar Kelimeler: Mamografi, Meme kanseri, Meme Kanseri Taraması, Motivasyonel Görüşme, Sağlık Eğitimi

ABSTRACT

CAGLAYAN, R. (2025). The Effect of Health Education Conducted Using Two Different Methods on Women's Knowledge of Breast Cancer, Health Beliefs, Mammography Self-Efficacy and Participation in Screening Programs. University of Health Sciences, Gulhane Health Sciences Institute, Public Health Nursing Department. Doctoral Thesis. Ankara

Aim: The aim of this study was to determine the effects of two different health education approaches on women's breast cancer knowledge, health beliefs, and participation in the mammography screening program.

Materials and Methods: This study was conducted as a single-blind randomized controlled experimental trial with parallel groups. The sample consisted of 78 women registered at the İncirli Family Health Center in Ankara between July and October 2025 who met the inclusion criteria, with 26 participants allocated to each of the three groups. Data were collected using a sociodemographic information form, the Comprehensive Breast Cancer Knowledge Test, the Health Belief Model Scale (health motivation and perceived benefits and barriers to mammography subscales), the Mammography Self-Efficacy Scale, and a form assessing mammography-related characteristics. In addition to the standard care provided to all groups regarding breast cancer and mammography screening, the motivational interviewing–based health education group received three sessions of motivational interviewing–based health education delivered through home visits. The health education group received one session of health education via a home visit and two reminder sessions by telephone. No intervention other than standard care was provided to the control group during the study period. Robust mixed ANOVA was used to examine group × time interactions, while one-way ANOVA and Kruskal–Wallis tests were applied for comparisons involving three or more groups.

Results: At the end of the study, both interventions demonstrated strong effects compared with the control group in terms of group × time interactions as well as differences between post-test and pre-test scores for breast cancer knowledge ($p<0.001$; $p\eta^2 = 0.611$), health beliefs ($p < 0.001$; $p\eta^2 = 0.259$; $p\eta^2 = 0.291$; $p\eta^2 =$

0.367), and mammography self-efficacy ($p = 0.011$; $p\eta^2 = 0.095$). Regarding mammography screening uptake rates by group, no statistically significant difference was found between the motivational interviewing–based health education group (100%) and the health education group (80.8%) ($p>0.05$); however, a statistically significant difference was observed between the intervention groups and the control group (7.7%) ($p<0.05$).

Conclusion: Motivational interviewing–based health education and health education interventions provided through home visits were found to increase women's breast cancer knowledge, health beliefs, self-efficacy, and participation in screening programs. Health professionals may confidently implement either intervention interchangeably to promote breast cancer screening uptake.

Keywords: Breast Cancer, Breast Cancer Screening, Mammography, Motivational Interviewing, Health Education

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tez çalışmasının her sürecinde, bana rehberlik eden, bilgisini, deneyimini ve değerli zamanını benimle paylaşan çok kıymetli tez danışmanım Sayın *Doç.Dr. Serpil ÖZDEMİR*'e,

Çalışmanın tüm süreçlerinin planlanmasında ve değerlendirilmesinde katkıları ile çalışmayı güçlendiren tez izlem jürisinde yer alan değerli hocalarım Sayın *Prof.Dr. Sultan AYAZ ALKAYA*'a ve Sayın *Dr.Öğr.Üyesi Dercan GENÇBAŞ*'a ve tez savunma sınavında katkılarını esirgemeyen saygıdeğer jüri üyeleri Sayın *Prof.Dr. Gülten GÜVENÇ*'e ve Sayın *Doç.Dr. Hacer GÖK UĞUR*'a,

Çalışmanın uygulanması ve yürütülmesinde destek sağlayan İncirli ASM çalışanlarına ve çalışmada yer almaya gönüllü olan tüm katılımcılara,

Her zaman ve her koşulda beni destekleyen, yanımda olan çok kıymetli anneme, eşime ve tüm aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamı kıymetli babam *Mustafa AKKAYA'*ya ve canım oğlum *Mustafa ÇAĞLAYAN*'a ithaf ediyorum.

Rabia ÇAĞLAYAN
ANKARA
19/12/2025

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv
ABSTRACT vi
TEŞEKKÜR viii
İÇİNDEKİLER ix
TABLO LİSTESİ xiv
ŞEKİL LİSTESİ xv
SİMGELER VE KISALTMALAR xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
1.1. ÇALIŞMANIN AMACI 7
1.2. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ 8
2. GENEL BİLGİLER 11
2.1. MEME KANSERİ 11
2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi 12
2.1.2. Meme Kanseri Etiyolojisi 12
2.1.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri 13
2.1.4. Meme Kanseri Belirtileri 16
2.1.5. Meme Kanserinden Korunma 16
2.1.5.1. Meme kanserinden birincil koruma 17
2.1.5.2. Meme kanserinden ikincil koruma 17
2.1.5.2.1. Meme kanseri tarama testleri: 18
2.1.5.3. Meme kanserinden üçüncül koruma 19
2.2. SAĞLIK EĞİTİMİ 19
2.3. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME 21
2.3.1. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri 22
2.3.1.1. Empati göstermek 22
2.3.1.2. Çelişkilerin ortaya çıkarılması 22
2.3.1.3. Dirençle çalışma 23
2.3.1.4. Kendine yeterliliği destekleme 23
2.3.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel İletişim Teknikleri 23
2.3.2.1. Açık uçlu sorular 23
2.3.2.2. Destekleme 23

2.3.2.3. Yansıtmalı dinleme 24
2.3.2.4. Özetleme. 24
2.3.3. Motivasyonel Görüşmenin Bileşenleri 24
2.3.3.1. Katılımı sağlamak 24
2.3.3.2. Odaklanmak 25
2.3.3.3. Ortaya çıkarmak 25
2.3.3.4. Planlamak-Sürdürmek 25
2.3.4. Motivasyonel Görüşme Temelli Sağlık Eğitimi ve Hemşirelik 26
3. GEREÇ VE YÖNTEM 29
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ 29
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI ZAMAN VE YER ÖZELLİKLERİ 29
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ 30
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ 30
3.5. ARAŞTIRMANIN RANDOMİZASYONU 31
3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME, ARAŞTIRMA DIŞI KALMA VE ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA KRİTERLERİ 32
3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 32
3.6.2. Araştırma Dışı Kalma Kriterleri 32
3.6.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri 33
3.7. ARAŞTIRMANIN KÖRLENMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ 33
3.8. ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR 33
3.8.1. Veri Toplama Formları 33
3.8.1.1. Tanıtıcı bilgi formu 34
3.8.1.2. Geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi 34
3.8.1.3. Sağlık inanç modeli ölçeği. 34
3.8.1.4. Mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği 35
3.8.1.5. Mamografi ile ilgili özellikleri belirleme formu 35
3.8.2. Sağlık Eğitim Materyalleri 36
3.8.2.1. Meme kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitimi 36
3.8.2.2. Eğitim broşürü 36
3.9. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI 38
3.9.1. Ön Uygulama 38

3.9.2. Araştırmanın Uygulanması 38
3.9.3. Motivasyonel Görüşme Temelli Sağlık Eğitimi Grubu 42
3.9.4. Sağlık Eğitimi Grubu 47
3.10. ÇALIŞMANIN ÇIKTILARI 50
3.10.1. Birincil Çıktılar 50
3.10.2. İkincil Çıktılar 50
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU 50
3.12. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 51
4. BULGULAR 53
4.1. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICINDA GRUPLARIN ÖZELLİKLERİ 53
4.2. GRUP VE ZAMANA GÖRE ÖLÇEK TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI İLE ÖZ DEĞERLENDİRME PUANLARININ ÇOKLU KARŞILAŞTIRMALARI 56
4.2.1. Grup ve Zamana Göre Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çoklu Karşılaştırmaları 56
4.2.2. Grup ve Zamana Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Çoklu Karşılaştırmaları 59
4.2.3. Grup ve Zamana Göre Mamografiye İlişkin Öz Yeterlilik Ölçeği Puanı ve Meme Kanseri ve Mamografi Taraması Öz Değerlendirmesi Puanlarının Çoklu Karşılaştırmaları 63
4.3. KATILIMCILARIN GRUPLARINA GÖRE SON TEST VE ÖN TEST PUAN FARKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI (SON TEST – ÖN TEST) 67
4.4. ÇALIŞMANIN SONUNDA GRUPLARA GÖRE MAMOGRAFİ TARAMA TESTİNE YÖNELİK BAZI ÖZELLİKLERİ İLE MEMNUNİYET DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI 71
5. TARTIŞMA 75
5.1. MEME KANSERİ BİLGİSİ 75
5.2. MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ TESTİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI 76
5.3. MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİĞİ 77
5.4. MAMOGRAFİ TARAMA TESTİNE YÖNELİK DAVRANIŞLAR 79

5.5. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ 81
5.6. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI 81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 83
6.1. SONUÇLAR 83
6.2. ÖNERİLER 84
6.2.1. Araştırmacılara Öneriler 84
6.2.2. Halk Sağlığı Hemşirelerine Öneriler 84
6.2.3. Kurumlara Yönelik Öneriler 84
7. KAYNAKLAR 87
8. EKLER 99
EK-1: KATILIMCILARIN GRUPLARA ATAMA LİSTESİ 99
EK-2: VERİ TOPLAMA FORMU 100
EK-3: VERİ TOPLAMA FORMU 105
EK-4: MEME KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK EĞİTİMİ 106
EK-5: MEME KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK BASILI BROŞÜR 109
EK-6: BASILABİLİR MATERYALLERE YÖNELİK HASTA EĞİTİM MATERYALİ DEĞERLENDİRME ARACI (HEMDA-B) 110
EK-7: MOTİVASYONEL GÖRÜŞME EĞİTİM SERTİFİKASI 114
EK-8: ETİK KURUL ONAYI 115
EK-9: HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA YAPILACAK OLAN ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU İZNİ 116
EK-10: GENİŞ KAPSAMLI MEME KANSERİ BİLGİ TESTİ KULLANIM İZNİ 117
EK-11: CHAMPİON'UN SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ (CSİMÖ) KULLANIM İZNİ 118
EK-12: MAMOGRAFİYE YÖNELİK ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ 119

EK-13: BASILABİLİR MATERYALLERE YÖNELİK HASTA EĞİTİM MATERYALİ DEĞERLENDİRME ARACI (HEMDA-B) ÖLÇEK İZNİ 120
EK-14: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 121
EK-15: YÖNETİM KURULU TEZ KONUSU KABUL KARARI 124
9. ÖZGEÇMİŞ 125

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=78)..... 54
Tablo 4.2. Grup ve zamana göre geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testinin alt boyutlarının ve total puanlarının çoklu karşılaştırmaları 57
Tablo 4.3. Grup ve zamana göre sağlık inanç modeli ölçeği alt boyut puanlarının çoklu karşılaştırmaları 61
Tablo 4.4. Grup ve zamana göre mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği toplam puanı ile meme kanseri ve mamografi taraması öz değerlendirmesi puanlarının çoklu karşılaştırmaları 65
Tablo 4.5. Grupların son test ve ön test puan farklarının karşılaştırılması (son test - ön test) 68
Tablo 4.6. Çalışmanın sonunda gruplara göre mamografi tarama testine yönelik bazı özellikler ve memnuniyet durumunun karşılaştırılması 72

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3.1. Örneklem büyüklüğü güç analizi 31
Şekil 3.2. Grup kombinasyonlarının blok randomizasyonu 32
Şekil 3.3. Araştırma akış şeması 40
Şekil 3.4. Üç kollu randomize kontrollü çalışmalar için Consort 2025 akış diagramı 41
Şekil 3.5. Meme kanserinden korunmaya yönelik yarı yapılandırılmış motivasyonel görüşme rehberi 44
Şekil 3.6. Sağlık eğitimi uygulama prosedürü 48

SİMGELER VE KISALTMALAR

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

BRCA1 : Meme Kanseri 1 (BReast CAncer 1)

BRCA2 : Meme Kanseri 2 (BReast CAncer 2)

CDC : Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GLOBOCAN : Küresel Kanser Gözlemevi (Global Cancer Observatory)

HEMDA-B : Hasta Eğitim Materyali Değerlendirme Aracı

KETEM : Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi

KKMM : Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM : Klinik Meme Muayenesi

OARS : Açık uçlu sorular, Destekleme, Yansıtıcı dinleme, Özetleme (Open-ended questions, Affirmations, Reflective listening, Summarizing)

SIM : Sağlık İnanç Modeli

SPSS : Sosyal Bilimler İstatistikleri için İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Sciences Statistics)

SVT : Sor Ver Tamamla

MRG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

VAS : Görsel analog skala

n : Sayı

SS : Standart Sapma

SH : Standart hata

Ort : Ortalama/Budanmış Ortalama

Min : En küçük değer

Maks : En büyük değer

pη^2 : Kısmi eta kare

η^2 : Eta kare

F : Robust mixed ANOVA

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada her yıl yaklaşık 2,3 milyon kadında tanılanan ve 670.000 kadının ölümü ile sonuçlanan meme kanseri, kadın kanserleri arasında birinci sırada yer almaktadır (1–3). Meme kanserinin, kadınlarda görülen tüm kanserleri türlerinin yaklaşık %25'ini oluşturduğu bilinmektedir (2). Türkiye'de 2025 yılında 2,5 milyon kadına yapılan meme kanseri taramasında, 36.000 kadının meme kanseri tanısı aldığı bildirilmektedir (4). Literatürde düşük ve orta gelirli ülkelerde meme kanseri mortalite oranlarının, yüksek gelirli ülkelere daha yüksek olduğu bildirilmektedir (2,3). Arnold ve ark.'larının 2022 yılında yaptıkları bir projeksiyonda, tüm dünyada 2040 yılına kadar meme kanseri vaka sayısının yaklaşık üç milyona ulaşacağı ve meme kanserine bağlı ölümlerin yılda yaklaşık bir milyon olacağı tahmin edilmektedir (1). Günümüzde, meme kanseri yüksek morbidite ve mortalite oranları ve bunlara bağlı olarak meydana gelen sağlık hizmet giderleri, iş gücü kayıpları gibi ekonomik etkileri nedeniyle öncelikli ve önemli bir halk sağlığı sorunudur (2,5). Nüfusun hızla yaşlanması, bilgi eksikliği, sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının yaygınlığı, tarama programlarının yetersizliği ve/veya erişimdeki sınırlılıklar, taramalara yönelik olumsuz tutum ve inançlara bağlı taramaya katılmayı reddetme gibi faktörlere bağlı olarak erken tanı ve tedavide istenmeyen gecikmeler yaşanmakta ve bu durum meme kanserinin salgın bir hastalık gibi yaygınlaşması ile sonuçlanmaktadır (1,3,5–7).

Meme kanseri morbidite ve mortalite oranları nedeniyle küresel ölçekte artan yükü, bu hastalığın ortaya çıkışını şekillendiren temel unsurların daha kapsamlı ve derinlemesine ele alınmasını gerektirmektedir (8). Hastalığın gelişim sürecine ilişkin güncel veriler, meme kanserinin tek bir nedene indirgenemeyecek kadar karmaşık bir etiyolojik yapıya sahip olduğunu ve pek çok faktörün birbiriyle ilişkisi doğrultusunda bireyde kanser riskini belirlediğini ortaya koymaktadır (9,10). Meme kanseri genetik, çevresel ve davranışsal faktörlerin kombinasyonuna bağlı olarak gelişmektedir (8). Ailede meme kanseri öyküsünün bulunması, yaşın artması, Meme Kanseri 1 (BRCA-1) ve Meme Kanseri 2 (BRCA-2) genlerinin varlığı ve mutasyonları gibi genetik faktörlerin yanı sıra; yüksek östrojen düzeyi, erken yaşta menarş, geç menapoz, emzirme durumu, yüksek parite ve nulliparite gibi obstetik özellikler, meme kanseri

risk faktörleri arasında yer almaktadır. Sigara ve alkol kullanımı, uzun süreli hormonal kontraseptif kullanımı, obezite, yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme gibi olumsuz yaşam biçimi davranışları meme kanserine neden olarak davranışsal faktörler arasında sıralanmaktadır (3,8). Meme kanseri ile mücadelenin hedefinde, sağlığı korumak ve geliştirmek için risk faktörlerini azaltmaya yönelik girişimler, erken tanı programlarını yaygınlaştırmak ve etkili meme kanseri yönetimini sağlamak yer almaktadır (11).

Dünya Sağlık Örgütü, 2021 yılında, meme kanserini yılda %2,5 oranında azaltarak 20 yıl içinde 2,5 milyon yaşamı kurtarmayı hedefleyen "Küresel Meme Kanseri Girişimi" stratejisini uygulamaya koymuştur (11,12). Bu hedef doğrultusunda yürütülen küresel meme kanseri girişimi: "sağlığı geliştirme ve erken tanı", "zamanında tanı" ve "kapsamlı meme kanseri yönetimi" olmak üzere üç temel uygulama odağı üzerinde yapılandırılmıştır. Meme kanseri ile mücadelede erken dönemde tanılama olanağı sağlayan mamografi taraması, sağ kalım oranını artıran en etkili ikincil korunma müdahalesidir (13,14). Literatürde, mamografi taramasına katılım oranındaki artışın, ileri evre meme kanseri vaka sayısını ve meme kanserine bağlı ölümleri istatistiksel olarak anlamlı derecede azalttığı bildirilmektedir (2,5,6,14). Mortalite oranının azaltılmasına katkı sağlayan mamografi taraması aynı zamanda, kanser tedavisi için gereken sağlık harcamalarını önleyen maliyeti etkin bir yaklaşımdır (5). Dünya Sağlık Örgütü, riskli grupta yer alan kadınlara 40 yaşından itibaren her iki yılda bir, ortalama riskli kadınlar için 50-69 yaş aralığında her iki yılda bir, düzenli olarak mamografi taramasını önermektedir (12). Türkiye'de "Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı" kapsamında meme kanseri taraması da yer almaktadır. Bu program kapsamında 40-69 yaş arasındaki kadınlara iki yılda bir ücretsiz olarak mamografi yapılmaktadır (4,15).

Meme kanseri tarama programları, hedef yaş grubundaki kadınlara basit ve güvenilir bir test uygulanarak, sağlıklı olduğu varsayılan bir popülasyonda klinik öncesi hastalığı tespit etmeyi hedeflemektedir (16). Tarama kapsamında sıklıkla mamografi tarama testi kullanılmaktadır (6). Mamografi tarama programlarının toplum düzeyinde ikincil korumayı sağlaması ve başarılı olarak atfedilmesi için risk altındaki kadın nüfusunun en az %70'inin iki yılda bir taranması gerekmektedir (17).

Farklı coğrafyalarda kadınların mamografi taramasına katılım oranları %7 ile %84 aralığında değişmektedir. Meme kanseri tarama programına; Danimarka'da %84,1, Finlandiya'da %82,8, Hollanda'da %80,8, İtalya'da %61,3 oranında kadın katılırken, bu oran Brezilya'da %12-31 ve Malezya'da %7-25 aralığındadır (2,13,18–22). Türkiye'de mamografi ücretsiz yapılmasına rağmen taramaya katılım oranının %41-55 aralığında değiştiği ve istenen düzeye henüz erişilemediği bildirilmektedir (15,18,19). Uluslararası ve ulusal sağlık otoriteleri kadınların meme kanseri tarama programlarına katılmalarına engel olan koşulların belirlenmesi ve etkili müdahaleler yapılarak katılımın artırılması gerekliliğini vurgulamaktadır (6,7,14,15).

Literatürde kadınların meme kanseri taramalarına katılımını etkileyen faktörler arasında taramaya erişimde kısıtlılık, muayene korkusu, düşük risk algısı, bilgi eksikliği, taramaya yönelik olumsuz tutum ve inançların yer aldığı bildirilmektedir (5–7,15,23). Bununla birlikte kadınların, meme kanseri erken tanısı hakkında farkındalıkları olsa da düşük eğitim seviyesi, düşük öz yeterlilik düzeyi ve motivasyon eksikliği gibi nedenlerle de taramaya katılmadıkları belirtilmektedir (7,24,25). Literatürde, çeşitli yöntemlerle uygulanan sağlık eğitimleri, hatırlatıcı telefon görüşmeleri, afişler ve eğitim broşürler gibi farklı girişimlerin kadınların meme kanseri taramasına yönelik algılanan engelleri ortadan kaldırarak taramaya katılımını artırdığı bildirilmektedir (14,18,26). Bu girişimlerin ortak hedefi kadınların meme kanseri ve tarama programları hakkındaki bilgi düzeyini artırmak, tarama programları hakkındaki olumsuz tutum ve inançlarını değiştirmek, bireysel sağlık sorumluluğu kazandırmak ve tarama programlarına düzenli olarak katılımı sürdürmek şeklinde özetlenebilir (6,7).

Sağlık eğitimi, bireyin ve toplumun sağlığa yönelik bilgi, farkındalık, tutum ve davranışlarını olumlu yönde artırmayı hedefleyen bir yöntemdir. Sağlık eğitimi uygulamaları ile bireylerin bilgi düzeyleri ve motivasyonları artırılarak kişinin değişime hazır oluşluğu desteklenir ve bireye istendik sağlık davranışları kazandırılır (27). Literatürde farklı toplum gruplarında ev ziyaretleri, broşür destekli eğitimler, tele-sağlık eğitimleri, çevrim içi ve web tabanlı eğitimleri içeren çeşitli müdahaleler ile yapılan bireysel ve grup sağlık eğitimi girişimlerinin mamografi taramasına katılımı çeşitli oranlarda artırdığı rapor edilmiştir (14,28–34). Sağlık eğitimi

müdahaleleri ile bireyin bilgi düzeyi ve inançları geliştirilerek olumlu sağlık tutumları kazandırılabilir ancak, motivasyon eksikliği giderilmedikçe, olumlu sağlık davranışı kazandırılamayabilir (14,25,27). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; çeşitli sağlık eğitimi müdahalelerinin, kadınların meme kanseri ve mamografi taramasına yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerini artırdığı, olumlu tutum ve inanç kazandırdığı ancak, taramaya katılım oranını %70'in üzerine çıkarılamadığı izlenmektedir (14,25,27). Kadınlarının mamografi taramasına katılım oranlarını artırmada, bilgi eksikliğinin giderilmesinin yanı sıra bireyin tarama davranışına yönelik motivasyon düzeyinin de artırılması önemli bir gerekliliktir (14,23,25,35–37).

Sağlık davranışına yönelik bilgi ve inançlarının belirlenmesi, bireyin o davranışa olan gereksinimine yönelik farkındalık kazanması, davranışın sağlayacağı yararların anlamlandırılması, davranışın gerçekleşmesine engel olan durumların tanımlanması ve davranış değişikliğine motivasyonun artırılması "Sağlık İnanç Modeli (SİM)" çerçevesinde ele alınan bir davranış değişikliği sürecidir (38). Bu model; bireyin bir davranışa yönelik yarar algısını artırmak, belirlenen engelleri ortadan kaldırmak ve davranış değişikliğinin sürekliliği için motivasyonu yükseltmek için bir rehber niteliğindedir. Bireylerde istenen davranışa ilişkin özyeterliliğin sağlanması ve öz değerlendirmenin yapılabilmesi için SİM kullanışlı modeldir (39). Literatürde meme kanseri taramasını artırmaya yönelik yapılan sağlık eğitimi müdahaleli çalışmalarda da SİM sıklıkla kullanılmaktadır (35,40–42). Modelin genişletilmiş versiyonlarında yer alan sağlık motivasyonu; bireyin sağlığını korumaya olan istekliliğinin ve yaşamsal önceliklerinin belirlendiği alandır. Bireyin koruyucu davranış kazanmak için çaba göstermeye olan istekliliği sağlık motivasyonunun odağında yer alır (43). Pek çok davranış modelinde, davranış değişikliği süreçlerin ortak noktası, bireylerin istenen davranışa motive edilmeleridir (44). Tüm bu çabaların merkezinde kadınlarda sağlığı korumak için kalıcı bir davranış değişikliği yaratma hedefi yer alır (45).

Bireyin, istendik bir davranışa motivasyonunu sağlamak için literatürde sıklıkla motivasyonel görüşme tekniği kullanılmaktadır (11,37,43,46–48). Motivasyonel görüşme tekniği, danışanlarda ilgili davranışa yönelik kararsızlığı ortaya çıkararak, bireyin karasızlığına ilişkin bir farkındalık yaratmak, bireyin kendi

imkanları dahilinde bir karar alarak, sorununu çözüme ulaştırılmasını sağlayan ve olumlu sağlık davranışı kazandırma da etkin olarak kullanılan, danışan merkezli bir yaklaşımdır (11). Motivasyonel görüşme temelli girişimlerde; katılımcıların sürece dahil edilmesi, sürece yönelik hedeflerinin belirlenmesi, taramaya katılmama nedenlerinin belirlenmesi, katılımcıların değişim motivasyonunun ortaya çıkarılması ve artırılması, kararsızlıkların çözümüne yönelik bilgi ve yöntemlerin sunulması ile geliştirilen değişimi sürdürmeye ve taramaya katılımı sağlamaya yönelik eylem planlarının geliştirilmesi önerilmektedir (48,49).

Motivasyonu artırmaya yönelik müdahalelerin kadınların meme kanseri taraması yaptırmasında engelleri azaltmaya yardımcı olabileceği ve meme kanseri taramasına katılım oranının artmasına katkı sağlayabileceği bildirilmektedir (49,50). Yapılan sistematik derleme ve meta analiz çalışmaları incelendiğinde; motivasyonel görüşme girişiminin meme kanseri tarama programına katılımını artırabileceği rapor edilmiştir (25,37,43,51). Literatürde, motivasyonel görüşme girişimlerinin meme kanseri bilgisine, tarama testine yönelik sağlık inançlarına ve taramaya katılıma etkisini ortaya koyan çalışmalar oldukça sınırlıdır (5,45,49,50,52,53). Kütahya'da 2024 yılında yapılan yarı deneysel dizayndaki bir tez çalışmasında, menopoz dönemindeki kadınlara uygulanan motivasyonel görüşmenin meme ve serviks kanserine yönelik sağlık inançları ile taramaya katılma durumlarına etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada sağlık eğitimini takiben motivasyonel görüşme yapılan kadınların %86'sının meme kanseri taramalarına katıldıkları rapor edilmektedir(54). İranlı 120 kadınla yapılan randomize kontrollü bir araştırmada motivasyonel görüşme temelli danışmanlığın meme kanseri tarama davranışlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir. Ancak mamografi taramasına katılımın istenilen düzeyde (%26) artmadığı izlenmektedir (36). İstanbul'da 2024 yılında, Suriyeli göçmen kadınlara uygulanan tek kör randomize kontrollü bir çalışmada dört haftalık sağlık eğitim programını takiben ayda bir defa olmak üzere peş peşe iki kez motivasyonel görüşme uygulanmıştır. Yapılan müdahale sonrası deney grubundaki Suriyeli göçmen kadınların mamografi çektirme oranlarının %2,7'den %81,3'e yükseldiği bildirilmiştir (34). Costanza ve ark.'larının yürüttüğü sadece müdahale grubundan oluşan ve son iki yıl içinde mamografi çektirmemiş 45-69 yaş arası kadınlarla yürütülen pilot bir

çalışmada, uygulanan tek oturumlu motivasyonel görüşme uygulanmış ve görüşme sonunda eğitim broşürleri verilmiştir. Yapılan motivasyonel görüşme sonucunda kadınların %57,8'inin bir yıl içinde mamografi çektirdiği ve mamografi çektirmeyen katılımcıların %72,1'inin çektirmeye niyetli olduğu bildirilmiştir (55). Zolfaghari ve ark.'ları 2018 yılında İranlı öğretmenlerle yaptığı yarı deneysel çalışmasında 134 katılımcıdan oluşan iki gruptan birine motivasyonel temelli sağlık eğitimi diğerine sağlık eğitimi uygulayarak bu iki girişiminin meme kanseri taramasına etkisini incelemiştir. Çalışmada motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitim grubunun (%10,4), sağlık eğitim grubuna (%4,5) göre daha fazla taramaya katıldığı belirtilmektedir. Ancak tarama programlarının %70 katılım hedefi dikkate alındığında, Zolfaghari ve ark.'larının çalışmasında (2018) motivasyonel görüşme temelli eğitim, sağlık eğitimine göre daha yüksek oranda mamografi tarama testine katılımda etkili olsa da yapılan her iki girişimin de yeterli katılım düzeyine ulaşmadığı dikkat çekmektedir (53). Motivasyonel görüşme müdahalesinin mamografi taramasına etkisinin farklı toplumlar ve araştırma dizaynlarında çeşitlilik gösterdiği değerlendirilmektedir (11,32,35,36,40,47,49,50,52,54,56).

Motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitiminin kadınların meme kanseri bilgisi, mamografi tarama testine yönelik sağlık inançları ile taramaya katılımı oranlarını artırmak amacıyla farklı bir yaklaşım olarak benimsenebileceği değerlendirilmektedir (53). Bununla birlikte, motivasyonel görüşme yapma; beceri, uzmanlık ve zaman gerektiren kompleks bir uygulamadır. Buna kıyasla, sağlık eğitimi birinci basamak hemşireleri tarafından kolaylıkla uygulanabilen, izlenebilen daha pratik bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. Literatürde, kadınların meme kanseri bilgisi, mamografi tarama testine yönelik yönelik sağlık inançları, özyeterliliği ve taramaya katılma durumlarını bir arada ele alan ve iki farklı yöntemin bu durumlara etkisini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Zolfaghari ve ark.'ları 2018 yılında yaptığı yarı deneysel dizayndaki çalışmada motivasyonel görüşmeye dayalı sağlık eğitimi ile sağlık eğitiminin mamografi taramasına etkisini ortaya koymayı hedeflemiştir ancak, çalışmanın tasarımından kaynaklan sınırlılıklar olduğu gibi ulaşılan tarama sonuçlarının da istenen düzeyde olmadığı değerlendirilmektedir (53). Literatürde motivasyonel görüşme girişiminin meme kanseri tarama programına katılımını araştıran randomize kontrollü çalışmalarda, motivasyonel görüşmenin nasıl

standardize edildiğine ilişkin bilgilerin belirsiz olduğu, bu çalışmaların metodolojik açıdan kısıtlıklar içerdiği ve nicelik açısından sınırlı olduğu izlenmektedir (37,51). Bu bağlamda, kadınlarda yapılan sağlık eğitimi ile motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimin meme kanseri bilgi düzeyi, sağlık inancı düzeyi ve mamografi öz yeterliği ile tarama programlarına katılım oranlarının karşılaştırıldığı iyi tasarlanmış, gücü ve örneklem büyüklüğü yeterli randomize kontrollü çalışmalara gereksinim duyulduğu değerlendirilmektedir(11,32,35,36,40,47,49,50,52,54,56). Kadınların meme kanseri bilgisini ve mamografi tarama testine yönelik sağlık inançlarını ve taramaya katılımını artırmak amacıyla uygulanan motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitiminin; motivasyonel görüşme ilkelerine uygun biçimde ve görüşmenin dört aşamasının her birine yapılandırılarak entegre edilmesinin hedeflenen davranış değişikliğinin gerçekleşme olasılığını artırabilecek yeni bir yaklaşım olduğu varsayılmaktadır. Bu çalışmada, ev ziyareti ile kadınlara verilen motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi ve sağlık eğitiminin meme kanseri bilgisine, meme kanseri inancına, mamografi öz yeterliliğine ve tarama programına katılımına etkisinin belirlenmesinin meme kanseri tarama programına katılımın arttırılmasında önemli bir adım olacağı değerlendirilmektedir.

1.1. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı sağlık eğitimi ile motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimin; kadınların meme kanseri bilgisine, sağlık inançlarına, mamografi öz yeterliliğine ve tarama programına katılımına etkisini değerlendirmektir.

1.2. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

Çalışmanın hipotezleri;

H_{0-1}: Meme kanseri bilgi düzeyi açısından motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi grubu ile sağlık eğitimi grubu arasında fark yoktur.

H_{0-2}: Algılanan yarar düzeyi açısından motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitim grubu ile sağlık eğitimi grubu arasında fark yoktur.

H_{0-3}: Algılanan engel düzeyi açısından motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitim grubu ile sağlık eğitimi grubu arasında fark yoktur.

H_{0-4}: Sağlık motivasyon düzeyi açısından motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitim grubu ile sağlık eğitimi grubu arasında fark yoktur.

H_{0-5}: Mamografi öz yeterliliği açısından motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitim grubu ile sağlık eğitimi grubu arasında fark yoktur.

H_{0-6}: Mamografi yaptırma oranı açısından motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitim grubu ile sağlık eğitimi grubu arasında fark yoktur.

H_{0-7}: Meme kanseri bilgi düzeyi açısından müdahale grupları ile kontrol grubu arasında fark yoktur.

H_{0-8}: Algılanan yarar düzeyi açısından müdahale grupları ile kontrol grubu arasında fark yoktur.

H_{0-9}: Algılanan engel düzeyi açısından müdahale grupları ile kontrol grubu arasında fark yoktur.

H_{0-10}: Sağlık motivasyon düzeyi açısından müdahale grupları ile kontrol grubu arasında fark yoktur.

H_{0-11}: Mamografi öz yeterliliği açısından müdahale grupları ile kontrol grubu arasında fark yoktur.

H_{0-12}: Mamografi yaptırma oranı açısından müdahale grupları ile kontrol grubu arasında fark yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. MEME KANSERİ

Meme kanserinin, genetik yapıda zaman içinde meydana gelen bir dizi mutasyonun sonucunda geliştiği kabul edilmektedir (57). Meme kanseri etiyolojik ve patolojik açıdan oldukça heterojen bir yapıya sahiptir (10). Meme kanserinin bazı alt tipleri yavaş seyirli olup iyi prognoz gösterirken, bazıları hızlı büyüyen ve klinik açıdan agresif ilerleyen özelliktedir (58). Güncel bilgiler, meme kanserinin morfolojik açıdan yaklaşık yirmi farklı alt tipe ayrılabildiğine işaret etmektedir (3). Klinik uygulamada, bu alt tiplerin belirlenmesinde hormon reseptörleri ile büyüme faktörlerine ilişkin histopatolojik özellikler temel alınmaktadır (57).

Meme kanseri süreci, önce karsinoma in situ ile başlayan, sonrasında invaziv forma ilerleyen ve nihayetinde metastazla sonuçlanan ardışık etkilerle seyirli bir biyolojik süreçtir (59). İn situ karsinom, tanımı gereği çevre dokuyu istila etmeyen ve bu nedenle uzak organlara yayılma yeteneği bulunmayan erken dönem bir tümörü ifade eder (60). Buna karşılık, invaziv meme karsinomları, kanser hücrelerinin duktus veya lobül sınırlarını aşarak stromal dokuya doğru ilerlediği ve lenf nodlarına ya da uzak organlara metastaz yapabilme potansiyeli olan bir formdur (61). Meme kanseri metastazı, tümör hücrelerinin öncelikle komşu dokulara nüfuz etmesiyle başlayan, ardından lenfatik ve kan damarlarına geçiş yaparak vücudun uzak bölgelerine taşınması biçiminde gelişebilmektedir (33). Meme kanserine bağlı mortalitenin en belirgin nedeni, kanserin uzak organlara yayılımıdır (62). Meme kanserinin en sık metastaz yaptığı bölgeler arasında; kemikler, karaciğer, akciğer ve beyin bulunmaktadır. Bu organların tutulumu klinik açıdan kritik olup sağkalım sonuçlarıyla doğrudan ilişkilidir (63,64).

Meme kanseri tanısı alan kadınların yaklaşık üçte birinde, elle fark edilebilen bir meme kitlesi mevcuttur (65). Bunun yanında, ciltte çukurlaşma, portakal kabuğu görünümü, kızarıklık, ödem, kabarıklık, deri bütünlüğünde bozulmalar, meme başından kanlı akıntı ve meme başında içe çekilme gibi bulgular da hastalıkla ilişkili

olabilir (61). Hastalık ilerledikçe ve tümör hücreleri uzak organlara yayıldıkça, metastaza özgü yeni klinik belirtiler ortaya çıkabilmektedir (63).

2.1.1. Meme Kanseri Epidemiyolojisi

Meme kanseri, tüm dünyada kadınlarda en sık tespit edilen kanser türüdür. Dünya genelinde 185 ülkenin 157'sinde kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Küresel olarak tüm kanser vakalarının %11,6'sı meme kanseridir. Her yıl yaklaşık 2,3 milyon yeni meme kanseri vakası saptanmakta ve 670.000 kadın hayatını bu nedenden kaybetmektedir (3). Farklı bir ifade ile bugün dünya genelinde her sekiz kadından birinde meme kanseri vardır (66).

Meme kanserine bağlı ölümlerin %80'ni düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşirken (67), meme kanseri insidansı yüksek gelirli ülkelerde daha yüksektir (2). Avrupa, Kuzey Amerika ve Avustralya/Yeni Zelanda gibi sağlık kayıt sistemlerinin güçlü olduğu bölgelerde yaşa göre standardize edilmiş insidans oranları diğer bölgelere kıyasla daha yüksektir. Buna karşılık meme kanserine bağlı mortalite oranları, erken tanı programlarına erişimin sınırlı olduğu ve tedavi olanaklarının daha kısıtlı bulunduğu düşük ve orta gelirli bölgelerde görece daha yüksek seyretmektedir. Özellikle Sahra altı Afrika ülkelerinde tanıdaki gecikme, evre dağılımındaki olumsuzluklar ve tedaviye ulaşım sorunları nedeniyle mortalite yükü belirgin şekilde artmaktadır. Bu durum, küresel ölçekte meme kanseri sonuçlarının sağlık sistemi kapasitesi ve erişilebilirlik ile yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (2).

2.1.2. Meme Kanseri Etiyolojisi

Meme kanserinin çeşitli genetik, çevresel ve davranışsal özelliklerden kaynaklandığı bildirilmektedir. Meme kanseri açısından risk faktörlerine sahip bir kadının meme kanserine sahip olacağı kesin olarak bilinmemekle birlikte, herhangi bir risk faktörüne sahip olmayan bir kadın da meme kanserine yakalanabilmektedir. Bununla birlikte bir ya da birden fazla risk faktörüne sahip olan kadınlar, meme kanserine yakalanma potansiyeli daha yüksek grup olarak kabul edilmektedir (68,69).

Meme kanserinin, bağışıklık mekanizmasının bozulması sonucu ortaya çıkabileceği de varsayılmaktadır. Bununla birlikte kalıtsal meme kanseri duyarlılık genleri olan BRCA1 ve BRCA2'de görülen mutasyonlar, yüksek östrojene maruziyet, nulliparite ve hormon tedavisi, erken menarş, geç menopoz, ailede meme kanseri öyküsü olma, iyi huylu meme hastalığı geçirmiş olma, yoğun meme dokusuna sahip olma, sigara ve alkol kullanımı, radyona maruziyet, obezite, dengesiz beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, uzun boy gibi pek çok risk faktörü de meme kanserine neden olabilmektedir (68–70).

2.1.3. Meme Kanseri Risk Faktörleri

Östrojen Maruziyeti: Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 280.000 kadın ve 3000 erkeğe meme kanseri teşhisi konulmaktadır. Bu nedenle kadınlarda meme kanseri gelişmesi erkeklere kıyasla 100.000 kat daha fazladır. Bu durumun kadınların östrojen maruziyetinden kaynakladığı belirlenmiştir. Kadınlar, menopoz öncesi ve sonrası yaşamları boyunca erkeklere kıyasla daha fazla cinsiyet hormon seviyesi değişimine maruz kalırlar. Bu nedenle erkeklere göre daha yüksek meme kanseri riski taşırlar. Özellikle menopoz sonrası kadınlarda yağlı doku miktarının artmasına bağlı olarak nispeten östrojen seviyesinin arttığı ve bu durumun meme kanseri riskini artırdığı tespit edilmiştir (68,71).

Yaş: Meme kanseri vakaları ileri yaştaki kadınlarda daha sık meydana gelmektedir. Gözetim, Epidemiyoloji ve Sonuçlar verilerine göre kadınlarda meme kanseri gelişme ihtimali 45-54 yaşlarında %17,9; 55-64 yaşlarında %24,7; 65-74 yaşlarında %27,4 oranındadır. Bu sonuçlar yaşa bağlı hücresel değişikliklerle birlikte ve kısmen yaşa bağlı karsinogenez artışı ile ilişkilendirilebilir. Bunun aksine genç yaşta görülen kanser vakalarındaki sağ kalım oranlarının düşük olması, agresif meme kanserlerinin 40 yaş ve altındaki kadınlarda daha sık görülmesinin bir sonucudur (72).

Ailede meme kanseri öyküsü: Ailede meme kanseri öyküsünün olması meme kanser riskini önemli derecede artıran bir faktördür. Yapılan çalışmalarda ailesinde meme kanseri öyküsü olan bir kadın, ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan bir kadına göre iki ile üç kat daha fazla risk taşıdığı bildirilmektedir (9). Mukama ve

ark.'larının 2020 yılında, beş milyondan fazla katılımcı ile yürüttüğü bir kohort çalışmasında, ikinci derece akrabasında olup birinci derece akrabasında meme kanseri öyküsü olmayan kadınlarda da meme kanseri riskinin arttığı tespit edilmiştir. Katılımcının akrabasında karsinoma in situ (erken evre, çevre dokuya yayılmamış kanser) varsa risk %20, invaziv kanser (çevre dokulara yayılmış kanser) varsa risk %30 oranında arttığı belirlenmiştir (73).

Gen Mutasyonları: Ailede meme kanseri öyküsü ile meme kanseri riskindeki artış gen anomalilikleri ile doğrudan ilişkilidir. Meme kanseri duyarlılık genleri olan BRCA1 veya BRCA2'de gelişen patojenik değişim sonucu meme kanseri gelişebilmektedir. Yapılan bir çalışmada BRCA1 mutasyon taşıyıcılarında %72 ve BRCA2 mutasyon taşıyıcılarında %69 oranında risk taşıdığı ve meme kanseri riskinin; BRCA1 mutasyonu taşıyıcılarında, BRCA2 mutasyon taşıyıcılarına göre yaklaşık %3 daha fazla olduğu rapor edilmiştir (9,10,74).

Vücut Kitle İndeksi: Vücut kitle indeksi arttıkça meme kanseri riskinin arttığı kanıtlanmıştır. Özellikle menopoz dönemiyle birlikte kilo artışının yanı sıra, yağlı doku kitlesinin obez kadınlarda östrojen miktarının arttığı ve bu durumun meme kanseri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (9,68,70).

Ayrıca uzun boy ile meme kanseri riski anlamlı olarak ilişkilendirilmektedir ve meme kanseri için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (9,75). Meme kanseri riski ile boy uzunluğu arasındaki neden sonuç ilişkisi tam olarak açıklanamasa da erken çocukluk döneminde salınan büyüme hormonu, beslenme, genetik ve çevresel faktörlerin etkisi ortaya atılmaktadır (9,75).

Fiziksel Aktivite: Yetersiz fiziksel aktivite ile meme kanseri riski doğru orantılıdır (76). Fiziksel aktivite, risk altında olsun ya da olmasın tüm kadınlar için koruyucu bir yaşam tarzıdır (77). Fiziksel aktivitenin yanı sıra düzenli ve dengeli beslenme östrojen ve insülin seviyelerinin düşmesi, dolayısıyla meme kanseri riskini azaltmada etkili bir yaşam biçimi davranışıdır (9).

Yoğun Meme Dokusu: Meme dokusunun yoğunluğu, yağ dokusundan ziyade memenin lif dokusuna ve glandüler doku oranına göre değişmektedir (74). Lif ve grandüler doku miktarı arttıkça meme dokusunun yoğunluğu artmaktadır. Yaş arttıkça meme yoğunluğu genellikle azalmaktadır. Toplumda oldukça yaygın görülen bu durum, meme kanseri için risk oluşturmaktadır (74). Ayrıca, meme kanserine yönelik yapılan tarama testlerinde meme dokusunun yoğun olması tümör tespitini zorlaştırabilmektedir (74,78).

Obstetrik Öykü: Kadınlar geç menopoz, erken menarş, geç doğum yapma ya da hiç doğum yapmama, emzirmeme ya da kısa süreli emzirme gibi nedenlerden dolayı değişen östrojen seviyelerine maruz kalmaktadır. Literatürde menopoz yaşında her bir yıllık gecikmenin meme kanseri riskini %3 artırdığı, menarş yaşındaki her bir yıllık gecikmenin ise meme kanseri riskini %5-%10 oranında azalttığı bildirilmektedir (79). Bununla birlikte, kadınların menopoz şikayetlerini gidermek amacıyla kullandıkları hormonal tedaviler de meme kanseri riskini arttıran faktörler arasındadır (9,80,81).

Oral kontraseptif kullanımı: Literatürde uzun süreli uygulanan östrojen tedavisi ve kombine östrojen-progestin tedavisi dahil hormon tedavilerinin meme kanseri riskini artırdığı bildirilmektedir (82,83). Dört yıl ve daha az kullanılan hormon tedavisi meme kanseri riskini önemli ölçüde artırmazken, 10 yıl ve daha uzun süreli kullanımda meme kanseri riskinin arttığı görülmektedir (9)

Alkol ve Sigara Kullanımı: Düzenli olarak alkol tüketiminin meme kanseri riskini artırdığı, özellikle çok erken ve geç dönemde sürdürülen alkol alışkanlıklarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu durum alkolün östrojen üzerine olan etkisi ile ilişkilendirilebilir (9). Benzer şekilde sigara kullanımının meme kanseri riskini artırdığı bilinmektedir. Literatürde yüz binden fazla kadınla yürütülen bir kohort çalışmasında sigara içmenin meme kanseri riskini doğrudan artırdığı ve adölesan dönemde sigara kullanmaya başlayan kadınlarda meme kanseri riskinin %5 daha arttığı bildirilmektedir (84).

Radyasyona Maruziyet: İyonize radyasyona maruz kalınan doz ile meme kanseri riski arasında doğrusal bir ilişki vardır. İyonize radyasyonun doğrudan ya da

dolaylı olarak genetik mutasyonlara ve DNA hasarlarına neden olduğu bilinmektedir. Literatürde 20 yaşından önce radyasyona maruz kalan bireylerde meme kanseri riski daha yüksek iken 50 yaşından sonra maruz kalan kadınlarda önemli bir artış olmadığı bildirilmiştir (85).

Düşük Sosyoekonomik Düzey: Gelir düzeyi meme kanserini etkileyen faktörler arasındadır. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip kadınların meme kanserine yakalanma riskini artırdığı bildirilmektedir (86). Sağlık hizmetlerinden yararlanma ve tedavi maliyetleri dikkate alındığında, düşük sosyoekonomik düzey mortalite oranını yükseltmektedir (87)**.**

2.1.4. Meme Kanseri Belirtileri

Meme karsinomunun klinik yerleşimi, erken evredeki asemptomatik olgulardan ileri metastatik evreye kadar geniş bir spektrumu kapsar; ancak en sık karşılaşılan klinik bulgu, hastanın Kendi Kendine Meme Muayenesinde (KKMM) veya Klinik Meme Muayenesinde (KMM) saptanan, tipik olarak ağrısız ve düzensiz sınırlı ele gelen kitledir (14,88,89). Lokal yayılımın diğer belirleyicisi olarak, tümörün Cooper ligamentlerine yerleşimine bağlı dermal kasılmalar (gamzeleşme) veya lenfatik obstrüksiyona bağlı ödem ve karakteristik portakal kabuğu görünümü yer alır. Meme başı anormallikleri, özellikle tek duktustan, spontan ve seröz-kanlı nitelikteki akıntıyla birlikte, meme başında kalıcı inversiyon (içe çekilme) veya areolada ekzematöz değişiklikler (Paget hastalığı) de önemli bulgulardır (14,88). Bölgesel ilerlemenin en yaygın göstergesi, aksillada sert, büyümüş ve fikse lenfadenopati varlığı olup, nadir ancak agresif bir form olan inflamatuar meme karsinomu ise tüm memede hızlı gelişen diffüz eritem ve ödem ile karakterizedir (14,88,89).

2.1.5. Meme Kanserinden Korunma

Meme kanserinin önlenmesi, tedavisi ve yönetimi, bireysel risk faktörlerinin modifikasyonundan, tanı, tedavi ve rehabilitasyona kadar uzanan adımları kapsayan dinamik bir halk sağlığı perspektifi ile ele alınmaktadır. Bu stratejiler, primer önleme, erken tanı ile tedavi sonrası komplikasyonların azaltılması basamaklarını içermektedir

(88). Meme kanseri ile mücadelede etkin bir epidemiyolojik kontrol sağlamak amacıyla, risk faktörlerinin ortadan kaldırılması (birincil korunma), yüksek riskli lezyonların erken saptanması (ikincil korunma) ve nüks ile fonksiyonel kayıpların en aza indirilmesi (üçüncül korunma) süreçleri bilimsel kanıtlar ışığında sistematik olarak uygulanmaktadır (14,88).

Halk sağlığı hemşireliği, özellikle postmenopozal kadınlarda obezite ile ilişkili riskleri azaltmak için fiziksel aktiviteyi artırma ve optimal vücut ağırlığını sürdürme gibi değiştirilebilir sağlıklı davranışları teşvik ederek birincil korumada önemli roller üstlenmektedir (89). Ayrıca hemşireler, popülasyon bazlı tarama programlarının koordinasyonu, hasta yönlendirmesi ve yüksek riskli popülasyonlarda klinik meme muayenesine ve mamografiye yönelik hedeflenmiş eğitim müdahaleleri aracılığıyla ikincil korumada kritik öneme sahiptir (90). Hemşire liderliğindeki eğitim çabaları, farkındalığı ve erken tanı davranışlarına katılımı da önemli ölçüde artırmaktadır (14,89). Üçüncül koruma çabaları, kanser tedavisini takiben geç başlangıçlı tedavi etkilerini yönetmek, yaşam kalitesini artırmak ve psiko-sosyal sekelleri ele almak için uzun süreli takip ve danışmanlık sağlayan halk sağlığı hemşireleri tarafından desteklenmektedir (88).

2.1.5.1. Meme kanserinden birincil koruma: Birincil koruma açısından, aşırı vücut ağırlığının, sigara ve alkol tüketiminin azaltılması, fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi ve emzirmenin artırılması meme kanseri insidansının azaltılmasında etkili olabilir (91). Ancak, hastalık için belirlenmiş az sayıda değiştirilebilir risk faktörünün olması, meme kanseri kontrolünün odak noktasını erken tanı için tarama erişimini artırmak, zamanında, kapsamlı kanser yönetimidir (20).

2.1.5.2. Meme kanserinden ikincil koruma: Meme kanseri açısından Dünya Sağlık Örgütü, riskli grupta yer alan kadınlara 40 yaşından itibaren her iki yılda bir, özellikle ortalama riske sahip kadınlar için 50-69 yaş aralığında her iki yılda bir düzenli olarak mamografi taramasını önermektedir (12).

2.1.5.2.1. Meme kanseri tarama testleri:

Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Klinik Meme Muayenesi: Temel amaç, memede olası kitle, sertlik, şekil değişikliği, ciltte çukurlaşma veya meme başı akıntısı gibi belirgin anormalliklerin erken saptanması için KKMM yapılmasıdır. Böylece kadınlar KMM için sağlık kuruluşuna başvuru teşvik edilir. Hemşireler tarafından verilen eğitimler, kadınların meme sağlığı okuryazarlığını artırmakta ve KKMM'nin doğru uygulanmasını teşvik etmektedir (92). Uygulama için ideal zamanlama, meme dokusunun hormonal etkiler nedeniyle en az hassas ve şişkin olduğu menstrurasyon döngüsünün bitiminden sonraki 3-5. günlerdir (20). Menapoz döneminde ise kadınların her ayın aynı gününü KKMM için belirlemesi önerilir. Halk sağlığı hemşireleri, KKMM'nin tek başına tarama testi yerine geçmediği, ancak farkındalığı artırıcı bir araç olduğu bilgisini doğru bir şekilde aktararak, kadınların aktif katılımını destekler (51,92). Sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan KMM, özellikle düşük kaynaklı bölgelerde ve genç popülasyonlarda tarama erişimini artırmada ve belirgin lezyonları saptamada önemli ve destekleyici bir fizik muayenedir (93). Hemşirelerin yürüttüğü KMM, tarama basamaklarının ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilirken, hemşireler aynı zamanda kadınlara uygun tarama yöntemleri konusunda danışmanlık da vermektedir (93).

Mamografi: Mamografi, meme kanseri taramasında kabul edilen en etkili tanı aracıdır ve hastalık yükünü azaltma ve mortalite oranlarını azaltmadaki rolü ile ikincil korumanın temelidir (20,91). Kadınlara 40 yaş ve üzerinde her iki yılda bir düzenli olarak yapılması önerilen mamografi, düşük doz X-ışını kullanarak meme dokusunun tamamının görüntülenmesini, ayrıca KKMM ve KMM'de fark edilemeyen çok küçük boyutlardaki kitleleri ve/veya mikro kalsifikasyon kümelerini saptayabilir (20). Özellikle yoğun meme dokusuna sahip kadınlarda mamografinin duyarlılığı azalabilir ya da net görüntüleme elde edilemeyebilir. Bu durumla karşılaşıldığında diğer görüntüleme yöntemlerine başvurulabilir (94).

Meme Kanseri Tanısında Kullanılan Diğer Yöntemler: Mamografiye ek olarak, meme kanseri taramasında kullanılan diğer önemli yöntemler arasında Meme Ultrasonografisi ve Meme Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) bulunur.

Ultrason, genellikle mamografide saptanan kitlelerin katı mı yoksa kistik mi olduğunu ayırt etmek ve yoğun meme dokusuna sahip genç kadınlarda taramaya yardımcı olmak için kullanılır (91). Yüksek genetik riske sahip kadınlarda (örneğin, BRCA mutasyonu taşıyıcıları) veya önceki tedavi geçmişi nedeniyle taramanın zor olduğu durumlarda MRG yüksek duyarlılığı nedeniyle standart tarama testi olarak tercih edilir (94).

2.1.5.3. Meme kanserinden üçüncül koruma: Meme karsinomunda üçüncül koruma, esas olarak tedavi sonrası nüksün erken saptanması, hastalığa bağlı komplikasyonların yönetimi ve hastaların yaşam kalitesinin optimize edilmesi süreçlerini kapsar (95). Bu koruma düzeyinde, kanser sağkalımının uzun vadeli takibi, tedaviye bağlı geç yan etkilerin (örneğin, lenfödem, kardiyotoksisite) ve psikososyal sekelin önlenmesi kritik öneme sahiptir (95). Üçüncül koruma girişimleri, fiziksel ve psikolojik iyilik halini desteklemek amacıyla bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programlarını ve düzenli fiziksel aktiviteyi teşvik eden müdahaleleri içerir. Bu yaklaşımların sağkalım ve yaşam kalitesi üzerindeki pozitif etkileri literatürle desteklenmektedir (96). Ayrıca, sağkalım sürecindeki hastaların sosyal hayata yeniden entegrasyonunu sağlamak ve sağlık okuryazarlığını artırmak, nüks riskinin ve ikincil kanser gelişiminin önlenmesi açısından halk sağlığı hemşireliği uygulamalarının önemli bir bileşenini oluşturur (96).

2.2. SAĞLIK EĞİTİMİ

Halk sağlığı hemşireliği, birey, aile ve toplum düzeyinde sağlık sonuçlarını iyileştirmede kritik bir rol oynamaktadır; bu rolün temel aracı ise sağlık eğitimi müdahaleleridir (20). Güncel literatür, hemşire liderliğindeki yapılandırılmış eğitim programlarının; kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde, bireysel öz-yönetim becerilerinin artırılmasında yüksek düzeyde etkinlik gösterdiğini ortaya koymaktadır (96). Bu müdahaleler, sağlık inanç modelleri ve diğer davranışsal değişim teorileri çerçevesinde tasarlanmakta, böylece sadece bilgi aktarımını değil, aynı zamanda sağlıklı davranışların kalıcı olarak benimsetilmesi hedeflemektedir (51). Özellikle dezavantajlı ve düşük sosyoekonomik düzeydeki popülasyonlarda, hemşirelerin kültürel yeterliliğe dayalı sağlık eğitimleri, sağlık okuryazarlığı düzeylerini yükseltmede ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri azaltmada hayati bir

öneme sahiptir (20). Son yıllarda sağlık eğitiminde dijital teknolojilerin kullanımı, halk sağlığı hemşireliği uygulamalarının erişilebilirliğini ve etkileşimini önemli ölçüde artırmıştır. Mobil sağlık uygulamaları, tele-hemşirelik platformları ve sanal gerçeklik gibi teknolojiler, hastaların kendi ev ortamlarında veya uzak bölgelerde dahi sürekli sağlık eğitimi ve desteği almasını sağlamaktadır (21,96).

Halk sağlığı hemşireliğinde sağlığı koruma amacıyla yapılan sağlık eğitimleri, sadece bireyleri değil, tüm toplum gruplarını hedef alan geniş çaplı stratejilere odaklanmaktadır. Bu kapsamda, hemşire liderliğindeki okul temelli programlarda yer alan sağlık eğitimleri, işyeri sağlık eğitimleri, erken tanı ve tedaviye ilişkin sağlık eğitimleri ve toplum merkezli seminerler gibi programlarla toplum gruplarına ulaşılmaktadır. Sağlık eğitimiler aşılamanın teşviki gibi konularda birincil koruma amacıyla yapıldığı gibi ve kanser taramasına katılım oranlarını artırma gibi konularda ikincil koruma amacıyla da yapılmaktadır (20). Nihayetinde, hemşirelik eğitimi ve uygulamalarının temel amacı, toplumun sağlık davranışlarını kolektif düzeyde olumlu yönde değiştirerek, hastalık yükünü azaltmak ve sağlıkta eşitsizliği azaltmaktadır (91). Literatürde, hemşirelerin yürüttüğü çeşitli eğitim ve danışmanlık müdahalelerinin meme kanseri bilgi düzeylerini ve taramalara katılımı artırdığı bildirilmektedir (14,28–34). Bununla birlikte, sağlık eğitimi müdahalelerinin tek başına tarama konusunda bilgi düzeyi ve inançları geliştirerek olumlu sağlık tutumları kazandırılabileceği (28,30–34), ancak bunu davranışa dönüştürerek tarama yaptırma oranlarını yeteri kadar artıramadığı da (5,14,27,35) bildirilmektedir.

Literatürde kadınların meme kanseri taramalarına katılımını etkileyen engeller; bilgi eksikliği, taramaya erişimde kısıtlılık, muayene korkusu, düşük risk algısı, taramaya yönelik olumsuz tutum ve inançların yer aldığı bildirilmektedir (5–7,15,23). Gelişmekte olan ülkelerde meme kanserinin yaygınlığı, mortalite ve tarama oranları dikkate alındığında kadınların kanser tarama davranışlarını teşvik etmek için bireylerin tutumlarını, algılarını, niyetlerini ve eylemlerini ele alan stratejiler kullanılması önerilmektedir (14,18,26). Bununla birlikte taramaya yönelik engelleri azaltmak ve taramaya katılım oranlarını artırmak için eğitim içeriğinin hedef kitlelerin değerlerine, inançlarına ve okuryazarlık düzeylerine göre uyarlanması gerektiği vurgulanmaktadır (6,7).

2.3. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Motivasyon, değişime hazır ya da istekli olma durumudur. İlk olarak bağımlılık tedavisinde edinilen deneyimler sonucu William Miller tarafından Davranışsal Psikoterapi (Behavioural Psychotherapy) Dergisi'nde yayınladığı bir makalede ele alınmıştır. Miller'e göre motivasyonel görüşme, "*hastaların sorunlarını keşfetme ve çözmelerine yardım ederek davranış değişimi sağlamak için öneri verilen danışan merkezli bir görüşme biçimi*" dir (43,46). Bireyler çeşitli davranış biçimleri ile hayatlarını sürdürmektedir. Sağlıklı bir yaşam için bu davranış biçimlerinin değişmesi gerekse de bireyler bu değişikliğe yönelik direnç gösterebilirler. Bu dirençle baş etmenin en etkili yolu kişilerin değişime inanmalarını sağlamaktır. Bireyin, davranış değişimin gerekliliğine inanmasını sağlamak için değişime yönelik motivasyonunu artırmaktır önemlidir (27,46). Motivasyon, kişilerin bir davranışın gerekliliğine inanma, onu başlatma, değiştirme ve sürdürme durumuna yönelik istekliliği ve çabasını kapsayan içsel ve dinamik bir süreçtir. Motivasyon içsel bir süreç olsa da dış faktörlerden kolayca etkilenebilmektedir. Dış faktörlerin etkisini en aza indirebilmek ve davranışa yönelik motivasyonu artırabilmek için motivasyonel görüşme tekniği son zamanlarda ön plana çıkan bir tekniktir (27). Motivasyonel görüşme kısa ya da uzun sürede değişebilen davranış kazandırmanın yanı sıra edinilen davranışın sürdürülebilirlik olasılığını da artırmaktadır (43,44). Aynı zamanda, motivasyonel görüşme, bireylerde ambivalansı (iki zıt duygu arasında kalma) keşfedip, çözümlemelerine yardımcı olarak davranış değişikliğinin ortaya çıkmasını sağlayan danışan merkezli bir yaklaşımdır (43,97). Bireyde ambivalansı ortaya çıkarmak ve çözümlemek görüşmenin ana hedefidir. Danışman bu hedefe ulaşmak için, danışanı kasıtlı direktif (açık ve net bir biçimde yönlendirir) davranır (48). Direktif davranış, danışanların sorunlarını anlamasına ve eyleme geçmesine olanak sağlayan önemli bir tekniktir. Motivasyonel görüşme, belirli bir davranış değişimi için isteksiz olan ve/veya davranışla ilgili ambivalansı olan bireylerde, davranış değişikliği kazandırmak için etkili bir yöntemdir (27).

Motivasyonel görüşme doğası gereği danışan odaklıdır (46,98). Kişi değişim yönünde ilerlemediği sürece, motivasyonel görüşmede çözüm önerileri sunulamaz. Bu nedenle, görüşmede danışmanın gerekli gördüğü konulara değil danışanın sorunlarına

odaklanılır. Motivasyonel görüşmede odak noktası danışandır. Danışman, yargısız dinleme ile danışanın kendi enerjisi ile değişim isteğini ortaya çıkarmayı hedefler (43). Görüşmede kurulan ilişki hasta-uzman ilişkisi değil, bir nevi ortaklık ilişkisidir. Bununla birlikte danışman, danışanın tercih yapmasını ve sonuçlarını görmesini olanaklı hale getirir (98). Diğer bir ifade ile ambivalansı çözmek danışmanın değil danışanın sorumluluğudur. Değişime hazır oluşluk durumu ise danışman ile danışan arasında sürdürülen ilişkinin bir sonucudur. Motivasyonel görüşmede danışman otoriter bir tavırda olmamalıdır. Görüşmelerde, "*Ben bir uzmanım ve hayatını nasıl değiştireceğini sana söyleyeceğim*" mesajından kaçınılması gerekmektedir (44). Değişip değişmemek kişinin özgür seçimidir. Amaç danışanın, istenen davranışa yönelik içsel motivasyonunu artırmaktır (27,46).

2.3.1. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri

Motivasyonel görüşmenin temel ilkeleri; empatinin gösterilmesi, çelişkilerin ortaya çıkarılması, dirençle çalışma ve kendine yeterliliği destekleme bileşenleridir (43). Danışman, bu ilkelere bağlı kalarak yaptığı motivasyonel görüşmede danışana önemli bir sorunu olduğunu fark etmesine yardımcı olarak davranış değişikliğine motive edebilir (45).

2.3.1.1. Empati göstermek: Danışmandan sıcak, destekleyici, saygılı, ilgili bir yaklaşım sergilemesi beklenir. Amaç, danışmanın bireyin öznel yaşantılarına ilişkin özdeşim kurması değildir. Danışanın, anlatmaya çalıştıklarının ne olduğunu anlamaya çalışma süreci empatinin gösterilmesi ile gerçekleştirilebilir. Danışanın, mevcut duruma yönelik durumunun olduğu gibi kabul edilmesi değişimi kolaylaştırır. Etkin yansıtmalı bir dinleme empati gösterilmesinde esastır. Empatik sıcaklık ve yansıtmalı dinleme görüşmenin en başından itibaren ve tüm motivasyonel görüşme boyunca uyulması gereken bir kuraldır (47).

2.3.1.2. Çelişkilerin ortaya çıkarılması: Motivasyonel görüşmede ikinci ilke, danışanın şimdiki davranışları ile hedefleri arasındaki çelişkileri onun zihninde ortaya çıkarmaktır. Bu süreci tanımlamanın en iyi yolu kişinin bulunduğu yer ile olmak istediği yer arasındaki çelişkiyi anlamasını sağlamaktır (46,98).

2.3.1.3. Dirençle çalışma: Motivasyonel görüşme, danışmanla danışan arasında bir savaş değildir, kazanan veya kaybeden yoktur. Danışman, danışanın ilgili davranışa yönelik algılarında değişim yönünde yeni bir ivme kazandırmalıdır. Danışman, görüşmede danışan için yeni hedefler veya bakışlar getirmez. Danışan yeni bilgileri kabul etmeye ve yeni bakış açılarını görmeye davet edilir (45).

2.3.1.4. Kendine yeterliliği destekleme: Kendine yeterlilik değişme için anahtar bir etkendir ve bireylerin tedaviden iyi sonuç alması için önemli bir ön belirleyicidir (45).

2.3.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel İletişim Teknikleri

Motivasyonel Görüşmede birinci aşama değişim için motivasyon kurulmasıdır. Bunun için ilk adım "Önemlilik ve Güven-Yeterlilik" ölçeğinin uygulanmasıdır. Motivasyonel Görüşmede ~~temel~~ teknik olarak; "Açık uçlu sorular" (*O: Open-ended questions*), "Destekleme" (*A: Affirmation*), "Yansıtmalı dinleme" (*R: Reflectivelistening*), "Özetleme" (*S: Summarizing*) kullanılır. Bu teknik "OARS" olarak adlandırılmaktadır (44,45). Değişimi konuşmak için kullanılacak yöntemler; açıklayıcı sorular sormak, karar dengesini açığa çıkarmak, ayrıntılandırmak, uç durumları sorgulamak, geleceğe bakmak, hedefleri ve değerleri ortaya çıkarmak olarak sıralanabilir. Görüşmenin ikinci aşaması, değişim taahhüdünü güçlendirmektir. Bu amaçla görüşmelere değerlendirme, sorun ve değişim konusunda gelinen noktayı özetleme ile başlanır. Görüşmeye anahtar sorularla devam edilir, gerektiğinde bilgi ve tavsiye verilebilir (25,48).

2.3.2.1. Açık uçlu sorular: Bu teknik danışanın kendini açıkça ifade etmesine olanak sağlayan, kısa cevaplar yerine kişinin kendi ifadeleri ile cevap vermesini sağlar. Bu sayede danışan ve danışman arasında güvene dayalı bir ortam oluşarak etkili iletişimi desteklenir. Bu yöntem, kişinin kendi duygu ve düşüncelerini ifade ederek kendinin farkına varmasını ve duygularını keşfetmesini sağlar (45,48)

2.3.2.2. Destekleme: Bu teknik ile danışanın güçlü yönlerinin ve öz yeterliliğinin farkına vararak motivasyonunun artırılması amaçlanır. Bu süreçte

danışanın değişim yönünde yapacağı her davranış ya da adımın danışman tarafından pekiştirilerek desteklenmesi, değişime yönelik güven ve inancını artırmada kritik öneme sahiptir. Destekleme sürecinde geri bildirim vermek yalnızca olumlu geri bildirimlere yönelik değildir, danışanın değerlerini ve hedeflerini içeren gerçekçi bir yaklaşımla yapılmalıdır. Motivasyonel görüşmenin destekleme süreci, danışanın kendi iç gücünü fark ederek olumlu davranışların sürdürülmesi ve öz yeterliliğin desteklenmesine katkı sunar (43,45)

2.3.2.3. Yansıtmalı dinleme: Bu teknikte amaç, danışanın ifadelerini danışmanın geri bildirimler yoluyla danışana iletmesi, danışanın kendi algı ve kaygılarının farkına varması ve bunlara odaklanmasını sağlamaktır. Bu yöntemle danışan düşüncelerini daha net görür, öz farkındalık ve öz değerlendirme becerisi gelişir (47).

2.3.2.4. Özetleme: Bu adımda danışanın ifadeleri danışman tarafından sadeleştirilip anlaşılır bir şekilde yorum katılmadan danışana tekrar ifade edilir. Bu sayede danışan duygu ve kaygılarını daha net bir biçimde görerek eksik kalan bilgileri tamamlaması ya da yanlış anlaşılmaları düzeltmesi için danışana bir olanak sağlanmış olur. Bu yöntem süreç sonunda ya da belirli aralıklarla yapılabilir. Özetleme tekniği, danışanın konu ile ilgili bağlantıyı ortaya koymasını sağlar, gündemdeki konunun odağından çıkılmadan konunun derinlemesine ele alınmasına yardımcı olur (44).

2.3.3. Motivasyonel Görüşmenin Bileşenleri

Motivasyonel Görüşme dört temel bileşenden oluşur. Bunlar; katılımı sağlamak, odaklanmak, ortaya çıkarmak ve planlamak-sürdürmektir (43).

2.3.3.1. Katılımı sağlamak: İlk aşamadır ve bu aşamada güvene dayalı bir iletişim ortamı oluşturularak danışanın değer ve hedeflerini yargılamadan aktif olarak katılımı teşvik edilir. Bu aşamada, OARS teknikleri sıklıkla kullanılır ve danışanın motivasyonunun artmasına ve iş birliğinin sağlanmasına yardımcı olur (47,48).

2.3.3.2. Odaklanmak: Gündemdeki konunun odağından çıkmadan, asıl konuya yoğunlaşılan aşamadır. Önemli noktası danışanla iş birliği yapmaktır. Motivasyonel görüşmede sıklıkla kullanılan "sor-ver-tamamla (SVT)" tekniği, bu adımda kullanılmaktadır. Bu teknik danışanın bilgisine saygı göstererek ve savunma mekanizmalarını tetiklemeden uygulanması gereken bir tekniktir. Danışman ilk olarak danışandan bilgi vermek için izin ister, ardından bilgiyi verir ve danışanın değerlendirmesi için süre tanır. Son olarak kişinin bilgiyi nasıl anladığına yönelik geri bildirim alır. Bu süreç danışmanla danışan arasında güven duygusu oluşarak, danışanın içsel farkındalığını geliştirir ve sürece aktif katılımını sağlar (44,48).

2.3.3.3. Ortaya çıkarmak: Bu aşamada değişim cümlelerinin oluşması hedeflenir. "… yapabilirim", "… istiyorum", "…'a ihtiyacım var" gibi ifadeler değişim konuşmasını yansıtır. Bu adımda değişim konuşmasının ortaya çıkmasını desteklemek için OARS tekniği, önem-güven/yeterlilik cetvelleri ve karar dengesinden faydalanılır (44). Önem cetveli, bir davranış değişikliğinin, danışanın hayatındaki önem derecesini 0-10 arasında bir puan ile puanlayarak öz değerlendirmesine yardımcı olan bir tekniktir. Bu puanlama danışanın değişimin önemine dair kendi gerekçelerini fark etmesine yardımcı olur. Güven/yeterlilik cetveli ise danışanın gündemdeki değişikliğe yönelik yapabilme inancını ve danışanın yeteneğini 0-10 puan arasında puanlaması istenir ve öz değerlendirme yolu ile danışanın kendini değerlendirmesi sağlanır. Bu adım danışanın engeller karşısında çözüm üretmesini, güçlü yönlerini keşfetmesini, kendi özyeterliliğini ve değişime yönelik motivasyonunun artmasına yardımcı olur (44).

2.3.3.4. Planlamak-Sürdürmek: Somut eylem planının oluşturulduğu ve sürdürüldüğü aşamadır. Görüşmede ortaya çıkan değişim konuşmasını sürdürmek ve kalıcı hale getirmek önemlidir. Planlamak-sürdürmek aşamasında önemli nokta değişim davranışını uygulanabilir bir planla desteklemek ve değişikliğin sürdürülmesine yardım etmektir (45).

2.3.4. Motivasyonel Görüşme Temelli Sağlık Eğitimi ve Hemşirelik

Meme kanseri açısından riskli yaş gruplarındaki kadınlar için uygulanan tarama programları ücretsiz olarak yürütülmesine rağmen taramaya katılımı artırmak amacıyla yapılan sağlık eğitim müdahalelerinin taramaya yönelik bilgi, tutum ve inançlarını artırdığı (28,30–34) ancak tarama davranışının istenen düzeye çıkarılamadığı bildirilmektedir (5,14,27,35). Bu durum, sağlık davranışı kazandırmada bilgi edindirmenin tek başına yeterli olmadığını, motivasyon eksikliğinin taramaya katılımı etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu dikkat çekmektedir (99). Motivasyonu artırmada ve olumlu davranış değişikliği sağlamada etkili olduğu bilinen motivasyonel görüşmenin, bireyin içsel engellerinin farkına varıp aşılmasına ve taramaya katılım oranlarını artırmada yardımcı olabileceği bildirilmektedir (43,53).

Motivasyonel görüşme, bireyin içsel farkındalığını ortaya çıkararak yeni beceriler kazanmasını ve sürdürmesini sağlayan danışan odaklı bir yaklaşım biçimidir (46,98). Motivasyonel görüşme tekniği bireysel ve danışan odaklı bir yaklaşım olması nedeniyle günümüzde çeşitli alanlarda davranış değişimi oluşturmak için yaygın olarak kullanılan bir yöntem haline gelmiştir. Sigara, alkol ve madde bağımlılığını ortadan kaldırılmasında, akut ve kronik hastalıkların rehabilitasyonlarında, astım tedavisinin sürdürülmesinde, bulaşıcı hastalıklara sahip bireylerin tedavilerinin sürdürülmesinde, kronik hastalıkların ilaç tedavilerinin sürdürülmesinde, çocuk koruma, diyet yönetimi, psikiyatrik vakaların yürütülmesi gibi pek çok alanda motivasyonel görüşme tekniği uygulanmaktadır (43,45). Hemşirelik alanında; sağlıklı yaşam davranışlarının oluşturulması ve sürdürülmesinde, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmada, tarama programlarına katılımın artırılması ve sürekliliğin sağlanmasında da motivasyonel görüşme tekniğinden faydalanılmaktadır (11,47,50,100). Motivasyonel görüşme tekniğinin çeşitli alanlarda danışanların davranışlarını değiştirmede etkin olduğu bildirilmektedir (46,97,100,101). Konya'da 2024 yılında yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada motivasyonel görüşmeye dayalı emzirme eğitiminin sezaryen sonrası emzirme motivasyonuna, emzirme başarısına ve emzirme öz yeterlilik algısına etkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonunda motivasyonel görüşme grubundaki annelerin emzirme öz yeterliliği, emzirme motivasyonu ve sezaryen sonrası emzirme başarısının kontrol grubuna göre daha

yüksek olduğu raporlanmıştır (49). Vietnam'da inme hastalarında zihinsel ve fiziksel sağlığın iyileştirilmesine yönelik motivasyonel görüşme ve evde rehabilitasyon programını içeren randomize kontrollü bir çalışmada, müdahale grubunun ruhsal sağlık ve fiziksel işlevlerde önemli iyileşmeler gösterdiği ve yaşama olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (101). Ankara'da 14-15 yaş grubu adölesanlarda yürütülen, sağlık okuryazarlığına dayalı motivasyonel görüşme ve sağlık eğitiminin adölesanların beslenme ve egzersiz davranışları üzerindeki etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü bir çalışmada; müdahale gruplarının kontrol grubuna göre beslenme ve egzersiz puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir (97).

Motivasyonel görüşmenin sağlık taramalarına teşvik etmede de olumlu etkileri olabileceği bildirilmektedir (34,36,53,54,100). Washington'da yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada motivasyonel görüşme grubunda (%19,6), kontrol grubuna göre (%11) daha yüksek mamografi tarama oranı bulunmuştur (100). Bunun aksine Washington'da yürütülen bir başka çalışmada hatırlatma amaçlı telefonla aranan kadınların, yalnızca kart gönderilenlere göre mamografi yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu, motivasyonel telefon görüşmesi ile hatırlatma amaçlı kısa telefon görüşmesi arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir (50). Yapılan bir sistematik derlemede motivasyonel görüşmenin etkinliğinin, dört sürecinin (katılımı sağlama, odaklanma, ortaya çıkarma ve planlama) ne ölçüde uygulandığına bağlı olarak değişebileceği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte, sistematik incelemede yer alan çalışmaları müdahalelerini motivasyonel görüşme ilkelerine dayandırdıklarını bildirmiş olsa da özellikle katılımcıların sürece nasıl dahil edildiği, değişime bağlılıklarının nasıl desteklendiği ve eylem planlarının nasıl yapılandırıldığına ilişkin bilgilerin yetersiz olduğu bildirilmektedir (51). Bu bağlamda, bireylerin motivasyonunun artırılmasında, olumlu sağlık davranışlarının geliştirilerek bu davranışların sürdürülmesinde sağlık eğitimine entegre edilmiş bir motivasyonel görüşme tekniğinin etkili olabileceği varsayılabilir. Farklı bir ifade ile, motivasyonel görüşme tekniklerini bir araç olarak kullanan sağlık eğitimi modelinin, kadınların meme kanseri ve mamografi bilgisini, meme kanseri taramasına yönelik tutum ve inançlarını, özyeterliliğini olumlu yönde geliştirecek ve meme kanseri taramasına

katılım oranını artıracak etkili bir yaklaşım olabileceği öngörülmektedir. Literatürde, motivasyonel görüşmeye temellendirilmiş ev ziyareti yoluyla yürütülen bireysel bir sağlık eğitimi müdahalesinin meme kanseri ve mamografi bilgisine, meme kanseri taramasına yönelik tutum ve inançlara, özyeterliliğe ve taramaya katılım oranına etkinliğini, sağlık eğitiminin etkinliği ile karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde "Girişimsel Çalışmalar için Standart Protokol Maddeleri: Öneriler" (SPIRIT) rehberi esas alındı (102,103). Çalışmanın raporlandırılmasında "Randomize Kontrollü Çalışmaların Raporlanmasına Yönelik Birleştirilmiş Standartlar 2025 (CONSORT)" kontrol listesi kullanıldı (104). Bu çalışma, "İnsanlar Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalar için Helsinki Bildirgesi" ilkelerine uygun olarak planlandı ve yürütüldü. Bu çalışma, Klinik Araştırmalar veri tabanına (Clinical Trial Number) NCT07083310 numarası ile kaydedildi.

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu çalışma, paralel gruplar tasarımında tek kör tasarımda randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak yürütüldü. Çalışmada iki müdahale bir kontrol grubu yer aldı.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI ZAMAN VE YER ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma, Temmuz - Ekim 2025 tarihleri arasında Ankara ili Keçiören ilçesi İncirli mahallesinde bulunan İncirli Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) yürütüldü. İncirli ASM'de, toplam dokuz aile hekimi, on bir hemşire, iki temizlik personeli görev yapmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü ASM'de sunulan başlıca sağlık hizmetleri; aile planlaması hizmetleri, bağışıklama hizmetleri, bebek ve çocuk izlemleri, gebe ve lohusa izlemleri yapılmaktadır. Bunlarla birlikte ayaktan tanı ve tedavi amacıyla kan tetkikleri, pansuman ve enjeksiyon işlemleri de yapılmaktadır.

İncirli ASM'de tarama programları kapsamında, meme kanseri ve serviks kanseri için yürütülen ulusal tarama programları için en yakın Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezinden (KETEM) hastaya ait kimlik numarası ile randevu alınmaktadır. Bununla birlikte, İlçe Sağlık Müdürlüğü'nden temin edilen Gaitada Gizli Kan (GGK) testleri ile kolon kanseri taraması yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı

sistemine GGK testi negatif çıkan hastaların sonuçları kaydedilmekte, pozitif çıkan hastalar ileri tetkik için hastanelere yönlendirilmektedir.

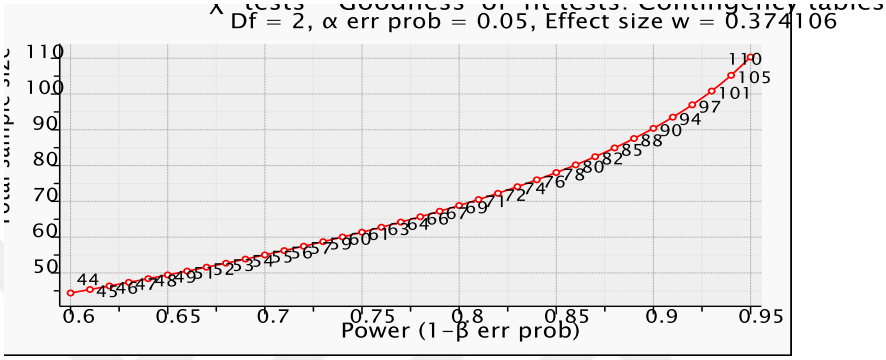
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Çalışmanın evrenini, İncirli ASM'ye Temmuz 2025-Ekim 2025 tarihleri aralığında kayıtlı 40-69 yaş arası 7290 kadın oluşturdu.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın örneklemi, Temmuz-Ekim 2025 tarihleri arasında İncirli ASM'ye kayıtlı, çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan ve katılmaya gönüllü 78 kadın katılımcı oluşturdu. Örneklem büyüklüğü için G*Power V3.1.9.7 programı kullanıldı ve çalışmanın güç analizi yapıldı. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken, bu çalışmada kullanılan ölçeklerin yer aldığı Taymoori ve ark.'larının (2015) çalışmasına ait rapor temel alındı (105). Literatür esas alınarak yapılan hesaplamaya göre %95 güven aralığında (1-α), %80 test gücü (1-β), w=0,374 etki büyüklüğü ile ki-kare testi güç analizi sonucunda her grupta minimum 23 katılımcı olmak üzere toplam örneklem büyüklüğü 69 katılımcı olarak belirlendi (Bkz. Şekil 3.1). Olası katılımcı kayıpları dikkate alındığında %10 oranında yedek katılımcı eklenmesine karar verildi. Çalışmada her grupta 26 olmak üzere, örneklem büyüklüğü üç grup için 78 katılımcı olarak hesaplandı.

Araştırmanın G*Power Protokolü		
x^2 - tests	: Goodness - of - fit tests	: Contingency tables
Analysis	: A priori	: Compute required sample size
Input	: Effect size w	= 0.3741060
	: α err prob	= 0.05
	: Power (1-β err prob)	= 0.80
	: Df	= 2
Output	: Noncentrality parameter λ	= 9.2103032
	: Critical x^2	= 5.9915465
	: Total sample size	= 69
	: Actual power	= 0. 8099983

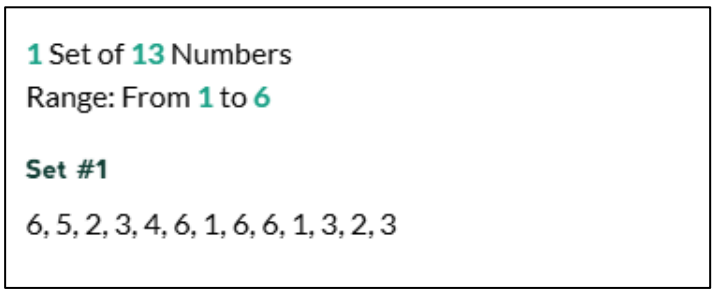


Şekil 3.1. Örneklem büyüklüğü güç analizi

3.5. ARAŞTIRMANIN RANDOMİZASYONU

Bu çalışmada, katılımcılar iki müdahale ve bir kontrol grubuna randomize edildi. Katılımcıların randomizasyonunda, blok randomizasyon yöntemi uygulandı. Blok randomizasyon için dijital bir program kullanıldı (randomiser.org). Blok randomizasyonla, katılımcıları üç gruba ayırmak için öncelikle, "A", "B" ve "C" harflerini içeren altı kombinasyon oluşturuldu. Oluşturulan kombinasyonlar; ABCABC (1), BCABCA (2), CABCAB (3), CBACBA (4), BACBAC (5), ACBACB (6) şeklinde sıralandı. Toplam katılımcı sayısı kombinasyon sayısına bölünerek (78/6=13), programda 1'den 6'ya kadar olan rakamlar, 13 kez rastgele dağıtıldı. Elde edilen, sıralamaya göre kombinasyonların dizilimi belirlendi (Bkz. Şekil 3.2.). Kombinasyonların sıralaması; ACBACB, BACBAC, BCABCA, CABCAB, CBACBA, ACBACB, ABCABC, ACBACB, ACBACB, ABCABC, CABCAB, BCABCA, CABCAB şeklinde oluşturuldu (Bkz. Şekil 3.2.). Kura yöntemi ile "A" harfi sağlık eğitimi grubuna, "B" harfi kontrol grubuna ve "C" harfi motivasyonel

görüşme grubuna atandı. Kombinasyon dizilinde yer alan tüm harfler bir liste sıralaması haline getirildi (Bkz. EK 1).



Şekil 3.2. Grup kombinasyonlarının blok randomizasyonu

3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME, ARAŞTIRMA DIŞI KALMA VE ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA KRİTERLERİ

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Bu çalışmaya dahil edilme kriterleri sırasıyla;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- 40-69 yaş aralığında kadın olmak
- Okuryazar olmak
- Çalışmanın yürütüldüğü ASM'ye kayıtlı olmak

3.6.2. Araştırma Dışı Kalma Kriterleri

Bu çalışmanın dışlama kriterleri sırasıyla;

- Birinci derecede yakınlarında (anne/kız kardeş) meme kanseri öyküsü olmak
- Son iki yıl içerisinde ve/veya düzenli aralıklarla mamografi yaptırmış olmak
- Herhangi bir kanser tanısı almış olmak
- Gebe olmak

- Lohusa olmak
- Fiziksel bir iletişim engeli bulunmak (işitme, konuşma vb.)
- Psikiyatrik hastalık tanısı bulunmak

3.6.3. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Bu çalışmadan çıkarılma kriterleri;

- Herhangi bir nedenle çalışmadan ayrılmayı istemek
- Çalışmanın takip sürecinde müdahale gruplarından görüşme/eğitim oturumlarından en az birine katılmamak.

3.7. ARAŞTIRMANIN KÖRLENMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ

Katılımcılar, blok randomizasyon yöntemi kullanılarak çalışma gruplarına rastgele atandı. Bu çalışmada biası önlemek ve tek kör çalışma tasarımı gereği körlemenin sağlanması amacıyla katılımcılara meme kanseri ve mamografiye yönelik bilgi düzeyinin belirlenmesi ve taramaya katılım oranlarının değerlendirilmesi için bazı uygulamalar yapılacağı belirtildi. Ancak katılımcılar hangi çalışma grubunda olduğu konusunda bilgilendirilmedi. Bununla birlikte, raporlamada biası önlemek için çalışmanın veri setinde grup kodları korunarak alanında uzman bir istatistikçi tarafından analiz edildi.

3.8. ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR

Bu çalışmada, veri toplama formları ve eğitim materyalleri kullanıldı.

3.8.1. Veri Toplama Formları

Çalışma verileri; araştırmacılar tarafından konuya ilişkin ilgili literatür incelenerek oluşturulan veri toplama formları aracılığıyla toplandı (34,39,106–110). Çalışmada kullanılan veri toplama formları; tanıtıcı bilgi formu, geniş kapsamlı meme

kanseri bilgi testi, SİM ölçeği; sağlık motivasyonu, mamografiye ilişkin yarar ve engel algısı alt boyutları, mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği (Bkz. EK 2) ile mamografi ile ilgili özellikleri belirleme formlarıdır (Bkz. EK 3).

3.8.1.1. Tanıtıcı bilgi formu: Literatüre incelemesinin ardından oluşturulan ve araştırmanın başlangıcında uygulanan bu formda, katılımcıların doğum yılı, eğitim durumu, çalışma ve gelir durumu, obstetrik özellikler (16 soru) ile meme kanseri ve tarama testine yönelik bilgi düzeyini ölçmek için kullanılan öz bildirime dayalı Görsel Analog Ölçekler (VAS) (2 soru) yer aldı (34,39,107–109). Meme kanseri ve mamografi taramasına ilişkin bilgi düzeylerinin öz değerlendirmesinde katılımcılardan mevcut bilgi düzeyini "0=hiç bilgim yok" ile "10=yeterli bilgim var" aralığında bildirmesi istendi.

3.8.1.2. Geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi: Stager tarafından 1993 yılında geliştirilen Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Başak tarafından 2015 yılında yapılmıştır (106,111). Ölçek, iki alt boyut ve 20 maddeden oluşmaktadır. Genel bilgi alt boyutu 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11. ve 12. maddeler; tedavi edilebilirlik alt boyutunda ise 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19. ve 20. maddeler yer almaktadır. Maddeler, "Evet" ya da "Hayır" olarak yanıtlanmakta olup, doğru yanıtlar "1" yanlış ve/veya boş bırakılan yanıtlar "0" ile puanlanmaktadır. Ölçekte; 1, 2, 5, 6, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19 ve 20. maddelere verilen "Evet" ifadeleri yanlış yanıtlardır. Ölçeğin orijinal formuna ilişkin Cronbach α değeri 0,71 iken Türkçe versiyonunda 0,67'dir.

3.8.1.3. Sağlık inanç modeli ölçeği: Kadınların meme kanserine yönelik sağlık inançlarını belirlemek için kullanılan SİM ölçeği, Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir (112). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Gözüm ve Aydın tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Farklı çalışmalarda da bu ölçeğe ait Türkçe geçerlik güvenirlik analizleri bulunmaktadır (109,113,114). Ölçek 5'li Likert tipindedir ve bu çalışmada ölçeğin sağlık motivasyonu (5 madde), mamografiye ilişkin yarar algısı (5 madde) ve mamografiye ilişkin engel algısı (11 madde) alt boyutlarından faydalanılmıştır. Ölçeğin, sağlık motivasyonu alt boyutu beş maddeden (1., 2., 3., 4. ve 5. maddeler), mamografiye ilişkin yararlar alt boyutu beş maddeden (6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler), engeller alt boyutu 11 maddeden (11., 12., 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20. ve 21.

maddeler) oluşmaktadır. Ölçek "1=Kesinlikle Katılmıyorum" ile "5=Kesinlikle Katılıyorum" aralığında puanlanmaktadır. Ölçekte, sağlık motivasyonu (5 madde) alt boyutu 25 puan, algılanan mamografi yararları (5 madde) boyutu 25 puan ve algılanan mamografi engelleri boyutu (11 madde) 55 puan aralığında değerlendirilmektedir (39,109). Mamografi tarama davranışı ile mamografiye ilişkin yarar algısı alt ölçeği ve sağlık motivasyonu doğru orantılı, mamografiye yönelik engel algısı alt ölçeği ise ters orantılıdır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda, sağlık motivasyonu alt ölçeği, mamografi yararları alt ölçeği ve mamografi engelleri alt ölçeği Cronbach α katsayıları sırasıyla 0,83, 0,80 ve 0,81 olarak raporlanmıştır (109).

3.8.1.4. Mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği: Champion tarafından (2005) geliştirilen ve Seçginli tarafından (2012) Türkçe'ye uyarlanan bu ölçek 10 maddeden oluşmaktadır (110,115). Mamografiye İlişkin Öz Yeterlilik Ölçeği "1=Kesinlikle Katılmıyorum" ve "5=Tamamen Katılıyorum" arasında derecelendirilen 5'li Likert tipte bir ölçektir. Elde edilen toplam puan en az 10 ve en çok 50 olacak şekilde değişmektedir. Alınacak puan ne kadar yüksekse mamografiye ilişkin öz yeterlilik de o derece yüksektir. Ölçeğin Cronbach α değeri 0,90 olarak rapor edilmiştir (110).

3.8.1.5. Mamografi ile ilgili özellikleri belirleme formu: Araştırmacılar tarafından konuya ilişkin ilgili literatür incelenerek oluşturulan bu form araştırmanın sonunda uygulandı. Formda; katılımcının mamografi tarama testine katılma durumu, tarama testini yaptırdıysa sonucu, yaptırmadıysa yaptırmama nedeni ve önümüzdeki altı ay içinde tarama testine katılma niyetini sorgulayan sorulara (4 soru) ve katılımcıların meme kanseri ve tarama testine yönelik bilgi düzeyini ölçmek için öz bildirime dayalı Görsel Analog Ölçek (VAS) (2 soru), motivasyonel görüşmeden/sağlık eğitiminden/ standart hizmetten memnuniyet düzeyini sorgulayan VAS (1 soru) yer aldı. Meme kanseri ve mamografi taramasına ilişkin bilgi düzeylerinin öz değerlendirmesinde katılımcılardan mevcut bilgi düzeyini "0=hiç bilgim yok" ile "10=yeterli bilgim var" aralığında bildirmesi istendi. Katılımcılardan aldığı motivasyonel görüşmeden/sağlık eğitiminden/ standart hizmetten memnuniyet düzeyini "0=hiç memnun değilim" ile "10=çok memnunum" aralığında değerlendirmesi istendi.

3.8.2. Sağlık Eğitim Materyalleri

Çalışma kapsamında yapılan meme kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitimlerinde, eğitim sunusu ve broşürü kullanıldı. Halk Sağlığı Hemşireliği, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği ile alanlarında uzman 10 öğretim elemanından eğitim materyallerinin değerlendirilmesine ilişkin görüş alındı.

3.8.2.1. Meme kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitimi: Eğitim materyallerinin içeriği katılımcıların meme kanseri bilgi ve inançlarını artırarak tarama programına katılımlarını teşvik etmek amacıyla konu ile ilgili uluslararası ve ulusal otoriteler tarafından hazırlanan rehber ile literatür esas alınarak hazırlandı (2–4,15,25). Çalışmada, meme kanserinden korunmaya yönelik hazırlanan sağlık eğitiminde;

- Meme kanseri tanımı ve sıklığı
- Meme kanserinin belirtileri
- Meme kanseri risk faktörleri
- Meme kanseri riskini azaltmak için yapılması gerekenler
- Meme kanserinden korunma yolları
- Birincil koruma
- İkincil koruma
- Mamografi taraması hakkında genel bilgiler
- Mamografi taramasında dikkat edilecek noktalar
- Mamografi taramasının nerelerde yapıldığı konularına yer verilmiştir (Bkz. EK 4).

3.8.2.2. Eğitim broşürü: Meme kanserine yönelik hazırlanan eğitim broşürü, sağlık eğitimi sunusunun özeti niteliğinde olan hatırlatıcı bilgi paketi oluşturma amacıyla düzenlendi (Bkz. EK 5).

Çalışma, hazırlanan eğitim materyallerinin anlaşılabilirlik ve uygulanabilirliğini değerlendirmek için "Basılabilir Materyallere Yönelik Hasta Eğitim Materyali Değerlendirme Aracı (HEMDA-B)" kullanıldı. Shoemaker ve ark.'ları tarafından 2014 yılında geliştirilen HEMDA-B basılabilir ve görsel-işitsel hasta eğitim materyallerinin anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirme amacıyla kullanılmaktadır. Paylan Akkoç ve Orgun tarafından 2023 yılında Türkçeye uyarlanan HEMDA-B'nin her bir maddesi "0=Katılmıyorum" ve "1=Katılıyorum" puanları ile değerlendirilmektedir. Bazı maddelerde bulunan "Değerlendirme Yok" ifadesi üçüncü bir seçenek olarak yer almaktadır. Ölçek, 26 maddeden oluşmaktadır. Anlaşılabilirlik 19 madde ile uygulanabilirlik 7 madde ile değerlendirilmektedir. Değerlendirmede bir dönüştürme formülü ile skorlar yüzdelik olarak belirlenir. Örneğin, bir eğitim materyali, anlaşılabilirlik alanında 12 maddede "Katılıyorum=1 puan", 3 maddede "Katılmıyorum= 0 puan" ve bir maddede "Değerlendirme Yok (DY)" olarak işaretlenmişse, toplam 12 ham puan almış kabul edilir ve olası toplam puan 15 olarak belirlenir. Farklı bir ifade ile DY olarak puanlanan maddeler hariç olası toplam puan hesaplama "12 + 3 =15" şeklinde yapılır. Ham puanın, olası puana, bölünmesi ile (12/15= 0,8) elde edilen sayı 100 ile çarpılır ve (%80) anlaşılabilirlik skoru elde edilir (116). Bu değerlendirmede elde edilecek skor 0-100 aralığındadır ve ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse, materyal hasta için o kadar anlaşılır veya uygulanabilir olarak değerlendirilmektedir (Bkz. EK 6). Bu çalışmada HEMDA-B'ye göre sağlık eğitimi sunusunun anlaşılabilirlik bölümü %93, uygulanabilirlik bölümü %100, eğitim broşürünün ise anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik bölümü %100 olarak hesaplandı.

3.8.2.3. Meme kanserinden korunmaya yönelik yarı yapılandırılmış motivasyonel görüşme rehberi: Meme kanserinden korunmaya yönelik yarı yapılandırılmış motivasyonel görüşme rehberi ilgili literatür taraması esas alınarak hazırlandı (43,44,48,105). Yarı yapılandırılmış motivasyonel görüşme rehberinin her bir aşamasının içerik uygunluğunun değerlendirilmesi için motivasyonel görüşme eğitici eğitimcisi uzman bir Klinisyen ile Halk Sağlığı Hemşireliği ve Psikiyatri Hemşireliği alanında uzman dört öğretim üyesinden görüş alındı. Uzmanlar rehberin her bir

aşamasının içeriğini "uygundur" ya da "uygun değildir" şeklinde değerlendirdi. Uzmanların önerileri doğrultusunda rehbere son hali verildi.

3.9. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmanın uygulanmasına, etik kurul onayı ile TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden uygulama izni alındıktan sonra başlandı.

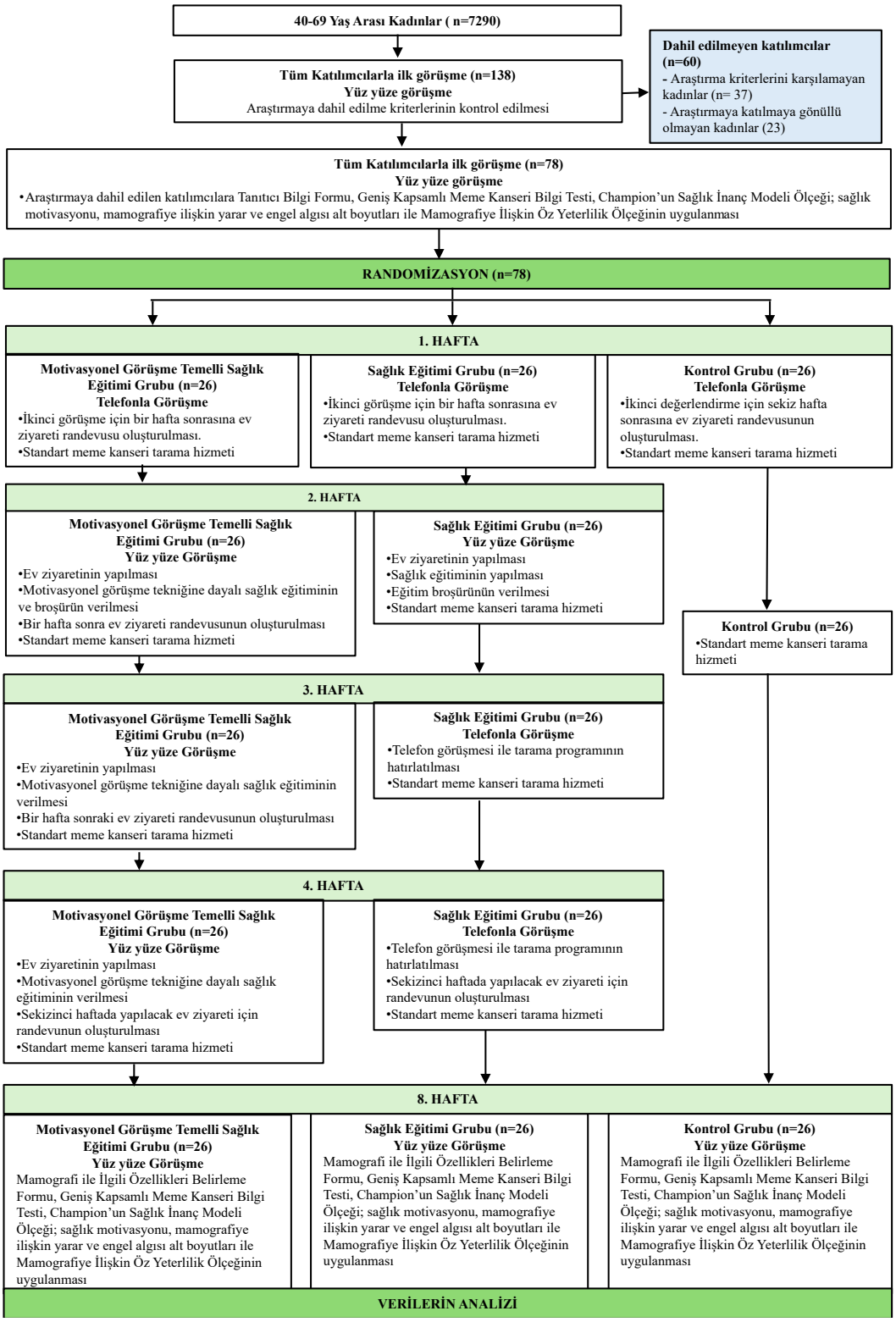
3.9.1. Ön Uygulama

Araştırmanın başlangıcından önce ön uygulama amacıyla veri toplama ve eğitim formlarının işlerliği araştırma grubunda yer almayan 10 kadında değerlendirildi. Ön uygulama sonucunda, veri toplama ve eğitim formlarında herhangi bir değişikliğe ihtiyaç olmadığı belirlendi. Motivasyonel görüşme temelli eğitim grubuna yönelik hazırlanan motivasyonel görüşme rehberine göre beş kadın ile ön görüşme yapıldı. Ön görüşmede motivasyonel görüşmenin ilk oturumu değerlendirildi. Motivasyonel görüşme rehberinde herhangi bir değişikliğe gereksinim olmadığı değerlendirildi.

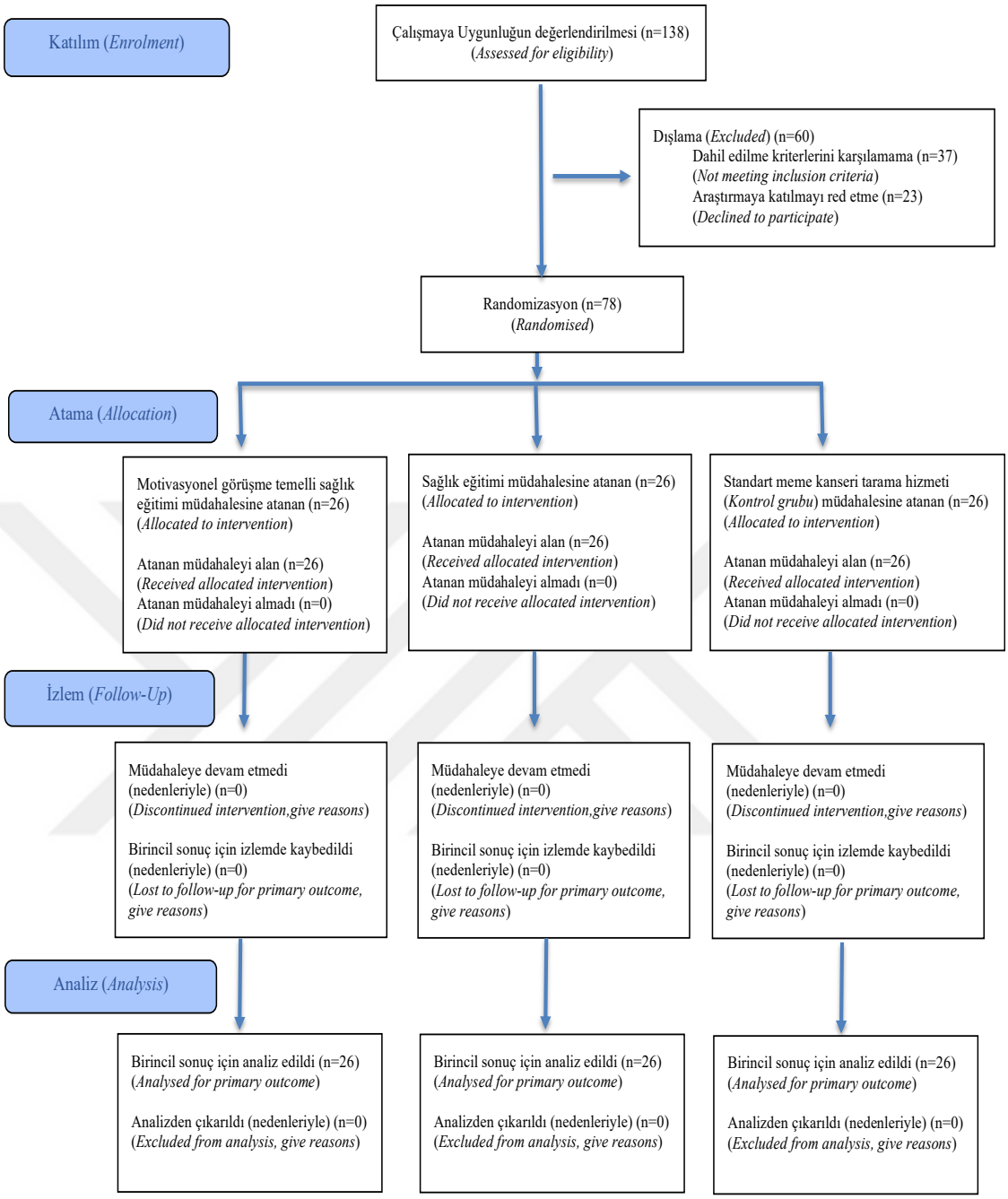
3.9.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma süreci, "Araştırma akış şeması"nda ve "Üç kollu randomize kontrollü çalışmalar için Consort 2025 akış diagramı"nda yer almaktadır (Bkz. Şekil 3.3; Bkz. Şekil 3.4). Araştırmanın yürütülmesi için gerekli izinler alındıktan sonra, herhangi bir nedenle İncirli ASM'ye başvuruda bulunan 138 kadın çalışmaya davet edildi. Araştırmacı tarafından araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 78 katılımcıya araştırmanın amacı açıklandı ve gönüllü onam formu imzalatıldı. Araştırmanın başlangıcında ASM'de tüm katılımcılara; tanıtıcı bilgi formu, geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, SİM ölçeği; sağlık motivasyonu, mamografiye ilişkin yarar ve engel algısı alt boyutları, Mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği uygulandı. Takiben, katılımcıların blok randomizasyon yöntemi ile iki müdahale grubu ve bir kontrol grubuna rastgele biçimde atandı. Bloklarda yer alan grup kodları blok sırası bozulmadan, sıralanarak listelenmiştir (Bkz. EK 1). Çalışmada ön test uygulandıktan sonra katılımcıların ASM'ye geliş sırası ile randomizasyon blok sırası eşleştirilerek

sıradaki kodun karşılığı olan gruba atama yapılmıştır. Araştırmada yer alan katılımcılar, C kodu ile motivasyonel görüşme grubuna, A kodu ile sağlık eğitimi grubuna ve B kodu ile kontrol grubuna atandı. Grup kodları, randomizasyon blokları oluşturulurken kura ile belirlenmiştir. Katılımcıların gruplara atanma listesi EK 1 de yer almaktadır (Bkz. EK 1).



Şekil 3.3. Araştırma akış şeması



Şekil 3.4. Üç kollu randomize kontrollü çalışmalar için Consort 2025 akış diagramı (104)

3.9.3. Motivasyonel Görüşme Temelli Sağlık Eğitimi Grubu

Bu gruptaki katılımcılara ulusal olarak yürütülen standart meme kanseri tarama programı olan mamografi hizmetine ek olarak, çalışma kapsamında planlanan sağlık eğitimi sunusu ile destekli yüz yüze motivasyonel görüşmeler yapıldı ve konu ile ilgili hazırlanan eğitim broşürleri verildi. Ön testin uygulanmasının ardından randomizasyon ile bu gruba atanan katılımcılar ile bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ev ziyareti randevusu oluşturuldu. Katılımcılara çalışmanın 2., 3. ve 4. haftalarında toplam üç kez motivasyonel görüşme tekniğine dayalı sağlık eğitimi yapıldı. Bu motivasyonel görüşmeler çalışma kapsamında standardize edilmiş "Meme Kanserinden Korunmaya Yönelik Yarı Yapılandırılmış Motivasyonel Görüşme Rehberi" doğrultusunda gerçekleştirildi (Bkz. Şekil 3.5.). Motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi sırasında kullanılan eğitim formları EK 4 ve EK 5'te yer almaktadır (Bkz. EK 4, EK 5). Çalışmada katılımcılara, dört haftalık izlemin ardından sekizinci haftada geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, SİM ölçeği; sağlık motivasyonu, mamografiye ilişkin yarar ve engel algısı alt boyutları, mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği ile mamografi ile ilgili özellikleri belirleme formu yüz yüze ev ziyaretinde uygulandı.

Motivasyonel görüşme, katılımı sağlamak, odaklanmak, ortaya çıkarmak ve planlamak olmak üzere dört temel parçadan oluşmaktadır (25). Katılımcılarla planlanan motivasyonel görüşmeler, oturumlar motivasyonel görüşme tekniğinin bu dört temel bileşenine uygun olarak oluşturuldu. Yarı yapılandırılmış motivasyonel görüşme rehberi Şekil 3.5.'de detaylı olarak yer almaktadır (Bkz. Şekil 3.5). Araştırmacı "Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitimi Sertifikası"na sahiptir (Bkz. EK 7).

Motivasyonel görüşme, katılımı sağlamak, odaklanmak, ortaya çıkarmak ve planlamak olmak üzere dört temel bileşenden oluşmaktadır. Katılımcılarla yapılan her bir görüşme bu dört temel bileşen üzerine kurulmuştur. Meme kanseri taramasına katılımı artırmaya yönelik sağlık eğitimi motivasyonel görüşmeye dayalı olarak üç oturumda yapılmıştır. Aşağıdaki tabloda detaylı olarak yer almaktadır.					
İlk görüşmede katılımcıyla kurulacak ilişkinin destekleyici, işbirlikçi, empatik bir atmosfer içinde olması sağlanır ve yargılayıcı tutumlardan kaçınılır. Bu tutumda aynı zamanda danışanın da kendini koşulsuz kabul etmesi, suçlamaması ve yargılamaması önemlidir. Görüşme sırasında etkin iletişim becerileri kullanılarak süreç desteklenir.					
I. OTURUM (Süre: 60 dk.)					
AŞAMALAR	**HEDEF**	**EĞİTİM YÖNTEMİ**	**EĞİTİM MATERYALLERİ**	**İÇERİK**	**DEĞERLENDİRME**
KATILIMI SAĞLAMAK	➢ Katılımcının motivasyonel görüşmeye katılımının sağlaması, ➢ Görüşmedeki rol ve sorumluluklarının belirlenmesi ➢ Karşılıklı güven ilişkisinin oluşturulması, ➢ Katılımcının mamografi taramasına verdiği önem ve öz yeterliliğinin belirlenmesi ➢ Katılımcının engel ve yarar algılarını anlamaya çalışarak hedefler belirlenmesi, ➢ Görüşmelerin devamlılığın sağlanması için temel oluşturulması	✓ Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri **Bu tekniklere örnekler:** **Örn 1.:** "Meme kanseri hakkında ne düşünüyorsunuz?" (Açık uçlu soru) **Örn 2.:** "Mamografi taraması yaptırmak konusunda sizi kararlı görüyorum." (Destekleme) **Örn 3.:** "Mamografi yaptırmak sizi korkutuyor." (Yansıtmalı dinleme) **Örn 4.:** "Doğru anladıysam, meme kanseri taraması yaptırma ile ilgili endişeleriniz var buna rağmen meme kanseri taraması yaptırma konusunda kendinize güveniyorsunuz." (Özetleme)	• "Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu • Eğitim broşürü	✓ Süreç hakkında detaylı bilgi paylaşılır. ✓ Katılımcıya "Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?" şeklinde bir soru ile katılımcının sağlığı ile ilgili öz değerlendirme yapması sağlanır ve hedefler belirlenir. ✓ Konuya odaklanmayı sağlamak amacıyla katılımcıya "Meme kanseri hakkında daha önce bir şey duydunuz mu?", "Yakınlarınızda meme kanseri tanısı alan oldu mu?", "Bu konuda ne düşünüyorsunuz?" "Daha önce herhangi bir kanser taramasına katıldınız mı? Nasıl bir deneyimdi?" gibi açık uçlu sorular sorulur. ✓ Konu ile ilgili hazırlanan eğitim sunusunun ilk 5 sayfasından yardım alınarak meme kanserinin önemi ve sıklığı hakkında bilgi verilerek konuya giriş yapılır. ✓ Görüşmelerin nasıl ilerleyeceği ve katılımcıya nasıl destek olunacağı konusunda bilgi verilir. ✓ Önem-güven cetveli yardımı uygulanarak meme kanseri taramasına katılmanın, katılımcı için ne kadar önemli olduğu değerlendirilir.	• Açık uçlu soru, geri bildirim alma • Önem-güven cetveli
ODAKLANMAK	- Katılımcı ile yapılan motivasyonel görüşmede mamografi taramasına odaklanmasının sağlanması	✓ Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri ✓ Sor-Ver- Tamamla tekniği **Bu tekniğe örnekler;** ✓ "Meme kanseri hakkında bilgi almak ister misiniz?" (Sor) ✓ Katılımcıya araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim sunusu aracılığıyla bilgi verilir (Ver). ✓ "Size verdiğim bilgiler hakkında sormak istediğiniz bir soru var mı? " (Tamamla)	•"Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu •Eğitim broşürü	✓ Katılımcının motivasyonel görüşmeye katılım sağlamasının ardından meme kanseri ile ilgili gündem oluşturularak odaklanma basamağı sağlanır. ✓ Gündem oluşturmada zorluk yaşıyor / gündem oluşturamıyorsa araştırmacı tarafından katılımcıya farklı gündem seçenekleri sunularak iş birliği sağlanır ve katılımcı ile gündem oluşturulur. ✓ Katılımcının konu ile ilgili ne kadar bilgisi olduğu belirlenir. ✓ Motivasyonel görüşme stratejisi olan Sor-Ver-Tamamla yöntemi ile bilgilendirme sağlanır ve mamografi taramasına yönelik hedefleri konuşulur. Bu adımda eğitim materyali olarak kullanılan eğitim sunusunun 5-12. slaytlardan yararlanılarak bilgilendirme desteklenir.	Eğitim sonrasında katılımcıdan geri bildirim vermesi istenir ve varsa önerisi alınır. Soru-cevap tekniği kullanılır. **<u>Katılımcıya sorulan soru örnekleri;</u>** "Erken tanı ile meme kanserinin önüne geçilebilir mi? Bu onu hakkında bir fikriniz var mı?" "Meme kanseri ile ilgili daha fazla bilgi vermemi ister isiniz?" "Konuştuklarımızla ilgili anlayamadığınız bir yer var ı?" "Mamografi taraması yaptırmada önünüzdeki birden zla engelden bahsettiniz. Öncelikle hangisini konuşmak tersiniz?"

ORTAYA ÇIKARMAK	➢ Katılımcının değişim konuşmasının ortaya çıkarılması	✓ Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri	• "Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu • Eğitim broşürü	✓ Değişim konuşmasını ortaya çıkarmak amacıyla önem ve güven-yeterlilik cetvelinden aldığı puanlar konuşulur. (Öncelikle önemlilik puanı üzerinde durulur. Katılımcıya "Meme kanseri taraması yaptırmak sizin için ne kadar önemli?" Eğer önemliliği 0'dan 10'a kadar bir cetvel yaparsak ve bu cetvelde 0 "hiç önemli değil" ve 10 "çok önemli" ise, siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz? sorusu yöneltilip önemliliği ile 10 arasında puanlaması istenir. Eğer çok düşük verdiyse "Neden 4 değil, 1" ya da "7 olması için ne gerekir" soruları yöneltilerek katılımcı için değişimin önemi artırılmaya çalışılır. Güven-yeterlik içinse "Meme kanseri taraması yaptırmada kendinize ne kada güveniyorsunuz?" Eğer kendinize olan güveni 0'dan 10'a kadar bir cetvel yaparsak ve o "hiç güvenmiyorum" ve "çok güveniyorum" u ifade ederse siz kendinize hangi sayıyı uygun görürsünüz? Niçin "4 değil de 5 puan verdiniz?" "Peki bu 5 ne olsa 7 veya 8 olur?" gibi sorular yöneltilir.) ✓ Meme kanseri taramasına ilişkin duygu, düşünce, kayg ve korkuları hakkında konuşulur. ✓ Bu aşamada eğitim materyali olan eğitim sunusunun 12-28 arası slaytlardan yararlanarak kişiye meme kanserinden korunma yolları ve meme kanseri taramasının önemi hakkında bilgi verilerek değişim oluşturmaya destek sağlanır.	Meme kanseri taramasına katılımda, katılımcıda olası değişim cümlesi örneği; **Katılımcı:** "Ben utanırım tarama yaptırmaya gitmem". Katılımcı da motivasyonel görüşme sonrası dönüşmesi gereken cümle örneği **Katılımcı:** "Meme kanseri taraması yaptırmayı istiyorum." Katılımcıda direnç gelişmesini önlemek için kişisel tercih ve kontrolün katılımcıda olduğu vurgulanır. **Örnek:** "Benim verdiğim bu bilgi ile ne yapacağınız tamamen size bağlı bir şey, kimse sizi zorlayamaz. Eğer bir karar verecekseniz buna gerçekten siz karar vermelisiniz. Ben sizin yerinize karar veremem istesem de sizi değiştiremem. Bu tamamen sizin seçiminiz." **Katılımcıya sorulan soru örnekleri;** • "Mamografi taramasını düzenli olarak yaptırmanızın sağlığınıza etkileri neler olabilir?" • "Mamografi taraması yaptırmak sizin için ne kadar önemli?" • "Mamografi taraması yaptırmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?" • "Sizce mamografi taramasına katılmanızı engelleyebilecek durumlar neler olabilir?"
PLANLAMAK-SÜRDÜRMEK	➢ Katılımcının mamografi taraması yaptırma kararına yönelik atılan adımların planlanması	✓ Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri.	•"Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu •Eğitim broşürü	✓ Mamografi taramasına yönelik yapılan görüşmenin son durumu değerlendirilir. ✓ Kabul ederse katılımcıya önerilerde bulunulur ve mamografi taraması ile ilgili belirlenen hedefler netleştirilir. ✓ Bu adımda eğitim sunusunun 29-34 arası slaytlardan yararlanarak kişiye mamografi taramasında dikkat edilecek noktalar ve taramanın yapıldığı yerler hakkında bilgi verilerek kişinin kararlılığı desteklenir ✓ Katılımcının değişim konuşmasını yeniden gözden geçirerek değişime olan motivasyonunu artırmak ve bu konuda somut adımlar atması için planlama yapması konusunda yardımcı sorular yöneltilir. ✓ Katılımcıyla bir sonraki görüşmenin randevusu oluşturulur.	Katılımcının mamografiye ilişkin planına yönelik görüşleri değerlendirilir. **Katılımcıya sorulan soru örnekleri;** • "Mamografi taraması yaptırma konusunda kararlı mısınız?" • "Mamografi taraması yaptırmayı planlıyorsanız yardımcı olmamı istediğiniz bir konu var mı?" • "Mamografi taramasına katılmayı planlıyorsanız, bunu ne zaman yaptırmayı düşünüyorsunuz?"

Şekil 3.5. Meme kanserinden korunmaya yönelik yarı yapılandırılmış motivasyonel görüşme rehberi

İkinci görüşme, değişimin netleştirilmesi ve engellerin aşılması için kritik bir aşamadır.					
II. OTURUM (Süre: 45 dk.)					
AŞAMALAR	**HEDEF**	**EĞİTİM YÖNTEMLERİ**	**EĞİTİM MATERYALLERİ**	**İÇERİK**	**DEĞERLENDİRME**
KATILIMI SAĞLAMAK	➢ Katılımcının görüşmeye katılımının sağlanması ve mamografi taraması yaptırmada motivasyonunun artması	✓ Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri	• Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu • Eğitim broşürü	✓ Katılımcıyla bir önceki görüşmenin özetlemesi yapıldıktan sonra mamografi tarama planını yeniden gözden geçirmek ve eylem planının desteklenmesi sağlanır. ✓ Konu ile ilgili hazırlanan eğitim sunusunun ilk 5 slaytlardan faydalanılır.	• Açık uçlu soru sorma, beyin fırtınası, geri bildirim alma **Katılımcıya sorulan soru örneği;** "Bir önceki görüşmemizde mamografi taraması hakkında görüşmüştük. Görüşmemizin ardından siz neler düşünüyorsunuz?"
ODAKLANMAK	➢ Katılımcının mamografi taramasına odaklanmasının sağlanması	✓ Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri ✓ Sor-Ver-Tamamla tekniği	• Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu • Eğitim broşürü	✓ Katılımcının mamografi taraması planını uygulamada karşılaştığı bir engel varsa bu konuya odaklanarak engelin aşılması için bilgilendirme /destek sağlanır. ✓ Bu adımda eğitim materyali olarak eğitim sunusunun 5-12. slaytlardan yararlanılarak bilgilendirme sağlandı.	• Eğitim sonrasında katılımcıdan geri bildirim vermesi istenir ve varsa önerisi alınır. • Soru-cevap tekniği kullanılır. **Katılımcıya sorulan soru örnekleri;** "Mamografi taramasıyla ilgili size en çok yardımcı olabilecek bilgi ya da destek nedir? "Bir önceki görüşmemizin ardından aklınıza takılan yeni konular ya da endişeniz var mı?"
ORTAYA ÇIKARMAK	➢ Değişim konuşmasının ortaya çıkarılması	✓ Değişim konuşmasında; açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri ✓ Sor-Ver-Tamamla tekniği	• Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu • Eğitim broşürü	✓ Değişim konuşmasını ortaya çıkarmak amacıyla önem ve güven-yeterlilik cetvelinden aldığı puanlar ile değişim davranışına yönelik son durum değerlendirmesi yapılır. ✓ Katılımcının davranışının "iyi" ve "o kadar da iyi olmayan" yanlarını keşfetmeye yönelik bir motivasyonel görüşme stratejisi olan dörtlü karar dengesi uygulanır. Katılımcıyla mamografi taramasının iyi olan ve o kadar da iyi olmayan tarafları görüşülerek özetleme yapılır. ✓ Katılımcıda oluşan olumlu değişimler desteklenir, direnç gösterilen konular yeniden gözden geçirilir. ✓ Bu aşamada eğitim materyali olan eğitim sunusunun 12-28 arası slaytlardan yararlanılır.	Meme kanseri taramasına katılımda, katılımcıda olası değişime yönelik geri bildirimleri değerlendirilir. Katılımcıda olası değişim cümlesi örneği; **Örnek 1:** • "Meme kanserine yakalanmaktan çok korkuyorum bu yüzden tarama yaptırmak istiyorum." • "Bu korkularınıza rağmen tarama yaptırmak, aslında kendinizi ve sevdiklerinizi korumak için atacağınız en güçlü adım olabilir." (Destekleme) **Örnek 2:** • "Mamografi taraması yaptırmak konusunda endişeliyim." • "Sizce bu endişenizin sebebi ne olabilir?" (Açık uçlu soru) **Örnek 3:** • "Mamografi taraması yaptırma konusunda kendime güveniyorum." • "Mamografi taraması yaptırma konusunda kendinize güveniyorsunuz." (Yansıtmalı dinleme) **Örnek 4:** • "Mamografi taraması yaptırmayı istiyorum ama endişelerim var." • "Anladığım kadarıyla, meme kanseri taraması yaptırmayı istiyorsunuz ve bu konuda endişeleriniz de var." (Özetleme)
PLANLAMAK-SÜRDÜRMEK	➢ Katılımcının mamografi taramasının planlanması	✓ Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri	• Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu • Eğitim broşürü	✓ Katılımcının mamografi taramasına yönelik planına yönelik son durum değerlendirmesi yapılır. ✓ Değişim konuşması mevcut ise katılımcının izni ile üçüncü şahıs dili ile öneri verilir. ✓ Bu adımda eğitim sunusunun 29-34 arası sayfalardan yararlanarak kişinin kararlılığı desteklenir.	Katılımcının mamografi taraması yaptırmasına yönelik görüşleri değerlendirilir. **Katılımcıya sorulan soru örnekleri;** • "Mamografi taramasında sizi kararlı görüyorum. Bu konu ile ilgili ne yapmayı planlıyorsunuz?"

Şekil 3.5. Meme kanserinden korunmaya yönelik yarı yapılandırılmış motivasyonel görüşme rehberi (Devamı)

Üçüncü görüşme, katılımcının süreç boyunca attığı adımları değerlendirmek ve mamografi taramasını sürdürülebilir bir alışkanlık haline getirmesi için onu cesaretlendirmek amacıyla önemlidir.					
III. OTURUM (Süre: 45 dk.)					
AŞAMALAR	**HEDEF**	**EĞİTİM YÖNTEMLERİ**	**EĞİTİM MATERYALLERİ**	**İÇERİK**	**DEĞERLENDİRME**
KATILIMI SAĞLAMAK	➢ Katılımcının katılımının sağlanması ve mamografi taraması motivasyonunun pekiştirilmesi	Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri	•Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu •Eğitim broşürü	✓ İkinci görüşmenin özetlemesi ardında katılımcının son durumu değerlendirilir. ✓ Konu ile ilgili hazırlanan eğitim sunusunun ilk 5 sayfasından faydalanılır.	**Katılımcıya sorulan soru örnekleri;** • "Son görüşmemizden bu yana mamografi taraması için herhangi bir adımınız oldu mu?" • "Peki bu süreç nasıl geçti?" • "Bize en yakın kanser tarama merkezlerini sizin için araştırdım." • "Harika bir adım atmışsınız!" (Destekleme)
ODAKLANMAK	➢ Katılımcı ile görüşmede mamografi taramasına odaklanmak	Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri	•Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu •Eğitim broşürü	✓ Katılımcının yaşadığı engeller ve endişeleri var ise bu konulara odaklanılarak bilgilendirme /destek sağlanır. ✓ Katılımcının randevu zamanını beklerken yaşadığı sorunlar varsa bu konular hakkında bilgilendirme yapılır. Bu adımda eğitim materyali olarak kullanılan eğitim sunusunun 5-12. slaytlardan yararlanılarak bilgilendirme sağlanır.	Eğitim sonrasında katılımcıdan geri bildirim vermesi istenir ve varsa önerisi alınır. Soru-cevap tekniği kullanılır. **Katılımcıya sorulan soru örneği;** "Son görüşmemizden bu yana bilgi vermemi istediğiniz bir konu var mı?"
ORTAYA ÇIKARMAK	➢ Katılımcının değişim konuşmasının ortaya çıkarılması	Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri Sor-Ver- Tamamla tekniği	•Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu •Eğitim broşürü	✓ Değişim konuşmasına yönelik önem, güven-yeterlilik cetvelinden aldığı puanlar yeniden görüşülerek değişim konusundaki son durum değerlendirmesi yapılır. ✓ Direnç oluşturan noktalar varsa üzerine görüşülerek ve olumlu davranış değişimleri desteklenir. ✓ Bu aşamada eğitim materyali olan eğitim sunusunun 12-28 arasındaki slaytlardan yararlanılır.	Meme kanseri taramasına katılımda, katılımcıda olası değişim cümlesini oluşturan soru örnekleri; **Katılımcıya sorulan soru örnekleri;** "Düzenli mamografi taraması yaptırırsanız bu değişim hayatınızda ne gibi farklılıkları sağlayacak?" "Bu farklılıklar sizi ve ailenizi nasıl etkileyecek?" "Mamografi taramasını yaptırmadığınızda bu durum sizi nasıl etkiler?"
PLANLAMAK-SÜRDÜRMEK	➢ Katılımcının mamografi taramasının planlanması	Açık uçlu soru sorma, destekleme, yansıtmalı dinleme ve özetleme teknikleri	•Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu •Eğitim broşürü	✓ Katılımcının mamografi taraması yaptırmaya yönelik ilerlediği süreç görüşülür. ✓ Mamografi taraması planlaması katılımcıyla birlikte yapılır. ✓ Direnç gösterilen durumlar var ise konuşulur ve olumlu davranış değişimleri desteklenir. ✓ Katılımcı ile yapılan tüm görüşmeler sonucunda gelinen son durum değerlendirilir. Motivasyonel görüşme sonlandırılır. Bu adımda eğitim sunusunun 29-34 arasındaki slaytlardan yararlanarak kişinin kararlılığı desteklenir.	Katılımcının mamografiye ilişkin planına yönelik görüşleri/planları değerlendirilir. **Katılımcıya sorulan soru örnekleri;** "Mamografi taramasına katılmak için bir planınız var mı? Eğer varsa, bu planı nasıl oluşturalım?" "Size en uygun tarihi birlikte belirleyelim mi?" "Randevunuzu nasıl takip etmeyi planlıyorsunuz?" "Mamografi taraması ile ilgili gelecekte planlarınız nelerdir?" "Bu taramayı düzenli hale getirmek için ne yapmayı düşünüyorsunuz?

Şekil 3.5. Meme kanserinden korunmaya yönelik yarı yapılandırılmış motivasyonel görüşme rehberi (Devamı)

3.9.4. Sağlık Eğitimi Grubu

Çalışmada sağlık eğitimi grubuna, ulusal olarak yürütülen standart meme kanseri taraması olan mamografi programı hizmetine ek olarak ev ziyareti yoluyla yüz yüze "Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" başlıklı eğitim sunusu yapıldı ve konu ile ilişkili hazırlanan eğitim broşürü verildi. Çalışmanın başlangıcında ön testin uygulanmasının ardından randomizasyon ile bu gruba atanan katılımcılar ile bir hafta sonrasında gerçekleştirilen ev ziyareti için randevu oluşturuldu. Çalışmanın ikinci haftasında katılımcılara ev ziyaretinde sağlık eğitimi verildi. Çalışmanın üçüncü ve dördüncü haftasında birer kez hatırlatıcı telefon görüşmeleri yapıldı. Dördüncü haftada yapılan telefon görüşmesinin ardından sekizinci haftada gerçekleştirilecek olan ev ziyareti için randevu oluşturuldu. Çalışmanın sekizinci haftasında ev ziyaretinde geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, SİM ölçeği; sağlık motivasyonu, mamografiye ilişkin yarar ve engel algısı alt boyutları, mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği ile mamografi ile ilgili özellikleri belirleme formu uygulandı. Sağlık eğitimi uygulama prosedürü Şekil 3.6.'te yer almaktadır (Bkz. Şekil 3.6). Sağlık eğitimi uygulama prosedürünün yöntem ve teknik açıdan uygunluğu, Halk sağlığı Hemşireliği, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği alanlarında uzman beş öğretim üyesinden "uygundur" ya da "uygun değildir" şeklinde görüş alındı. Öneriler doğrultusunda sağlık eğitimi uygulama prosedürüne son hali verildi.

Sağlık Eğitimi Uygulama Prosedürü					
Hedefler	**Eğitim Yöntemleri**	**Eğitim Materyali**	**İçerik**	**Değerlendirme**	**Süre**
• Katılımcı ile uygun bir ortamda, etkili iletişimin başlatılması ve sürdürülmesi • Katılımcının beklenti, istek ve taleplerini almak	• Isınma • Soru-Cevap	•Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu •Eğitim broşürü	• Katılımcı ile tanışma • "Meme kanseri hakkında neler biliyorsunuz?" gibi sorular sorularak katılımcının bilgi seviyesini değerlendirilmesi	• Geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, • Sağlık İnanç Modeli Ölçeği; sağlık motivasyonu, mamografiye ilişkin yarar ve engel algısı alt boyutları, • Mamografiye İlişkin Öz Yeterlilik Ölçeği	**5-7 dk**
• Katılımcının meme kanserinin tanımını yapabilmesi ve önemini kavraması • Katılımcının meme kanseri belirtilerinden en az üçünü sayabilmesi • Katılımcının meme kanseri risk faktörlerinden en az beşini sayabilmesi • Katılımcının meme kanseri riskini azaltmak için yapılması gerekenlerden üçünü sayabilmesi • Katılımcının meme kanserinden korunma yolları (birincil koruma, ikincil koruma) hakkında bilgi sahibi olması	• Anlatım • Örnek olay • Soru-cevap • Özetleme, • Power point gösterisi	•Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu •Eğitim broşürü	• Örnek olay anlatımı ile empati oluşturma • Meme kanseri tanımı ve sıklığı, meme kanserinin belirtileri, risk faktörleri, meme kanserinden korunma yolları ile ilgili bilgiler verilmesi		**7- 15 dk**
• Mamografi taraması ile ilgili genel bilgilere sahip olması ve kendi ifadeleri ile tanımlayabilmesi • Mamografi taramasında dikkat edilecek noktalardan en az ikisini sıralayabilmesi • Mamografi taramasının nerelerde yapıldığını kavrayabilmesi ve en az birini söyleyebilmesi • Katılımcı ile uygun bir ortam içerisinde, etkili iletişimin başlatılması ve sürdürülmesi, • Katılımcının meme kanserinin tanımını yapabilmesi ve önemini kavraması • Katılımcının meme kanseri belirtilerinden en az üçünü sayabilmesi	• Anlatım, • Soru cevap, • Özetleme, • Power point gösterisi	•Meme Kanserinden Korunmaya İlişkin Sağlık Eğitimi" isimli eğitim sunusu •Eğitim broşürü	• İkincil koruma yöntemlerinden mamografi taraması hakkında genel bilgilerin verilmesi • Mamografi taramasında dikkat edilecek noktalar ve taramanın nerelerde yapıldığı ile ilgili bilginin verilmesi • KETEM danışmanlığının yapılması • Serviks kanseri ile ilgili bireysel engellerin belirlenmesi ve endişelerini ifade edebilmesi		**15-35 dk**
• Katılımcının eğitim sonunda aldığı eğitimi üç cümle ile özetlemesi	Soru cevap, Özetleme,	•Eğitim broşürü	• Eğitimin sonlandırılması		**35-45 dk**

Şekil 3.6. Sağlık eğitimi uygulama prosedürü

3.9.5. Kontrol Grubu

Kontrol Grubu, araştırma süresince ASM'den standart ulusal meme kanseri tarama hizmetini almaya devam etti. Ulusal meme kanseri tarama hizmeti 40-69 yaş aralığında, son iki yıl içinde mamografi yaptırmamış kadınlara ASM sağlık personeli tarafından bilgilendirme yapılıp tarama programına davet edilmesini kapsamaktadır. Buna ek olarak, ulusal meme kanser tarama programının tanımı ve önemi, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı tarafından ASM'lerde bulunan broşür ve afişlerle, sivil toplum kuruluşları iş birliği ile desteklenerek yapılmaktadır. Buna ek olarak tele-sağlık hizmetleri kapsamında risk altındaki nüfusa meme kanseri taraması hakkında bilgilendirme mesajı gönderilmektedir (4).

Çalışmanın ilk haftasında ön testin uygulanmasının ardından randomizasyon ile bu gruba atanan katılımcılar ile çalışmanın sekizinci haftasında ev ziyareti gerçekleştirildi ve geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, SİM ölçeği; sağlık motivasyonu, mamografiye ilişkin yarar ve engel algısı alt boyutları, mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği ile mamografi ile ilgili özellikleri belirleme formu uygulandı (Bkz. Şekil 3.3.). Bu gruptaki katılımcılar çalışma süreci boyunca standart meme kanseri tarama hizmeti dışında herhangi bir uygulamaya dahil edilmedi. Çalışmanın sonunda, kontrol grubundaki katılımcılara motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi ya da sağlık eğitimi hakkında bilgilendirme yapılmış olup bu eğitimlerden herhangi birini isteyip istemedikleri soruldu, istekli 10 katılımcıya motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi, beş katılımcıya sağlık eğitimi tek oturumda uygulandı. Bu çalışmanın sonunda kontrol grubundaki tüm katılımcılara basılı eğitim broşürü verilmiştir.

3.10. ÇALIŞMANIN ÇIKTILARI

3.10.1. Birincil Çıktılar

Bu çalışmanın birincil çıktısı, iki farklı sağlık eğitimi yaklaşımının kadınların mamografi tarama programına katılım davranışı üzerindeki etkisini nicel olarak belirlemektir.

3.10.2. İkincil Çıktılar

Çalışmanın ikincil çıktıları,

- Müdahalelerin kadınların meme kanseri bilgi düzeyi üzerinde oluşturduğu etkinin belirlenmesi,
- Müdahalelerin kadınların sağlık inançları üzerinde oluşturduğu etkinin belirlenmesi,
- Müdahalelerin kadınların mamografi öz yeterliği üzerinde oluşturduğu etkinin belirlenmesi,
- Müdahalelerin toplum tarafından kabul edilirliğine yönelik geri bildirimine işaret eden memnuniyet düzeyi değerlendirilmesi olarak incelendi.

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın uygulamasına, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan "Etik Onay" (Sayı:2025-05, Tarih:06/05/2025) alınmasının ardından (Bkz. EK 8), Ankara Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonundan, uygulama izni alındı (Bkz. EK 9). Araştırmada kullanılan ölçek ve değerlendirme araçları için sorumlu yazarlardan izin alındı (Bkz. EK 10, EK 11, EK 12, EK 13). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra herhangi bir gerekçe göstermeden araştırmadan çıkabileceği ile ilgili açıklama

yapılarak gönüllü olduklarına dair sözlü ve yazılı/imzalı gönüllü onamları alındı (Bkz. EK 14). Ayrıca, araştırmanın yürütülmesinde araştırmacıya ve katılımcıya herhangi bir ödeme yapılmayacağı, kişisel bilgilerin herhangi bir şahıs ya da kurum ve kuruluşla paylaşılmayacağı, kişisel bilgiler açıklanmadan katılımcıya ait yanıtların bilimsel amaçla yayınlanabileceği bilgisi paylaşıldı.

3.12. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler IBM SPSS V23 ve R programı ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ile incelendi. Tanımlayıcı istatistikler, sürekli değişkenler ortalama±standart sapma veya ortanca (minimum–maksimum), kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Gruplar ile kategorik değişkenler arasındaki bağlantılar Ki-kare test ve Monte Carlo düzeltmeli Fisher's Exact testleri ile incelendi ve oranlara ait çoklu karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmeli Z testi ile incelendi. Grup ve zamana göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Robust Mixed ANOVA kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Holm düzeltmeli Robust t testi kullanıldı. Bu analizlerde etki büyüklüğü kısmi eta kare ($p\eta^2$) değeri ile raporlandı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Duncan testi ile incelendi. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile incelendi ve etki büyüklüğü eta kare (η^2) ile hesaplandı. Çalışmada eta kare ve kısmi eta kare (partial η^2) değerleri 0,01 küçük, 0,06 orta ve 0,14 büyük etki olarak yorumlandı (117,118). İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

4. BULGULAR

4.1. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICINDA GRUPLARIN ÖZELLİKLERİ

Çalışmanın başlangıcında katılımcıların tanıtıcı özellikleri açısından; yaş, medeni hal, eğitim durumu (kendisi/eşi), çalışma durumu (kendisi/eşi), gelir düzeyi, beden kitle indeksi (BKI), sigara kullanma durumu, kronik hastalık durumu ve egzersiz yapma durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.1).

Çalışmada katılımcıların, menarş, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı gibi obstetrik özelliklerine göre çalışmanın başlangıcında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Katılımcıların oral kontraseptif kullanma durumu, emzirme durumu, menopoz durumları açısından çalışmanın başlangıcında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=78)

Özellikler	GRUPLAR			Test İstatistiği	p
	Motivasyonel Görüşme (n=26) n (%)	Sağlık Eğitimi (n=26) n (%)	Kontrol (n=26) n (%)		
Medeni Durum					
Evli	17 (65,4)	19 (73,1)	19 (73,1)	0,493	0,781[x]
Bekar	9 (34,6)	7 (26,9)	7 (26,9)		
Eğitim durumu					
Sekiz yıl ve altında	11 (42,3)	18 (69,2)	12 (46,2)	4,422	0,110[x]
Sekiz yıldan fazla	15 (57,7)	8 (30,8)	14 (53,8)		
Eş Eğitim durumu					
Sekiz yıl ve altında	7 (41,2)	12 (63,2)	8 (42,1)	2,301	0,316[x]
Sekiz yıldan fazla	10 (58,8)	7 (36,8)	11 (57,9)		
Çalışma durumu					
Emekli/Çalışmıyor	17 (65,4)	22 (84,6)	20 (76,9)	2,644	0,267[x]
Çalışıyor	9 (34,6)	4 (15,4)	6 (23,1)		
Eş Çalışma durumu					
Emekli/Çalışmıyor	8 (47,1)	10 (52,6)	6 (31,6)	1,829	0,401[x]
Çalışıyor	9 (52,9)	9 (47,4)	13 (68,4)		
Gelir düzeyi					
Gelir giderden az	7 (26,9)	4 (15,4)	10 (38,5)	3,519	0,172[x]
Gelir gidere eşit	19 (73,1)	22 (84,6)	16 (61,5)		
Sigara kullanma durumu					
Kullanmıyor	15 (57,7)	18 (69,2)	14 (53,8)	1,392	0,499[x]
Kullanıyor	11 (42,3)	8 (30,8)	12 (46,2)		
Kronik hastalık durumu					
Kronik hastalığı yok	9 (34,6)	14 (53,8)	17 (65,4)	5,029	0,081[x]
Kronik hastalığı var	17 (65,4)	12 (46,2)	9 (34,6)		
Kronik Hastalık (n=38)*					
Diyabet	5 (29,4)	4 (33,3)	2 (22,2)	9,014	0,702[x]
Hipertansiyon	11 (64,7)	5 (41,7)	6 (66,7)		
Kalp ve damar hastalığı	6 (35,3)	5 (41,7)	1 (11,1)		
Hiperlipidemi	4 (23,5)	5 (41,7)	1 (11,1)		
Hipotroidi	5 (29,4)	3 (25)	1 (11,1)		
Astım	3 (17,6)	3 (25)	1 (11,1)		
Haftada en az beş gün bir saat egzersiz yapma durumu					
Yapıyor	6 (23,1)	6 (23,1)	8 (30,8)	0,538	0,764[x]
Yapmıyor	20 (76,9)	20 (76,9)	18 (69,2)		
Oral kontraseptif kullanma durumu (üçlü)					
Kullanmadım	20 (76,9)	15 (57,7)	17 (65,4)	5,380	0,238[y]
Beş yıl ve altında	2 (7,7)	8 (30,8)	7 (26,9)		
Altı -10 yıl arasında	4 (15,4)	3 (11,5)	2 (7,7)		
Emzirme Durumu					
24 aydan az	10 (41,7)	8 (32)	12 (48)	1,346	0,510[x]
24 ay ve üzerinde	14 (58,3)	17 (68)	13 (52)		
Menopoz durumu					
Menopoza girmedi	8 (30,8)	11 (42,3)	12 (46,2)	1,392	0,499[x]
Menopozda	18 (69,2)	15 (57,7)	14 (53,8)		

n: Sayı; *: n katlanmıştır; x: Ki-kare testi; y: Monte Carlo düzeltmeli Fisher's Exact testi.

Tablo 4.1. (Devamı) Grupların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması (n=78)

Özellikler	Gruplar						Test İstatistiği	p
	Motivasyonel Görüşme (n=26)		Sağlık Eğitimi (n=26)		Kontrol (n=26)			
	Ortalama±SS	Ortanca (Min - Maks) Sıra ortalaması	Ortalama±SS	Ortanca (Min - Maks) Sıra ortalaması	Ortalama±SS	Ortanca (Min - Maks) Sıra ortalaması		
Yaş	53,65±7,44	54,00 (41,00 - 69,00) 42,19	54,73±8,93	53,00 (40,00 - 70,00) 43,87	50,50±6,67	48,50 (43,00 - 66,00) 32,44	3,865	0,145[y]
BKI	29,21±3,84	29,22 (21,00 - 37,00) 36,88	31,28±5,05	31,64 (24,00 - 45,00) 46,00	28,70±4,88	28,50 (21,00 - 38,00) 35,62	2,285	0,109[x]
Menarş yaşı	13,31±1,12	13,00 (11,00 - 15,00) 44,60	12,54±1,68	13,00 (10,00 - 18,00) 32,08	13,23±1,70	13,00 (10,00 - 18,00) 41,83	4,652	0,098[y]
İlk gebelik yaşı	22,67±6,05	21,00 (16,00 - 38,00) 36,08	21,68±5,77	21,00 (15,00 - 41,00) 32,34	24,24±5,41	24,00 (17,00 - 36,00) 44,02	3,865	0,145[y]
Toplam gebelik sayısı	2,92±1,35	3,00 (1,00 - 7,00) 38,00	3,16±1,49	3,00 (1,00 - 7,00) 41,56	2,60±1,26	2,00 (1,00 - 6,00) 32,96	2,156	0,340[y]

SS: Standart Sapma; Min.: En küçük değer; Maks.: En büyük değer; x: Tek yönlü ANOVA; y: Kruskal Wallis testi.

4.2. GRUP VE ZAMANA GÖRE ÖLÇEK TOPLAM VE ALT BOYUT PUANLARI İLE ÖZ DEĞERLENDİRME PUANLARININ ÇOKLU KARŞILAŞTIRMALARI

4.2.1. Grup ve Zamana Göre Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Çoklu Karşılaştırmaları

Zaman ayırt etmeksizin grup faktörüne göre, geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testinin genel bilgi alt boyutunda müdahale ve kontrol gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($F=25,27$; $p<0,001$; $p\eta^2=0,534$). Motivasyonel görüşme grubu genel bilgi alt boyutu puan ortalaması "9,13±0,36", sağlık eğitimi grubu "8,88±0,36" ve kontrol grubu "7,17±0,19" olarak ölçüldü. Kontrol grubu genel bilgi alt boyut puan ortalamasının müdahale gruplarından farklı olduğu ($p<0,05$), müdahale grupları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Çalışmada grup ayırt etmeksizin zaman faktörüne göre; genel bilgi alt boyutu ön test (6,94±0,18) ve son test (9,83±0,24) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği belirlendi ($F=220,376$; $p<0,001$; $p\eta^2=0,785$). Çalışmada grup zaman etkileşimine göre; grupların genel bilgi alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($F=43,762$; $p<0,001$; $p\eta^2=0,661$). Genel bilgi alt boyutunda, tüm grupların ön test puan ortalamaları ile kontrol grubu son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Motivasyonel görüşme grubu ile sağlık eğitimi grubu genel bilgi alt boyutu son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu. Müdahale gruplarının genel bilgi alt boyutu son test puan ortalamalarının, tüm grupların ön test puan ortalamalarından ve kontrol grubunun son test puan ortalamasından farklı olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Grup ve zamana göre geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testinin alt boyutlarının ve total puanlarının çoklu karşılaştırmaları

Ölçekler	Test Faktörü	Grup Faktörü			Toplam	Faktörler	Test istatistiği¥	p	pη^2
		Motivasyonel Görüşme (n=26)	Sağlık Eğitimi (n=26)	Kontrol (n=26)					
		Budanmış ortalama±SH	Budanmış ortalama±SH	Budanmış ortalama±SH	Budanmış ortalama±SH				
Genel Bilgi	Ön test	7,00±0,25**A**	7,00±0,36**A**	6,83±0,33**A**	6,94±0,18	Grup	25,27	**<0,001**	0,534
	Son test	11,21±0,16**B**	10,75±0,21**B**	7,46±0,22**A**	9,83±0,24	Zaman	220,376	**<0,001**	0,785
	Toplam	9,13±0,36**a**	8,88±0,36**a**	7,17±0,19**b**		Grup*zaman	43,762	**<0,001**	0,661
Tedavi Edilebilirlik	Ön test	5,17±0,33**A**	4,67±0,39**A**	5,71±0,42**A**	5,17±0,23	Grup	4,996	**0,011**	0,186
	Son test	8,00±0,00**B**	7,63±0,14**B**	5,29±0,36**A**	7,07±0,20	Zaman	62,202	**<0,001**	0,488
	Toplam	6,69±0,26**a**	6,21±0,31**ab**	5,52±0,27**b**		Grup*zaman	21,473	**<0,001**	0,488
Genel Bilgi Testi Toplam Puan	Ön test	12,13±0,45**A**	11,63±0,48**A**	12,46±0,54**A**	12,04±0,27	Grup	19,453	**<0,001**	0,466
	Son test	19,17±0,20**B**	18,29±0,31**B**	12,71±0,49**A**	16,89±0,40	Zaman	239,202	**<0,001**	0,783
	Toplam	15,73±0,59**a**	15,00±0,57**a**	12,60±0,35**b**		Grup*zaman	48,914	**<0,001**	0,683

SH: Standart hata; ¥: Robust mixed ANOVA; pη^2: Kısmi eta kare; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur; A-B: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında bir fark yoktur.

Zaman ayırt etmeksizin grup faktörüne göre, geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testinin tedavi edilebilirlik alt boyutunda müdahale ve kontrol gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (F=4,996; p=0,011; pη^2=0,186). Motivasyonel görüşme grubu tedavi edilebilirlik alt boyutu puan ortalaması "6,69±0,26", sağlık eğitimi grubu "6,21±0,31" ve kontrol grubu "5,52±0,27" olarak ölçüldü. Kontrol grubu tedavi edilebilirlik alt boyut puan ortalamasının; motivasyonel görüşme grubundan farklı olduğu (p<0,05), ancak sağlık eğitimi grubu ile arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı (p>0,05), bununla birlikte müdahale grupları arasında da istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Çalışmada grup ayırt etmeksizin zaman faktörüne göre; tedavi edilebilirlik alt boyutu ön test (5,17±0,23) ve son test (7,07±0,20) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği belirlendi (F=62,202; p<0,001; pη^2=0,488). Çalışmada grup zaman etkileşimine göre; grupların tedavi edilebilirlik alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (F=21,473; p<0,001; pη^2=0,488). Tüm grupların tedavi edilebilirlik alt boyutu ön test puan ortalamaları ile kontrol grubu son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Motivasyonel görüşme grubu ile sağlık eğitimi grubu tedavi edilebilirlik alt boyutu son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı bulundu (p>0,05). Müdahale gruplarının tedavi edilebilirlik alt boyutu son test puan ortalamaların, tüm grupların ön test puan ortalamalarından ve kontrol grubunun son test puan ortalamasından farklı olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.2).

Zaman ayırt etmeksizin grup faktörüne göre, geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testinde müdahale ve kontrol gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (F=19,413; p<0,001; pη^2=0,466). Motivasyonel görüşme grubu geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi puan ortalaması "15,73±0,59", sağlık eğitimi grubu "15,00±0,57" ve kontrol grubu "12,60±0,35" olarak ölçüldü. Kontrol grubu geniş kapsamlı meme kanseri bilgi puan ortalamasının müdahale gruplarından farklı olduğu (p<0,05), müdahale grupları arasında ise istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Çalışmada grup ayırt etmeksizin zaman

faktörüne göre; geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi toplam puanlarının ön test (12,04±0,27) ve son test (16,89±0,40) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği belirlendi (F=239,202; p<0,001; pη^2=0,783). Çalışmada grup zaman etkileşimine göre; grupların geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (F=48,914; p<0,001; pη^2=0,683). Tüm grupların geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi ön test toplam puan ortalamaları ile kontrol grubu son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Motivasyonel görüşme grubu ile sağlık eğitimi grubu geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi son test toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak bir fark olmadığı bulundu (p>0,05). Müdahale gruplarının geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi son test puan ortalamalarının, tüm grupların ön test puan ortalamalarından ve kontrol grubunun son test puan ortalamasından farklı olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.2).

4.2.2. Grup ve Zamana Göre Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları Puanlarının Çoklu Karşılaştırmaları

Zaman ayırt etmeksizin grup faktörüne göre, SİM ölçeği sağlık motivasyonu alt boyutunda müdahale ve kontrol gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (F=5,033; p=0,011; pη^2=0,185). Kontrol grubunun sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamasının müdahale gruplarından farklı olduğu (p<0,05), müdahale gruplarının puan ortalamaları arasında ise istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Motivasyonel görüşme grubu sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalaması "23,42±0,32", sağlık eğitimi grubu "23,42±0,30" ve kontrol grubu "22,10±0,34" olarak ölçüldü. Çalışmada grup ayırt etmeksizin zaman faktörüne göre; sağlık motivasyonu alt boyutu ön test (22,47±0,26) ve son test (23,50±0,26) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği belirlendi (F=11,573; p=0,001; pη^2=0,150). Çalışmada grup zaman etkileşimine göre; grupların sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (F=14,435; p<0,001; pη^2=0,389). Tüm grupların sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamaları ön test puan ortalamalarının istatistiksel açıdan farklı olmadığı (p>0,05) belirlendi. Sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamaları

59

açısından sağlık eğitimi grubunun ön testi ile son testi arasında ($p>0.05$) ve kontrol grubunun ön testi ile son testi arasında ($p>0.05$) istatistiksel olarak bir fark olmadığı saptandı. Bu alt boyutta motivasyonel görüşme grubunun ön test ile son testi puan ortalamaları arasında istatiksel açıdan anlamlı bir fark elde edildi ($p<0,05$). Bununla birlikte, müdahale gruplarının sağlık motivasyonu alt boyutunda son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı ve kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Grup ve zamana göre sağlık inanç modeli ölçeği alt boyut puanlarının çoklu karşılaştırmaları

Ölçekler	Test Faktörü	Grup Faktörü			Toplam	Faktörler	Test istatistiği¥	p	pη^2
		Motivasyonel Görüşme (n=26)	Sağlık Eğitimi (n=26)	Kontrol (n=26)					
		Budanmış Ortalama±SH	Budanmış Ortalama±SH	Budanmış Ortalama±SH	Budanmış Ortalama±SH				
Sağlık Motivasyonu	Ön test	21,96±0,45**A**	22,67±0,46**AC**	22,75±0,48**AC**	22,47±0,26	Grup	5,033	**0,011**	0,185
	Son test	24,71±0,15**B**	24,17±0,26**BC**	21,46±0,45**A**	23,50±0,26	Zaman	11,573	**0,001**	0,150
	Toplam	23,42±0,32**a**	23,42±0,30**a**	22,10±0,34**b**		Grup*zaman	14,435	**<0,001**	0,389
Mamografiye ilişkin yarar algısı	Ön test	20,88±0,65**A**	20,33±0,70**A**	21,38±0,63**A**	20,88±0,38	Grup	5,234	**0,009**	0,188
	Son test	24,83±0,13**B**	24,21±0,39**B**	20,50±0,56**A**	23,32±0,30	Zaman	34,832	**<0,001**	0,345
	Toplam	22,98±0,45**a**	22,38±0,50**ab**	20,94±0,42**b**		Grup*zaman	17,161	**<0,001**	0,430
Mamografiye ilişkin engel algısı	Ön test	25,79±1,49**A**	29,00±1,35**A**	28,50±1,77**A**	27,85±0,90	Grup	20,594	**<0,001**	0,478
	Son test	12,17±0,38**B**	14,71±0,95**B**	27,13±1,08**A**	17,71±0,93	Zaman	106,966	**<0,001**	0,613
	Toplam	18,54±1,31**a**	21,71±1,34**a**	27,92±1,04**b**		Grup*zaman	18,037	**<0,001**	0,441

SH: Standart hata; ¥: Robust mixed ANOVA; pη^2: Kısmi eta kare; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur; A-C: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında bir fark yoktur.

Zaman ayırt etmeksizin grup faktörüne göre, grupların SİM ölçeği mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (F=5,234; p=0,009; pη^2=0,188). Motivasyonel görüşme grubu mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyut puan ortalaması "22,98±0,45", sağlık eğitimi grubu "22,38±0,50" ve kontrol grubu "20,94±0,42" olarak ölçüldü. Mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyutunda kontrol grubunun puan ortalaması ile sağlık eğitimi grubunun puan ortalamasının istatistiksel açıdan farklı olmadığı (p>0,05), ancak motivasyonel görüşme grubunun puan ortalaması ile kontrol grubu puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan fark olduğu (p<0,05) belirlendi. Bununla birlikte mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyutunda, müdahale gruplarının puan ortalamaları arasında da istatistiksel açıdan bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Çalışmada grup ayırt etmeksizin zaman faktörüne göre; mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyut ön test (20,88±0,38) ve son test (23,32±0,30) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği belirlendi (F=34,832; p<0,001; pη^2=0,345). Çalışmada grup zaman etkileşimine göre; grupların mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (F=17,161; p<0,001; pη^2=0,430). Tüm grupların ön test mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyutu puan ortalamaları ile kontrol grubu son test puan ortalamalarının istatistiksel açıdan farklı olmadığı saptandı (p>0,05). Motivasyonel görüşme grubu ile sağlık eğitimi grubu mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyut son test puan ortalamalar arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı bulundu (p>0,05). Müdahale gruplarının mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyut son test puanlarının, tüm grupların ön test puan ortalamalarından ve kontrol grubunun son test puan ortalamasından farklı olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.3).

Zaman ayırt etmeksizin grup faktörüne göre, grupların SİM ölçeği mamografiye ilişkin engel algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (F=20,594; p<0,001; pη^2=0,478). Motivasyonel görüşme grubu mamografiye ilişkin engel algısı alt boyut puanlarının ortalaması "18,54±1,31", sağlık eğitimi grubu "21,71±1,34" ve kontrol grubu "27,92±1,04" olarak ölçüldü. Mamografiye ilişkin engel algısı alt boyutunda kontrol grubuna ait

puan ortalamasının müdahale gruplarından farklı olduğu (p<0,05), müdahale gruplarının puan ortalamaları arasında ise istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Çalışmada grup ayırt etmeksizin zaman faktörüne göre; mamografiye ilişkin engel algısı alt boyutunda ön test (27,85±0,90) ve son test (17,71±0,93) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği belirlendi (F=106,966; p<0,001; pη^2=0,613). Çalışmada grup zaman etkileşimine göre; grupların mamografiye ilişkin engel algısı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (F=18,037; p<0,001; pη^2=0,441). Tüm grupların ön test mamografiye ilişkin engel algısı alt boyut puan ortalamaları ile kontrol grubu son test puan ortalamasının istatistiksel açıdan farklı olmadığı saptandı (p>0,05). Motivasyonel görüşme grubu ile sağlık eğitimi grubunun mamografiye ilişkin engel algısı alt boyut son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı bulundu (p>0,05). Müdahale gruplarının mamografiye ilişkin engel algısı alt boyutu son test puanlarının, tüm grupların ön test puan ortalamalarından ve kontrol grubunun son test puan ortalamasından farklı olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.3).

4.2.3. Grup ve Zamana Göre Mamografiye İlişkin Öz Yeterlilik Ölçeği Puanı ve Meme Kanseri ve Mamografi Taraması Öz Değerlendirmesi Puanlarının Çoklu Karşılaştırmaları

Zaman ayırt etmeksizin grup faktörüne göre, grupların mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (F=6,825; p=0,003; pη^2=0,232). Motivasyonel görüşme grubu mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması "47,15±0,71", sağlık eğitimi grubu "45,19±0,81" ve kontrol grubu "43,46±0,74" olarak ölçüldü. Motivasyonel görüşme grubunun en yüksek ortalamaya sahip olduğu, kontrol grubunun en düşük ortalamaya sahip olduğu ve sağlık eğitimi grubunun ara grupta yer aldığı izlendi. Müdahale gruplarının mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Kontrol grubunun mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği puan ortalaması ile sağlık eğitimi grubunun puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı (p>0,05), ancak kontrol

grubu ile motivasyonel görüşme grubu arasında bir farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Çalışmada grup ayırt etmeksizin zaman faktörüne göre; mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği ön test (42,06±0,62) ve son test (48,38±0,40) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği belirlendi ($F=88,027$; $p<0,001$; $p\eta^2=0,580$). Çalışmada grup zaman etkileşimine göre; grupların mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($F=5,214$; $p=0,009$; $p\eta^2=0,189$). Tüm grupların mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği ön test puan ortalamaları ($p>0.05$), motivasyonel görüşme ile kontrol grubu ön test puan ortalamaları ile kontrol grubu son test puan ortalamalarının istatistiksel açıdan farklı olmadığı bulundu ($p>0,05$). Motivasyonel görüşme grubu ile sağlık eğitimi grubu mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği son test puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Müdahale gruplarının mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği son test puan ortalamalarının, tüm grupların ön test puan ortalamalarından ve kontrol grubunun son test puan ortalamasından farklı olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Grup ve zamana göre mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği toplam puanı ile meme kanseri ve mamografi taraması öz değerlendirmesi puanlarının çoklu karşılaştırmaları

Ölçekler	**Test Faktörü**	**Grup Faktörü**			**Zaman Faktörü**	**Faktörler**	**Test istatistiği¥**	**p**	**pη^2**
		Motivasyonel Görüşme (n=26)	**Sağlık Eğitimi (n=26)**	**Kontrol (n=26)**					
		Budanmış Ortalama±SH	**Budanmış Ortalama±SH**	**Budanmış Ortalama±SH**	**Budanmış Ortalama±SH**				
Mamografiye İlişkin Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanı	Ön test	43,71±1,21**AB**	40,71±0,92**A**	41,67±1,05**AB**	42,06±0,62	Grup	6,825	**0,003**	0,232
	Son test	49,96±0,06**C**	49,38±0,34**C**	45,25±0,91**B**	48,38±0,40	Zaman	88,027	**<0,001**	0,580
	Toplam	47,15±0,71**a**	45,19±0,81**ab**	43,46±0,74**b**		Grup*zaman	5,214	**0,009**	0,189
Meme kanseri bilgisi özdeğerlendirmesi (VAS)	Ön test	4,63±0,50**A**	5,13±0,38**A**	5,17±0,49**A**	4,99±0,27	Grup	3,735	**0,032**	0,147
	Son test	8,50±0,21**B**	8,13±0,23**B**	5,67±0,35**A**	7,54±0,23	Zaman	120,670	**<0,001**	0,658
	Toplam	6,69±0,39**a**	6,71±0,33**a**	5,44±0,30**b**		Grup*zaman	25,493	**<0,001**	0,535
Mamografi tarama bilgisi özdeğerlendirmesi (VAS)	Ön test	4,00±0,55**A**	3,88±0,51**A**	3,67±0,45**A**	3,85±0,30	Grup	8,695	**0,001**	0,275
	Son test	8,50±0,21**B**	8,13±0,24**B**	5,13±0,33**A**	7,38±0,24	Zaman	167,934	**<0,001**	0,733
	Toplam	6,38±0,45**a**	6,10±0,42**a**	4,42±0,30**b**		Grup*zaman	18,196	**<0,001**	0,456

SH: Standart hata; ¥: Robust mixed ANOVA; pη^2: Kısmi eta kare; VAS: Görsel analog skala (0-10); a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur; A-C: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında bir fark yoktur.

Zaman ayırt etmeksizin grup faktörüne göre, grupların meme kanseri bilgisi özdeğerlendirme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (F=3,735; p=0,032; pη^2=0,147). Motivasyonel görüşme grubu meme kanseri bilgisi özdeğerlendirme puan ortalaması "6,69±0,39", sağlık eğitimi grubu "6,71±0,33" ve kontrol grubu "5,44±0,30" olarak ölçüldü. Kontrol grubu meme kanseri bilgisi özdeğerlendirme puan ortalamasının müdahale gruplarından farklı olduğu (p<0,05), motivasyonel görüşme ve sağlık eğitimi gruplarının puan ortalamaları arasında ise istatistiksel açıdan bir fark olmadığı (p>0,05) belirlendi. Çalışmada grup ayırt etmeksizin zaman faktörüne göre; meme kanseri bilgisi özdeğerlendirme ön test (4,99±0,27) ve son test (7,54±0,23) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği belirlendi (F=120,670; p<0,001; pη^2=0,658). Çalışmada grup zaman etkileşimine göre; grupların meme kanseri bilgisi özdeğerlendirme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (F=25,493; p<0,001; pη^2=0,535). Tüm grupların meme kanseri bilgisi özdeğerlendirme ön test puan ortalamaları ile kontrol grubu son test puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Motivasyonel görüşme grubu ile sağlık eğitimi grubu meme kanseri bilgisi özdeğerlendirme puan ortalamaların arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Müdahale gruplarının meme kanseri bilgisi özdeğerlendirme son test puan ortalamalarının, tüm grupların ön test puan ortalamalarından ve kontrol grubunun son test puan ortalamasından farklı olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.4).

Zaman ayırt etmeksizin grup faktörüne göre, grupların mamografi tarama bilgisi özdeğerlendirme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (F=8,695; p=0,001; pη^2=0,275). Mamografi tarama bilgisi özdeğerlendirme puan ortalaması motivasyonel görüşme grubunda "6,38±0,45", sağlık eğitimi grubunda "6,10±0,42" ve kontrol grubunda "4,42±0,30" olarak ölçüldü. Kontrol grubu mamografi tarama bilgisi özdeğerlendirme puan ortalamasının müdahale gruplarından farklı olduğu (p<0,05), müdahale gruplarının puan ortalamaları arasında ise istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Çalışmada grup ayırt etmeksizin zaman faktörüne göre; grupların mamografi tarama

bilgisi özdeğerlendirme ön test (3,85±0,30) ve son test (7,38±0,24) puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği belirlendi (F=167,934; p<0,001; pη^2=0,733). Çalışmada grup zaman etkileşimine göre; grupların mamografi tarama bilgisi özdeğerlendirme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (F=18,196; p<0,001; pη^2=0,456). Tüm grupların mamografi tarama bilgisi özdeğerlendirme ön test puan ortalamaları ile kontrol grubu son test puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı saptandı (p>0,05). Motivasyonel görüşme grubu ile sağlık eğitimi grubu mamografi tarama bilgisi özdeğerlendirme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05). Müdahale gruplarının meme kanseri bilgisi özdeğerlendirme son test puan ortalamalarının, tüm grupların ön test puan ortalamalarından ve kontrol grubunun son test puan ortalamasından farklı olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.4).

4.3. KATILIMCILARIN GRUPLARINA GÖRE SON TEST VE ÖN TEST PUAN FARKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI (SON TEST – ÖN TEST)

Çalışmada, geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, genel bilgi alt boyutunda grupların son test ile ön test puan farkları arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu (χ^2=37,917; p<0,001; pη^2=0,479). Genel bilgi alt boyutunun son test ve ön test puan farkları açısından müdahale grupları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı (p>0,05) ve kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi (p<0,001). Bu alt boyutta, son test ve ön test puan farkları arasındaki değişim oranları incelendiğinde; motivasyonel görüşme grubu sıra ortalamasının “52,92”, sağlık eğitimi grubu sıra ortalamasının “48,02” ve kontrol grubu sıra ortalamasının “17,56” olduğu bulundu (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Grupların son test ve ön test puan farklarının karşılaştırılması (son test - ön test)

Özellikler	GRUP						Test İst.	p	pη^2
	Motivasyonel Görüşme (n=26)		Sağlık Eğitimi (n=26)		Kontrol (n=26)				
	Ort.±SS	Ortanca (Min.-Maks.)/Sıra Ortalaması	Ort. ± SS	Ortanca (Min.-Maks.)/Sıra Ortalaması	Ort. ± SS	Ortanca (Min.-Maks.)/Sıra Ortalaması			
Genel bilgi	4,19±1,55**a**	4,00 (0,00 - 7,00)/52,92	3,73±2,15**a**	4,00 (0,00 - 9,00)/48,02	0,62±1,36**b**	0,00 (-1,00 - 3,00)/17,56	37,917	**<0,001**^{y}	0,479
Tedavi edilebilirlik	2,85±1,67**a**	3,00 (0,00 - 7,00)/48,88	2,96±2,05**a**	3,00 (-1,00 - 7,00)/49,87	-0,31±2,05**b**	-0,50 (-5,00 - 5,00)/19,75	23,976	**<0,001**^{x}	0,390
Geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi toplam puan	7,04±2,09**a**	7,00 (2,00 - 11,00)/53,21	6,69±2,53**a**	6,00 (3,00 - 12,00)/49,48	0,31±2,88**b**	0,00 (-5,00 - 8,00)/15,81	58,841	**<0,001**^{x}	0,611
Sağlık motivasyonu	2,73±2,38**a**	2,00 (0,00 - 7,00)/52,23	1,38±2,35**a**	1,50 (-6,00 - 5,00)/42,23	-1,12±2,85**b**	0,00 (-5,00 - 4,00)/24,04	21,410	**<0,001**^{y}	0,259
Mamografiye ilişkin yarar algısı	3,92±2,86**a**	5,00 (0,00 - 8,00)/48,98	3,85±3,77**a**	4,50 (-5,00 - 12,00)/47,50	-0,69±3,34**b**	0,00 (-9,00 - 7,00)/22,02	23,812	**<0,001**^{y}	0,291
Mamografiye ilişkin engel algısı	-13,65±7,47**a**	-12,00 (-32,00 - -1,00)/31,37	-14,00±8,16**a**	-13,50 (-31,00 - 1,00)/28,04	-1,08±8,37**b**	0,00 (-14,00 - 19,00)/59,10	29,557	**<0,001**^{y}	0,367
Mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği toplam puanı	6,38±5,57**ab**	7,00 (0,00 - 18,00)/39,87	8,27±4,36**a**	9,00 (-2,00 - 15,00)/48,73	3,31±6,16**b**	3,50 (-10,00 - 13,00)/29,90	9,101	**0,011**^{y}	0,095
Meme kanseri bilgisi özdeğerlendirme (VAS)	3,81±2,08**a**	4,00 (-2,00 - 7,00)/53,71	3,00±2,10**a**	2,50 (-1,00 - 8,00)/ 45,10	0,54±1,33**b**	0,00 (-3,00 - 4,00)/19,69	32,332	**<0,001**^{y}	0,404
Mamografi tarama bilgisi özdeğerlendirme (VAS)	4,42±2,53**a**	4,00 (-2,00 - 9,00)/49,27	4,12±2,50**a**	4,50 (-2,00 - 8,00)/47,17	1,46±1,48**b**	1,00 (-2,00 - 5,00)/22,06	13,919	**<0,001**^{x}	0,271

Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; Min.: En küçük değer; Maks.: En büyük değer; x: Tek yönlü ANOVA; y: Kruskal Wallis testi; pη^2: Kısmi eta kare; VAS: görsel analog skala; a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.

Çalışmada, geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testi, tedavi edilebilirlik alt boyutunda grupların son test ile ön test puan farkları arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu (χ^2=23,976; p<0,001; pη^2=0,390). Tedavi edilebilirlik alt boyutun son test ve ön test puan farkları açısından müdahale grupları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı (p>0,05) ve kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi (p<0,001). Bu boyutta son test ve ön test puan farkları arasındaki değişim oranları değerlendirildiğinde; motivasyonel görüşme grubu sıra ortalamasının "48,88", sağlık eğitimi grubu sıra ortalamasının "49,87" ve kontrol grubu sıra ortalamasının "19,75" olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Çalışmada, geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testinde grupların son test ile ön test puan farkları arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu (χ^2=58,841; p<0,001; pη^2=0,611). Geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testinin son test ve ön test puan farkları açısından müdahale grupları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı (p>0,05) ve kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi (p<0,001). Bu ölçekte son test ve ön test puan farkları arasındaki değişim oranları değerlendirildiğinde; motivasyonel görüşme grubu sıra ortalamasının "53,21", sağlık eğitimi grubu sıra ortalamasının "49,48" ve kontrol grubu sıra ortalamasının "15,81" olduğu saptandı (Tablo 4.5).

Çalışmada, SİM ölçeği sağlık motivasyonu alt boyutunda grupların son test ile ön test puan farkları arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu (χ^2=21,410; p<0,001; pη^2=0,259). Sağlık motivasyonu alt boyutunun son test ve ön test puan farkları açısından müdahale gruplarının istatistiksel olarak farklı olmadığı (p>0,05) ve kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi (p<0,001). Bu alt boyutta son test ve ön test puan farkları arasındaki değişim oranları incelendiğinde; motivasyonel görüşme grubu sıra ortalamasının "52,23", sağlık eğitimi grubu sıra ortalamasının "42,23" ve kontrol grubu sıra ortalamasının "24,04" olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Çalışmada, SİM ölçeği mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyutunda grupların son test ile ön test puan farkları arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu (χ^2=23,812; p<0,001; pη^2=0,291). Mamografiye ilişkin yarar algısı alt boyutunun son test ve ön test puan farkları açısından müdahale grupları arasında istatistiksel olarak

bir fark olmadığı (p>0,05) ve kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi (p<0,001). Bu alt boyutta son test ve ön test puan farkları arasındaki değişim oranları izlendiğinde; motivasyonel görüşme grubu sıra ortalamasının "48,98", sağlık eğitimi grubu sıra ortalamasının "47,50" ve kontrol grubu sıra ortalamasının "22,02" olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Bu çalışmada, SİM ölçeği mamografiye ilişkin engel algısı alt boyutunda grupların son test ile ön test puan farkları arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu (χ^2=29,557; p<0,001; pη^2=0,367). Mamografiye ilişkin engel algısı alt boyutunun son test ve ön test puan farkları açısından müdahale grupları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı (p>0,05) ve kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi (p<0,001). Bu alt boyutta son test ve ön test puan farkları arasındaki değişim oranları incelendiğinde; motivasyonel görüşme grubu sıra ortalamasının "31,37", sağlık eğitimi grubu sıra ortalamasının "28,04" ve kontrol grubu sıra ortalamasının "59,10" olduğu bulundu (Tablo 4.5).

Çalışmada, mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeğinde grupların son test ve ön test puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi (χ^2=9,101; p=0,011; pη^2=0,095). Bu ölçekteki son test ve ön test puan farkları açısından müdahale grupları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı (p>0,05) olduğu belirlendi. Bununla birlikte, bu ölçekte elde edilen son test ve ön test puan farkları açısından motivasyonel görüşme grubu ile kontrol grubu arasında da istatistiksel olarak bir fark olmadığı bulundu (p>0,05). Bu ölçekte sağlık eğitimi grubu ile kontrol grubu son test ve ön test puan farkları arasında istatistiksel açıdan fark olduğu belirlendi (p=0,011). Mamografiye ilişkin öz yeterlilik ölçeği son test ve ön test puan farkları arasındaki değişim oranları değerlendirildiğinde; motivasyonel görüşme grubu sıra ortalamasının "39,87", sağlık eğitimi grubu sıra ortalamasının "48,73" ve kontrol grubu sıra ortalamasının "29,90" olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Bu çalışmada meme kanseri bilgisine ilişkin özdeğerlendirme son test ve ön test puan farklarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi (χ^2=32,332; p<0,001; pη^2=0,404). Meme kanseri bilgisine ilişkin özdeğerlendirme son test ve ön test puan farkları açısından müdahale grupları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0,05) ve kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi (p<0,001). Meme kanseri bilgisine ilişkin özdeğerlendirme son test ve ön test puan farkları arasındaki değişim oranları incelendiğinde; motivasyonel görüşme grubu sıra ortalamasının "53,71", sağlık eğitimi grubu sıra ortalamasının "45,10" ve kontrol grubu sıra ortalamasının "19,69" olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Çalışmada, mamografi tarama bilgisine ilişkin özdeğerlendirme son test ve ön test puan farklarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark belirlendi (χ^2=13,919; p<0,001; pη^2=0,271). Mamografi tarama bilgisine ilişkin özdeğerlendirme son test ve ön test puan farkları açısından müdahale grupları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı (p>0,05) ve kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi (p<0,001). Mamografi tarama bilgisine ilişkin özdeğerlendirme son test ve ön test puan farkları arasındaki değişim oranları değerlendirildiğinde motivasyonel görüşme grubu sıra ortalamasının "49,27", sağlık eğitimi grubu sıra ortalamasının "47,17" ve kontrol grubu sıra ortalamasının "22,06" olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

4.4. ÇALIŞMANIN SONUNDA GRUPLARA GÖRE MAMOGRAFİ TARAMA TESTİNE YÖNELİK BAZI ÖZELLİKLERİ İLE MEMNUNİYET DURUMUNUN KARŞILAŞTIRILMASI

Gruplara göre katılımcıların mamografi tarama testi yaptırma durumları incelendiğinde motivasyonel görüşme grubunun %100 (n=26), sağlık eğitimi grubunun %80,8 (n=21) ve kontrol grubunun %7,7 oranında (n=2) olduğu belirlendi. Çalışma gruplarına göre mamografi tarama testi yaptıran katılımcı oranlarının motivasyonel görüşme ve sağlık eğitimi grupları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı ancak kontrol grubundan farklı oldukları saptandı (χ^2=52,805; p<0,001).

Sağlık eğitimi ile kontrol grubunda yer alan ve mamografi testi yaptırmayan katılımcıların mamografi tarama testi yaptırmama gerekçeleri incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (χ^2=3,455; p=0,327) (Tablo 4.6).

Sağlık eğitimi ile kontrol grubunda yer alan ve mamografi testi yaptırmayan katılımcıların "*Önümüzdeki altı ay içindeki mamografi tarama test yaptırma niyeti*"

Tablo 4.6. Çalışmanın sonunda gruplara göre mamografi tarama testine yönelik bazı özellikler ve memnuniyet durumunun karşılaştırılması

Özellikler	**Gruplar**			**Test istatistiği**		**p**
	Motivasyonel Görüşme (n=26)	**Sağlık Eğitimi (n=26)**	**Kontrol (n=26)**			
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**			
Mamografi tarama testi yaptırma durumu						
Evet	26 (100)**a**	21 (80,8)**a**	2 (7,7)**b**	52,805 [x]		**<0,001**
Hayır	-	5 (19,2)	24 (92,3)			
Mamografi tarama testi yaptırmama nedeni*						
Çektirmeye zaman bulamadım	-	4 (80)	21 (87,5)	3,455 [x]		0,327
Önemsemedim/gerek duymadım	-	2 (40)	8 (33,3)			
Kanserden korktuğum/ağrılı olduğu/zararlı olduğu için yaptırmadım.	-	3 (60)	5 (20,8)			
Önümüzdeki altı ay içinde mamografi tarama testi yaptırma niyeti						
Kesinlikle yaptıracağım	-	1 (20)	2 (8,3)	7,403 [y]		0,062
Muhtemelen yaptıracağım	-	4 (80)	15 (62,5)			
Kararsızım	-	0 (0)	5 (20,8)			
Muhtemelen yaptırmayacağım	-	0 (0)	2 (8,3)			
Özellikler	**Ortanca (Min.-Maks.) Sıra ortalaması**	**Ortanca (Min.-Maks.) Sıra ortalaması**	**Ortanca (Min.-Maks.) Sıra ortalaması**	**Test istatistiği**	**η^2**	**p**
Motivasyonel görüşmeden/ Sağlık eğitiminden/ Standart bakım hizmetinden memnuniyet düzeyi	10,00 (9,00 - 10,00) 52,81**a**	10,00 (8,00 - 10,00) 48,08**a**	9,00 (5,00 - 10,00) 17,62**b**	46,017 [z]	0.587	**<0,001**

n: Sayı; Min.: En küçük değer; Maks.: En büyük değer; *: Çoklu yanıt; x: Ki-kare testi; y: Monte Carlo düzeltmeli Fisher's Exact testi; z: Kruskal Wallis testi; η^2: eta kare; a-b: Her bir satır içerisinde aynı harfe sahip oranlar arasında bir fark yoktur.

incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı (χ^2=7,403; p=0,062) (Tablo 4.6).

Çalışmanın sonunda, motivasyonel görüşmeden/sağlık eğitiminden/standart bakım hizmetinden memnuniyet durumu puanları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi (χ^2=46,017; η^2=0,587; p<0,001). Memnuniyet puanı sıra ortalaması motivasyonel görüşme grubunda 52,81, sağlık eğitimi grubunda 48,08 ve kontrol grubunda 17,62 olarak saptandı. Motivasyonel görüşme ve sağlık eğitimi gruplarının memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ancak, müdahale gruplarının kontrol grubundan farklı oldukları bulundu (p<0,001) (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Ülkemizde meme kanseri tarama programı ücretsiz olmasına ve taramalar sağlık profesyonelleri tarafından teşvik edilmesine rağmen, ulusal düzeyde taramaya katılım oranı istenen düzeye ulaştırılamamıştır. Bu nedenle, risk altındaki toplumun meme kanseri tarama programına %70 oranında katılımını sağlayan etkinliği kanıtlanmış müdahalelere olan gereksinim devam etmektedir (19,119,120). Bu çalışmada 40-69 yaş arası kadınlara ev ziyareti yoluyla gerçekleştirilen motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi ve sağlık eğitiminin kadınların meme kanseri bilgisine, sağlık inancına, mamografi öz yeterliliğine ve tarama programına katılımına etkisini belirlemek amaçlandı.

Randomize kontrollü çalışmalarda, yapılan müdahalenin etkinliğinin net bir şekilde ortaya koyulması için katılımcıların gruplarına göre çalışmanın başlangıcındaki özelliklerinin istatistiksel açıdan farklı olmaması beklenir. Çalışmanın başında çeşitli özellikleri açısından tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması, çalışmada uygulanan müdahalelerin sonuçlarının olası etkilerin dışında kaldığına işaret etmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.1). Başka bir ifade ile incelenen özellikler açısından çalışmanın başında tüm grupların homojen olduğu değerlendirilmektedir. Bu bulgu aynı zamanda randomizasyonun başarılı bir şekilde uygulandığının da bir göstergesi olarak düşünülmektedir.

5.1. MEME KANSERİ BİLGİSİ

Kadınlar arasında meme kanserine ve mamografi testine yönelik farkındalık ve bilgi düzeyi istenilen düzeyde değildir (14,27,31,35,121,122). Türkiye'de 2025 yılında yapılan bir çalışmada meme kanserine yönelik bilgi düzeyinin düşük olduğu rapor edilmiştir (123). Sağlık eğitiminin (27,124,125) ve motivasyonel görüşmenin (11,34,36,40,50,53,56,101,126) meme kanseri ve mamografi testine yönelik bilgi düzeyini artırmada etkisini ayrı ayrı inceleyen çalışmalara benzer şekilde bu çalışmada uygulanan her iki müdahalenin de birbirine istatistiksel açıdan farklı olmadığı ve ve çok güçlü derecede etkili olduğu değerlendirildi (Tablo 4.2; Tablo 4.5). Bununla birlikte çalışmada katılımcıların meme kanseri ve mamografi taraması bilgisine

yönelik farkındalıklarını belirlemek amacıyla yapılan özdeğerlendirme sonuçları incelendiğinde; çalışmada uygulanan her iki müdahalenin de bilgilenmeye ilişkin özdeğerlendirme düzeyini artırmada birbirine benzer sonuçlara ulaştığı ve çok güçlü derecede etkili olduğu izlendi (Tablo 4.2; Tablo 4.5). Literatürde, bu çalışmada ele alınan yöntemlerin meme kanserine ve mamografi testine yönelik bilgi düzeyine etkisinin birbirine göre üstünlüğünü inceleyen bir araştırma raporuna rastlanmamıştır. Bu bağlamda, ev ziyareti yoluyla uygulanan her iki müdahalenin de katılımcıların meme kanserine yönelik bilgi düzeylerini artırmada benzer etki gösteren stratejiler olduğu ve mamografi taramasına katılımı artırmada bireyin ve toplumun bilgilendirilmesi amacıyla her iki yöntemin de birbiri yerine uygulanabileceği değerlendirilmektedir. Motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitiminin uzmanlık ve zaman gerektiren bir uygulama olması nedeniyle bu uygulamanın yapılamadığı durumlarda, sağlık eğitimi uygulamaları da alternatif olarak tercih edilebilir. Tarama programlarının yaygınlaştırılması için özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin sağlık eğitimi ve motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi uygulama becerileri açısından güçlendirilmeleri önerilmektedir.

Elde edilen bulgulara göre çalışma hipotezlerinden; $H_{0\text{-}1}$ kabul edilirken, $H_{0\text{-}7}$ hipotezi reddedildi.

5.2. MEME KANSERİ VE MAMOGRAFİ TESTİNE YÖNELİK SAĞLIK İNANÇLARI

Bireye olumlu sağlık davranışı ve inançları kazandırma ve sürdürmede sağlık inanç modeli sıkça kullanılan kuramsal bir temeldir. Sağlık inanç modeli, bireyin sağlıklı davranış biçimlerine yönelik inancını artırarak bireyde sağlık davranışına yönelik yarar ve engel algısının gelişmesine yardımcı olur (6,39,109,114). Modelin genişletilmiş versiyonları, bireyin sağlığını korumaya yönelik isteği, çabası, motivasyonu ve sağlığa verdiği önemi açıklayan "sağlık motivasyonu" bileşenini de içermektedir (109,113). Kadınların algılanan mamografi yarar, engel ve sağlık motivasyon düzeyleri meme kanseri tarama programına katılma davranışının önemli belirleyicileridir (15,20,23,31,35,49). Literatürde kadınların meme kanseri ve tarama

testine yönelik sağlık inançlarına motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi ve sağlık eğitimi müdahalelerinin etkisini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte literatürde, sağlık eğitimi (35,52,126) ve motivasyonel görüşmenin (36,40,49,50) ayrı ayrı birer müdahale olarak uygulandığı çalışmalarda, kadınların meme kanseri ve mamografi taramasına yönelik sağlık inançlarına etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmalarda, sağlık eğitimi ve motivasyonel görüşme müdahalelerinin mamografiye yönelik yarar algısı ile sağlık motivasyonunu artırdığı, mamografiye yönelik engel algısını azalttığı bildirilmektedir (11,32,50,52,56,105). Bunun aksine, literatürde yapılan eğitim müdahalelerinin, mamografi engellerini azaltmada etkili olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (99,127–129). Bu çalışmada her iki müdahalenin de mamografiye yönelik yarar algısını geliştirmede, sağlık motivasyonu kazandırmada ve algılanan engelleri azaltmada güçlü etkiler oluşturduğu değerlendirilmektedir (Tablo 4.3; Tablo 4.5). Bu çalışmaya benzer şekilde, motivasyonel görüşme temelli eğitim müdahalesini içeren yarı deneysel dizayndaki bir tez çalışmasında; motivasyonel görüşme grubunun, mamografiye yönelik sağlık motivasyonu ve yarar algısı puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu, engel algısı puanlarının ise daha düşük olduğu bildirilmektedir(54). Bu çalışmada uygulanan her iki müdahalenin de kadınların konfor alanı olan evlerinde ve onların belirlediği bir zamanda yapılması, mamografiye yönelik düşüncelerini rahatlıkla ve derinlemesine ifade etmelerine olanak sağlayarak, sağlık motivasyon düzeylerinin ve yarar algılarının artırılmasına, engel algılarının ise azaltılmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle meme kanseri ve mamografiye yönelik sağlık inançlarını artırma ve olumlu davranışları sürdürmeye yönelik müdahalelerin ev ziyareti ile yapılmasının istenilen sonuçlara ulaşmada etkili bir yöntem olarak tercih edilmesi önerilmektedir (53).

Elde edilen bulgulara göre çalışma hipotezlerinden; $H_{0\text{-}2}$, $H_{0\text{-}3}$, $H_{0\text{-}4}$ kabul edilirken, $H_{0\text{-}8}$, $H_{0\text{-}9}$, $H_{0\text{-}10}$ hipotezleri reddedildi.

5.3. MAMOGRAFİ ÖZ YETERLİLİĞİ

Kadıların, mamografi tarama testini yaptırma becerisine ilişkin kendine güven duygusunu ifade eden öz yeterlilik kavramı, uzun yıllardır sağlık davranışlarını

açıklamada ve bu davranışları geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanmasında önemli bir kavramsal çerçeve sunmaktadır. Farklı bir ifade ile mamografi öz yeterliliği, bireyin mamografi taraması yaptırma becerisi ve bu davranış sonucunda sağlığına katkıda bulunacağına olan inancıdır (130,131). Literatürde, bu çalışmada yapılan müdahalelerin mamografi özyeterlilik düzeyine etkisini birbiriyle karşılaştıran bir araştırma raporuna rastlanmamıştır (125,131–134). Bu çalışmanın sonunda, her iki müdahalenin de kadınların mamografi özyeterlik düzeyini artırmada güçlü şekilde etkili olduğu değerlendirildi (Tablo 4.4). Bununla birlikte, son test ve ön test puan farklarının analizinde; müdahale grupları arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı, ancak motivasyonel görüşme grubu ile kontrol grubu arasında da istatistiksel açıdan bir fark olmadığı dikkat çeken bir bulgu olarak nitelendirildi (Tablo 4.5). Bu çalışmanın uygulama sürecinde, ulusal tarama programlarına toplumun katılımı ASM'de çalışan sağlık personeli için pozitif performans olarak izlenmeye başlandı. Bu nedenle birinci basamak sağlık çalışanları hizmet sunduğu toplumun taramaya katılmaları konusunda bilgilendirme yapmaya teşvik edildi. Bununla birlikte, çalışmanın uygulama sürecinde Sağlık Bakanlığı, Ağustos 2025 tarihi itibariyle tele-sağlık hizmeti kapsamında hatırlatıcı kısa mesajlar ile kadınlara meme kanseri taraması için uygun yaşta olduğunu, taramanın ücretsiz olarak, KETEM'lerde yapıldığını, taramaya katılmak için kadınların bağlı bulunduğu ASM'ye başvurmasının yeterli olduğuna ilişkin bir bilgilendirmede bulundu. Ulusal tarama programı kapsamında yapılan bu müdahalenin, müdahale gruplarına yapılan uygulamaların yanı sıra hem müdahale gruplarında hem de kontrol grubunda özyeterliliğin geliştirilmesini etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Literatürde motivasyonel görüşme (50,105) ve sağlık eğitim (29,40,125,133) müdahalelerinin ayrı ayrı ele alındığı çalışmalarda yapılan müdahalelerin mamografi öz yeterliliğini artırdığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Bunun aksine yapılan girişim müdahalelerinin mamografi öz yeterliliğine etki etmediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (42,135). Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre her iki yöntemin de mamografi özyeterlilik düzeyini geliştirmede güçlü şekilde etki ettiği, hatta kontrol grubunun standart bakım hizmeti kapsamında bilgilendirilmesine bağlı olarak onların da mamografi özyeterlilik düzeyinin geliştiğine yorumlanmaktadır. Meme kanseri tarama programlarına katılımı artırmada önemli bir kavram olarak değerlendirilen

özyeterlilik düzeyini geliştirmek amacıyla hem sağlık eğitiminin hem motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitiminin, hem de kısa mesaj ile bilgilendirmelerin uygulanması önerilmektedir.

Elde edilen bulgulara göre çalışma hipotezlerinden; $H_{0\text{-}5}$ hipotezi kabul edilirken, $H_{0\text{-}11}$ hipotezi reddedildi.

5.4. MAMOGRAFİ TARAMA TESTİNE YÖNELİK DAVRANIŞLAR

Dünya çapında yapılan çalışmalarda mamografi tarama oranlarında istenilen seviyeye ulaşılamadığı bildirilmektedir (15,36,119). Bu gerekçe ile mamografi tarama programlarını artırmada yapılacak farklı müdahalelerinin etkilerinin araştırılması önerilmektedir (20,37,51). Literatürde yapılan çeşitli sağlık eğitim girişimlerinin mamografi taramasına katılımı artırdığı bildiren çalışmalar bulunmaktadır (14,28,29,31,32,34,36). Bunun aksine uygulanan sağlık eğitim girişimlerine rağmen mamografi taramasına katılımın öz yeterliliğin düşük olması, motivasyon eksikliği ve çeşitli engeller nedeniyle taramaya katılım oranlarını istenilen düzeye çıkarılamadığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (15,36,119). Literatürde motivasyonel görüşme müdahalelerinin, çeşitli kanser tarama programlarına katılım oranını %70'in üzerine çıkardığını bildiren çalışmalar olduğu (34,54) gibi kontrol grubuna göre daha yüksek oranda taramaya katılım sağlansa da yeterli düzeyde katılım oranına erişilemeyen çalışmalar (136,137) olduğu da bildirilmektedir. Motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi ile sağlık eğitiminin mamografi taraması katılımına etkisini karşılaştırarak hangisinin daha etkili olduğunu ortaya koyan randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, her iki müdahalenin de (motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi: %100, sağlık eğitimi: %80,8) mamografi taramasına katılımı %70'in üzerine çıkarmada etkili olduğu değerlendirildi. Çalışmada kullanılan her iki müdahalenin de katılımcıların taramaya yönelik bilgi, farkındalık ve motivasyonlarını artırarak, onları davranış değişikliğine cesaretlendirdiğine, tarama davranışına karar verme ve davranışı sergileme süreçlerini desteklendiğine yorumlanmaktadır.

Sağlığı koruma ve geliştirmede bireyde ve toplumda davranış değişikliğini oluşturmak ve sürdürmek için motivasyonel desteğin sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi gerekmektedir (43,51,54). Katılımcıların mamografi taramasına yönelik engelleri değerlendirildiğinde motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitim grubunun bu engellerin tamamını aştığı, ancak sağlık eğitimi grubunda yapılan sağlık eğitimine rağmen engelleri aşamayan katılımcıların olduğu değerlendirilmektedir. Bu durum motivasyonel görüşmenin engelleri aşmada sağlık eğitimine göre daha etkili bir yöntem olduğu ancak motivasyonel görüşmenin uzmanlık istemesi, zaman gerektirmesi ve gelişmiş bir uygulama olması gerekçesiyle sağlık profesyonelleri tarafından yaygın olarak uygulanmasının kısıtlı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimini açısından hemşirelerin güçlendirilmesi ve motivasyonel görüşmenin uygulanamadığı durumlarda sağlık eğitiminin uygulanması önerilmektedir.

Yapılan müdahalelerinin bireyde ya da toplumda yarattığı etkiyi değerlendirmede kullanılan bir başka gösterge, o müdahaleye ilişkin memnuniyet düzeyidir. Memnuniyet düzeyi, yapılan müdahalenin toplum tarafından kabul edilip edilmediğine ilişkin bir geri bildirim niteliğindedir (138). Literatürde, kadınların meme kanseri ve mamografi taramasına yönelik sağlık eğitiminden ve motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitiminden memnuniyeti karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Taramaya katılımı arttırmada motivasyonel görüşme ve sağlık eğitimi müdahalelerinin ayrı ayrı ele alındığı çalışmalarda katılımcı memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir (139–142). Bu çalışmada yer alan her iki müdahalenin de yüksek düzeyde memnuniyete ulaştığı değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, çalışmada uygulanan müdahalelerin çalışma toplumu tarafından kabul edilen birer uygulama oldukları düşünülmektedir.

Elde edilen bulgulara göre çalışma hipotezlerinden; $H_{0\text{-}6}$ hipotezi kabul edilirken, $H_{0\text{-}12}$ hipotezi reddedildi.

5.5. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

- Çalışmanın tek kör, randomize kontrollü, iki müdahale ve bir kontrol grubundan oluşması,
- Motivasyonel görüşmenin sağlık eğitimine entegre edilerek yapılandırıldığı, motivasyonel görüşmenin dört aşamasını kapsayan ve ev ziyaretleri ile bireysel olarak uygulanan bir çalışma olması,
- Bilgi, inanç, özyeterlilik ve öz değerlendirme gibi çok boyutlu objektif ölçütlerin davranış değişikliğinin bilişsel, duygusal ve beceri yönlerinin bütüncül olarak incelenmesi birlikte kullanılması,
- Katılımcıların mamografi taramasına katılım durumlarının doğrudan araştırmacı tarafından ASM sisteminden teyit edilmesi,
- Uygulamanın uygunluğunun ve devamlılığının sağlanması amacıyla yapılan müdahalelere/standart bakım hizmetine yönelik memnuniyet puanlarının değerlendirilmesi,
- Araştırmada kullanılan gelişmiş istatistiksel yöntemlerin istatistik uzmanı tarafından gerçekleştirilmesi,
- Meme kanseri ve mamografiye ilişkin bilgi, inançları ve öz yeterliliği bir arada ele alan, mamografi tarama programlarına katılımı artırmak için yapılan motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi / sağlık eğitimi müdahalesinin ev ziyareti ile gerçekleştirilen tasarlanmış ilk çalışma olması çalışmanın güçlü yönleri olarak değerlendirilmektedir.

5.6. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

- Çalışmada kullanılan yarı yapılandırılmış motivasyonel görüşme rehberi ve sağlık eğitimi uygulama prosedürü için uzman görüşünün niteliksel olarak alınması, objektif bir değerlendirme yapılmaması çalışmanın sınırlılıkları olarak değerlendirilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- Çalışmanın başlangıcında gruplar arasında sosyodemografik özellikler, jinekolojik özellikler ve obstetrik özelliklere göre istatistiksel olarak bir fark yoktu, grupların homojen olduğu belirlendi (p>0,05), (Tablo 4.1).

- Çalışmada yapılan iki farklı müdahalenin birbirine göre etkisi; grup, zaman, grup ve zaman etkileşimi istatistikleri ile incelendi. Müdahalelerin, kadınların meme kanseri bilgisini geliştirmede aralarında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı ve güçlü derecede etkili oldukları saptandı (p<0,05), (Tablo 4.2, Tablo 4.5).

- Müdahalelerin, kadınların sağlık inançlarından sağlık motivasyonunu ve mamografi yarar algısını artırmada ve mamografiye yönelik algılanan engelleri azaltmada kontrol grubuna göre güçlü derecede etkili oldukları saptandı (p<0,05), (Tablo 4.3, Tablo 4.5).

- Müdahalelerin, kadınların mamografi öz yeterliliğini geliştirmede kontrol grubuna göre güçlü derecede etkili oldukları saptandı (p<0,05), (Tablo 4.4, Tablo 4.5).

- Müdahalelerin, kadınların meme kanseri ve mamografi bilgisi özdeğerlendirmesini geliştirmede kontrol grubuna göre güçlü derecede etkili oldukları saptandı (p<0,05), (Tablo 4.4, Tablo 4.5).

- Motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi grubunun %100'ünün, sağlık eğitimi grubunun %80,8'inin, kontrol grubunun %7,7'sinin çalışmanın sonunda mamografi tarama testi yaptırdığı belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.6).

- Çalışmanın sonunda, motivasyonel görüşmeden/sağlık eğitiminden/standart bakım hizmetinden memnuniyet durumu puanları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi (p<0,05) (Tablo 4.6).

6.2. ÖNERİLER

6.2.1. Araştırmacılara Öneriler

- Gelecekte yapılması planlanan araştırmalarda, sağlık eğitimi ile motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitiminin tarama davranışını sürdürmeye yönelik etkileri karşılaştırılabilir.

- Sağlık eğitimi ile motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitiminin farklı sosyodemografik özellikte ve kültürlerde etkileri karşılaştırılarak, bu çalışmada elde edilen sonuçların güvenirliği sınanabilir.

- Çeşitli kanser tarama programlarında sağlık eğitimi ve motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitiminin taramaya katılma davranışına etkisi karşılaştırılabilir.

6.2.2. Halk Sağlığı Hemşirelerine Öneriler

- Bireylerin toplum temelli tarama programlarına katılımı artırmak için kadınların bilgi, inanç ve özyeterlilikleri ile hemşirelerin bilgi birikimi, uzmanlık düzeyleri ve zamanı yönetme durumları göz önünde bulundurularak motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi ya da sağlık eğitimi girişimlerini planlaması ve uygulaması,

- Hemşirelerin motivasyonel görüşmeye yönelik düzenlenen eğitim programlarına katılmaları,

- Riskli grupların meme kanseri tarama programına katılımını artırmak için motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi ya da sağlık eğitimi müdahalelerinin ev ziyareti yoluyla uygulanması önerilmektedir.

6.2.3. Kurumlara Yönelik Öneriler

- Bireyselleştirilmiş motivasyonel görüşme temelli sağlık eğitimi / sağlık eğitimi müdahalelerinin etkinliğini ve tarama programlarına katılımı

artırmak için ev ziyareti uygulamalarını yürütecek hemşire istihdamının artırılması,

- Erken tanı programlarına toplumun katılımını artırmak için ev ziyaretinde sağlık hizmeti sunumun yaygınlaştırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Arnold M, Morgan E, Rumgay H, Mafra A, Singh D, Laversanne M, et al. Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. Breast. 2022;66: 15-23.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229–63.
3. WHO (DSÖ). World Health Organisation. [İnternet] Erişim tarihi: 20 Kasım 2025. Breast Cancer. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/10/01/default-calendar/who-global-breast-cancer-initiative--breast-cancer-awareness-month
4. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı. [İnternet] Erişim tarihi: 20 Kasım 2025 "Ekim" Meme Kanseri Farkındalık Ayı. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/ekim-meme-kanseri-farkindalik-ayi.html
5. Dhakal R, Adhikari C, Karki P, Neupane N, Bhandari P, Gurung A, et al. Attitude sustains longer than subjective norm and perceived behavioral control: Results of breast cancer screening educational intervention. PLoS One. 2023;18(2): e0281184.
6. Ding L, Greuter MJW, Truyen I, Goossens M, De Schutter H, de Bock GH, et al. Irregular screening participation increases advanced stage breast cancer at diagnosis: A population-based study. Breast. 2022;65:61-6.
7. Eser S, Örün H, Hamavioğlu E, Lofti F. Cancer Incidence, Mortality and Survival in Türkiye as of 2020. Basic & Clinical Cancer Research. 2023;14(1):1-13.
8. Liu H, Shi S, Gao J, Guo J, Li M, Wang L. Analysis of risk factors associated with breast cancer in women: a systematic review and meta-analysis. Transl Cancer Res. 2022;11(5):1344–53.
9. Admoun C, Mayrovitz HN. The Etiology of Breast Cancer. In: Breast Cancer. Exon Publications; 2022. p. 21–30.
10. Celepli P, Celepli S, Bigat İ, Hücümenoğlu S. Genç Kadınlarda İnvaziv Meme Kanseri Histopatolojik Özellikleri ve Hormon Reseptörleri. Akdeniz Medical Journal. 2021;7(3):372–6.
11. Lion A, Backes A, Duhem C, Ries F, Delagardelle C, Urhausen A, et al. Motivational Interviewing to Increase Physical Activity Behavior in Cancer Patients: A Pilot Randomized Controlled Trials. Integr Cancer Ther. 2020;19: 1534735420914973.
12. WHO. World Health Organisation. 2025. GlobalRegions Search Select language Home Health Topics Countries Newsroom Emergencies Data About WHO Home/Initiatives/The Global Breast Cancer Initiative The Global Breast Cancer Initiative. [İnternet] Erişim tarihi: 20 Kasım 2025. Erişim adresi: https://www.who.int/initiatives/global-breast-cancer-initiative
13. Akın ME. Rate and reasons of missed screening mammography in the COVID-19 pandemic from Turkey. Journal of Health Sciences and Medicine. 2022;5(4): 1068-72.

14. Acharya A, Sounderajah V, Ashrafian H, Darzi A, Judah G. A systematic review of interventions to improve breast cancer screening health behaviours. Prev Med (Baltim). 2021;153: 106828.
15. Luleci D, Kilic B. Factors Affecting Women's Participation in Breast Cancer Screening in Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2022;23(5): 1627.
16. Albeshan SM, Hossain SZ, Mackey MG, Brennan PC. Can Breast Self-examination and Clinical Breast Examination Along With Increasing Breast Awareness Facilitate Earlier Detection of Breast Cancer in Populations With Advanced Stages at Diagnosis? Clinical Breast Cancer. 2020; 20(3):194-200.
17. Rollet Q, Guillaume É, Launay L, Launoy G. Socio-territorial inequities in the french national breast cancer screening programme—a cross-sectional multilevel study. Cancers (Basel). 2021;13(17): 4374.
18. Babaoğlu A, Büyüközmen E, Can F. İzmir'de Toplumda Kanser Tarama Testleri Farkındalığı ve Bireylerin Kanser Tarama Testlerine Katılımını Etkileyen Faktörler. Batı Karadeniz Tıp Dergisi. 2021;5(2): 173-181.
19. Güçlü Demirtaş S, Gördes Aydoğdu N. Yoksul Kadınların Meme Kanserine Yönelik İnançlarının Mamografi Yaptırma Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. Balıkesır Health Sciences Journal. 2021 Nov 26;10(3):379–85.
20. Ren W, Chen M, Qiao Y, Zhao F. Global guidelines for breast cancer screening: A systematic review. The Breast. 2022;64:85–99.
21. Schliemann D, Tan MM, Hoe WMK, Mohan D, Taib NA, Donnelly M, et al. mHealth Interventions to Improve Cancer Screening and Early Detection: Scoping Review of Reviews. J Med Internet Res. 2022 Aug 15;24(8):e36316.
22. Zielonke N, Kregting LM, Heijnsdijk EAM, Veerus P, Heinävaara S, McKee M, et al. The potential of breast cancer screening in Europe. Int J Cancer. 2021;148(2):406-18.
23. Emami L, Ghahramanian A, Rahmani A, Mirza Aghazadeh A, Onyeka TC, Nabighadim A. Beliefs, fear and awareness of women about breast cancer: Effects on mammography screening practices. Nurs Open. 2021;8(2):890-9.
24. Alagöz MN, Tuncer Ö. Determitation of breast cancer risk situations and health beliefs regarding screening methods of women betweem 20-69 years of age applying to family medicine outpatient clinic. The Journal of Turkish Family Physician. 2021;12(4):192-200.
25. Takemura N, Ho MH, Cheung DST, Lin CC. Effectiveness of motivational strategies on physical activity behavior and associated outcomes in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. Vol. 21, Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2024; *21*(3), 253-262.
26. Nduka IJ, Ejie IL, Okafor CE, Eleje GU, Ekwunife OI. Interventions to increase mammography screening uptake among women living in low-income and middle-income countries: A protocol for a systematic review. BMJ Open. 2022;12(3): e056901.
27. Pirzadeh A, Ansari S, Golshiri P. The effects of educational intervention on breast self-examination and mammography behavior. J Educ Health Promot. 2021 Jan;10(1):196.

28. El-Adham A, Shaban R. Effect of Instructional Module on Knowledge, Attitudes and Practices of Women Undergoing Breast Cancer Screening Mammography. International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research. 2023;4(1):35-64.
29. Kaş C. İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin 40-69 Yaş Grubu Kadınların Mamografi Öz Yeterliliği ile Sağlık İnançlarına ve Taramaya Katılımına Etkisi. [Doktora Tezi].[Ankara]; YÖKTEZ Veri Tabanı, 2023.
30. Koç Z, Kaplan E, Tanrıverdi D. The effectiveness of telehealth programs on the mental health of women with breast cancer: A systematic review. J Telemed Telecare. 2024;30(3):405-19.
31. Mehmood Q, Rafay A, Qurat Ul Ain H, Junaid Tahir M, Saeed A, Hanan A, et al. Knowledge, attitude, and perception of Pakistani women regarding breast cancer and mammography screening: A cross-sectional study. Medicine. 2025 6;104(23):e42806.
32. Nanda AD, Mann MP, Cheng AL, Moormeier J, Ahmadiyeh N. Impact of Phone-Call and Access-Enhancing Intervention on Mammography Uptake among Primary Care Patients at an Urban Safety-Net Hospital: A Randomized Controlled Study. Ann Surg Oncol. 2020 21;27(12):4643–9.
33. Xu QR, Wu PZ, Du JZ, Zhuang WJ, He XT, Ma YY, et al. Online short videos promoting public breast cancer literacy: a pretest-posttest control group trial on efficiency, attitude, and influencing factors. Front Public Health. 2023;11: 1198780.
34. Yılmaz Bulut T, Altay B. The Effect of the Nurse Navigation Program Applied to Immigrant Syrian Women on their Beliefs on Breast Cancer Screening Behaviors, Mammography Self-Efficacy, and Breast Cancer Fears: A Randomized Controlled Trial. 2024.
35. Agide FD, Garmaroudi G, Sadeghi R, Shakibazadeh E, Yaseri M, Koricha ZB. A health belief model-based community health education on mammography screening among reproductive-aged women in Ethiopia: a randomized controlled trial. Front Public Health. 2024 26;12: 1377173.
36. Alizadeh-Sabeg P, Mehrabi E, Nourizadeh R, Hakimi S, Mousavi S. The effect of motivational interviewing on the change of breast cancer screening behaviors among rural Iranian women. Patient Educ Couns. 2021;104(2):369-74.
37. Seven M, Reid A, Abban S, Madziar C, Faro JM. Motivational interviewing interventions aiming to improve health behaviors among cancer survivors: a systematic scoping review. Journal of Cancer Survivorship. 2023; *17*(3):795-804.
38. Heimlich JE, Ardoin NM. Understanding behavior to understand behavior change: a literature review. Environ Educ Res. 2008;14(3):215–37.
39. Kirag N, Kızılkaya M. 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 Womens Health. 2019;19(1):132.
40. Baysal HY, Bilgin S, Baysal A, Özdemir S, Yaran K, Aşan G. The effect of education with WhatsApp application on women's health beliefs, self-efficacy levels, and regular mammography behavior: a randomized controlled experimental trial. Rev Assoc Med Bras. 2025;71(10): e20250861.

41. Carpenter CJ. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Health Belief Model Variables in Predicting Behavior. Health Commun. 2010;30;25(8):661–9.
42. Ghaffari M, Esfahani SN, Rakhshanderou S, Koukamari PH. Evaluation of Health Belief Model-Based Intervention on Breast Cancer Screening Behaviors among Health Volunteers. Journal of Cancer Education. 2019;34(5):904–12.
43. Miller SJ, Foran-Tuller K, Ledergerber J, Jandorf L. Motivational interviewing to improve health screening uptake: A systematic review. Patient Educ Couns. 2017;100(2):190–8.
44. Ögel K., Şimşek M. Motivasyonel Görüşme Tekniği. 2. baskı. [İstanbul] Psikonet yayınları; 2024.
45. Palancı Ay Ö, Aktaş S. The Importance of Motivational Interviewing Technique in Providing Breastfeeding Motivation in the Postpartum Period. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2024;13(3):1149–57.
46. Seyhan Şahin S, Ayaz Alkaya S. Peer Bullying and Motivational Interviewing In Adolescents. Journal of Gazi University Health Sciences Institute. 2023 30;5(1):1–6.
47. Kahraman N, Malak Akgün B. THE USE OF MOTIVATIONAL INTERVIEW IN EDUCATIONS TO PROVIDE PROFESSIONAL NURSING CARE OF STUDENTS. GOBEKLİTEPE Saglik Bilimleri Dergisi. 2022 30;5(9):50–9.
48. Ögel K. Motivasyonel Görüşme Tekniği. Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics. 2009;2(2):41–4.
49. Bekmezci E, Meram HE. The Effect of Motivational Interview-Based Breastfeeding Education on Breastfeeding Motivation, Breastfeeding Success, and Breastfeeding Self-Efficacy Perceptions After Cesarean Section: A Study Protocol for a Randomised Controlled Trial. Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences. 2024;9(3):465–73.
50. Taplin SH, Barlow WE, Ludman E, MacLehos R, Meyer DM, Seger D, et al. Testing Reminder and Motivational Telephone Calls to Increase Screening Mammography: a Randomized Study. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2000;92(3):233–42.
51. Chan DNS, So WKW. Effectiveness of motivational interviewing in enhancing cancer screening uptake amongst average-risk individuals: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2021;113:103786.
52. Kuru Alici N, Arikan Dönmez A, Aktaş O, Zeytun Z. The effect of simulation-based breast health education on breast cancer awareness and breast self-examination skills of Afghan refugee women: a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2025;25(1):2048.
53. Zolfaghari Z, Rezaee N, Shakiba M, Navidian A. The Effect of Motivational Interviewing-Based Training Compared with Conventional Training on the Frequency of Breast Cancer Screening Tests in Female Teachers: A Quasi-Experimental Study. Medical - Surgical Nursing Journal. 2018; 7(4): e85555.
54. Öztürk T. Menopoz Dönemindeki Kadınlara Uygulanan Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Katılma Durumlarına Etkisi [Doktora Tezi]. [Ankara]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, YÖKTEZ Veri Tabanı; 2024.

55. Costanza ME, Luckmann R, White MJ, Rosal MC, LaPelle N, Cranos C. Moving Mammogram-Reluctant Women to Screening: A Pilot Study. Annals of Behavioral Medicine. 2009;37(3):343–9.
56. Lee H, Ghebre R, Le C, Jang YJ, Sharratt M, Yee D. Mobile Phone Multilevel and Multimedia Messaging Intervention for Breast Cancer Screening: Pilot Randomized Controlled Trial. JMIR Mhealth Uhealth. 2017;5(11):e154.
57. Allison KH, Hammond MEH, Dowsett M, McKernin SE, Carey LA, Fitzgibbons PL, et al. Estrogen and Progesterone Receptor Testing in Breast Cancer: ASCO/CAP Guideline Update. Journal of Clinical Oncology. 2020;38(12):1346–66.
58. Yılmaz M, Erdiş E, Uçar M, Yücel B. İnvaziv lobüler meme karsinomunun klinik özellikleri ve sağkalim sonuçları. Turkish Journal of Clinics and Laboratory. 2024;15(2):190–7.
59. Lambert AW, Pattabiraman DR, Weinberg RA. Emerging Biological Principles of Metastasis. Cell. 2017;168(4):670–91.
60. Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2019;30(8):1194–220.
61. Loibl S, Poortmans P, Morrow M, Denkert C, Curigliano G. Breast cancer. The Lancet. 2021;397(10286):1750–69.
62. Yang H, Wang R, Zeng F, Zhao J, Peng S, Ma Y, et al. Impact of molecular subtypes on metastatic behavior and overall survival in patients with metastatic breast cancer: A single-center study combined with a large cohort study based on the Surveillance, Epidemiology and End Results database. Oncol Lett. 2020;20(4):87.
63. Chen W, Hoffmann AD, Liu H, Liu X. Organotropism: new insights into molecular mechanisms of breast cancer metastasis. NPJ Precis Oncol. 2018;2(1):4.
64. İnan U, Çeliksöz AH. Meme kanseri kemik metastazlarının tanı ve tedavisi. TOTBID Dergisi. 2019;18(6).
65. Waks AG, Winer EP. Breast Cancer Treatment. JAMA. 2019;321(3):288.
66. Rojas K, Stukey A. Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. Clin Obstet Gynecol. 2016;59(4):651–72.
67. WHO. World Health Organisation. 2023 [İnternet]. Erişim Tarihi: 20 Kasım 2025. WHO launches new roadmap on breast cancer. Erişim adresi: https://www.who.int/news/item/03-02-2023-who-launches-new-roadmap-on-breast-cancer
68. Yiallourou A, Pantavou K, Markozannes G, Pilavas A, Georgiou A, Hadjikou A, et al. Non-genetic factors and breast cancer: an umbrella review of meta-analyses. BMC Cancer. 2024;24(1):903.
69. Cohen SY, Stoll CR, Anandarajah A, Doering M, Colditz GA. Modifiable risk factors in women at high risk of breast cancer: a systematic review. Breast Cancer Research. 2023;25(1):45.
70. Bai S, Song D, Chen M, Lai X, Xu J, Dong F. The association between mammographic density and breast cancer risk in Chinese women: a systematic review and meta-analysis. BMC Womens Health. 2024;24(1):131.

71. Mao X, Omeogu C, Karanth S, Joshi A, Meernik C, Wilson L, et al. Association of reproductive risk factors and breast cancer molecular subtypes: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2023;23(1):644.
72. SEER. Cancer Stat Facts: Female Breast Cancer [Internet]. 2025 Erişim tarihi:20 Kasım 2025. Erişim adresi: https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html?utm_source=chatgpt.com
73. Mukama T, Fallah M, Brenner H, Xu X, Sundquist K, Sundquist J, et al. Risk of invasive breast cancer in relatives of patients with breast carcinoma in situ: a prospective cohort study. BMC Med. 2020;18(1):295.
74. Hussein H, Abbas E, Keshavarzi S, Fazelzad R, Bukhanov K, Kulkarni S, et al. Supplemental Breast Cancer Screening in Women with Dense Breasts and Negative Mammography: A Systematic Review and Meta-Analysis. Radiology. 2023;306(3): e221785.
75. Green J, Cairns BJ, Casabonne D, Wright FL, Reeves G, Beral V. Height and cancer incidence in the Million Women Study: prospective cohort, and meta-analysis of prospective studies of height and total cancer risk. Lancet Oncol. 2011;12(8):785–94.
76. Boraka Ö, Klintman M, Rosendahl AH. Physical Activity and Long-Term Risk of Breast Cancer, Associations with Time in Life and Body Composition in the Prospective Malmö Diet and Cancer Study. Cancers (Basel). 2022;14(8):1960.
77. Łukasiewicz S, Czeczelewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review. Cancers (Basel). 2021;13(17):4287.
78. Bodewes FTH, van Asselt AA, Dorrius MD, Greuter MJW, de Bock GH. Mammographic breast density and the risk of breast cancer: A systematic review and meta-analysis. The Breast. 2022;66:62–8.
79. Britt K. Menarche, menopause, and breast cancer risk. Lancet Oncol. 2012;13(11):1071–2.
80. Korzets Y, Yariv O, Mutai R, Moore A, Shochat T, Yerushalmi R, et al. The impact of endogenous estrogen exposures on the characteristics and outcomes of estrogen receptor positive, early breast cancer. Discover Oncology. 2021;12(1):26.
81. Dall GV, Britt KL. Estrogen Effects on the Mammary Gland in Early and Late Life and Breast Cancer Risk. Front Oncol. 2017;7:110.
82. Pompei L de M, Fernandes CE. Hormone Therapy, Breast Cancer Risk and the Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer Article. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics. 2020;42(05):233–4.
83. Manson JE, Chlebowski RT, Stefanick ML, Aragaki AK, Rossouw JE, Prentice RL, et al. Menopausal Hormone Therapy and Health Outcomes During the Intervention and Extended Poststopping Phases of the Women's Health Initiative Randomized Trials. JAMA. 2013;310(13):1353.
84. Jones ME, Schoemaker MJ, Wright LB, Ashworth A, Swerdlow AJ. Smoking and risk of breast cancer in the Generations Study cohort. Breast Cancer Research. 2017;19(1):118.

85. Smolarz B, Nowak AZ, Romanowicz H. Breast Cancer—Epidemiology, Classification, Pathogenesis and Treatment (Review of Literature). Cancers (Basel). 2022;14(10):2569.
86. Durmuş Ö, Avcı K. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinin Meme Kanseri Bilgi Düzeyi ve Taramalarına Etkisi: Bir Sistematik Derleme. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2025;10(2):246–62.
87. Sprague BL, Trentham-Dietz A, Gangnon RE, Ramchandani R, Hampton JM, Robert SA, et al. Socioeconomic status and survival after an invasive breast cancer diagnosis. Cancer. 2011;117(7):1542–51.
88. Larimi NA, Belash I, Abedi M, Bandari P, Mousavi G, Ekhtiari S, et al. An investigation of efficient nursing interventions in early diagnosis of cancer. J Family Med Prim Care. 2021;10(8):2964–8.
89. Wu TY, Wang G, Chen SL, Zhang T, Chen H, Srivastava S, et al. The Impact of Nurse-Led Intervention on Breast Cancer Screening and Early Detection in China: Randomized Control Trial. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2025;26(8):2985–94.
90. Bakhai S, Ansari M, Sadeghi C, Reynolds JL. Advancing health equity in improving breast cancer screening with the use of a mobile mammography bus in marginalised population: quality improvement project. BMJ Open Qual. 2024;13(1):e002482.
91. Henderson JT, Webber EM, Weyrich MS, Miller M, Melnikow J. Screening for Breast Cancer. JAMA. 2024;331(22):1931.
92. Apatić R, Lovrić R. Factors Related to the Knowledge and Practice of Breast Self-Examination: A Cross-Sectional Study. Eur J Breast Health. 2023;19(3):215–21.
93. Khanna D, Sharma P, Budukh A, Khanna AK. Clinical breast examination: A screening tool for lower- and middle-income countries. Asia Pac J Clin Oncol. 2024;20(6):690–9.
94. Sardanelli F, Magni V, Rossini G, Kilburn-Toppin F, Healy NA, Gilbert FJ. The paradox of MRI for breast cancer screening: high-risk and dense breasts—available evidence and current practice. Insights Imaging. 2024;15(1):96.
95. Eaton LH, Narkthong N, Hulett JM. Psychosocial Issues Associated with Breast Cancer-Related Lymphedema: a Literature Review. Curr Breast Cancer Rep. 2020;12(4):216–24.
96. Frid S, Amat-Fernández C, Fuentes-Expósito MÁ, Muñoz-Mateu M, Valachis A, Sisó-Almirall A, et al. Mapping the Evidence on the Impact of mHealth Interventions on Patient-Reported Outcomes in Patients With Breast Cancer: A Systematic Review. JCO Clin Cancer Inform. 2024;(8): e2400014.
97. Akca A, Ayaz-Alkaya S. Effectiveness of health literacy-based motivational interviewing and health education on adolescents' nutrition and exercise behaviors in Turkiye: A randomized controlled trial. Public Health. 2024;237:316–21.
98. Pinto e Silva T, Cunha O, Caridade S. Motivational Interview Techniques and the Effectiveness of Intervention Programs With Perpetrators of Intimate Partner Violence: A Systematic Review. Trauma Violence Abuse. 2023;24(4):2691–710.

99. Austin JD, Jenkins SM, Suman VJ, Ridgeway JL, Patel BK, Ghosh K, et al. Effectiveness of Breast Density Educational Interventions on Mammography Screening Adherence Among Underserved Latinas: A Randomized Controlled Trial. J Womens Health. 2025;34(4):491–503.
100. Coronado GD, Beresford SAA, McLerran D, Jimenez R, Patrick DL, Ornelas I, et al. Multilevel Intervention Raises Latina Participation in Mammography Screening: Findings from ¡Fortaleza Latina! Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 2016;25(4):584–92.
101. Nguyen TTP, Hoang HB, Vu HTT. Effectiveness of multifaceted interventions including motivational interviewing and home-based rehabilitation program for improving mental and physical health in stroke patients: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud Adv. 2024;100259.
102. Akın B, Koçoğlu-tanyer D. SPIRIT 2013 Bildirisi: Klinik Deneyler İçin Standart Protokol Maddelerinin Tanımlanması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2021;8(1):117–27.
103. Chan AW, Tetzlaff JM, Gotzsche PC, Altman DG, Mann H, Berlin JA, et al. SPIRIT 2013 explanation and elaboration: guidance for protocols of clinical trials. BMJ. 2013;346:e7586.
104. Hopewell S, Chan AW, Collins GS, Hróbjartsson A, Moher D, Schulz KF, et al. CONSORT 2025 explanation and elaboration: updated guideline for reporting randomised trials. BMJ. 2025;389:e081124.
105. Taymoori P, Molina Y, Roshani D. Effects of a randomized controlled trial to increase repeat mammography screening in Iranian women. Cancer Nurs. 2015;38(4):288-96.
106. Başak ŞÇ. Üniversite öğrencilerinde meme kanseri bilgi seviyesi: Geniş kapsamlı meme kanseri bilgi testinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. [İstanbul]. [Doktora Tezi];2015.
107. Boroumand Sani S, Eslami B, Eskandari A, Saberi A, Orouji M, Goodarzi D, et al. 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. Int J Health Promot Educ. 2024;62(5):381-94.
108. Çevik C, Güneş S, Hattatoğlu TD, Satıcı M asım, Bulut B, Şahin SC, et al. 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. 2019;13(2):119-28.
109. Gözüm S, Aydin I. Validation evidence for Turkish adaptation of Champion’s Health Belief Model Scales. Cancer Nurs. 2004;27(6):491-8.
110. Secginli S. Mammography Self-Efficacy Scale and Breast Cancer Fear Scale. Cancer Nurs. 2012;35(5):365-73.
111. Stager J Lou. The comprehensive Breast Cancer Knowledge Test: validity and reliability. J Adv Nurs. 1993;18(7):1133-40.
112. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. ANS Adv Nurs Sci. 1984;6(3):73-85.

113. Karayurt Ö, Dramali A. Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. Cancer Nurs. 2007;30(1):69-77.
114. Gözüm S, Karayurt Ö., Aydın İ. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2004;61(2):71-85.
115. Champion V, Skinner CS, Menon U. Development of a self-efficacy scale for mammography. Res Nurs Health. 2005;28(4):329-36.
116. Akkoç CP, Orgun F. Psychometric testing of the turkish version of the patient education materials assessment tool. Florence Nightingale J Nurs. 2023;31(3):180.
117. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Routledge; 2013.
118. Richardson JTE. Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. Educ Res Rev. 2011;6(2):135–47.
119. Ersin F, Gözükara F, Polat P, Erçetin G, Bozkurt ME. Determining the health beliefs and breast cancer fear levels ofwomen regarding mammography. Turk J Med Sci. 2015;45:775–81.
120. Tarı Selçuk K, Avcı D, Yılmaz Dündar G, Mercan Y. Breast Cancer Screening Behaviors in Women Aged 40 Years and Over in a Semi-Urban Region in Turkey: Relationships with Health Beliefs. Healthcare. 2020 Jun 13;8(2):171.
121. AlMutawah K, Taqi G, Radhwan S, AlMutairi A, AlHussainan A, Faraj M, et al. Knowledge and awareness of breast cancer symptoms, risk factors, and screening barriers among women in Kuwait: a cross-sectional study. BMC Womens Health. 2025;25(1):448.
122. Gamal Zaki S, Elzeblawy Hassan H, Saber Nady F. Female Workers' Knowledge about Breast Cancer at Beni-Suef University: Effect Socio-demographic Characteristics. Am J Public Health Res. 2025;13(3):140–4.
123. Akyurt N, Aribal E, Cabioglu N, Ozcinar B, Ozkan Gurdal S, Ozmen V. Breast Cancer Awareness Related to Screening in a General Population of Turkish Women. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2025;26(9):3389–98.
124. Gümüş Şekerci Y, Sohbet R. The Effect of Education Breast Cancer and Early Diagnosis Methods on the Students' Health Knowledge, Belief And Practice*. Journal of Academic Research in Nursing. 2019;5(3):204-12.
125. Mahboobighazaani F, Karimi M, Azadbakht M, Ghahremani L. The effectiveness of educational intervention based on the Health Action Model (HAM) in improving breast cancer screening behaviors. BMC Womens Health. 2024;24(1):21.
126. Ridgeway JL, Jenkins SM, Borah BJ, Suman VJ, Patel BK, Ghosh K, et al. Evaluating educational interventions to increase breast density awareness among Latinas: A randomized trial in a Federally Qualified Health Center. Cancer. 2022;128(5):1038–47.
127. Goldzahl L, Hollard G, Jusot F. Increasing breast-cancer screening uptake: A randomized controlled experiment. J Health Econ. 2018;58:228–52.

128. Montero-Moraga JM, Posso M, Román M, Burón A, Sala M, Castells X, et al. Effect of an information leaflet on breast cancer screening participation: A cluster randomized controlled trial. BMC Public Health. 2021;21(1):1301.
129. Schonberg MA, Kistler CE, Pinheiro A, Jacobson AR, Aliberti GM, Karamourtopoulos M, et al. Effect of a Mammography Screening Decision Aid for Women 75 Years and Older. JAMA Intern Med. 2020;180(6):831.
130. Moshki M, Shahgheibi S, Taymoori P, Moradi A, Roshani D, Holt CL. Psychometric properties of the mammography self-efficacy and fear of breast cancer scales in Iranian women. BMC Public Health. 2017;17(1):534.
131. Hashemian M, Hidarnia A, Aminshokravi F, Lamyian M, Hassanpour K, Akaberi A, et al. Farsi Version of the Mammography Self-efficacy Scale for Iranian Women. Cancer Nurs. 2015;38(6):484–9.
132. Alyami M, Al-Sharef A, Al-Aseri M, Henning M. Mammography Self-efficacy Scale and Breast Cancer Fear Scale. Cancer Nurs. 2021;44(2):163–70.
133. Khani Jeihooni A, Darvishi N, Harsini PA. The Effect of Educational Intervention Based on the Theory of Planned Behavior on Mammography Screening in Iranian Women. Journal of Cancer Education. 2020;35(2):264–73.
134. Karaca Bıçakçı N, Karakaş D, Aydın Avcı İ. Fear of Breast Cancer and Assessment of the Efficiency of Mammography Scanning in Working Women. Eur J Breast Health. 2022;19(1):70–5.
135. Ezema RN, Igbokwe CC, Iwuagwu TE, Agbaje OS, Ofuebe JI, Abugu LI, et al. Association of Sociodemographic Factors, Breast Cancer Fear, and Perceived Self-Efficacy With Breast Cancer Screening Behaviors Among Middle-Aged Nigerian Women. Breast Cancer (Auckl). 2021;15: 11782234211043651.
136. Luckmann R, Costanza ME, White MJ, Frisard CF, Rosal M, Sama S, et al. A 4-year randomized trial comparing three outreach interventions to promote screening mammograms. Transl Behav Med. 2019;9(2):328–35.
137. Oeffinger KC, Ford JS, Moskowitz CS, Chou JF, Henderson TO, Hudson MM, et al. Promoting Breast Cancer Surveillance: The EMPOWER Study, a Randomized Clinical Trial in the Childhood Cancer Survivor Study. Journal of Clinical Oncology. 2019;37(24):2131–40.
138. Tong Y, Wang H, Zhu K, Zhao H, Qi Y, Guan J, et al. Satisfaction With Community Health Education Among Residents in China: Results From a Structural Equation Model. Front Public Health. 2022;10: 905952.
139. Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, Steckelberg A. Implementation of shared decision-making in oncology: development and pilot study of a nurse-led decision-coaching programme for women with ductal carcinoma in situ. BMC Med Inform Decis Mak. 2017;17(1):160.

140. Gagné M, Lauzier S, Lemay M, Loiselle CG, Provencher L, Simard C, et al. Women with breast cancer's perceptions of nurse-led telephone-based motivational interviewing consultations to enhance adherence to adjuvant endocrine therapy: a qualitative study. Supportive Care in Cancer. 2022;30(6):4759–68.
141. Marshall JK, Mbah OM, Ford JG, Phelan-Emrick D, Ahmed S, Bone L, et al. Effect of Patient Navigation on Breast Cancer Screening Among African American Medicare Beneficiaries: A Randomized Controlled Trial. J Gen Intern Med. 2016;31(1):68–76.
142. Berger-Höger B, Liethmann K, Mühlhauser I, Haastert B, Steckelberg A. Nurse-led coaching of shared decision-making for women with ductal carcinoma in situ in breast care centers: A cluster randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2019;93:141–52.

8. EKLER

EK-1: KATILIMCILARIN GRUPLARA ATAMA LİSTESİ

Randomizasyon Sıra No	Randomizasyon Blok Kodu Sıralaması	Randomizasyon Sıra No	Randomizasyon Blok Kodu Sıralaması	Randomizasyon Sıra No	Randomizasyon Blok Kodu Sıralaması
1	A	**27**	A	**53**	C
2	C	**28**	C	**54**	B
3	B	**29**	B	**55**	A
4	A	**30**	A	**56**	B
5	C	**31**	A	**57**	C
6	B	**32**	C	**58**	A
7	B	**33**	B	**59**	B
8	A	**34**	A	**60**	C
9	C	**35**	C	**61**	C
10	B	**36**	B	**62**	A
11	A	**37**	A	**63**	B
12	C	**38**	B	**64**	C
13	B	**39**	C	**65**	A
14	C	**40**	A	**66**	B
15	A	**41**	B	**67**	B
16	B	**42**	C	**68**	C
17	C	**43**	A	**69**	A
18	A	**44**	C	**70**	B
19	C	**45**	B	**71**	C
20	A	**46**	A	**72**	A
21	B	**47**	C	**73**	C
22	C	**48**	B	**74**	A
23	A	**49**	A	**75**	B
24	B	**50**	C	**76**	C
25	C	**51**	B	**77**	A
26	B	**52**	A	**78**	B

EK-2: VERİ TOPLAMA FORMU

TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı; aşağıdaki sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda ortaya çıkarılacak sonuçların, kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesine önemli katkı sağlayacağına inanıyoruz. Araştırma sürecindeki tüm cevaplarınız gizli tutulacak, hiçbir şekilde isim belirtilerek açıklanmayacaktır. 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 mezunu v**e** üzeri
4) Eşinizin eğitim düzeyi nedir? **( )** Okur-yazar **( )** İlkokul mezunu **( )** Ortaokul mezunu **( )** Lise mezunu **( )** Üniversite mezunu ve üzeri
5) Çalışma durumunuz nedir? **( )** Çalışmıyorum **( )** Çalışıyorum **( )** Emekliyim
6) Eşinizin çalışma durumu nedir? **( )** Çalışmıyor **( )** Çalışıyor **( )** Emekli
7) Hane gelir düzeyini nasıl tanımlarsınız? **( )** Gelir giderden az **( )** Gelir gidere eşit **( )** Gelir giderden fazla
8) Sigara kullanma durumunuz belirtiniz. **( )** Hiç kullanmadım **( )** Bıraktım (en az 1 yıl önce) **( )** Bıraktım (bugünden 364 güne kadarki süre) **( )** Kullanıyorum
9) Herhangi bir kronik hastalığınız/rahatsızlığınız var mı? **( ) Kronik bir hastalığım yo**k **( )** Diyabet **( )** Tansiyon **( )** Kalp damar hastalığı **( )** Yüksek kolesterol **( )** Diğer……

10) Haftada en az beş gün bir saat <u>düzenli orta şiddette</u> fiziksel aktivite (yürüyüş/spor, aerobik, jimnastik vb.) yapıyor musunuz?
( ) Evet yapıyorum
( ) Hayır yapmıyorum

11) İlk adet yaşınız : ……..

12) İlk gebelik yaşınız : ……..

13) Toplam gebelik sayısı: ……..

14) 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

15)Adetten kesilme (Menopoz) durumunuz nedir?
( ) Adetten kesilmedim (Menopoza girmedim)
( ) Menopozdayım.

16) 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

17) 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

18) 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

GENİŞ KAPSAMLI MEME KANSERİ BİLGİ TESTİ ***Aşağıda kadınların meme kanserine ilişkin bilgileri içeren ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeyi okuyup, doğru ya da yanlış şeklinde cevaplayın. Lütfen boş bırakmayınız. Teşekkürler.***	**EVET**	**HAYIR**
1. Memeye alınan sert bir darbe bir kadının ileriki hayatında meme kanserine yakalanmasına sebep olabilir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
2. Sıkı bir sutyenin sürekli tahriş etmesi zaman içerisinde meme kanserine sebep olabilir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
3. Türkiye'de yaşayan her on kadından biri, hayatının herhangi bir evresinde meme kanserine yakalanacaktır.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
4. Bazı kadınlarda fazla kilolu olmak meme kanserine yakalanma riskini arttırmaktadır.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
5. İlk çocuğunu 30 yaşından önce doğuran bir kadının, ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğuran bir kadına göre meme kanserine yakalanması daha muhtemeldir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
6. Meme kanseri için bilinen hiçbir risk faktörüne sahip olmayan kadınlar nadiren meme kanserine yakalanırlar.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
7. Bazı fibrokistik meme hastalıkları (kanserli olmayan kitle) bir kadının meme kanserine yakalanma riskini arttırır.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
8. Türkiye'deki kadınların meme kanserine yakalanma riski Asya ve Afrika'dakilere oranla daha yüksektir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
9. Meme kanserine 65 yaşındaki kadınlarda, 40 yaşındakilere oranla daha çok rastlanır.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
10. Kadınlarda en sık rastlanan kanser türü meme kanseridir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
11. 70 yaş üzeri kadınlar nadiren meme kanserine yakalanırlar.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
12. Memede rastlanan kitlelerin çoğu kanserlidir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
13. Bugünlerde birçok kadın için meme kanseri memenin alınmamasına (mastektomi) rağmen başarı ile tedavi edilebilir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
14. Memedeki kanserli bir kitle acı vermeye başladığında başarılı tedavi için artık çok geçtir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
15. Memeyi çevreleyen ve koltuk altında yer alan lenf bezleri alınmadığı takdirde meme kanseri tedavi edilemez.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
16. Meme kanseri bazen kitlenin alımıyla (lampektomi) ve radyasyon tedavisi ile başarı ile tedavi edilebilir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
17. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan bir kadının tedavi edilebilme olasılığı ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan bir kadında göre daha düşüktür.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
18. Bir kadın memedeki kanserli kitleyi hissedebiliyorsa etkili tedavi için geç kalınmıştır.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
19. Çok erken evresinde yakalansa bile meme kanserinde tedavi şansı tüm meme alındığı takdirde çok daha iyidir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐
20. Erken teşhis ve tedavi olsa bile, meme kanserine yakalanan bir kadının normal bir yaşam süresine sahip olması olası değildir.	**Evet** ☐	**Hayır** ☐

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. Sağlık problemlerimi erkenden tespit etmek isterim.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
2. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
3. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
4. Sağlığımı geliştirecek aktiviteleri yapmanın önemli olduğunu düşünürüm.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
5. Dengeli beslenirim.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
6. Mamografi çektirirsem ve hiçbir şey bulunmazsa meme kanseri ile ilgili daha fazla endişelenmem gerekmez.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
7. Mamografi çektirmek mememdeki kitlelerin erken bulunmasında bana yardım edecektir.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
8. Mamografi çektirdiğimde eğer bir kitle bulunursa, meme kanseri tedavim o kadar kötü olmayabilir.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
9. Mememdeki en küçük kitleyi bulmak için mamografi çektirmek benim için en iyi yoldur.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
10. Mamografi çektirme meme kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
11. Mememde kötü bir şey bulunabileceği için mamografi çektirmekten korkarım.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
12. Ne yapılacağını bilmediğim için mamografi çektirmekten korkarım.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
13. Mamografi çektirmeye nereye, nasıl gidileceğini bilmiyorum.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
14. Mamografi çektirmek çok sıkıntı vericidir.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
15. Mamografi çektirmek çok fazla zaman alır.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
16. Mamografi çektirmek çok acı vericidir.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
17. Mamografi çekimi yapan insanlar kadınlara kaba davranıyor.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
18. Mamografi çektirmek gereksiz yere radyasyona maruz kalmama neden olacak.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
19. Mamografi çektirmek için başvuru yapmayı hatırlayamamam.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
20. Mamografi çektirmekten daha önemli problemlerim var.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
21. Gerekli aralıklarla mamografi çektirmeye ihtiyacım olacak kadar yaşlı değilim.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )

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	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
2. Yaşamımdaki diğer işleri ayarlayıp mamografi çektirebilirim	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
3. Mamografi çekilen merkezdeki insanlarla meme kanseri ve mamografiye ilişkin endişelerim hakkında konuşabilirim	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
4. Tedirgin olsam bile mamografi çektirebilirim	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
5. Sonucunun nasıl çıkacağını bilmesem bile mamografi çektirebilirim	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
6. Sağlık güvencem karşılamasa bile ücretini ödeyerek mamografi çektirebilirim	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
7. Mamografi çektirebilmek için randevu alabilirim	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
8. Gerçekten istersem, mamografi çektirebileceğimden eminim	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
9. Mamografi çektirmek için nereye, ne zaman, nasıl gideceğimi, hangi resmi işlemleri yaptıracağımı biliyorum	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )
10. Mamografi çektirecek bir merkez bulabilirim.	**1** ( )	**2** ( )	**3** ( )	**4** ( )	**5** ( )

Katılımınız için çok teşekkür ederiz….

EK-3: VERİ TOPLAMA FORMU

MAMOGRAFİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ BELİRLEME FORMU

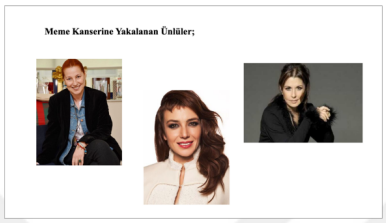
Değerli katılımcı; aşağıdaki sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar doğrultusunda ortaya çıkarılacak sonuçların, kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesine önemli katkı sağlayacağına inanıyoruz. Araştırma sürecindeki tüm cevaplarınız gizli tutulacak, hiçbir şekilde isim belirtilerek açıklanmayacaktır. Kendinize en uygun seçeneği seçip, lütfen samimiyetle işaretleyiniz. Bu çalışmaya göstermiş olduğunuz duyarlılık ve katılımınız için, teşekkür ederiz…

MAMOGRAFİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER
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) Önümüzdeki altı ay içinde mamografi testini yaptırma niyetinizi belirtiniz. **( )** Kesinlikle yaptıracağım **( )** Muhtemelen yaptıracağım **( )** Kararsızım **( )** Muhtemelen yaptırmayacağım **( )** Kesinlikle yaptırmayacağım
5) 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**
6) 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**
7) Aldığınız mamografi tarama hizmetine/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**

EK-4: MEME KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK EĞİTİMİ



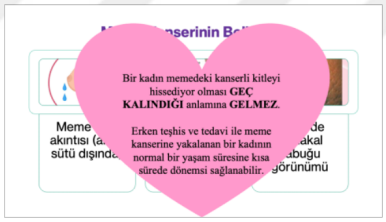






















Meme kanseri riskini azaltmak için ne yapmalı?

- Düzenli mamografi çektirin!
- İdeal kilonuzu koruyun.
- Sigara ve alkolden uzak durun.

Meme kanseri riskini azaltmak için ne yapmalı?

- Düzenli mamografi çektirin!
- Sağlıklı beslenin.
- Düzenli egzersiz yapın.

Meme kanseri riskini azaltmak için ne yapmalı?

- Düzenli mamografi çektirin!
- Stresi yönetin.
- Doğumdan sonra bebeğinizi iki yıl emzirin.

Meme kanseri riskini azaltmak için ne yapmalı?

- Düzenli mamografi çektirin!
- Vücudunuzdaki değişikliklerin farkında olun.
- Uzun süre doğum kontrol hapları kullanmayın.

Meme kanseri riskini azaltmak için ne yapmalı?

- Düzenli mamografi çektirin!
- Menopoz belirtileri fark edince doktor muayenesine gidiniz.
- Kimyasallardan ve radyasyondan uzak durun.

Meme kanseri riskini azaltmak için ne yapmalı?

- Düzenli uyuyun.
- Düzenli mamografi çektirin!

Meme Kanserinden Korunma Yolları

Birincil Koruma | İkincil Koruma | Üçüncül Koruma

Birincil Koruma

Meme kanseri birincil korunma önlemleri kanser vücutta oluşmadan sağlıklı yaşam davranışları ile sağlığın korunmasını ifade etmektedir.

Bunlar, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, obeziteden korunma, emzirmeyi teşvik etme ve alkolün zararlı kullanımını engelleme gibi uygulamaları içerir.

İkincil Koruma

- Hastalığın vücutta var olduğu ancak belirti henüz vermediği dönemde (klinik evreye gelmeden önce) tarama yöntemleri ile kanserin tespit edilmesi sürecini kapsar.
- Bunlar; kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi, **MAMOGRAFİ**, ultrason görüntülemesidir.

Erken Teşhis HAYAT KURTARIR

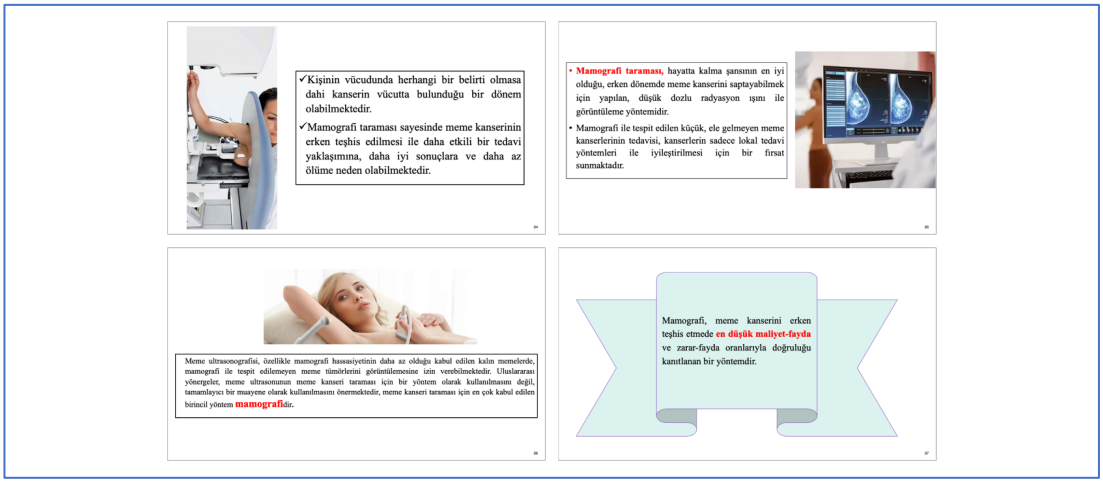
Erken Tanının Önemi

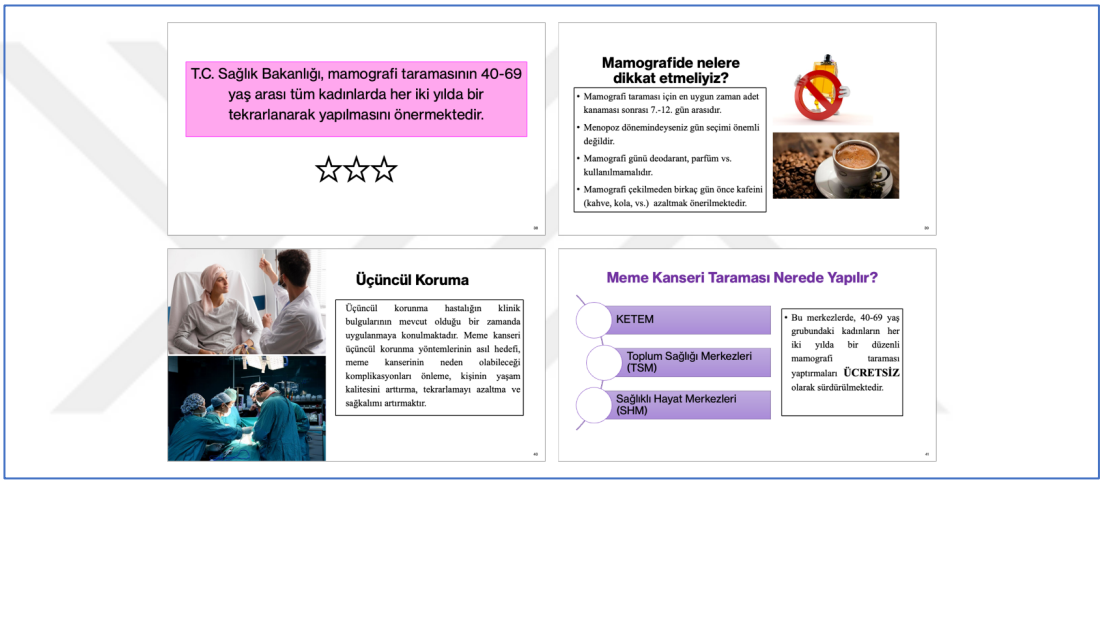
- Tedavi şansını artırır.
- Tedaviyi kolaylaştırır.
- Tedavi giderlerini azaltır.
- Doku ve organ kaybını önler.
- Sakatlık bırakmaz.

Elle meme muayenesi



- Meme kanseri ölümlerinin esas nedeni, hastalığa ileri bir aşamada iken tanı konulmasıdır.
- Bir meme kanseri tarama programının amacı, öncelikle kanseri küçük ve ele gelmez (palpe edilemez) durumda iken saptamaktır.
- İkinci korunma yöntemlerinden kabul edilen **mamografi** taraması, 40-69 yaş arası kadınlarda meme kanserini tespit etmede kullanılan bir tarama yöntemidir.









KAYNAKLAR

- 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.1135262
- Alhusaini, S. M., Hossain, S. Z., Mackey, M. G., & Brennan, P. C. (2020). Can breast self-examination and clinical breast examination along with increasing 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.2020.01.002
- 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
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, *74*(3), 229-263.
- Chan, H. Y. L., Leung, D. Y. P., Lam, P. T., Ko, P. P. S., Lam, B. W. M., & Chan, K. S. (2025). Effect of motivational interviewing to promote advance care planning among palliative care patients in ambulatory care setting: a randomized controlled trial. *BMC Palliative Care*, *24*, 31.
- 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 norms and perceived behavioral control: Results of breast cancer screening educational intervention. PLOS ONE, 18(2), e0281184. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281184
- Ilgın, S., Öztürk, H., Hamzaoğlu, E., Lortlar, İ. (2023). Cancer incidence, mortality and survival in Türkiye as of 2020. Basic Clinical Cancer Research, 14(1), 1–13.
- Kaya, S., & Ozdemir, L. (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
- Ndlela, J. J., Ejim, I. L., Okafor, C. E., Ekpe, G. U., & Ekwunife, O. I. (2023). Interventions to increase mammography screening uptake among women living in low-income and middle-income countries: a protocol for a systematic review. BMJ Open, 13(2), e056901. https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2021-056901
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı (2025). https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/ekim-meme-kanseri-farkindalik-ayi.html Erişim tarihi: 06.02.2025
- 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), e36318. https://doi.org/10.2196/36318
- Takeuma, N., Ho, M. H., Chuang, D. S. T., & Lin, C. C. (2024). Effectiveness of motivational strategies on physical activity behavior and associated outcomes in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *21*(3), 253–262.
- World Health Organization. (2024). Breast Cancer. https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/10/01/default-calendar/who-global-breast-cancer-initiative--breast-cancer-awareness-month Erişim tarihi: 06.02.2025
- Xu, Q.-R., Wu, P.-Z., Du, J.-Z., Zhuang, W.-J., Hu, 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 person-position control group trial on efficiency, attitude, and influencing factors. Frontiers in Public Health, 11. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.119878

EK-5: MEME KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK BASILI BROŞÜR

Meme kanseri riskini azaltmak için ne yapılmalı?

•İdeal kilonuzu koruyun.
•Sigara ve alkolden uzak durun.
•Sağlıklı beslenin.
•Düzenli egzersiz yapın.
•Stresi yönetin.
•Doğumdan sonra bebeğinizi iki yıl emzirin.
•Vücudunuzdaki değişikliklerin farkında olun.
•Uzun süre doğum kontrol hapları kullanmayın.
•Menopoz belirtileri fark edince doktor muayenesine gidiniz.
•Kimyasallardan ve radyasyondan uzak durun.
•Düzenli uyuyun.

DÜZENLİ MAMOGRAFİ ÇEKTİRİN!



Mamografi taraması, hayatta kalma şansının en iyi olduğu, erken dönemde meme kanserini saptayabilmek için yapılan, düşük dozlu radyasyon ışını ile görüntüleme yöntemidir.

Mamografi çektirirken nelere dikkat etmeliyiz?

•Mamografi taraması için en uygun zaman adet kanaması sonrası 7.-12. gün arasıdır.
•Menopoz dönemindeyseniz gün seçimi önemli değildir.
•Mamografi günü deodarant, parfüm vs. kullanılmamalıdır.
•Mamografi çekilmeden birkaç gün önce kafeini (kahve, kola, vs.) azaltmak önerilmektedir.

Meme Kanseri Taraması Nerede Yapılır?

40-69 yaş grubundaki kadınların her iki yılda bir düzenli mamografi taraması; KETEM, Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) **ÜCRETSİZ** olarak sürdürülmektedir.

KETEM
KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ

Size en yakın KETEM adresi:

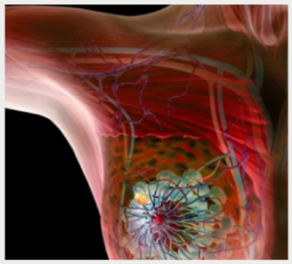
Meme Kanseri ve Mamografi Taraması



Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR
Uzm. Hem. Rabia ÇAĞLAYAN

Meme Kanseri Tanımı ve Sıklığı

Meme kanseri, meme dokularında kötü huylu (kanser) hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve çoğalmasıyla oluşan hastalıktır. Tedavi edilmezse, kan damarları ve lenf damarları yolu ile memenin dışına yayılabilir.İleri dönemlere gelene kadar belirti vermeden sinsi şekilde ilerleyebilir.



Meme kanseri, en sık tanı konulan kadın kanseridir ve kansere bağlı sakatlık ve ölümlerin birinci nedenidir.
Dünya çapında her 18 kadından biri, yaşamı boyunca meme kanserine yakalanmaktadır. 2022 verisine göre dünyada 2.3 milyon kadın kanser tanısı almakta ve bunların 670.000'i ölümle sonuçlanmaktadır.

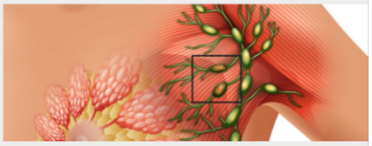
Meme Kanserinin Belirtileri

- •Memenin ve/veya koltuk altının şişmesi, memede kızarıklık
- •Meme başının içe çekilmesi (dönmesi)
- •İki meme arasında gözle görülür boyut farkının olması
- •Meme başı akıntısı (anne sütü dışında)
- •Meme derisinde tahriş ve şekil bozukluğu
- •Memede portakal kabuğu görünümü

TÜM KADINLAR RİSK ALTINDADIR!

MEME KANSERİNDE EN ÖNEMLİ İKİ RİSK FAKTÖRÜ KADIN OLMAK VE İLERİ YAŞTIR.

Meme kanserinin risk faktörleri;



•Ailede meme kanseri öyküsü olması
önceden iyi huylu meme hastalığı geçirmek
•Kalıtsal değişiklikler
•Hiç doğum yapmamış olmak ya da ilk doğumu 30 yaşından sonra yapmak
•Emzirmemek veya az emzirmek
•İlk adet yaşının küçük olması
•Menopoz yaşının geç olması
•Doğum kontrol haplarını uzun süre kullanma
•Uzun süre hormon tedavisi almış olmak
•Yoğun meme dokusuna sahip olmak
•Kimyasallara maruz kalmak
•Sigara ve alkol kullanmak
•Radyasyon maruziyeti
•Yetersiz fiziksel aktivite
•Obezite
•Sağlıksız beslenme
•Stres

EK-6: BASILABİLİR MATERYALLERE YÖNELİK HASTA EĞİTİM MATERYALİ DEĞERLENDİRME ARACI (HEMDA-B)

Basılabilir Materyaller için, Hasta Eğitim Materyali Değerlendirme Aracı (HEMDA - B)

Materyalin Başlığı:
Değerlendiricinin adı: Değerlendirme tarihi:
Materyalleri değerlendirmeden önce HEMDA Kullanım Rehberi'ni okuyun.

No	Maddeler	Cevap Seçeneği	Puanlama
ALAN: ANLAŞILABİLİRLİK			
Konu: **İçerik**			
1	Materyal, amacını tam olarak açıklar.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
2	Materyal, amacından uzaklaştıracak herhangi bir bilgi ya da anlam içermez.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
Konu: **Kelime seçimi & Biçim**			
3	Materyal günlük, yaygın olan dili kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
4	Tıbbi terimler sadece okuyucuyu/dinleyiciyi terimlere alıştırmak için kullanılır. Kullanıldığında tıbbi terimler tanımlanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
5	Materyal, etken fiil kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
Konu: **Sayıların Kullanımı**			
6	Materyalde görünen sayılar açık ve anlaşılması kolaydır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Sayı yok = DY	
7	Materyalde kullanıcıdan hesaplama yapması beklenmez.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
Konu: **Organizasyon**			
8	Materyalde bilgiler kısa bölümlere veya parçalara ayrılır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Çok kısa materyal = DY	
9	Materyalin bölümlerinde bilgilendirici başlıklar vardır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Çok kısa materyal = DY	
10	Materyal, bilgileri mantıksal bir sıra halinde sunar.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
11	Materyal, bir özet içerir.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Çok kısa materyal =DY	
Konu: **Düzen ve Tasarım**			
12	Materyal, anahtar noktalara dikkat çekmek için görsel ipuçları (örn. oklar, kutular, madde işaretleri, kalın, daha büyük yazı tipi, vurgulama) kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	

Konu: **Görsel Araçların Kullanımı**			
15	Materyal, içeriğin daha kolay anlaşılmasını sağlayabilmek için görsel araçlar kullanır (örn. sağlıklı porsiyon boyutunun gösterimi).	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
16	Materyalin görsel araçları, içerikten uzaklaştırmak yerine anlaşılmasını destekler.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Görsel araç yok = DY	
17	Materyalin görsel araçlarında, anlaşılır başlık veya altyazı vardır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Görsel araç yok = DY	
18	Materyal, düzenli ve anlaşılır çizimler ve fotoğraflar kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Görsel araç yok = DY	
19	Materyal, kısa ve anlaşılır satır ve sütun başlıkları olan basit tablolar kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Tablo yok = DY	

***Toplam Puan*: _____**
***Toplam Olası Puan*: _____**
Anlaşılabilirlik Puanı (%): _____
(*Toplam Puan / Toplam Olası Puan)* X 100

ALAN: UYGULANABİLİRLİK			
No	**Maddeler**	**Cevap Seçeneği**	**Puanlama**
20	Materyal, kullanıcının yapabileceği en az bir eylemi açıkça tanımlar.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
21	Materyal, eylemleri tanımlarken doğrudan kullanıcıya hitap eder.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
22	Materyal, her türlü eylemi yönetilebilir, açık adımlara böler.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
23	Materyal, kullanıcının eyleme geçmesine yardımcı olabilecek somut bir araç (örn. planlayıcılar, kontrol listeleri) sağlar.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
24	Materyal, basit talimatlar veya hesaplamaların nasıl yapılacağına dair örnekler sunar.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Hesaplama yok = DY	
25	Materyal, eylem için çizelge, grafik, tablo ve şemaların nasıl kullanılacağını açıklar.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1, Çizelge, grafik, tablo ya da şema yok = DY	
26	Materyal, talimatlara göre hareket etmeyi kolaylaştırmak için görsel araçlar kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	

***Toplam Puan*: _____**
***Toplam Olası Puan*: _____**
Uygulanabilirlik Puanı (%): _____
(*Toplam Puan / Toplam Olası Puan)* X 100

Görsel-İşitsel Materyaller için, Hasta Eğitim Materyali Değerlendirme Aracı (HEMDA - G/İ)

Materyalin Başlığı:
Değerlendiricinin adı: Değerlendirme tarihi:
Materyalleri değerlendirmeden önce HEMDA Kullanım Rehberi'ni okuyun.

No	Maddeler	Cevap Seçeneği	Puanlama
ALAN: ANLAŞILABİLİRLİK			
Konu: **İçerik**			
1	Materyal, amacını tam olarak açıklar.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
Konu: **Kelime seçimi & Biçim**			
3	Materyal günlük, yaygın olan dili kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
4	Tıbbi terimler sadece okuyucuyu/dinleyiciyi terimlere alıştırmak için kullanılır. Kullanıldığında tıbbi terimler tanımlanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum=1	
5	Materyal, etken fiil kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
Konu: **Organizasyon**			
8	Materyalde bilgiler kısa bölümlere veya parçalara ayrılır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Çok kısa materyal = DY	
9	Materyalin bölümlerinde bilgilendirici başlıklar vardır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Çok kısa materyal = DY	
10	Materyal, bilgileri mantıksal bir sıra halinde sunar.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
11	Materyal, bir özet içerir.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Çok kısa materyal= DY	
Konu: **Düzen ve Tasarım**			
12	Materyal, anahtar noktalara dikkat çekmek için görsel ipuçları (örn. oklar, kutular, madde işaretleri, kalın, daha büyük yazı tipi, vurgulama) kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Video = DY	
13	Ekrandaki metin kolayca okunmaktadır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Metin yok veya tüm metinler sözel olarak anlatılıyor = DY	
14	Materyal, kullanıcının kelimeleri net bir şekilde duymasını sağlar (örn. Çok hızlı değil, bozuk değil).	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Anlatım yok = DY	
Konu: **Görsel Araçların Kullanımı**			
18	Materyal, düzenli ve anlaşılır çizimler ve fotoğraflar kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Görsel araç yok = DY	
19	Materyal, kısa ve anlaşılır satır ve sütun başlıkları olan basit tablolar kullanır.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Tablo yok = DY	

***Toplam Puan*:** _____

***Toplam Olası Puan*: _____**
Anlaşılabilirlik Puanı (%): _____
(*Toplam Puan / Toplam Olası Puan)* X 100

ALAN: UYGULANABİLİRLİK			
No	**Maddeler**	**Cevap Seçeneği**	**Puanlama**
20	Materyal, kullanıcının yapabileceği en az bir eylemi açıkça tanımlar.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
21	Materyal, eylemleri tanımlarken doğrudan kullanıcıya hitap eder.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
22	Materyal, her türlü eylemi yönetilebilir, açık adımlara böler.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1	
25	Materyal, eylem için çizelge, grafik, tablo ve şemaların nasıl kullanılacağını açıklar.	Katılmıyorum = 0 Katılıyorum = 1 Çizelge, grafik, tablo ya da şemalar yok = DY	

***Toplam Puan*: _____**
***Toplam Olası Puan*: _____**
Uygulanabilirlik Puanı (%): _____
(*Toplam Puan / Toplam Olası Puan)* X 100

EK-7: MOTİVASYONEL GÖRÜŞME EĞİTİM SERTİFİKASI



EK-8: ETİK KURUL ONAYI

EK-9: HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA YAPILACAK OLAN ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU İZNİ

03.07.2025-495275

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Sayı : E-51381736-771-280737226
Konu : Araştırma İzni
(Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR)

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Gülhane Hemşirelik Fakültesi)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi'nde görevli Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR'in sorumluluğunda ve yardımcı araştırmacı Uzman Hemşire Rabia ÇAĞLAYAN tarafından yapılmak istenen "İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin Kadınların Meme Kanseri Bilgisine, Sağlık İnancına, Mamografi Özyeterliğine ve Tarama Programı Katılımına Etkisi" başlıklı çalışma dosyası ve ilgi kayıtlı araştırma izin talebi Müdürlüğümüz "AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 26/06/2025 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz.

Yapılan değerlendirmede; araştırma izin talebinin uygun olduğuna ve izin verilmesine karar verilmiştir. Sorumlu Araştırmacı Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR'e tebliğ edilmesi hususunda;

Bilginizi ve gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Oğuz SARIYILDIZ
Müdür a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-10: GENİŞ KAPSAMLI MEME KANSERİ BİLGİ TESTİ KULLANIM İZNİ

EK-11: CHAMPİON'UN SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ (CSİMÖ) KULLANIM İZNİ

EK-12: MAMOGRAFİYE YÖNELİK ÖZYETERLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

EK-13: BASILABİLİR MATERYALLERE YÖNELİK HASTA EĞİTİM MATERYALİ DEĞERLENDİRME ARACI (HEMDA-B) ÖLÇEK İZNİ

EK-14: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sorumlu Araştırmacının Adı: Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR

Yardımcı Araştırmacıların Adı: Uzman Hemşire Rabia ÇAĞLAYAN

Destekleyici (varsa): -

Sayın katılımcı İncirli Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülecek bir çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmayı isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışma, 40-69 yaş arası kadınlara yapılacak eğitim müdahalelerinin kadınların meme kanseri bilgisine, meme kanseri inancına ve tarama yaptırmasına etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmaya toplam 78 kadının katılması planlanmıştır.

Bu çalışmada benim sorumluluklarım nelerdir?

Çalışmaya katılmak istediğiniz taktirde aydınlatılmış onam formunu imzalamanızı daha sonrasında araştırmacımız tarafından planlanan faaliyetlere katılmasını ve araştırmacımız tarafından hazırlanan anket sorularını cevaplamasını bekliyoruz.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmaya katılmak ya da katılmamak sizin isteğinize 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.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmada Aile Sağlığı Merkezi hizmetlerini almanızda herhangi bir risk ve rahatsızlık bulunmamaktadır.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Ülkemizde meme kanseri taramasına katılım oldukça düşüktür. Bu çalışmada elde edilecek veriler ile kadınların meme kanseri taramasına arttırmaya katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Kişisel bilgilerinizi bilimsel makale yazarken kullanılacak ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Fakat 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 ne kadar uzun sürecek?

Bu çalışmanın, Temmuz 2025-Ekim 2025 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır.

Katılımcı Beyanı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilmiştir. Uzm. Hem. Rabia ÇAĞLAYAN tarafından 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 baskılayıcı, zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım. Araştırmaya katılmayı reddedersem Aile Sağlığı Merkezi hizmetlerinden etkilenmeyeceğini biliyorum. Araştırmaya katılma hususunda baskılayıcı, zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım. Araştırmaya katılmayı reddedersem poliklinik takiplerimden hiçbir şekilde etkilenmeyeceğini biliyorum. Araştırma esnasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan ayrılabileceğimin bilincindeyim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak adına önceden haber vermem gerektiğinin farkındayım.)

Araştırma ile ilgili maddi bir sorumluluk altına girmiyorum. Bana da parasal bir ödeme yapılmayacak. Araştırmada elde edilen kişisel bilgilerin korunacağını, yalnızca gerekli halde kişisel bilgilerin etik kurullar ve resmi makamların

inceleyebileceğini biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu bilimsel araştırmaya, kendi rızam ve kendi isteğimle hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Katılımcı

Adı soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı : Uzm. Hem. Rabia ÇAĞLAYAN

Adres :

Tel :

Tarih :

İmza :

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı : Doç. Dr. Serpil ÖZDEMİR

Adres :

İmza :

Tarih : …./…./…..

EK-15: YÖNETİM KURULU TEZ KONUSU KABUL KARARI

9. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Rabia ÇAĞLAYAN
Doğum Tarihi :
Doğum Yeri :
Uyruğu :
Medeni Hali :
Adres :
Telefon :
Mail :

II. Eğitim Bilgileri

OKULLAR	BÖLÜM/ PROGRAM	YIL
Lisans		
Yüksek Lisans		
Doktora		

III. Mesleki Deneyimi

Görev Yeri	Yıl	Görev Ünvanı

IV-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

V. Bilimsel İlgi Alanları

Yayınlar

1. Ozdemir S., **Akkaya** R., & Karasahin K.E. (2019). Analysis of community-basedcresearches related to knowledge, awareness, attitude and behaviors towards HPV and HPV vaccine published in Turkey: A systematic review. Journal of the Turkish German Gynecological Association. doi: 10.4274/jtgga.galenos.2019.2019.0071
2. **Caglayan** (Akkaya) R., Ozdemir S. (2022). Turkısh Validity and Reliability of COVID-19 Stress Scales (CSS). Karya J Health Sci. 2022; 3(3): 323-330 doi: 10.52831/kjhs.1186499
3. Ozdemir S., **Caglayan R.** (2025). The effect of health education about HPV vaccination and cervical cancer prevention on knowledge, attitudes, beliefs, and behaviours of mothers and daughters: A randomized controlled trial. Journal of the Pakistan Medical Association. Accepted.
4. Ozdemir S., **Caglayan R.,** Yaman Uzumcu L., Jama Y.M. (2025). Assessing HPV Knowledge and Predisposing Factors Among Undergraduate Students in Somalia: A Cross-Sectional Study. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. Accepted.