



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**KADINLARIN SERVİKAL TARAMA PROGRAMINA KATILIMI
İLE İLİŞKİLİ ETKENLER:
BİR KARMA METOD ÇALIŞMASI**

**Dr. ESİN ERDOĞAN COŞGUN
UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL 2018



**T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**KADINLARIN SERVİKAL TARAMA PROGRAMINA KATILIMI
İLE İLİŞKİLİ ETKENLER:
BİR KARMA METOD ÇALIŞMASI**

**Dr. ESİN ERDOĞAN COŞGUN
UZMANLIK TEZİ**

Danışman: Prof. Dr. SİBEL SAKARYA

İSTANBUL 2018

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu çalışmayla elde edilmeyen bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Esin Erdoğan Coşgun

ÖNSÖZ

Halk sağlığı alanında araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladığım andan itibaren beni her alanda destekleyen, anlayışını esirgemeyen, uzmanlık eğitimime katkıda bulunan başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Melda Karavuş'a ve tüm hocalarıma; bizlerin sorunlarıyla özveriyle ilgilenen Prof. Dr. Dilşad Save'ye ve Doç. Dr. Seyhan Hıdıroğlu'na; tezimi hazırlarken, desteğini ve yardımını esirgemeyen, bilgi ve donanımıyla yolumu aydınlatan tez danışmanım Prof. Dr. Sibel Sakarya'ya teşekkür ederim.

Asistanlığım sürecinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum araştırma görevlisi arkadaşlarıma her zaman yanımda oldukları için ve geçirdiğimiz güzel zamanlar için teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca yanımda olan ve her an desteklerini hissettiğim biricik aileme; canım anneme, babama ve kardeşime, sevgili eşime, canım oğlum Tuna'ya teşekkür ederim.

Bu araştırmanın kadın sağlığını geliştirme adına katkı sağlaması dileğiyle...

Esin Erdoğan Coşgun

İstanbul, 2018

ÖZET

Giriş ve Amaç: Serviks kanseri kadınların hayatındaki önemli tehditlerden biri olup dünyada günümüzde 1 milyondan fazla kadının serviks kanseri olduğu tahmin edilmektedir. Serviks kanserini önleme stratejilerinden sekonder koruma yöntemi; tarama ve prekanseröz lezyonların tedavisidir. Serviks kanserinin klinik bulgular ortaya çıkana dek uzun semptomsuz dönemi bulunduğundan düzenli tarama yöntemleriyle anormal sitolojik değişiklikler erken tespit edilirse preinvaziv hastalığın invaziv kansere dönüşmesi önlenebilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerisi; bir kadının, hiç değilse hayatında bir kere, 30-65 yaş arasında uygun bir yöntemle servikal kanser açısından taranmasıdır. Hayatında bir kez bile olsa simir testi yaptıran kadınların servikal kanserden ölme olasılığının 3 kat azaldığı bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı Maltepe ilçesindeki bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 30 yaş ve üzerindeki kadınların servikal kanser tarama programına katılım sıklığını belirlemek, katılımı ilişkili olan etkenleri niceliksel ve niteliksel yöntemler kullanarak incelemektir. Elde edilen sonuçlar bu tür tarama programlarına katılımın artırılması için bireysel ve yapısal faktörlerin güçlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

Gereç ve Yöntem: Gözlemsel tipte olan araştırmanın evrenini Kasım 2017- Nisan 2018 tarihlerinde İstanbul Maltepe ilçesindeki 5 aile sağlığı merkezine başvuran 30 yaş ve üstündeki kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, çalışmaya katılmayı kabul eden ve okuryazar olan tüm kadınlar ile görüşülerek veri toplanmıştır. Veri formu niceliksel kısım için sosyodemografik bilgileri içeren görüşme formu ve Rahim Ağzı Kanseri Ve PapSmear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden; niteliksel kısım yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme rehberinden oluşmaktadır. Verilerin analizinde tek değişkenli analizler ve lojistik regresyon modeli kullanılmıştır. Görüşme formunun sonunda servikal tarama testini hiç yaptırmayan ve niteliksel kısım için gönüllü olanlardan telefon numarası alınmıştır. Niteliksel araştırmada 6 kadınla derinlemesine görüşülmüş; görüşmelerin tümü kayda alınmış ve tema analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayı alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 327 kadının yaşlarının ortalaması 47,7±11,3 (30-79) olup, kadınların %75'i en az bir kez simir testi yaptırmıştır. Mamografi yaptırmamanın ve simir testinin ne amaçla yapıldığını bilmenin simir testini yaptırmamadan sırasıyla %79 ve %74 koruduğu (OR (%95 GA)= 0,21 (0,08-0,56); 0,26 (0,10-0,63)); sağlık inanç modeli ölçeğinden alınan engel puanı arttıkça simir testi yaptırmamanın da arttığı bulunmuştur (OR (%95 GA)=1,09 (1,04-1,15)). Kadınların sağlık inanç modeli ölçeğinden aldıkları puanlar öğrenim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Kadınların yarar motivasyon puanları öğrenim düzeyi yükseldikçe artmış, engel puanları azalmıştır. Simir testi yaptıranların yarar motivasyon puanları daha yüksek, engel puanları daha düşük bulunmuştur.

Sağlık inanç modeli doğrultusunda yapılan niteliksel analiz sonucunda ortaya çıkan temalar sağlık/sağlıklılık algısı, tarama testinin yararına ilişkin algı, tarama testini yaptırmamaya yönelik engel algısı ve sağlık okuryazarlığıdır. Kadınların tarama yaptırmaması ile ilişkili engeller daha çok bireysel faktörlerle ilişkilidir: bunlar gerek duymama, risk altında hissetmeme, şikayeti olmama, öncelik vermeme, ihmal, kötü sonuç çıkar kaygısı, muayeneden korkma, muayeneden utanma/çekinme, zaman bulamama, kadercilik ve kültürel normlardır. Sisteme yönelik engel olarak doktorun önermemesi bildirilmiştir. Taramaya katılım açısından kolaylaştırıcı faktörler ise kadınların konuyla ilgili bilgilendirilmesi ve sağlık çalışanlarıyla etkili ve güvenilir iletişim olarak bulunmuştur.

Sonuç: Kadınların tarama yaptırmaması ile ilişkili engellere yönelik daha çok bireysel faktörler ortaya çıkmıştır ancak bu engellerle mücadelede sadece bireylere yönelik değil sisteme yönelik müdahalelerin de yapılması gerektiği anlaşılmıştır. Bu müdahaleler hekimlerin taramayı önermesi, tarama testlerine yönelik daha çok zaman ayırarak neden gerekli olduğunu anlatmasıyla başarılı olabilir.

ANAHTAR KELİMELEER: Servikal tarama, sağlık okuryazarlığı, simir testi sağlıklılık algısı

ABSTRACT

Background and aim: Cervical cancer is one of the major threats to life in women, and it is estimated that more than 1 million women in the world today have cervical cancer. Second order protection method of cervical cancer prevention strategies are; screening and treatment of precancerous lesions. Because of cervical cancer has a long asymptomatic period until clinical symptoms occur, abnormal cytological changes can be detected early by regular screening methods to prevent invasive disease. World Health Organization's recommendation; a woman who is between 30-65 years, at least once in her life, must be screened for cervical cancer by a suitable method. Even once, it is known that women who have had a smear test have a 3-fold reduction in the likelihood of dying from cervical cancer. The aim of this study is to determine the frequency of participation in the cervical cancer screening program for women aged 30 years or older who apply to some family health centers in Maltepe, by using qualitative and quantitative methods. The results obtained will enable strengthening individual and structural factors to enhance participation in such screening programs.

Methods: The observational type mixed method study population is comprised of 30 years old and over women who apply to 5 family health centers in Maltepe, Istanbul, between November 2017 and April 2018. There is no selected sample; data were collected by interviewing all women, who accepted to participate in the study, and who were literate. Data form contains sociodemographic information form and Cervical Cancer and PapSmear Test Health Belief Model scale for the quantitative part; The qualitative part consists of a semi-structured in-depth interview guide. Four questions from different dimensions of the European Health Literacy Scale were used to assess women's health literacy in the interview form. At the end of the interview form, telephone numbers were obtained from volunteers who have never had a cervical screening test in her life, for qualitative part. The research have been approved by Marmara University Medical Faculty Clinical Research Ethics Committee and Istanbul Provincial Health Directorate.

Results: The average age of 327 women participating in the quantitative study was 47.7 ± 11.3 (30-79), and %75 of the women had smear test at least once. To have

mammograms and to know what the smear test was for, found to be protected without participating in the screening test (OR (%95 GA)= 0,21 (0,08-0,56); 0,26 (0,10-0,63)). It is also found as the barrier score from the health belief model scale increase, nonadherence of the smear test increase too (OR (%95 GA)= 1,09 (1,04-1,15)). The scores of the women on the health belief model scale were related to the level of education. Women's perceived benefit motivation scores increased and their perceived barrier scores decreased as their education level increased. The benefit motivation score of the women who have done the smear test is higher and the barrier scores are lower. The themes that emerged as a result of the qualitative analysis in the direction of the health belief model are perception of health / wellness, perception of seriousness about cervical cancer, perception of the benefit of smear test, perception of barriers related to not having smear test and health literacy. The barriers associated with non-screening are mostly related to individual factors: not needing, not feeling at risk, not having a symptom, not giving priority, neglecting, worrying about worse outcome, to be afraid of gynecological examination, shame from gynecological examination, lack of time, fatalism and cultural norms. Lack of doctor's recommendation about cervical screening was reported as a barrier related to the system. Facilitating factors for participation in the screening were found to be women's awareness of the issue and effective and reliable communication with health workers.

Conclusion: Although more individual factors are emerging for the barriers related to the non-screening, it has been understood that interventions about barriers should be done not only for the individual factors but also for the system related factors. These interventions may be successful, with physicians recommendations about screening, taking more time to this issue and explain women why it is necessary.

KEYWORDS: Cervical screening, health literacy, smear test, perception of health

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
ÖNSÖZ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	x
TABLolar	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Servikal Kanser Taraması ve Dünyadaki Durum.....	4
2.2. Servikal Kanser Taraması ve Türkiye'deki Durum	6
2.3. Sağlığın Geliştirilmesi, Sağlık Davranış Modelleri Ve Tarama Programlarına Katılım	7
2.4. Katılmayı Etkileyen Faktörler	11
2.4.1. Sosyodemografik faktörler	11
2.4.2. Sağlık İnanç Modeli Ve Tarama Testlerine Katılım	14
2.4.3. Sağlık Okuryazarlığı Ve Tarama Testlerine Katılım	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri.....	19
3.3. Araştırmanın Zamanı	19
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.5. Araştırmaya Alınan Kişilerin Özellikleri	19

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri	20
3.6.1. İlk Aşama: Niceliksel Bölüm	20
3.6.2. İkinci Aşama: Niteliksel Bölüm.....	21
3.7. Veri Toplama Yöntemi	22
3.7.1. Niceliksel Bölüm.....	22
3.7.2. Niteliksel Bölüm	22
3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Değerlendirmesi	23
3.8.1. Niceliksel Bölüm.....	23
3.8.2. Niteliksel Bölüm	23
3.9. Etik Kurul Onayı ve İzin	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Niceliksel Bölüme İlişkin Bulgular.....	24
4.1.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri	24
4.1.2. Karşılaştırmalı Bulgular	34
4.1.3. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Gruplarına İlişkin Bulgular.....	36
4.2. Niteliksel Bölüme İlişkin Bulgular	41
4.2.1. Sağlık/Sağlıklılık Algısı	41
4.2.2. Tarama Testinin Yararına İlişkin Algı	47
4.2.3. Tarama Testini Yaptırmamaya Yönelik Engel Algısı.....	48
4.2.4. Sağlık Okuryazarlığı	52
5. TARTIŞMA	58
5.1. Niceliksel Bölüm.....	58
5.1.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	58
5.1.2. Kadınların Servikal Taramaya Katılımı ve Etkileyen Faktörler	60
5.1.3. Kadınların Servikal Taramaya Katılımı ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	63
5.2. Niteliksel Bölüm	64

5.3. Sınırlılık, Güçlü Yanları.....	66
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	67
7. KAYNAKLAR:	69
8. EKLER.....	75
Ek 1. Araştırmada Kullanılan Anket.....	75
Ek 2. Araştırmada Kullanılan Ölçek	79
Ek 3. Araştırmada Kullanılan Derinlemesine Görüşme Rehberi.....	82
Ek 4. Etik kurul raporu	Error! Bookmark not defined.



KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ASOY-TR: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-Türkiye

ASR: Age Standardized Rate

BKİ: Beden Kütle İndeksi

CA: Cancer

DSÖ: Dünya Sağlık örgütü

GGK: Gaytada Gizli Kan

GLOBOCAN: Global Cancer Statistics

HPV: Human Papilloma Virüs

KETEM: Kanser Erken Tanı Tarama ve Eğitim Merkezi

KYTA: Küresel Yetişkin Tütün Araştırması

MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme

REALM: Rapid Estimate Of Adult Literacy İn Medicine

RİA: Rahim İçi Araç

SİM: Sağlık İnanç Modeli

SPSS: Statistical Package for The Social Scienses

TKHRFS: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VIA/VILI: Visual İnspection with Asetic Asid/ Visual İnspection with Lugols İodin

YSH: Yaş Standardize Hız

TABLULAR

Tablo 1. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri (İstanbul, 2018).....	25
Tablo 2. Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (İstanbul, 2018).....	26
Tablo 3. Araştırmaya katılanların tütün ve alkol kullanım özelliklerine göre dağılımı (İstanbul, 2018).....	27
Tablo 4. Araştırmaya katılanların fiziksel aktivite durumuna göre dağılımı (İstanbul, 2018).....	27
Tablo 5. Araştırmaya katılanların üreme sağlığıyla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (İstanbul, 2018).....	28
Tablo 6. Araştırmaya katılanların servikal kanser taramasına katılımlarıyla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (İstanbul, 2018).....	30
Tablo 7. Servikal tarama programına hiç katılmamış olan kadınların katılmama nedenlerinin dağılımı	31
Tablo 8. Araştırmaya katılanların yaptırdıkları simir testi sayısının yaş gruplarına göre dağılımı (İstanbul, 2018).....	31
Tablo 9. Araştırmaya katılanların diğer kanser tarama testlerine katılımlarına göre dağılımı (İstanbul, 2018).....	32
Tablo 10. Araştırmaya katılanların sağlık okuryazarlığı ölçeğindeki tarama testlerine katılım ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı (İstanbul, 2018).....	33
Tablo 11. Araştırmaya katılanların simir testine katılımlarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılması (İstanbul, 2018)	34
Tablo 12. Araştırmaya katılanların simir testine katılımlarının sağlıkla ilgili bazı özelliklerine göre karşılaştırılması (İstanbul, 2018).....	35
Tablo 13. Araştırmaya katılanların simir testine katılımlarının sağlık okuryazarlığı sorularına verdikleri cevaplara göre karşılaştırılması	36
Tablo 14. Çalışmada kullanılan sağlık inanç modeli ölçeğinin alt puanları ve sağlık okuryazarlığı puanının tanımlayıcı değerleri	37
Tablo 15. Ölçek alt puanlarının öğrenim durumuna göre dağılımı (İstanbul, 2018). 37	
Tablo 16. Ölçek alt puanlarının simir testi yaptırma durumuna göre dağılımı (İstanbul, 2018).....	38

Tablo 17. Kadınların sağlık inanç modeli ölçęęi engeller kısmındaki ifadelere verdiklere cevaplara göre simir testine katılımları (İstanbul, 2018)	39
Tablo 18. Simir testi yaptırmayla ilişkili olabilecek etkenlerin ileri analiz yöntemiyle değerlendirilmesi (İstanbul, 2018)	40



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadın kanserleri meme, serviks ve over kanseri başta olmak üzere erken ölümlere sebep olmaktadır; bu kanserlerin önlenmesi ve tedavisi ile ilgili programlar büyük önem taşımaktadır(1). Serviks kanseri kadınların hayatındaki önemli tehditlerden biri olup günümüzde dünyada 1 milyondan fazla kadının serviks kanseri olduğu tahmin edilmektedir. Bu kadınların bir çoğu tanı almamıştır, bir çoğu da kendilerini iyileştirecek ya da yaşamlarını uzatacak tedaviye ulaşamamaktadır(2). Servikal kanser, 2012 yılında yaklaşık 528000 yeni vaka ile tüm kadın kanserlerinin %7,9 unu oluşturmaktadır ve 266000 ölüm ile kadınlarda kansere bağlı ölümlerin 4. en sık nedenidir. Servikal kansere bağlı ölümlerin %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Önlem alınmadığı takdirde gelecek 10 yıl içinde servikal kansere bağlı ölümlerin %25 artacağı tahmin edilmektedir (3). GLOBOCAN 2012 verilerine göre serviks kanserinin dünyadaki yaşa özel insidansı yüz binde 14, yaşa özel mortalitesi yüzbinde 6,8'dir (4).

Türkiye'deki yaşa özel insidansı ise yüz binde 4,3, yaşa özel mortalitesi ise yüz binde 1,7'dir. Türkiye'de serviks kanseri insidansı tüm kanserler içerisinde 12. sırada, jinekolojik kanserler içerisinde ise 3. Sıradadır(4).

Serviks kanserini önleme stratejilerinden primer koruma; bilinen risk faktörlerini azaltma ve HPV aşısı ile aşılama. Sekonder koruma yöntemi; tarama ve prekanseröz lezyonların tedavisidir. Tersiyer koruma ise servikal kanserin tedavisi ve palyatif tedavidir(1). Serviks kanserinin klinik bulgular ortaya çıkana dek uzun semptomsuz dönemi bulunmaktadır. Bu sebeple düzenli tarama yöntemleriyle anormal sitolojik değişiklikler erken tespit edilirse preinvaziv hastalığın invaziv kansere dönüşmesi önlenir(5).

Dünya Sağlık Örgütü serviks kanserinin ülke düzeyinde taranmasını önermektedir. Tarama yöntemi ve tarama sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. Ancak kesin öneri; bir kadının, hiç değilse hayatında bir kere, 30-65 yaş arasında uygun bir yöntemle servikal kanser açısından taranmasıdır. Bir kez bile olsa simir testi yaptıran kadınların servikal kanserden ölme olasılığının 3 kat azaldığı bilinmektedir (6, 7).

Türkiye’de serviks kanseri önemli bir hastalık yükü oluşturmamakla beraber Dünya Sağlık Örgütü önerileri doğrultusunda 1992 yılından itibaren servikal simir yöntemiyle taranmaktadır. Kanser Daire Başkanlığı tarafından, ulusal çapta kurulan Kanser Erken Tanı Tarama ve Eğitim Merkezleri’nde (KETEM) 30-65 yaşındaki semptomu olmayan kadınların 5 yılda bir servikal simir testini yaptırmaları planlanmıştır ancak simir tabanlı yapılan bu tarama istenen %70 kapsayıcılığa ulaşamamış, hedef kadın nüfusun ancak %20’si tarama programı kapsamında taranabilmiştir. Bu nedenle strateji değişikliğine gidilmiş, servikal taramanın esas olarak HPV testi ile yapılması, Aralık 2012’de karara bağlanmıştır. Yeni ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaşındaki kadınların 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan vakaların tekrar değerlendirilmesi planlanmıştır. HPV testinin aile sağlığı merkezlerinde uygulanmasına karar verilerek, 2014 yılı ortasında taramaya başlanmıştır(8).

TÜİK sağlık araştırması 2012 verilerine göre 15 yaş ve üzeri kadınların simir testi yaptırmama oranı %77,9dur (9). Türkiye’de servikal kanser tarama programına katılım ile ilgili çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardata tarama testi yaptırmama oranı %45-84 aralığında bulunmuştur (10-19). Literatürde katılmayı etkileyen faktörler kadının çalışma durumu, eğitim düzeyi, yaşı, etnik kökeni, medeni durumu, evlilik süresi, doğum sayısı, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, sosyal güvence varlığı, vücut kitle indeksi, sigara içiciliği, sosyal destek varlığı, serviks kanseri ve taraması ile ilgili bilgisi, sağlık inançları ve algıladıkları engellerdir. Bu engeller genellikle utanma, korku, anormal sonuç kaygısı, erkek doktorun işlem yapmasından rahatsız olma, sağlık hizmetlerine ulaşamama, zaman bulamama, ihmal etme, tarama prosedürlerini iyi anlamama, hekime güvensizlik, sağlık personeliyle etkili iletişim kuramamaktır (10-28). Sağlık okuryazarlığı da kanser tarama programına katılımın önemli bir belirleyicisidir. Sağlık okuryazarlığı ve servikal kanser taramasına katılma arasında pozitif bir ilişki söz konusudur(29-33).

Servikal kanser tarama programına katılımı belirleyen etkenler konusunda Türkiye’de yapılmış çalışmalar bulunmaktadır(14, 15, 17, 18, 24, 34-39) ancak kısıtlı sayıda çalışmada sağlık okuryazarlığının değerlendirildiği görülmektedir(39). Ayrıca konuyla ilgili niteliksel çalışmaların sayısı da yetersizdir (17, 18). Bu nedenle bu

çalışmanın amacı Maltepe ilçesindeki bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 30 yaş ve üzerindeki kadınların servikal kanser tarama programına katılım sıklığını belirlemek, katılımı ilişkili olan etkenleri niceliksel ve niteliksel yöntemler kullanarak incelemektir. Servikal tarama programının aile sağlığı merkezlerinde yürütülmesinin sonucu olarak konuya olan ilginin artmış olması sebebiyle çalışmamız günceldir. Ayrıca çalışmamızın Niteliksel komponenti, katılmama nedenleri ile ilgili derinlemesine bilgi elde edilmesine olanak sağlayacaktır. Bu tür karma metod çalışmaları tarama programına katılmama davranışını anlamak açısından daha güçlü tasarımlardır. Elde edilen sonuçlar bu tür tarama programlarına katılımın artırılması için bireysel ve yapısal faktörlerin güçlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Servikal Kanser Taraması ve Dünyadaki Durum

Serviks kanseri dünya genelinde kadınlarda en sık (528 000 yeni vaka) görülen dördüncü kanser olup, kansere bağlı ölümlerin (266 000 ölüm) dördüncü en sık nedenidir (2012). Hastalık daha çok düşük gelirli ülkelerdeki kadınları etkilemektedir. Küresel yükün %70'i gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere kaynaklanmaktadır, tüm yeni vakaların beşte birinden fazlası Hindistan'da tanı almaktadır (3).

Serviks kanseri insidans oranları ülkeden ülkeye büyük değişiklik göstermektedir. Dünyadaki 184 ülkenin 39'unda kadınlarda en sık görülen kanser servikal kanser olup, 45 ülkede de kadınlarda kansere bağlı ölümlerin en sık sebebidir. Bu ülkeler esas olarak Sahra altı Afrika, Asya'nın bazı bölgeleri ile Orta ve Güney Amerika'daki bazı ülkelerdir. En düşük insidans oranları Batı Avrupa, Kuzey Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda ve Doğu Akdeniz bölgelerindedir(3). Avrupa'da Doğu Avrupa Ülkeleri ile Balkan Ülkeleri'nde yıllık insidansyüzbinde 24-40 arasındadır. Buna karşılık Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yıllık insidansyüzbinde 16 ve daha altındadır(4). Son 30 yılda servikal kanser oranları birçok ülkede ekonomik gelişime ve etkili sekonder koruma programlarına bağlı olarak azalmıştır. Bazı doğu Avrupa ülkelerinde ve eski Sovyet devletlerinde ise cinsel davranış değişiklikleri ve toplumdaki artmış riskli HPV tipleri ve etkili olmayan tarama programları nedeniyle servikal kanser sıklığı artmaktadır (3).

Dünya Sağlık Örgütü serviks kanserinin ülke düzeyinde taranmasını önermektedir. Tarama yöntemi ve tarama sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. Ancak kesin öneri; bir kadının, hiç değilse hayatında bir kere, 30-65 yaş arasında uygun bir yöntemle servikal kanser açısından taranmasıdır (6, 7). Tarama yöntemi ülke şartlarına göre: Sitoloji (servikalsimiri), HPV Testi, Sitoloji/HPV cotesting, VIA/VILI (asetik asit ya da Lugol ile gözlemsel muayene), See and Treat (şüpheli görünen serviksten eksizyonel biyopsi) olabilir. Tarama sıklığı da ülke şartlarına göre 2, 5, 10 yıl arayla veya kadının hayatında bir kere olabilir. Ancak; hiçbir zaman tarama aralığının 2 yıldan az olması önerilmemektedir(40).

Günümüzde tüm ülkelere uyum sağlayacak kesin bir servikal tarama stratejisi bulunmamakla birlikte; yeterli kalite sağlanması şartıyla iki yılda bir smear veya üç yılda bir cotesting veya 30 yaşından sonra beş yılda bir HPV testi ile tarama önerilmektedir(2)

Gelişmiş ülkelerdeki tarama programları; İlk toplum tabanlı kanser tarama programları orta ve yüksek gelirli ülkelerde 1960-1980'lerde servikal kanser taraması için başlatılmıştır. Bu programlar konvansiyonel sitoloji yöntemiyle yapılmakta olup servikal kanser mortalitesinde %50-80 oranında azalma sağlamıştır. Son yıllarda daha doğru ve etkili sonuçlar verdiği için HPV testi primer tarama testi olarak kabul edilmektedir(3).

Gelişmekte olan ülkelere tarama programları; Bir süredir orta gelirli ülkelerde de geniş çaplı servikal tarama programları yürütülmektedir. Bu tarama programlarının kapsamının yetersizliği, sitolojik taramanın kaliteli olmaması, tarama testi pozitif olan kadınların ileri tanı ve tedaviye katılımlarının düşük olması, izlem sistemlerinin yetersizliği gibi nedenlerle insidans ve mortalite üzerindeki etkileri sınırlıdır. Latin Amerika bu yaklaşımları yeniden değerlendirerek servikal kanser taraması için HPV testi ve HPV aşısı tanıtım kampanyaları yapmıştır. Kendi kendinden örnekleme yöntemi araştırıldığında özellikle tarama testlerine ulaşmakta zorlananlarda katılımı artırdığı bulunmuştur. Arjantin ve Meksika gibi ülkelere HPV testi rutin tarama programına aşamalı olarak entegre edilmektedir(3).

Gelişmemiş ülkelere tarama programları; Afrika, Asya, Orta Amerika'daki düşük gelirli ülkeler servikal kanser yönünden yüksek risk altındadır. Kısıtlı kaynaklar ve sağlık hizmetlerinin yetersizliği tarama programlarının tanıtımını olumsuz etkilemektedir. Sitolojik tarama yöntemlerinin zorluğu nedeniyle alternatif tarama metodları ve algoritmaları gündeme gelmektedir. HPV testi, serviksin asetik asitle inspeksiyonu, tek ziyaret yaklaşımıyla tanı ve tedavinin aynı oturumda yapılması diğer alternatif yaklaşımlardır. Bangladeş, Hindistan'daki Tamil Nadu bölgesi, Tayland, Zambia, Çin ve Sahra altı Afrika'daki bazı ülkeler ve Orta Amerika'da yakın zamanda yapılan çalışmaların sonuçları serviksin asetik asit ile incelenmesinin tarama testi olarak kullanılmasını teşvik etmektedir. Bu testin uygulanması HPV testinin yaygınlaşması için de alt yapı sağlayacaktır(3).

Tarama testleri verimlilik ve etkililik açısından küresel olarak gelişmektedir. Yeni araştırmalar yeni tarama testlerinin de bazı ülkelerde planlama ve organizasyon aşamasında olduğunu ortaya koymaktadır. Yakın gelecekte HPV aşı programlarının, bu viralenfeksiyonu ve prekanseröz lezyonları azaltacağı öngörüldüğünden daha hassas ve objektif tarama yöntemlerinin gerekliliğine ihtiyaç doğacaktır(3).

Toplum tabanlı tarama çalışmaları; yüksek gelirli ülkelerde kanser kontrolünün önemli bir parçasını oluştururken, kanserin son evrede tanı aldığı ve kayıtlara geçmediği düşük ve orta gelirli ülkelerin politikalarında yer almamaktadır. Son çalışmalar, hastalığa ve tarama programlarına dikkat çekerek erken tanı ve tedavi için yeni yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Kanser yükünü azaltmak tarama programını toplumun kabul etmesine, programın kapsamlı ve iyi yapılandırılmış olmasına, sağlık sisteminin tanı ve tedavi hizmetlerinin kapasitesine, yeterli kaynak sağlama konusunda kararlı olunmasına bağlıdır(3).

Uluslararası işbirliği; tarama programlarının uygulanmasındaki aksaklıklardan, gereksiz harcamalardan ve gecikmelerden kaçınma ve başarılı metodlarla ilgili bilgi paylaşımı yapılması açısından önemlidir(3).

Tarama programının yaygın olarak uygulandığı gelişmiş ülkelerde başarı daha fazladır. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde tarama programları sistematik ve yaygın biçimde yapılamamakta, bunun sonucunda da bu ülkelerde serviks kanseri halen çok sayıda ölüme neden olmaktadır. Günümüzde serviks kanseri kaynaklı ölümlerin %90 ı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir(41).

Otuz sekiz ülkede taramanın uzun dönemde servikal kanser insidansına etkisi araştırıldığında hastalığın yaşa standardize insidansı ve mortalite hızı yüksek gelirli ülkelerde daha fazla azalma eğilimindeyken düşük gelirli ülkelerde belirgin bir değişikliğin gerçekleşmediği saptanmıştır(42).

2.2. Servikal Kanser Taraması ve Türkiye'deki Durum

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kanser Dairesi 2014 verilerine göre kadınlarda tüm kanserlerin yaşa standardize edilmiş hızı (YSH; Age Standardized Rate, ASR) 100.000'de 173,6, serviks kanserinin ise 4'tür. Serviks kanseri toplam olgu sayısının yaklaşık yüzde 2,3'ünü oluşturmaktadır. Servikal kanser ülkemizde kadınlarda en sık

görülen kanserler arasında meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu, akciğer, mide, over, nonHodgkin lenfoma ve beyin kanserinden sonra 10. sırada yer almaktadır(43).

Türkiye’de serviks kanseri önemli bir hastalık yükü oluşturmamakla beraber Dünya Sağlık Örgütü önerileri doğrultusunda 1992 yılından itibaren servikal simir yöntemiyle taranmaktadır. Kanser Daire Başkanlığı tarafından, ulusal çapta kurulan Kanser Erken Tanı Tarama ve Eğitim Merkezleri’nde (KETEM) 30-65 yaşındaki semptomu olmayan kadınların 5 yılda bir servikal simir testini yaptırmaları planlanmıştır ancak simir tabanlı yapılan bu tarama istenen %70 kapsayıcılığa ulaşamamış, hedef kadın nüfusun ancak %20’si tarama programı kapsamında taranabilmiştir. Bu nedenle strateji değişikliğine gidilmiş, servikal taramanın esas olarak HPV testi ile yapılması, Aralık 2012’de karara bağlanmıştır. Yeni ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaşındaki kadınların 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan vakaların tekrar değerlendirilmesi planlanmıştır. HPV testinin aile sağlığı merkezlerinde uygulanmasına karar verilerek, 2014 yılı ortasında taramaya başlanmıştır(8).

Ülke çapında toplum tabanlı serviks kanseri taramaları Aile Sağlığı Merkezleri ile Toplum Sağlığı Merkezi bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülür. Halk Sağlığı Müdürlüğünde, serviks kanseri tarama çalışmalarının koordinasyon, kayıt, izlem ve bildiriminden Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi sorumludur. Aile Sağlığı Merkezi’nde veya KETEM’de eğitimli sağlık personeli tarafından uygulama yapılır. Uygulama öncesinde Kanser Dairesi tarafından hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formları imzalatılır. Bireylere serviks kanseri ve taraması hakkında gerekli bilgi verildikten sonra, kişi taramayı reddedebilir. Bu durumda kişinin kendi rızası ile HPV veya Pap-smear testini istemediğine dair imzalı beyanı alınır ve sisteme kaydedilir. Bir yıl sonra taramaya tekrar çağırılır (44).

2.3. Sağlığın Geliştirilmesi, Sağlık Davranış Modelleri Ve Tarama Programlarına Katılım

Sağlığın geliştirilmesi kavramının yıllar boyunca pek çok değişik tanımı yapılmıştır. Sağlığın geliştirilmesi multidisipliner bir kavramdır ve halen çözümlenememiş bileşenler barındırmaktadır (45). Ottawa’da sağlığın geliştirilmesi, kişilerin kendi

sağlıkları üzerinde kontrollerini artırmayı ve sağlıklarını geliştirmelerini olanaklı kılan bir süreç olarak tanımlanmıştır (46).

Günümüzde temel sağlık hizmetleri ışığında hastalıkların tedavisinden daha çok sağlığın korunmasının ve geliştirilmesinin etkili olduğunun anlaşılmasıyla beraber sağlığı geliştirme davranışlarına ve sağlıklı yaşam tarzı oluşturmaya verilen önem artmaktadır. Kişilerin kendi sağlıklarını iyileştirme, kontrol etme ve tam bir sağlık potansiyeline ulaşmalarında sağlığın geliştirilmesi çalışmaları büyük önem taşımaktadır. Bu şekilde bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam biçiminin iyileştirilmesi, kişilerin sağlıklarını korumaya dair kendi görevlerini algılayıp, riskli davranışlardan uzaklaşarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları çok önemlidir(47).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile verilen sağlık eğitimi, organizasyonel, ekonomik ve çevresel tabanlı tüm desteklerin bileşimi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi (Health Promotion) olarak adlandırılmaktadır. Sağlığı geliştirmedeki amaç doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine ulaşmasının sağlanmasıdır. Sağlığın korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, kişilerin kendi sağlıkları üzerinde kontrol yetenekleri artırılmalı; sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımları sağlanmalıdır(48). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık sorunlarının çözümünde 'Herkes İçin Sağlık' politikası ile birlikte sağlığı geliştirme 'Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmada önemli bir strateji olarak ele alınmaktadır (49).

Uluslararası alanda Sağlığı Geliştirme konulu 7 konferans yapılmıştır. Bunlar:

1. 1986-Ottawa sağlığı geliştirme bildirgesi,
2. 1988-Adelaide Sağlığı Geliştirme Konferansı (Sağlıklı toplum politikaları konferansı)
3. 1991-Sundsvall Sağlığı Geliştirme Konferansı (Destekleyici çevreler konferansı)
4. 1997- Jakarta Sağlığı Geliştirme Konferansı (Yeni alan için yeni oyuncular: Sağlığı geliştirmeyi 21. Yüzyıla taşımak)
5. 2000-Mexico City Sağlığı Geliştirme Konferansı (Sağlığı geliştirme: eşitlik boşluğuna köprü kurmak)

6. 2005-Bangkok Sağlığı Geliştirme Konferansı ve Bildirgesi (Küreselleřmiř bir dñnyada Bangkok sağlığı geliştirme bildirgesi)
7. 2009-Nairobi Sağlığı Geliştirme Konferansı (Sağlığı geliştirme ve kalkınma, uygulamadaki boşlukları giderme) (50).

Sağlığı geliştirme stratejileri, hem bireylerin beceri ve yeteneklerini geliştirmeye, hem de toplumun ve bireylerin sağlığını etkileyen çevresel, sosyal ve ekonomik koşulları değiştirmeye öncelik verir. Sağlığı geliştirme uygulamalarında en önemli yaklaşımlar bireysel, toplumsal ve kurumsal güçlendirme yaklaşımıdır. Sağlığı geliştirme stratejileri beş alanı kapsamaktadır. Bunlar; 1- Toplumunu güçlendirme 2- Bireysel güçlendirme (sağlık okur-yazarlığı, sağlık eğitimi), 3- Sağlık sistemini güçlendirme, 4- Sağlığı geliştirmede kapasiteyi arttırma 5- Sağlıklı kamu politikaları inşa etmek ve sektörler arası işbirliğidir. Bu stratejilerin uygulanmasında, sağlık alt yapısı ve toplumun sosyo-kültürel yapısına göre farklılıklar olmakla beraber; iletişim teknikleri, sosyal pazarlama, sağlık okur-yazarlığı, karşılıklı yardım grupları, savunuculuk, liderliği geliştirme, kurumsal değişim ve politika geliştirme sıklıkla kullanılan araçlardır(49).

Kadınlarda kanser erken tanı davranışlarının kazandırılmasında kullanılan pek çok model bulunmaktadır. Bu modeller, Sağlık İnanç Modeli, Transteorik Model, Planlanmış Davranış Teorisi , Sosyal Öğrenme Teorisi, Precede-Proceed Model ve Sağlığı Geliştirme Modeli'dir.. Bu modellerden Sağlık İnanç Modeli, sağlık taramalarının artırılmasında en çok kullanılan modeldir. Bunun yanında sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında Sağlığı Geliştirme Modeli de zaman zaman kullanılmaktadır (51).

Pender 1987 yılında sağlık inanç modeline sağlığı koruma kavramını ekleyerek sağlığı geliştirme modelini tanımlamıştır. Modelin esas fikri sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam tarzı oluşturmak ve davranışları sağlıklı olacak şekilde değiştirmektir. sağlıklı yaşam biçiminin iki bileşeni vardır: bunlar sağlığın geliştirilmesi ve sağlığın korunmasıdır. bu modele göre sağlığı geliştiren davranışlara ilişkin 7 bilişsel etken şunlardır; sağlığa verilen değer, öz yeterlilik, algılanan sağlık durumu, sağlıkla ilgili alınan kontrol, sağlığı geliştiren davranışların algılanan yararı, sağlığın bireysel tanımı, sağlığı geliştiren davranışlar ile ilgili algılanan engeller(52).

Bu modelde yer alan diğerk bir kavram sağlık sorumluluğudur. Sağlık sorumluluğu, herkesin kendi sağlığından sorumlu olması ve gerektiğinde sağlık hizmeti aramasını ifade etmektedir. kişilerin sağlığıyla ilgili sorumluluk düzeyi; bireyin kendini ve vucudunu taniması, sağlığında bir değişiklik olduğunda sağlık kurumuna başvurması, sağlıkla ilgili konularda bilgilerini guncellemesi, sağlıkla ilgili yayınları okuması, sağlığını takip etmesi, sağlığı bozulduğunda gereken onlemleri alması ile belirlenmektedir. Bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyinin saptanması davranış değiştirmek için yapılacak planlamalarda sağlıklarına ne seviyede katıldıklarını saptamak açısından önemlidir (53).

Demografik değişkenler, kişiler arası ilişkiler, biyolojik ozellikler, koşullar, fırsatlar ve onceki davranışlarla ilgili deneyimler algıya dayalı süreci etkilemektedir. Kişinin sağlıkla ilgili inançlarını aile; hastalık ve sağlıkla ilgili inançlarını ise geçmiş deneyimleri belirlemektedir. Bu model korunma ve tedavi ile ilgili sağlık davranışlarının sürdürülmesi ya da sağlıkla ilgili davranış ve düşüncelerinin değiştirilmesi amacıyla kullanılmaktadır(52).

Downie ve arkadaşlarına göre koruyucu hizmetler (aşılama, serviks taramaları, hipertansiyon vakalarını saptama, vb.) sağlığı geliştirme ile ilgili önemli eylemlerden biri olarak tanımlanmaktadır(45).

Kişisel ve toplumsal düzeyde sağlığın geliştirilmesi; kişisel risk faktörlerini anlamasına ve azaltmasına yardımcı olmak, zararlı davranışlardan kaçınıp yaşam tarzı değişikliklerinde bulunmasını sağlamak, sağlık programlarında önemli rol oynamaktadır. Bir çok ülkede korunma geri planda kalsa da, bu konudaki artan çabalar sonucunda daha önemli konuma gelmiştir. Sağlığın geliştirilmesi pek çok farklı yolla mümkündür. Servikal kanser için ise 3 farklı strateji vardır. Bunlar primer korunma (HPV aşısı), sağlık eğitimi ve danışmanlıktır(54).

Lider kadın eğitimleri ile kadınlarda toplumu güçlendirme stratejisinin sağlıklı yaşam biçimi kazandırma davranışlarına ve karar mekanizmalarına katılmaya etkisini değerlendirmenin amaçlandığı bir çalışmada sibir aldırma oranı müdahale grubunda çok daha yüksek bulunmuştur (55).

2.4. Katılmayı Etkileyen Faktörler

2.4.1. Sosyodemografik faktörler

Limmer ve arkadaşlarının servikal taramalara katılımı ile ilgili inceledikleri çalışmaların büyük kısmında yüksek öğrenim düzeyi ve yüksek gelir durumu katılımı istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif ilişkili bulunmuştur. Sağlık sigortası varlığı ve daha fazla gelirin olması kadınların servikal taramaya katılma olasılığını artırmaktadır. İnceledikleri çalışmaların 7'sinde genç olmanın, 4'ünde yaşlı olmanın katılımı artırdığını, 7 çalışmada önemli yaşam olayları, duygudurum bozuklukları, tarama ile ilişkili korkular gibi psikososyal konuların taramaya katılım ile ilişkili olduğunu saptadılar. 7 çalışmada evli olmak pozitif ilişkilibulunurken, 4 çalışmada zamanla ilişkili problemler katılımı etkilemekteydi. 3 çalışma sigara içen kadınların tarama testlerine daha az katıldığını, 2 çalışma normal vücut kitle indeksinde olmanın pozitif ilişkili olduğunu, 2 çalışma ağrının negatif belirleyici olduğunu göstermektedir. 2 çalışmada meme kanseri taramalarına katılanların servikal taramaya daha çok katıldığı bulunmuştur. Sağlık hizmetlerinin tutarlılığı ve tarama testi uygulayıcılarının tavsiyeleri de katılımı etkili bulunmuştur(56).

İspanya'da yapılan bir çalışmada 25-64 yaşındaki kadınlarda son 3 yılda simir testi yaptıran oranı %66 bulunmuş; katılımı etkileyen faktörlerden evli olmak, yüksek öğrenim ve yüksek gelir düzeyi, yakın zamanda pratisyen hekim ziyareti pozitif yönde ilişkili, yaşlı grupta olmak ve obez olmak negatif yönde ilişkili bulunmuştur (57). Aynı araştırmacıların yaptığı başka bir çalışmada ise servikaltaramaya katılma yüksek gelir düzeyi ve sağlıklı beslenme ile ilişkili bulunmuştur (58).

Amerikalı kadınların etnik kökene göre katılımının araştırıldığı bir çalışmada hispanik kökenli ve daha yaşlı olanların tarama kılavuzlarına uyma olasılıkları daha düşük bulunmuştur. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, ekonomik olması, sağlık personelinin önerileri servikal taramaya katılımın diğer belirleyicileridir(59). Latin kadınların servikal tarama testlerine katılımı araştırıldığında kanserle ilgili eğitime katılanların, 6yıldan fazla eğitim alanların çocuk sahibi olanların taramaya katılma eğilimleri daha yüksek bulunmuştur(60).

Farklı etnik kökenli kadınlarda servikaltaramya katılımın sosyodemografik belirleyicileri araştırıldığında genel sağlık sigortası varlığı pozitif ilişkili, sigara içiciliği negatif ilişkili bulunmuştur(61). Filipinli ve Koreli göçmenlerle yapılan çalışmada taramaya katılım en çok amerika'dayaşama süresi ve semptomu yokken sağlık kontrolüne gitme ile ilişkili bulunmuştur (62). Yine azınlıklarla yapılmış bir çalışmada Afrikan-Amerikan, lise mezunu, sağlık güvencesi olan kadınlar taramaya daha çok katılırken, Hispanik, 50 yaş üzeri ve Amerikasınırları dışında doğanlar servikal taramaya daha az katılmaktadır (63). 30 yaş altında ve 50 yaş üstündeolan, evli olmayan, düşük öğrenim düzeyindeki, Ortadoğu veya Asya doğumlu kadınların simir testini kabul etmeleri daha düşüktür (64).

Beden dismorfik bozukluğu olanların tarama davranışından kaçındığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır(65). Toplum sağlığı merkezinde yapılan bir çalışmada sağlık sigortası, yaş, öğrenim düzeyi, taramayla ilgili kişisel inançların tarama davranışıyla ilişkili olduğu bulunmuştur(66)

Amerika'da genç kadınlarda yapılan bir çalışmada genel sağlık sigortası varlığı ve doğum kontrol yöntemi kullanımı katılımı artırmaktadır(67). Diğer bir çalışmada taramaya katılım oranı %84; sağlık güvencesi varlığı, normal vücut kitle indeksi, duygu durum bozukluğu olmaması, tarama testi ve hpvenfeksiyonu hakkında bilgi sahibi olma katılmayla ilişkili etkenler olarak bulunmuştur (22). Meksikada yapılmış bir çalışmada simir testine dair bilgi eksikliği , korku/utanma, eş/partnerin testi kabul etmemesi düşük katılımı ilişkili bulunmuştur(68).

İsviçrede yapılan bir çalışmada yaş, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi, çalışma süresi refakatçi ve hpv bilgisi taramaya katılmada etkili bulunmuştur (69).Sağlık personeli ve hasta iletişiminin taramaya etkisinin araştırıldığı bir derlemede genel görüş sağlık personeli tavsiyelerinin, bilgilendirmenin ve karara ortak olmanın katılımda etkili olduğu yönündedir (70).

Bir metaanaliz çalışmasında rutin taramalara katılmayan kadınlardan kendi kendinden örnekleme kiti gönderilen kadınlarda katılımın kontrol grubuna göre 2 kat arttığı saptanmıştır (71, 72). Başka bir metaanaliz çalışması yüksek öğrenim düzeyindeki kadınların servikal taramaya daha çok katıldığını vurgulamaktadır(20).

Konuyla ilgili ülkemizde yapılmış çalışmalar da bulunmaktadır. Akyüz ve arkadaşlarının 265 kadınla yaptığı bir çalışmada %51,3'ünün daha önce en az bir kez

simir testi yaptırdığı; simir yaptırma oranının kadınların yaşı, evlilik süresi, doğum sayısı, simir testi ile ilgili bilgi düzeyi ve serviks kanseriyle ilgili risk algılamalarıyla arttığı bulunmuştur(14).

Bal'ın 485 kadınla yaptığı çalışmada kadınların %30.3'unun simir testi yaptırdığı saptanmıştır. Taramaya katılım ile eğitim düzeyi ve çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların %92'si servikal kansere yakalanma risklerinin olmadığını, %77.5'i ise simir testi yaptırmasını gerektirecek herhangi bir şikayetin olmadığını belirtmiştir. Testin yapılmasına ilişkin en önemli engel ise utanma ve kadın hekim isteği olarak saptanmıştır(35).

Esin ve arkadaşlarının 300 kadınla yaptığı çalışmada test yaptırmama nedenleri incelendiğinde servikal kanser açısından risk altında hissetmemek ve testi yaptırmak için nereye gideceğini bilmemek katılmamanın en önemli belirleyicileri olarak ortaya çıkmıştır(24).

Konuyla ilgili niteliksel çalışmalar da bulunmaktadır. Karma yöntemle yapılan bir çalışmada odak grup görüşmelerinde engellerle ilgili ortaya çıkan temalar, sağlık personeli ve hasta iletişimi, korku ve utanç, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü, sağlığın sosyal belirleyicileri (düşük okuryazarlık, farkındalık eksikliği ve sağlık güvencesinin olmaması), aile ve arkadaş tavsiyeleri olmuştur. Hiç tarama yaptırmamış kadınlar sağlık personeli tarafından tarama testi önerilmemiş, taramadan konuşurken rahatsız olan ve düzenli sağlık hizmeti alamayan kadınlardır. Testin ağrısız ve rahat uygulanması, arkadaş-aile tavsiyesi semptomların ortaya çıkması gibi kolaylaştırıcı faktörleri de daha fazla vurgulamışlardır(28).

Kwok ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doktor tavsiyesi güçlü bir motivatör, kadın doktorun uygulaması, hatırlatma mektubu, testin ücretsiz olması katılımı teşvik ediciyken, ulaşım ile ilgili sıkıntılar, kültürel inançlar ve önceki ağırlı deneyimler tarama davranışının önündeki engeller olarak belirlenmiştir(73). Bir diğer niteliksel çalışmada taramaya ihtiyaç duymama, istememe ve öncelik vermeme önemli temalar olarak ortaya çıkmıştır. Sağlıklı hissettikleri sürece katılmayı tercih etmeme, olumsuz vücut algısı, düşük benlik saygısı, jinekolojik muayeneden rahatsızlık duyma, kötü sonuç çıkar kaygısı katılmamaya yol açmaktadır(74). Sırbistan'da yapılan bir çalışmada koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili sosyokültürel inançlar, tarama koşullarıyla ilgili bilgi eksiklikleri, toplumsal

cinsiyet rolleri, halk sağlığı eğitiminin yetersizliği, sağlık hizmetlerinin hasta dostu olmaması, ekonomik gúçlükler taramanın önündeki engeller olarak ortaya çıkmıştır(75).Amerikada yaşayan Müslüman kadınların tarama konusunda karşılaştığı zorluklar araştırıldığında dil, ulaşım, güvence, ailesel baskılar, kültürel ve dini inançlar ön plana çıkmıştır (76). Malezyada yapılan niteliksel bir çalışmada testle ilgili bilgi eksikliği, erken tanının önemine dair farkındalığın olmaması, cinsel yolla bulaşan HPV enfeksiyonunun dolayısıyla cinsel aktivitenin rahim ağzı kanseriyle ilişkisini bilmedikleri ortaya çıkmıştır (77).

Ersin ve arkadaşları 35 kadınla odak grup görüşmesi yapmış servikal tarama yaptırmanın önündeki engeller olarak servikal kanser ve erken tanısı hakkında bilginin yetersiz olması, ihmal, utanma, korku, sağlık güvencesinin olmaması, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşama, ekonomik sorunlar, erkek doktora muayene olmak istememe, kaderci yaklaşım ön plana çıkmıştır. Kolaylaştırıcı faktörler ise sağlık personelinin ilgili ve toleranslı olması, hizmetin ücretsiz olması, hizmete kolay ulaşmak ve hatırlatıcı telefon görüşmeleri olarak bulunmuştur(17). Emel Taşçı Duran daha önce hiç simir testi yaptırmamış olan 11 evli kadınla derinlemesine görüşmüş kadınların simir testi ile ilgili farkındalıklarının yetersiz olduğunu saptamış, öne çıkan üç tema bilgi düzeyi, sağlık inançları ve engel algıları olarak bulunmuştur(18).

2.4.2. Sağlık İnanç Modeli Ve Tarama Testlerine Katılım

Sağlık inanç modeli 1950 yılında geliştirilmiş olup sağlık davranışının kişilerin sosyodemografik özellikleri, bilgi ve tutumlarının sonucunda oluştuğunu öne süren bir görüştür. Sağlığın sürdürülmesi, koruyucu müdahale araştırmalarının planlanmasında ve sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanmasında kullanılmaktadır. Modele göre sağlık davranışı, hastalığın önemini algılama ve harekete geçilmesinin sağlayacağı yararı algılamayla ilişkilidir. Kişisel inançları değiştirmek davranış değişikliği oluşturmak için gereklidir(50). Eğer bireylerin hastalıkla ilgili hassasiyetleri varsa,bireyler hastalığı ve sonuçlarını önemsiyorsa, taramaların faydasının ve tarama ile engellerin farkındaysa ve tarama ile ilgili pozitif eyleme geçiriciler varsa doğru sağlık davranışı ortaya çıkmaktadır(78). Örneğin, kanser olma hassasiyeti olan bir kişi, kanserin kötü etkilerine maruz

kalmaktansa, parasızlık, zamansızlık, sağlık kurumuna ulaşamama gibi engellerin üstesinden gelerek sağlık taramalarını yaptıracaktır(79).

Sağlığı geliştirme aktivitelerinde 1970-1980 yılları arasında meme kanseri taramaları, kan basıncı taramaları, sigara bırakma, bağışıklama ve koruyucu sağlık davranışları konularında sağlık inanç modelinden yaygın bir şekilde faydalanılmıştır. Bununla beraber model tek bir sonucun ciddiyetine odaklanarak karar verme sürecini değerlendirdiği ve olumlu ya da olumsuz diğer sonuçları yok sayarak insan davranışlarının karmaşıklığını göz ardı ettiği konusunda eleştirilmiştir(52).

Araştırmacılar sosyodemografik faktörlerin koruyucu sağlık davranışlarını etkilediğini; ancak sağlık hizmetleri ücretsiz olsa bile, düşük sosyo-ekonomik düzeyli kişilerin sağlık hizmetini daha az kullandıklarını fark etmişlerdir. Bu durum sağlık davranışının başka faktörlerin etkisi altında olduğunu ortaya koymuştur(80). Rosenstock, 1966'da bunun nedenini açıklamak için Sağlık İnanç Modelini ilk defa kullanılabilir biçimde geliştirmiştir. İlerleyen yıllarda Becker ve arkadaşlarının çalışmalarıyla model genişletilmiştir(81)

SİM, kişiyi sağlıklı davranışlara neyin motive ettiğini, hastalıklarını kontrol altında tutmak ve sağlık taramalarını yaptırmak için nasıl harekete geçtiklerini anlamak üzere SİM bileşenlerini belirlemeye ilişkin yapılan niteliksel çalışmalar; SİM'in temel bileşenlerinin ciddiyet, yarar, duyarlılık ve engel algısı olduğunu saptamıştır. Yeterlilik/öz etkililik ise modele daha sonra eklenmiştir (79)

Sağlık İnanç Modeli başta meme kanseri taramaları olmak üzere prostat, serviks, testis kanseri taramaları, diyabet yönetimi, hipertansiyonda tedaviye uyum gibi birçok durumda sağlık davranışlarının nedenlerinin incelenmesinde kullanılmaktadır. Sağlık inançlarını değerlendiren ölçeklerde SİM'in farklı versiyonlarının kullanılması, modelde yer alan bileşenlerin birbiri ile olan ilişkisinin net olarak açıklığa kavuşturulmamış olması, modelin sosyal çevre veya kültürel normlardan kaynaklı engellerin etkisini dikkate almaması en önemli kısıtlılıklarıdır(82).

Tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için geliştirilmiş olan Sağlık İnanç Modeli sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. Modelin en güçlü kısmının algılanan engeller

kısmı olduğu belirtilmiştir(51). Servikal tarama programlarına katılımın belirleyicilerini araştıran bir çok çalışmada bu model kullanılmıştır(13, 15, 23-27).

Sağlık inanç modelini rehber olarak yapılan deneysel ve yarı deneysel çalışmalara bakıldığında Pirzadeh ve Mazaheri (2012) tarafından SİM'in rehber olarak alındığı yarı deneysel çalışmada simir taramalarına katılımın arttığı belirlenmiştir. Gracewanzhen ve arkadaşlarının 30 toplum tabanlı sağlık merkezinde yürüttüğü SİM rehberliğindeki girişimin servikal kanser taramalarına katılımı artırdığı belirlenmiştir (83, 84).

Türkiye'de yapılmış çalışmalara bakılacak olursa serviks kanseri taramalarına katılımın değerlendirildiği iki tez çalışmasında taramaya katılmada, engel algısının, yarar, duyarlılık ve ciddiyet algılarının etkili olduğu belirlenmiştir (37, 38). Bal'ın sağlık inanç modeli ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada simir testi yaptıran kadınlarda Sağlık İnanc Modeli Ölçeği alt gruplarından ciddiyet, yarar/motivasyon, sağlık motivasyon puan ortalamaları yüksek iken, engel puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir(35). Karabulutlu ve arkadaşları sağlık inanç modeli ölçeğini kullandıkları kadınların bilgi düzeyini artırmanın tarama testi yaptırmaya etkisini araştırdıkları çalışmanın sonunda 66 kadından %45,5'inin simir testi yaptırdığını; eğitimlerin ve danışmanlık hizmetinin bir sonucu olarak kadınların yarar motivasyon algılarının arttığını engel algılarının azaldığını ortaya koymuşlardır(12). Gökgöz ve arkadaşlarının 155 kadınla yaptığı çalışmada %51.6'sının simir testi yaptırdığı, simir testinin yapılma nedenini bilmek ile simir testi yaptırmak arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptanmıştır. Kadınların sağlık inanç modeli ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde engeller algısı, yarar motivasyon algısı ve sağlık motivasyon algısı puanlarının eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür(15). Dündar ve arkadaşlarının mamografi tarama programına katılmamanın belirleyicilerini araştırdıkları bir çalışmada batıda ve kırsal kesimde yaşamak risk faktörü olarak bulunmuştur. Yarar algısı ve engel algıları da taramaya katılma davranışı ile ilişkili bulunmuştur(36).

2.4.3. Sağlık Okuryazarlığı Ve Tarama Testlerine Katılım

Bireylerden, sağlık sorunlarının giderilmesi sürecinde gereken sağlık hizmetiyle ilgili bilgili olmaları beklenmektedir. Kişiler, sağlık ve sağlık hizmetiyle ilgili temel bilgilere ulaşma, anlama ve karar verme becerisine sahip olabilmeleri halinde çözüme ulaşacaklardır. Bu yeterlilik durumu sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olması ile ifade edilmektedir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması durumu, bireysel düzeyde sağlık hizmetlerini etkili kullanımda sorun yaşamaya ve daha sağlıksız bir yaşama neden olurken, toplumsal düzeyde verimliliğin düşmesi, artmış mortalite ve morbidite ile maliyet artışına yol açacaktır (85).

Bireysel düzeydeki düşük sağlık okuryazarlığının diğer sonuçları; hastalığın kontrolünün zorlaşması, komplikasyonlarda artma, tedaviye uyumsuzluk, yaşam kalitesinde azalma ve sağlık hizmetinden memnun olmamaktır(86) . Ayrıca sağlık okur-yazarlığı seviyesi düşük olan kişilerin daha çok hastaneye yattığı ve acil servisi daha çok kullandığı, tarama programlarına daha az katıldığı, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha az faydalandığı, hastalık ve tedavi süreci hakkında daha az bilgi sahibi olduğu ve ölüm risklerinin arttığı bilinmektedir. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili müdahalelerin odaklanması gereken konulardan biri sağlık okuryazarlığının ülke çapındaki tüm sağlık kampanyalarına ve tarama projelerine entegre edilmesinin gerekliliğidir(87).

Sağlık okuryazarlığı eğitiminin verildiği girişimler kanser taramalarına katılımın artmasını ve sağlık hizmetinden duyulan memnuniyetin artışını sağlamaktadır(88).Sağlık okur-yazarlığı düzeyinin artması demek; sağlıklı insan, sağlıklı toplum ve sağlıklı dünya demektir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olan kişi, kendi sağlığı ile ilgili daha doğru kararlar alır, daha sağlıklı bir yaşam şeklini kabul eder ve sağlığın kültürel, sosyal, çevresel ve ekonomik belirleyicilerinin bilincinde olur(89).

Bulaşıcı olmayan hastalıkları kontrol etmek için yapılacak girişimler çok boyutlu olmak zorundadır. Bu faktörlerin bazıları çevrenin ve hizmetlerin değiştirilmesini gerektirirken, bazıları da bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını değiştirmeyi gerektirmektedir. Sağlık davranışını değiştirmek için yapılan çeşitli eğitim ve bilgilendirme müdahalelerinin etkisi bireylerin sağlık okur-yazarlığı

düzeylelerine göre farklı ölçülerde olmaktadır.Sağlık okur-yazarlığı seviyesi düşük olan bireylerin genel sağlık düzeyi de düşüktür. Bu kişiler daha çok hasta olmakta, daha çok hastaneye yatmakta, yeterli tedavi başarısı da çoğunlukla sağlanamamaktadır. Sonuç olarak da, sağlık bilgisinin yeterli olmaması durumunda daha fazla sağlık harcamasına yol açmaktadır (90).

İrlanda ulusal kanser tarama merkezi meme kanseri ve servikal kanser taramalarına katılımdaki engelleri azaltmak için sağlık çalışanlarına eğitim programına alarak sağlık okuryazarlığı düşük olanların kanser ve taramaları ile ilgili komplike mesajları anlamasına destek sağlamak ve kadınların kanser taramaları ile ilgili ihtiyaçları ile ilgili karar mekanizmalarında yer almasını sağlamaktır. 50 katılımcı bu eğitimden sonra kanser ile ilgili fatalistik görüşlerinin değiştiğini ve taramaların ve erken tanının önemini farkına vardıklarını belirtmişlerdir. Bu kişiler bu pozitif mesajı topluluklarıyla paylaşmaktadır(87).Yetersiz sağlık okuryazarlığı, tarama programına katılım açısından eğitim düzeyi veya etnik kökenden daha etkili bir belirleyicidir(33).

Türkiyede servikal tarama yaptıırma ile sağlık okuryazarlığının ilişkisinin araştırıldığı sınırlı sayıda çalışma vardır. Dilli'nin yaptığı çalışmada simir testini yaptıran kadınların yaptırmayanlara göre simir testine yönelik bilgi düzeyi puanının anlamlı derecede yüksek olduğu ve kadınların servikal kanser ve simir testine ilişkin bilgi düzeyi puanı ile REALM ölçek puanı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu belirlenmiştir(39).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Niteliksel ve niceliksel yöntemin kullanıldığı gözlemsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Maltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Zümrütevler 1 Nolu, Aydınevler, 8 Nolu , Fındıklı ve İdealtepe Aile Sağlığı Merkezlerinde, bu merkezlere başvuran kadınlar ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma için veri toplamaya etik kurul ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü onayı alındıktan sonra başlanmış, veriler Kasım 2017-Mayıs 2018 arasında toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Kasım 2017-Mayıs 2018 tarihlerinde Maltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Zümrütevler 1 Nolu, Aydınevler, 8 Nolu , Fındıklı ve İdealtepeAile Sağlığı Merkezine başvuran 30 yaş ve üstündeki kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem hesabı Open epi programıyla, tarama testlerine katılmama oranı %30 öngörülerek, hata payı %5 alınıp; %95 güven aralığı için hesaplanmış; ulaşılması gereken kişi sayısı 323 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmaya Alınan Kişilerin Özellikleri

Bu araştırmaya Maltepe İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Zümrütevler 1 Nolu, Aydınevler, 8 Nolu, Fındıklı ve İdealtepe Aile Sağlığı Merkezine herhangi bir sebeple başvuran, 30 yaş ve üstündeki okuryazar olan kadınlardan, yazılı ve sözlü olarak yapılan bilgilendirme sonrası, araştırmaya katılmayı kabul edenler dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri

3.6.1. İlk Aşama: Niceliksel Bölüm

3.6.1.1. Görüşme Formu:

Araştırmacı tarafından hazırlanan, kadınların sosyodemografik özelliklerini içeren 7 soru (yaş, öğrenim durumu, medeni durum vb.), gelir durumunu 0'dan 10'a işaretli skala üzerinde sorgulayan 1 soru, kadınların sağlık özelliklerine ilişkin 5 soru, sigara ve alkol kullanımına yönelik 2 soru, fiziksel aktiviteye yönelik 1 soru, üreme sağlığı ile ilgili 4 soru, tarama testleri ile ilgili bilgi ve davranışlarını sorgulayan 12 soru Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR) ölçeğinden alınmış 4 soru olmak üzere toplam 36 sorudan oluşan bir görüşme formu kullanılmıştır.

3.6.1.2. Rahim Ağzı Kanseri ve PapSmear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği:

Champion tarafından meme kanseri ve mamografi için geliştirilen bu ölçek; Serviks Kanseri ve PapSmear Testine uyarlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise, Güvenç, Akyüz ve Açıknel tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçek, duyarlılık (3 madde), ciddiyet (7 madde), PapSmear yarar ve motivasyonu (8 madde), sağlık motivasyonu (3 madde), PapSmear engelleri (14 madde) olmak üzere 35 madde ve beş ana boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1'den 5'e kadar değişen 5'li likert tipi ölçekleme -“kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “tamamen katılıyorum” (5)- yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin her boyutu ayrı ayrı değerlendirilmektedir ve tek bir toplam puanda birleştirilmez. Her birey için alt ölçek sayısı kadar puan elde edilir. Puanların yükselmesi duyarlılık ve önemsemenin ve motivasyonun arttığını; yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir. Engel algısı alt ölçeği haricindeki alt ölçekler, PapSmear tarama davranışıyla pozitif olarak ilişkilidir. Bireyin engel algısı puanının yüksek olması, PapSmear testi yaptırmayla ilgili engellerinin yüksek olduğunu göstermektedir(27).

3.6.1.3. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (ASOY-TR)

ASOY-TR, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçeye uyarlanmış halidir. Ölçek, 15 yaş üzeri kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili üç boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) içermektedir. 47 maddelik ölçeğin kavramsal çerçevesi 12 boyuttan oluşmaktadır. Her madde 1=Çok zor, 2=Zor, 3=Kolay, 4=Çok kolay olacak şekilde 4 derecelidir. “Bilmiyorum” ifadesi için 5 kodu kullanılmıştır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 47-188 arasındadır. Hesaplama kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde aşağıdaki formül yardımıyla standardize edilmiştir. Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3] İndeks= Hesaplanan kişiye özgün indeks Aritmetik ortalama= Her maddeye verilen tepkilerin ortalaması 1= Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur) 3= Ortalamanın aralığı 50= Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer Ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığını, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Hesaplanan formül yardımıyla dört boyut (genel, tedavi, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) için kesme noktaları belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmiştir: (0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı (>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı (>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı (>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı(85). Bu ölçekten sağlık taramaları ve aşılarla ilgili; hastalıklardan korunma boyutunun, 4 ayrı sürecinden (ulaşma, anlama, karar verme ve uygulama) birer soru alınarak görüşme formunun sonuna eklenmiştir.

3.6.2. İkinci Aşama: Niteliksel Bölüm

Derinlemesine görüşmeler için aşağıdaki yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Derinlemesine Görüşme İçin Rehber

Sağlıklı olmakla ilgili düşünceleriniz neler? Sağlıklı olmaktan neyi anlıyorsunuz?

Kendinizi bu açıdan nasıl değerlendiriyorsunuz?

Sağlık sizin için ne kadar önemli ?

Sağlığınızı korumak için neler yapıyorsunuz?

Daha sağlıklı olmak için geliştirmeniz gereken şeyler nelerdir?

Kanser sizin için ne kadar korkutucu?

Kanserden korunmak için yapılması gerekenler konusunda neler düşünüyorsunuz?

Erken tanı nasıl başarılır?

Sizin bugüne kadar simir testi yaptırmadığınızı biliyoruz. Bunun nedenleri hakkında konuşabilir miyiz?

3.7. Veri Toplama Yöntemi

3.7.1. Niceliksel Bölüm

Veri toplama sürecinde 5 aile sağlığı merkezi ziyaret edilmiş veriler 327 kadından yüzyüze görüşerek toplanmıştır. Aile sağlığı merkezleri seçilirken farklı sosyoekonomik düzeyde mahallelerden seçilmeye çalışılmış, genellikle poliklinikte sırasını bekleyen kadınlarla görüşülmüş, sağlık merkezindeki hizmetin aksatılmamasına özen gösterilmiştir. Görüşme formunun sonunda servikal tarama programına hiç katılmamış olan kadınlardan çalışmanın bir sonraki aşamasına (derinlemesine görüşme) katılmak isteyenlerin iletişim bilgisi alınmıştır. Her bir görüşme ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.7.2. Niteliksel Bölüm

Servikal tarama programına hiç katılmamış olan kadınlardan çalışmanın niteliksel kısmı için gönüllü olan 6 kadınla yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla, derinlemesine görüşme yöntemi ile görüşülmüştür. Görüşmelerin 2 tanesi kadınların evinde, 1 tanesi işyerinde, 1 tanesi kafede, 2 tanesi de aile sağlığı merkezinde yapılmış; yaklaşık 15-35 dakika sürmüş; tümü kadınların izni ile kayda alınmıştır.

3.8. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Değerlendirmesi

3.8.1.Niceliksel Bölüm

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı bilgiler ortalama, standart sapma, sayı ve yüzdeler; normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve çeyreklikler kullanılarak verilmiştir. Grup karşılaştırmaları için Ki-Kare testi kullanılmış, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan testlerden ikili karşılaştırmalar için Mann Whitney U testi, ileri analiz yöntemi olarak binary lojistik regresyon testi (enter LR yöntemi) kullanılmıştır. p değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir.

3.8.2.Niteliksel Bölüm

Araştırmacı niteliksel araştırmalar konusunda yüksek lisans derslerine ve bu konuda bir kursa katılmış olsa da deneyim sahibi olmadığı için ilk görüşmeyi niteliksel çalışmalar konusunda deneyimli biri yapmıştır. Daha sonra bu görüşme ile ilgili izlenimler sonraki görüşmelere rehberlik etmesi açısından tartışılmıştır. Ses kayıtları yazıya çevrildikten sonra kodlar belirlenmiş ve tema analizi yapılmıştır.

3.9. Etik Kurul Onayı ve İzin

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 6.10.2017 onay tarihli, 09.2017.624 protokol numaralı etik kurul onayının alınmasının ardından İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma için izin alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Niceliksel Bölüme İlişkin Bulgular

4.1.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri

Araştırmaya katılan 327 kişinin 96'sı (%29,4) 8 nolu Aile Sağlığı Merkezine, 87'si (%26,6) Zümrütevler 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezine, 72'si (%22,0) İdealtepe Aile Sağlığı Merkezine, 41'i (%12,5) Aydınevler Aile Sağlığı Merkezine, 31'i (%9,5) ise Fındıklı Aile Sağlığı Merkezine gelen kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların yaş ortalaması $47,7 \pm 11,3$ (min 30-mak 79)(ortanca 46) olarak bulunmuştur. Kadınların %83,8'i halen evli, %55,1'i lise veya üniversite mezunu, eşlerinin %60,1'i lise veya üniversite mezunu, %93,3'ü çocuk sahibi olup, %29,5'i halen çalışmaktadır. Hanede yaşayan kişi sayısı ortalaması $3,5 \pm 1,4$, yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,1 \pm 0,8$, 10 puanlık gelir durumu skalasında işaretledikleri puanın ortalaması $4,5 \pm 1,8$ bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri (İstanbul, 2018)

Sosyodemografik özellikler		n	%
Yaş (n=323)	30-39	103	31,8
	40-49	83	25,6
	50-59	74	22,9
	60-69	49	15,1
	70 ve üzeri	14	4,3
Medeni durum (n=327)	Halen evli	274	83,8
	Boşanmış	28	8,6
	Eşi vefat etmiş	20	6,1
	Bekar, hiç evlenmemiş	5	1,5
Öğrenim durumu (n= 327)	Okuryazar	23	7,0
	İlkokul mezunu	89	27,2
	Ortaokul mezunu	35	10,7
	Lise mezunu	80	24,5
	Üniversite mezunu	85	26,0
	Yüksek lisans mezunu	13	4,0
	Doktora mezunu	2	0,6
Eşinin öğrenim durumu (n= 297)	Okuryazar	4	1,0
	İlkokul mezunu	75	25,3
	Ortaokul mezunu	38	12,8
	Lise mezunu	72	24,2
	Üniversite mezunu	90	30,3
	Yüksek lisans mezunu	16	5,4
	Doktora mezunu	2	0,7
Çocuk sahibi olma durumu (n= 326)	Evet	304	93,3
	Hayır	22	6,7
Çalışma durumu (n= 326)	Evet	97	29,8
	Hayır	229	70,2
Yaş (ort±ss); (min-maks)		(47,7±11,3), (30-79)	
Hanede yaşayan kişi sayısı (ort±ss); (min-maks) (n=323)		(3,5±1,4), (1-15)	
Çocuk sayısı (ort±ss); (min-maks) (n= 290)		(2,1±0,8), (1-6)	
Gelir durumu skalası* (ort±ss); (min-maks) (n=317)		(4,5±1,8), (0-10)	

* Çalışanlardan gelir durumunu 0'dan 10'a kadar numaralandırılmış skala üzerinde işaretlenmesi istenmiştir.

Kadınların %11,7 si özel sağlık sigortası olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalığı olduğunu bildiren 198 kadının en çok belirttikleri hastalıklar hipertansiyon,

diyabet ve nörolojik hastalıklardır (bel fitiğı, boyun fitiğı, baş ağrısı vb.). Kadınların beden kitle indeksi ortalaması $27,3\pm 4,9$ 'dur (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (İstanbul, 2018)

Sağlıkla ilgili özellikler	n	%
Sağlık sigortası varlığı (n= 327)	Evet var	308 94,2
	Hayır yok	19 5,8
Özel sağlık sigortası varlığı (n=324)	Evet var	38 11,7
	Hayır yok	286 88,3
Genel sağlık durumu (kişinin beyanına göre) (n= 327)	Mükemmel	1 0,3
	Çok iyi	27 8,3
	İyi	131 40,1
	Orta	154 47,1
	Kötü	14 4,3
Kronik hastalık varlığı (n= 327)	Var	198 60,6
	Yok	129 39,4
Hastalığın türü (n= 136)	Hipertansiyon	34 16,5
	Diyabet	26 12,6
	Nörolojik hastalıklar	24 11,7
	Kalp-damar hastalıkları	21 10,2
	Tiroid bezi ile ilgili hastalıklar	20 9,7
	Sindirim sistemi hastalıkları	19 9,2
	Solunum sistemi hastalıkları	16 7,8
	Romatizmal hastalıklar	11 5,3
	Kanser	7 3,4
	Üriner sistem hastalıkları	6 2,9
	Psikiyatrik hastalıklar	6 2,9
	Anemi	3 1,4
	Diğer	12 5,8
Beden Kitle İndeksi* (n= 289)	Zayıf (<18.5)	1 0,3
	Normal (18.5-24.99)	103 35,6
	Fazla kilolu (25-29.99)	102 35,3
	Obez (30 ve üzeri)	83 28,7

*Kadınların beyan ettikleri boy ve ağırlık bilgisine göre hesaplanmıştır

Kadınların %19,3'ü düzenli olarak %7'si ara sıra sigara kullanmakta, %10'1'i alkollü içecek kullanmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırmaya katılanların tütün ve alkol kullanım özelliklerine göre dağılımı (İstanbul, 2018)

Tütün ve alkol kullanım özellikleri		n	%
Sigara kullanma durumu (n= 327)	Hayır, kullanmıyorum	225	68,8
	Evet, düzenli olarak kullanıyorum	63	19,3
	Evet, ara sıra kullanıyorum	23	7,0
	Kullanıyordum, bıraktım	16	4,9
Sigara içilen yıl sayısı (ort±ss); (min-maks) (n= 66)		(20,3±11,7), (2-50)	
Günlük içilen sigara miktarı (ort±ss); (min-maks) (n= 62)		(13,03±7,1), (3-35)	
Alkollü içecek kullanma durumu (n=327)	Evet kullanıyorum	33	10,1
	Hayır kullanmıyorum	294	89,9

Katılımcıların %44,2'si hiç spor yapmadığını belirtirken, %32,8'i ara sıra, %17,2'si orta düzeyde, %5,8'i ise ağır düzeyde fiziksel egzersiz yaptığını belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırmaya katılanların fiziksel aktivite durumuna göre dağılımı (İstanbul, 2018)

Spor ya da fiziksel egzersiz yapma durumu	n	%
Hiç spor/fiziksel egzersiz yapmıyorum	144	44,2
Ara sıra spor/fiziksel egzersiz yapıyorum.	107	32,8
*Orta düzeyde fiziksel aktivite yapıyorum	56	17,2
*Ağır düzeyde fiziksel aktivite yapıyorum	19	5,8
Toplam	326	100,0

*Haftanın en az 3 günü en az 30 dakika orta derecede fiziksel aktivite

** Haftanın en az 3 günü en az 30 dakika ağır derecede fiziksel aktivite

Kadınların %38,2 si halen bir doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır; en sık kullanılan yöntemler sırasıyla kondom (%37,1), rahim içi araç(%23,4), ve geri çekmedir(%20,2). Yöntem kullanmayan 200 kadının %69,7'si adetten kesildiği için

yöntem kullanmadığını ifade etmiştir.18 kadın (%5,6) kendini cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından risk altında hissetmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırmaya katılanların üreme sağlığıyla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (İstanbul, 2018)

Üreme sağlığıyla ilgili bazı özellikler		n	%
Herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanma durumu(n=324)	Evet kullanıyorum	124	38,2
	Hayır kullanmıyorum	200	61,8
Doğum kontrol yöntemi kullanmama nedeni (n= 185)	Adetten kesildim (menapozdayım vs.)	129	69,7
	Çocuk sahibi olmak istiyorum	16	8,6
	Cinsel ilişkide bulunmuyorum	12	6,5
	Çocuğum olmuyor	10	5,4
	Diğer	18	9,7
Doğum kontrol yöntemi (n=124)	Kondom	46	37,1
	Rahim içi araç	29	23,4
	Geri çekme	25	20,2
	Cerrahi yöntemler	11	8,9
	Oral kontraseptifler	6	4,8
	Enjektabl kontraseptifler	3	2,4
	Diğer	4	3,2
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından risk altında hissetme durumu (n=322)	Evet hissediyorum	18	5,6
	Hayır hissetmiyorum	302	94,4

Kadınlar simir testini en çok kadın doğum uzmanından(%36,4), aile hekiminden(%14,1), radyo televizyondan(%13,9)ve yakınlarından(%13,3) duymuştur. Simir testini hayatı boyunca en az bir kez yaptırmış olanların oranı %74,9'dur. Simir testini yaptıran 230 kadının %43'ü son 1 yıl içinde, %83,4'ü ise son 5 yıl içinde testi yaptırdığını ifade etmiştir. Test için en sık özel hastane (%37,3) veya devlet hastanesi ile üniversite hastanesi (%33,6) tercih edilmektedir (Tablo 6). Hiçsimir testi yaptırmamış kadınlara neden yaptırmadıkları sorulduğunda %34,1'i yaptırmaması gerektiğini bilmediğini, %21,5'i ise ihmal ettiğini belirtmiştir (Tablo 7).



Tablo 6. Araştırmaya katılanların servikal kanser taramasına katılımlarıyla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (İstanbul, 2018)

Servikal kanser taraması ilgili bazı özellikler		n	%
Simir testini duyduğu kaynak (n=498)*	Kadın doğum uzmanı	181	36,4
	Aile hekimi	70	14,1
	Televizyon/radyo	69	13,9
	Yakınlar (arkadaş/akraba/komşu)	66	13,3
	İnternet	35	7,0
	Kitap/dergi	34	6,8
	Ebe/hemşire	28	5,6
	Diğer	13	2,6
Simir testinin ne amaçla yapıldığını bilme(n=319)	Evet biliyorum	262	82,1
	Hayır bilmiyorum	57	17,9
Simir testini yaptırma (en az 1 kez) (n=327)	Evet, yaptırdım	245	74,9
	Hayır, yaptırmadım	82	25,1
Simir testinin en son yapılma zamanı (n=230)	Son 1 yıl içinde	99	43,0
	1-5 yıl önce	93	40,4
	5-10 yıl önce	25	10,9
	10 yıldan önce	13	5,7
Simir testini yaptırdığı yer (n=271)*	Özel hastane veya muayenehanede	102	37,3
	Devlet veya üniversite hastanesinde	92	33,6
	Aile sağlığı merkezi/sağlık ocağında	55	20,1
	Anne çocuk sağlığı ve aile planlaması	24	8,7
Simir testi sonucunu öğrendiği kaynak (n=245)	Doktordan öğrendim	211	86,1
	Hemşireden öğrendim	23	9,4
	İnternette öğrendim	8	3,3
	Öğrenmedim	3	1,2

* Toplam testin duyulduğu kaynak sayısı/toplam yapılan test sayısı

Tablo 7. Servikal tarama programına hiç katılmamış olan kadınların katılmama nedenlerinin dağılımı

Servikal kanser taraması ilgili bazı özellikler		n	%
Simir testini yaptırmama nedeni (n=79)	Yaptırmam gerektiğini bilmiyordum	27	34,1
	İhmal ettim	17	21,5
	Zaman bulamadım	8	10,1
	Muayeneden Utandım/çekindim	7	8,8
	Muayeneden korktum	6	7,5
	Maddi olanaksızlıklar yüzünden yaptırmadım	3	3,7
	Nerede yaptıracığımı bilmiyordum	1	1,2
	Diğer	10	12,6

Kadınların yaptırdıkları toplam simir testi sayısı ortalama $3,1 \pm 2,9$ dur. Yaş gruplarına göre yaptırdıkları ortalama simir testi sayısı ise Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Araştırmaya katılanların yaptırdıkları simir testi sayısının yaş gruplarına göre dağılımı (İstanbul, 2018)

Farklı yaş gruplarında yaptırılan simir testi sayısı	Ortalama \pm Ss	Medyan	Min-Mak
30-39 (n=73)	2,6 \pm 2,2	2,0	1-13
40-49 (n=58)	3,2 \pm 3,0	2,0	1-15
50-59 (n=52)	2,9 \pm 2,4	2,0	1-15
60-69 (n=30)	3,5 \pm 2,5	3,0	1-10
70 ve üzeri (n=9)	6,1 \pm 6,9	4,0	1-20
Toplam (n=222)	3,1 \pm 2,9	2,0	1-20

Kadınların diğer kanser tarama testlerine katılımları sorgulandığında 40 yaş ve üzerinde olan 219 kişiden mamografi görüntülemesi yaptıranların oranı %71,2'dir. 50 yaş ve üzerinde olan 137 kadının %28,5'i kolonoskopi yaptırdığını, %38'i gaytada gizli kan testi yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırmaya katılanların diğer kanser tarama testlerine katılımlarına göre dağılımı (İstanbul, 2018)

Diğer kanser tarama testlerine katılımı ilgili bazı özellikler		n	%
Mamografi yaptıрма (n=219)*	Evet yaptırdım	156	71,2
	Hayır yaptırmadım	63	28,8
Gaytada gizli kan testi yaptıрма (n=137)**	Evet yaptırdım	52	38,0
	Hayır yaptırmadım	85	62,0
Kolonoskopi yaptıрма (n=137)**	Evet yaptırdım	39	28,5
	Hayır yaptırmadım	98	71,5

*40 Yaş ve üstündeki kadınlarda değerlendirilmiştir.

**50 Yaş ve üstündeki kadınlarda değerlendirilmiştir.

ASOY-TR ölçeğinden alınan tarama testleri ve aşılara ile ilgili bilgi, uygulama ve karar verme süreçlerinin değerlendirildiği soruları kadınların büyük çoğunluğu “kolay” olarak yanıtlamıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya katılanların Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeğindeki tarama testlerine ve aşilar ile ilgili sorulara verdikleri cevapların dağılımı (İstanbul, 2018)

Sağlık okuryazarlığı ölçeğindeki tarama testlerine katılım ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar		n	%
Olmanız gereken aşilar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak sizin için kolay mı veya zor mu?	Çok zor	16	4,9
	Zor	47	14,4
	Kolay	151	46,3
	Çok kolay	52	16,0
	Bilmiyorum	60	18,4
Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak sizin için kolay mı veya zor mu?	Çok zor	18	5,5
	Zor	46	14,1
	Kolay	163	50,0
	Çok kolay	57	17,5
	Bilmiyorum	42	12,9
Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek sizin için kolay mı veya zor mu?	Çok zor	19	5,8
	Zor	62	19,0
	Kolay	152	46,6
	Çok kolay	43	13,2
	Bilmiyorum	50	15,3
Grip aşısı olup olmamaya karar vermek sizin için kolay mı veya zor mu?	Çok zor	30	9,2
	Zor	56	17,2
	Kolay	137	42,0
	Çok kolay	42	12,9
	Bilmiyorum	61	18,7
Toplam		326	100,0

4.1.2. Karşılaştırmalı Bulgular

Kadınların simir testi yaptırma oranı evli, çocuğu olan kadınlarda ve özel sağlık sigortası olan kadınlarda (Tablo 11), simir testinin ne amaçla yapıldığını bilenlerde ve mamografi yaptıranlarda daha yu'ksek bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 11. Araştırmaya katılanların simir testine katılımlarının sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılması (İstanbul, 2018)

		Simir testi yaptırma				p ^a
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Aile sağlığı merkezi (n=327)	8 nolu asm	72	75,00	24	25,00	0,807
	Aydınevler asm	30	73,17	11	26,83	
	Fındıklı asm	21	67,74	10	32,26	
	Zu'mru'tevler 1 nolu asm	65	74,71	22	25,29	
	İdealtepeasm	57	79,17	15	20,83	
Yaş (n=323)	30-39	75	72,82	28	27,18	0,073
	40-49	65	78,31	18	21,69	
	50-59	63	85,14	11	14,86	
	60-69	31	63,27	18	36,73	
	70 ve u'zeri	10	71,43	4	28,57	
ğrenim durumu (n=327)	Ortaokul ve altı	109	74,15	38	25,85	0,770
	Lise ve u'stu'	136	75,56	44	24,44	
Eş oğrenim durumu (n=297)	Ortaokul ve altı	87	74,36	30	25,64	0,650
	Lise ve u'stu'	138	76,67	42	23,33	
Medeni durum (n=327)	Evli	212	77,37	62	22,63	0,020
	Evli olmayan	33	62,26	20	37,74	
Gelir durumu (n=317)	Ktu'	167	74,22	58	25,78	0,248
	İyi	70	80,46	17	19,54	
ocuk varlığı (n=326)	Var	233	76,64	71	23,36	0,005
	Yok	11	50,00	11	50,00	
alışmadurumu (n=326)	alışıyor	226	74,83	76	25,17	0,977
	alışmıyor	172	75,11	57	24,89	
Sağlıksigortası (n=327)	Var	232	75,32	76	24,68	0,585 ^b
	Yok	13	68,42	6	31,58	
Özel sağlıksigortası (n=324)	Var	34	89,47	4	10,53	0,031
	Yok	210	73,43	76	26,57	

^aPearson Chi Square testi ile analiz edilmiştir.

^bFisher exact testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 12. Araştırmaya katılanların simir testine katılımlarının sağlıkla ilgili bazı özelliklerine göre karşılaştırılması (İstanbul, 2018)

		Simir testi yaptıрма				p ^a
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Sağlık durumu (algılanan) (n=327)	Mükemmel-çok iyi-iyi	124	77,99	35	22,01	0,362
	Orta	112	72,73	42	27,27	
	Kötü	9	64,29	5	35,71	
Beden kitle indeksi (n=289)	Zayıf-normal	73	70,19	31	29,81	0,084
	Şişman	85	83,33	17	16,67	
	Obez	63	75,90	20	24,10	
Kronik hastalık varlığı (n=327)	Var	155	78,28	43	21,72	0,083
	Yok	90	69,77	39	30,23	
Sigara kullanımı (n=327)	Hayır	165	73,33	60	26,67	0,701
	Evet düzenli	48	76,19	15	23,81	
	Evet ara sıra	19	82,61	4	17,39	
	Biraktım	13	81,25	3	18,75	
Alkol kullanımı (n=327)	Evet	29	87,88	4	12,12	0,070
	Hayır	216	73,47	78	26,53	
Spor yapma (n=326)	Hiç yapmıyorum	113	78,47	31	21,53	0,270
	Ara sıra yapıyorum	73	68,22	34	31,78	
	Düzenli hafif egzersiz	44	78,57	12	21,43	
	Düzenli ağır egzersiz	14	73,68	5	26,32	
Doğum kontrol yöntemi kullanma (n=324)	Evet	96	80,00	24	20,00	0,111
	Hayır	147	72,06	57	27,94	
Cybh açısından riskli hissetme (n=322)	Evet	16	88,90	2	11,10	0,260 ^b
	Hayır	226	74,80	76	25,20	
Simir testi amacını bilme (n=319)	Evet	215	82,06	47	17,94	0,000
	Hayır	29	50,88	28	49,12	
Mamografi yaptıрма (n=219)*	Evet	130	83,30	26	16,70	0,000
	Hayır	38	60,30	25	39,70	
Gaytada gizli kan testi yaptırma (n=137) **	Evet	40	76,9	12	23,1	0,829
	Hayır	64	75,3	21	24,7	
Kolonoskopi yaptıрма (n=137)**	Evet	34	87,2	5	12,8	0,052
	Hayır	70	71,4	28	28,6	

^aPearson Chi Square testi ile analiz edilmiştir.

^bFisher exact testi ile analiz edilmiştir.

*40 yaş ve üstündeki kadınlarda değerlendirilmiştir.

**50 yaş ve üstündeki kadınlarda değerlendirilmiştir.

ASOY-TR ölçeğinden alınan tarama testleri ve aşılarla ilgili bilgi, uygulama ve karar verme süreçlerinin değerlendirildiği sorular ile simir testi yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırmaya katılanların simir testine katılımlarının sağlık okuryazarlığı sorularına verdikleri cevaplara göre karşılaştırılması

		Simir testi yaptırma				p ^a
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Olması gereken aşılar ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulma güçlüğü	Zor	47	74,6	16	25,4	0,410
	Kolay	156	76,8	47	23,2	
	Bilmiyorum	41	68,3	19	31,7	
Sağlık taramasına neden ihtiyacı olduğunu anlama güçlüğü	Zor	44	68,8	20	31,3	0,419
	Kolay	169	76,8	51	23,2	
	Bilmiyorum	31	73,8	11	26,2	
Hangi sağlık taramalarını yaptırması gerektiğine karar verme güçlüğü	Zor	56	69,1	25	30,9	0,270
	Kolay	152	77,9	43	22,1	
	Bilmiyorum	36	72,0	14	28,0	
Grip aşısı olup olmamaya karar verme güçlüğü	Zor	63	73,3	23	26,7	0,733
	Kolay	133	74,3	46	25,7	
	Bilmiyorum	48	78,7	13	21,3	
Toplam		244	100	82	100	

^aPearson Chi Square testi ile analiz edilmiştir.

4.1.3. Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Gruplarına İlişkin Bulgular

4.1.3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Sağlık inanç modeli ölçeğinin alt gruplarına ait puanlamalar ve sağlık okuryazarlığı puanı Tablo 14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. Çalışmada kullanılan sağlık inanç modeli ölçeğinin alt puanları ve sağlık okuryazarlığı puanının tanımlayıcı değerleri

Ölçek alt puanları	Min-Mak Puan*	Ort	Ss	Ortanca	25.-75. Pers	Min-Mak
Duyarlılık puanı	3-15	8,0	2,7	8,0	6,0-9,0	3,0-15,0
Önemseme/ ciddiyeet puanı	7-35	22,0	6,3	23,0	18,0-27,0	7,0-35,0
Yarar motivasyon puanı	8-40	32,5	5,5	32,0	31,0-36,0	8,0-40,0
Sağlık motivasyon puanı	3-15	10,1	2,5	10,0	8,0-12,0	3,0-15,0
Engel puanı	14-70	32,2	10,7	32,0	26,0-39,0	14,0-70,0

*Ölçeklerden alınabilecek minimum ve maksimum puanı göstermektedir.

4.1.3.2. Karşılaştırmalı Bulgular

Sağlık inanç modeli alt ölçeklerinden duyarlılık, önemseme ve engel puanı öğrenim düzeyi ortaokul ve altı olanlarda; yarar motivasyon puanı öğrenim düzeyi lise ve üstü olanlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. Ölçek alt puanlarının öğrenim durumuna göre dağılımı (İstanbul, 2018)

Ölçek alt puanları	Öğrenim durumu	Medyan	25.-75.Pers	Min-Mak	P*
Duyarlılık puanı	Ortaokul ve altı	9,0	6,0-11,0	3,0-15,0	0,002
	Lise ve üstü	7,0	6,0-9,0	3,0-15,0	
Önemseme puanı	Ortaokul ve altı	24,0	19,0-27,0	7,0-35,0	0,027
	Lise ve üstü	22,0	18,0-26,0	7,0-35,0	
Yarar motivasyon puanı	Ortaokul ve altı	32,0	30,0-32,0	8,0-40,0	0,000
	Lise ve üstü	33,0	32,0-38,0	8,0-40,0	
Sağlık motivasyon puanı	Ortaokul ve altı	10,0	8,0-12,0	3,0-15,0	0,285
	Lise ve üstü	10,0	8,0-12,0	3,0-15,0	
Engel puanı	Ortaokul ve altı	36,0	31,0-44,0	14,0-64,0	0,000
	Lise ve üstü	29,0	20,0-34,0	14,0-70,0	
	Lise ve üstü	33,3	33,3-41,6	16,6-50,0	

*Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

Simir testi yaptıranların yarar motivasyon puanları daha yüksek, engel puanları daha düşük bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. Ölçek alt puanlarının simir testi yaptırma durumuna göre dağılımı (İstanbul, 2018)

Ölçek alt puanları	Simir testi yaptırma	Medyan	25.-75.Pers	Min-Mak	p*
Duyarlılık puanı	Evet	8,00	6,00-9,00	3,00-15,00	0,470
	Hayır	8,00	6,00-9,00	3,00-15,00	
Önemseme puanı	Evet	23,00	18,00-26,00	7,00-35,00	0,545
	Hayır	24,00	17,00-27,00	7,00-35,00	
Yarar motivasyon puanı	Evet	32,00	31,00-36,00	8,00-40,00	0,001
	Hayır	32,00	29,00-34,00	8,00-40,00	
Sağlık motivasyon puanı	Evet	10,00	8,00-12,00	3,00-15,00	0,926
	Hayır	10,00	9,00-12,00	3,00-15,00	
Engel puanı	Evet	31,50	24,00-36,00	14,00-64,00	0,000
	Hayır	37,00	29,00-46,50	14,00-70,00	

*Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

Kadınların sağlık inanç modeli ölçeği engeller kısmındaki ifadelerine verdikleri cevaplara göre simir testine katılımları incelendiğinde daha çok bireysel faktörlerin tarama testi yaptırmamaya ilişkili olduğu; katılımla ilişkili engellerden yalnızca “Simir testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok” ifadesinin sistemle ilişkili bir sorunu işaret ettiği bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Kadınların sağlık inanç modeli ölçeği engeller kısmındaki ifadelere verdiklere cevaplara göre simir testine katılımları (İstanbul, 2018)

		Simir testi				P*
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle simir testi yaptırmaktan korkarım	Katılmıyorum	193	82,1	42	17,9	,000
	Kararsızım-Katılıyorum	52	56,5	40	43,5	
Ne yapılacağını bilmediğim için simir testi yaptırmaktan korkarım	Katılmıyorum	193	82,5	41	17,5	,000
	Kararsızım-Katılıyorum	52	55,9	41	44,1	
Simir testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum	Katılmıyorum	212	85,1	37	14,9	,000
	Kararsızım-Katılıyorum	33	42,3	45	57,7	
Simir testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım	Katılmıyorum	168	82,0	37	18,0	,000
	Kararsızım-Katılıyorum	77	63,1	45	36,9	
Simir testi yaptırmak çok fazla zaman alır	Katılmıyorum	219	82,3	47	17,7	,000
	Kararsızım-Katılıyorum	26	42,6	35	57,4	
Simir testi yaptırmak çok ağırlıdır	Katılmıyorum	205	82,7	43	17,3	,008
	Kararsızım-Katılıyorum	40	50,6	39	49,4	
Sağlık personeli simir testi yaptırırken kaba davranır	Katılmıyorum	212	80,9	50	19,1	,067
	Kararsızım-Katılıyorum	33	50,8	32	49,2	
Yıllık olarak simir testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam	Katılmıyorum	116	82,3	25	17,7	,005
	Kararsızım-Katılıyorum	129	69,4	57	30,6	
Yaşamımda simir testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var	Katılmıyorum	162	78,3	45	21,7	,001
	Kararsızım-Katılıyorum	83	69,2	37	30,8	
Belirli aralıklarla simir testi yaptırmak için çok yaşıyorum	Katılmıyorum	203	78,4	56	21,6	,285
	Kararsızım-Katılıyorum	42	61,8	26	38,2	
Simir testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok	Katılmıyorum	203	79,3	53	20,7	,012
	Kararsızım-Katılıyorum	42	59,2	29	40,8	
Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, simir testi yaptırmak bunu engellemez	Katılmıyorum	145	77,1	43	22,9	,005
	Kararsızım-Katılıyorum	100	71,9	39	28,1	
Simir testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim	Katılmıyorum	126	81,3	29	18,7	,000
	Kararsızım-Katılıyorum	119	69,2	53	30,8	
Simir testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam	Katılmıyorum	203	78,4	56	21,6	,000
	Kararsızım-Katılıyorum	42	61,8	26	38,2	

*Pearson chi square testi kullanılmıştır.

Simir testi yaptırmayla ilişkili olabilecek etkenler (yaş, öğrenim düzeyi, medeni durum, beden kitle indeksi, çocuk varlığı, özel sağlık sigortası varlığı, kronik hastalık varlığı, sigara içiciliği, spor yapma, doğum kontrol yöntemi kullanımı, mamografi yaptıрма, hangi tarama testlerini yaptıracağına karar verme güçlüğü, simir testinin ne amaçla yapıldığını bilme, duyarlılık puanı, önemseme puanı, yarar motivasyon puanı, sağlık motivasyon puanı, engel puanı) regresyon modeline konduğunda mamografi yaptırmamanın ve simir testinin ne amaçla yapıldığını bilmenin simirtestini yaptırmamadan sırasıyla %79 ve %74 koruduğu (OR (%95 GA)= 0,21 (0,08-0,56); 0,26 (0,10-0,63)); engel puanı arttıkça simir testi yaptırmamanın da arttığı bulunmuştur (OR (%95 GA)= 1,09 (1,04-1,15)) (Tablo 18).

Tablo 18. Simir testi yaptırmayla ilişkili olabilecek etkenlerin ileri analiz yöntemiyle değerlendirilmesi (İstanbul, 2018)

	OR (%95 GA)	P*
Yaş	0,01 (0,96-1,06)	0,577
Öğrenim düzeyi ortaokul ve altı	0,48 (0,18-1,25)	0,137
Evli olmak	0,59 (0,20-1,69)	0,327
Vücut kitle indeksi zayıf-normal olması	1,52 (0,58-3,97)	0,391
Çocuğu olmak	6,36 (0,03-1,29)	0,414
Özel sağlık sigortası olmak	0,28 (0,06-1,26)	0,099
Kronik hastalığı olmak	0,67 (0,29-1,54)	0,350
Sigara içmek	1,56 (0,44-5,47)	0,485
Spor yapmamak	0,52 (0,23-1,18)	0,118
Doğum kontrol yöntemi kullanmak	0,76 (0,28-2,03)	0,591
Mamografi yaptırmak	0,21 (0,08-0,56)	0,002
Simir testinin ne için yapıldığını bilmek	0,26 (0,10-0,63)	0,003
Hangi tarama testine karar vermek zor	1,05 (0,46-2,41)	0,893
Duyarlılık puanı	0,93 (0,80-1,08)	0,389
Önemseme puanı	0,97 (0,90-1,03)	0,384
Yarar motivasyon puanı	0,94 (0,87-1,02)	0,152
Sağlık motivasyon puanı	1,02 (0,85-1,24)	0,778
Engel puanı	1,09 (1,04-1,15)	0,000

*Binary logistic regression testi (enter LR yöntemi) kullanılmıştır.

4.2. Niteliksel Bölüme İlişkin Bulgular

Hayatı boyunca hiç simir testi yaptırmamış olan 82 kadından 12'si (%14,6) bir sonraki niteliksel aşama için görüşme formunun sonuna telefon numarasını yazmıştır. Bu kadınlardan 2'siyle cinsel aktif olmadığı, 3'üyle araştırma tarihinden sonra simir testi yaptırdığı için, 1 kadına ulaşılamadığı için, 3'ü de görüşme yapmayı kabul etmediği için yalnızca 3 kadınla görüşülmüş, aynı aile sağlığı merkezlerinden 3 ayrı kadın daha bulunarak toplamda 6 kadınla görüşülmüştür.

Bu kadınların yaş ortalaması 44,3 olup, ortak özelliği evli olmaları, 30 yaşından büyük olmaları ve hayatı boyunca hiç simir testi yaptırmamış olmalarıdır. Katılımcılar 3 ev kadını, bir bankacı, bir öğretmen, bir eczacı teknisyeninden oluşmakta olup; 3'ü üniversite mezunu, 2'si lise mezunu, biri ilkokul mezunudur.

Sağlık inanç modeli doğrultusunda gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin içerik analizi sonucunda 5 ana tema ortaya çıkmıştır. Bu temalar sağlık/sağlıklılık algısı, serviks kanserini önemseme algısı, simir testinin yararına ilişkin algı, simir testini yaptırmama ile ilişkili engellere yönelik algı ve sağlık okuryazarlığıdır.

4.2.1. Sağlık/Sağlıklılık Algısı

Kadınların sağlıklı olmakla ilgili düşünceleri çeşitlilik göstermektedir. Daha çok enerjik olmaya, mutluluğa, kaliteli yaşama, tam bir iyilik halinde olmaya vurgu yapmışlardır.

“Çok o konulara takıntılı bir insan değilim, yani işi akışına bırakırım, vücudun kendi kendine bazı şeyleri yapabileceğine inanan bir insan olduğum için hemen ilaç kullanayım hemen doktora gideyim diyen bir insan değilim açıkcası...”(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“Sağlıklı olmaktan enerjik olmayı anlıyorum, çünkü hiç enerjik değilim ben sadece onu anlıyorum...”(32 yaş, bankacı, üniversite mezunu)

“Sağlıklı olmak, mutlu olmak demektir, her şeyden önce sağlık, yani sağlık olunca her şey oluyor, sağlık olmayınca hiçbir şey olmuyor...hayatında en çok ne istiyorsun deseler sağlık isterim Allah'tan, başka şeylerden de önce sağlık isterim...”(49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

“Sağlığa dikkat etmeyi anlıyorum, yediklerime, içtiklerime dikkat etmeyi...insan daha kaliteli yaşamak istiyor, bunları istiyor, istemiyor değil ama ben şu ortamda (iş yoğunluğu nedeniyle) biraz zor diyorum...” (47 yaş, eczacı teknisyeni, lise mezunu)

“Bedenen ve ruhen kişinin kendini iyi hissetmesi, kendi işlevini gerçekleştirilmesi, günlük işlevlerini gerçekleştirilmesidir...Akl sağlığı, ruh sağlığı, hepsi bir bütün...Sağlıklı olmayı isterim ama uç noktada değil, her dakika gideyim de şunu yapayım şunu da yapayım da vitaminlere falan sarılmam...”(34 yaş, öğretmen, üniversite mezunu)

“Sağlıkla, işte bir tek kaliteli yaşamayı öğrendim, kaliteli yaşamak istiyorum, manyak manyak cam silmiyorum artık...yaşıtlarıma göre şeyim şimdi aslında çok enerjirim, girdiğim yerde hiçbir zaman ne yaşımla, ne hastalıklarla beni bağdaştırmazlar, enerjikedir...”(58 yaş, ev kadını, lise mezunu)

Sağlıklı olmak için neler yaptıkları ve ne yapmayı istedikleri sorgulandığında beslenme, fizik aktivite, doktora gitme ön plana çıkmıştır.

“Yürüyüş yapmaya eşimle çok özen gösteririz, her fırsat bulduğumuzda sahile iniyoruz, yürüyoruz 1 saat kadar, onun dışında yediğimize içtiğimize dikkat ediyoruz...”(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“Spor yapıyorum, yediklerime dikkat etmeye çalışıyorum, bu kadar, başka da yapacağım bir şey yok yani şu anda...hazır gıda tüketmiyorum, çok fazla paketli gıda tüketmiyorum... ekmek yememeye çalışıyorum, bunu çok aza indirdim...”(32 yaş, bankacı, üniversite mezunu)

“Yürüyüş yapıyorum elimden geldiği kadar, ufak bir şikayetim olduğunda doktora gidiyorum...Yediklerime çok dikkat ederim...Doğal beslenmeye çalışıyorum...”(49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

“Beslenmeme dikkat ediyorum, yemekleri evde yiyoruz, pek dışarı kültürüm yoktur, donmuş gıda asla eve sokma, kışlık yiyeceklerimizi akrabalarından alırım...”(47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

“Çok sağlıklı yiyecekler tüketiyorum ona rağmen grip oluyorum bir tek spor yapmıyorum en büyük eksikliğim o, spor yapmamak...Onun dışında işe bile kendi yemeğimi götürüyorum...temiz olmaya, hijyene, sağlıklı ürün tüketmeye, sağlıklı ortamda bulunmaya dikkat ederim...ben hasta olsam giderim, ağrısı bir tarafım

giderim, bakarım ihmal etmem öyle şeyleri, doktor ne dese yaparım...vakti geldiğini düşünüyorsam bir göz muayenesi mesela, giderim şikayetim olmasına gerek yok onun için, onun dışında hani hastalık hastası değilim, o derecede değil, ama ihtiyaç olduğunda giderim...”(34 yaş, öğretmen, üniversite mezunu)

“Kurslara gidiyorum, arkadaşlarla vakit geçiriyorum, kendime vakit ayırıyorum artık, bedensel olarak da kendime yatırım yapmaya başladım...epilasyona başladım...gidip alışveriş yapmam bile benim için egzersiz... yüzmek çok istiyorum ve düzenli yürümek çok istiyorum ama onu bir türlü beceremiyorum, mesela bir programa, paralı bir yere bağlayın beni, ben onu uygulayam, öyle bir huylarım var...” (58 yaş, ev kadını, lise mezunu)

Kadın sağlığından ne anladıkları ve kadın sağlığı ile ilgili neler yapıldığını bilip bilmedikleri sorulduğunda kadınlar meme kanseri taramasını ve simir testini bildiklerini belirtmişlerdir.

“Bunları hep duyuyoruz tabi sorunlar olduğunu, yani en azından fikir sahibiyiz öyle söyleyeyim... Aşağı yukarı rahimle ilgili, ne bileyim rahim ağzı kanseri ile alakalı şeyler var, mamografi falan çekiliyor, kabataslak biliyorum da, yaptırdın mı bu yaşa kadar, açıkcası yaptırmadım...”(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“İşte etrafımdan duyduğum 30 yaşından sonra simir testi bir de mamografi, başka da bir şey bilmiyorum...” (32 yaş, bankacı, üniversite mezunu)

“Göğüs hastalıkları, rahim ağzı kanseri... simir testi yapılıyor...”(49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

“Kadın sağlığını önemsemiyorum desem önemiyorum ama böyle bende bir tedirginlik var... biliyorum o tür şeylerin yapıldığını ama nasıl yapıldığını, kaç yaşında yapıldığını, nerede yapıldığını, işte onları bilmiyorum, çünkü ilgilenmedim yani...” (47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

“Belirli zamanlarda kadın sağlığı ile ilgili kontrollerin yapılması gerekiyor mamografi ya da meme ultrasonu...Normalde 40 yaş civarı başlıyor, ailede varsa 30 yaş civarında başlıyor, bunları biliyorum, simir testinin yapılması gerekiyor...” (34 yaş, öğretmen, üniversite mezunu)

“Kanser ilk etapta mutlaka geliyor ama şöyle de bir şey en azından bir doğum yaptım hiç yaptırmayanların risk oranlarının olduğunu da biliyorum, ondan sonra yani bir de problemim yok gibime geliyor...Zaten (memelerini kast ederek) çok

küçük olduğu için öyle bir şeye sokuyorlar, benim hayatta girmez ona ... doktor öyle demişti, o zaman söylemişim ben ama ultrasonla baktır öylesi sağlıklı demişti, onun için kapımızın önüne gelenlere de gitmiyorum, sağlıksız olduğunu biliyorum çünkü oraya koyacak şeyim yok...” (58 yaş, ev kadını, lise mezunu)

Bir kadının ilaçlar, görüntülemeler, doğum kontrol yöntemleri ve aşılarla ilgili görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

“Çok ilaç taraftarı bir insan değilim, mecbur olmadıkça kullanmak istemiyorum açıkçası, çünkü onların da yan etkileri olduğunu biliyorum...en ufak bir şey olduğunda hemen ilaç falan vermeye ben de taraftar değilim, eşim kesinlikle karşı-çocuklara biraz zaman tanı hemen ateş düşürücü verme- derdi bana...”

“Mr falan çekilmesini mecbur olmadıkça ben hiç istemiyorum çünkü onun da yan etkileri olduğunu bildiğim için gerçekten mecbur olunca çektirdik...Yani zararı olduğunu düşünüyorum, yapılan her işlem, radyasyon, radyoaktif, neyse işte etkileri oluyor, onun da uzun vadede insana zararı olacağını düşünüyorum, hani bir röntgen çektirmekten daha farklı...kolonoskopi hiç istemediğim halde yaptırdım mesela, doktor gerekli dedi yaptırdım, artık bir noktadan sonra doktora teslim oluyorsun, kendi halledemeyeceğim bir şey bu belli bir sorun var... mesela geçen yıl kolonoskopi yaptırdım ki bana sorsalar yaptırmayı asla tercih etmeyeceğim bir şeydi ama yaptırdım, bir şey de çıkmadı Allaha şükür...”

“Yok kullanmadım (doğum kontrol yöntemi) hiçbir zaman kullanmadım, çünkü rahim içine takılan aletlerin falan da sorun yarattığını biliyorum, hatta onların bile kansere sebep olabildiğini biliyorum, hapların da zararlı olduğunu düşünüyorum...Ben hiç onlara taraftar değilim çünkü uzun vadede daha sıkıntı yaratıyor diye düşünüyorum, o yüzden ben ne doğum kontrol hapi, ne başka türlü bir şey, onları kullanmadım, yani bedene müdahale edilerek yapılan veya ilaç kullanılarak yapılan yöntemleri kullanmadım öyle söyleyeyim size...Çünkü insanın idrarından çıkan o doğum kontrol hapını, içiyorsun sonuçta tuvaletini yapıyorsun bu denize gidiyor, sonuçta onların balıkları filan bile şeyini bozduğunu, etkilediğini falan biliyoruz...Ben de çok araştırırım, eşim de çok araştırır, biraz biz şey boyutunda bile araştırıyoruz bu konuları komplo teorisi boyutunda bile, insan sağlığını bozmaya yönelik çok şey olduğunu düşününüz açıkçası...”

“Şu anki aklım olsa ben de çocuklara bir sürü aşı yaptırdım ilave önceden, yaptırmazdım, çocuklar küçükken devletin yaptığı aşular dışında, paralı, dünya para vererek, ben menenjit aşısı bilmem ne aşısı falan bile yaptırmıştım, ilaçların içinde cıvalar bilmem neler çıkıyor, yani ne işi var aşının içinde civanın ben çocukların şeyini etkilediğini düşünüyorum, mesela ben çocuklara küçükken biz çocukken çok rahat yediğimiz şeyleri kendi çocuklarımıza yediremiyoruz niye, bunları bile düşününüz biz öyle söyleyeyim, o aşularla belki çocukların şeyini bozacak, yapısını bozacak şeyler veriyorlar belki, çocukların damak tatları bile etkileniyor bundan çocukların, yani sağlıklı şeyleri sevmiyor çocuklar nerede zararlı şeyler var onun peşindeler...biz doğal şeylerle şey yapmaya taraftarız daha çok ilaçtan ziyade... Aşı karşıtlarının sebebi de işte dediğim gibi ben farklı şeyler içine konduğunu düşündüğüm için mesela yoksa aşuya karşı olsam ben çocuklarıma yaptırmazdım, gerekli olduğunu düşündüğüm için o zaman yaptırmıştım ama şimdiki aklım olsa daha çok sorgulardım, daha araştırarak, o zaman o kadar araştırmamışım demek ki, kendimde eksiklik buluyorum, mesela bir sürü aşı yaptırdım çocuklara, onların olumsuz etkileri olmuştur belki, çocuklarda her yönüyle düşünmeye çalışıyoruz elimizden geldiğince tabi anne baba olarak ama tabi bizim de o günkü bilinçle yanlış yaptığımız şeyler olabiliyor...”

“Devletin her türlü imkanı var, bedavaya her işini hallediyorsun şimdi, biz çocuklar küçükken hiç devlet hastanesine gitmedik kendi özel doktorları vardı, ben yakın zamanda bu devletle ilgili şeyleri öğrendim, Allaha şükür her türlü imkan var, randevunu alıp şey yaptıktan sonra, istedikten sonra her gün hastaneden çıkma, her türlü tetkikini yaptır, kafana taktığın her konuda git doktora, benim şuramda şu var de, buramda bu var de, Allaha şükür her türlü imkan var, hem oraları meşgul etmek çok gereksiz geliyor bence, gereksiz konularda hem vakit kaybı, hem kafayı ona takıp uğraşmak o da sağlığı bozuyor diye düşünüyorum, yoksa her türlü imkan var Allaha şükür, yani bir ihtiyaç hasıl olduktan sonra ulaşabileceğim her türlü şey var...”(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

Kadınlar sağlığın çok önemli olduğunu, her Şeyden önce geldiğini vurgulamışlardır.

“Sağlıklı olmak çok önemli, her Şeyden önemli, en önemli Şey, en çok istediğim Şey zaten etrafımdaki herkesin sağlıklı olması...”(32 yaş, bankacı, üniversite mezunu)

“Her Şeyden önce sağlık yani sağlık olunca her Şey oluyor sağlık olmayınca hiçbir Şey olmuyor...hayatımda en çok ne istiyorsun deseler, sağlık isterim Allah'tan, başka Şeylerden de önce sağlık isterim...”(49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

“Her Şeyden önemli ...kadın sağlığını önemsemiyorum desem, önemsiyorum ama böyle bende bir tedirginlik var...”(47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

“Sağlık hayatım, sağlıklı olmazsam hiçbir Şey yapamam, ayağa kalkamam, yürüyemem, su bile içemem, sağlık bu kadar önemli bir Şey, sağlık olmazsa hiçbir Şey yapamayız...” (34 yaş, öğretmen, üniversite mezunu)

Sağlık sorunlarını önemsediklerini, Şikayeti olduğunda doktora gittiklerini belirtmektedirler.

“Bir sorun ortaya çıkarsa, gözle görülür hissettiğim bir Őey, tabi ki onun için gerekeni yapmak için uğraŐırım ama ufak tefek günlük basit Őeylerin de peŐine dűŐüp aman doktora gideyim diyen bir insan değilim...hemen gitmeden önce onun ciddiyetini tartıyorum, gerçekten önemli bir Őeyse tabi ki gidiyorum, ama basit Őeylerde hemen doktora giden bir insan değilim benim kardeŐimin eŐi hemen doktora gideyim der, ben öyle bir insan değilim...”(46 yaŐ, ev kadını, üniversite mezunu)

“Zaten ufak bir Őikayetimin olsa ben zaten giderim, gerçi inŐallah o zaman geç kalınmıŐ olunmaz da, hani az çok da bir Şikayet bir belirti verir yani...” (49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

Kanserle ilgili dűŐünceleri değerlendirildiğinde çoğunluk korkutucu bulunduğunu belirtirken, bir kadın yakınlarında kanser olmadığı için kanserle ilgili risk grubunda hissetmediğini, yakını kanser olan bir kadın kanseri tanıdığını, kanserle yaŐamanın öğrenilebileceğini ifade etmiŐtir.

“Ben bilmiyorum niyeyse hiç o konuda risk grubunda olduđumu dűŐünmüyorum, öyle bir geniŐliđim var o konuda, niye olduđunu da bilmiyorum ama trafik kazası hep baŐkalarının baŐına gelir ya hiç kendi baŐına gelmez diye dűŐünür ya insanlar belki o mantıkla risk grubunda olduđumu niyeyse dűŐünmüyorum, çünkü

elimizden geldiği kadar sağlıklı beslenmeye çalışıyoruz, ailede o tip bir şey yok, hani bunlara dayanarak, boş bir şey değil, dediğim gibi ailemizde Allaha şükür öyle bir sorun yok...”(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“Çok önemli ama ben böyle şeylerden korkan bir insanım...çok korkutucu, en korktuğum şeylerden biri ...”(32 yaş, bankacı, üniversite mezunu)

“Çok önemli, çok korkutucu, Allah kimseye vermesin, çağımızın en kötü hastalığı şu anda bildiğim kadarıyla...”(49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

“Kanser benim için çok önemli, benim annem kanser çünkü hala yaşıyoruz, 18 senedir uğraşıyoruz, memeyle başladı şimdi vücuda yayılmış durumda kemiklerden dolayı metastaz yaptı ...kanser benim için çok önemli, iyi takip edilirse, erken teşhis olursa, annem gibi 18 sene boyunca idare edebilirsiniz...bu kadar doktor, araştırmalar belki de ondandır, bu önemli bir şey atlanacak bir şey değil...kanseri tanyorum, kanser düşmanımız değildir arkadaşımız kabul edip onunla yaşamayı öğrenmek lazım (34 yaş, öğretmen, üniversite mezunu)

“Çok korkutucu, Allah korusun çok korkutucu...”(58 yaş, ev kadını, lise mezunu)

4.2.2. Tarama Testinin Yararına İlişkin Algı

Kadınlara “Sizce simir testinin yararı var mıdır, varsa nasıl bir yararı vardır?” şeklinde tarama testlerinin yararı ile ilgili düşünceleri sorulmuş, kadınlar tarafından taramanın yararı erken tanıya olanak sağlaması biçiminde ifade edilmiştir.

“Yani oluşan bir şey varsa, onu tespit etmek amaçlı diye düşünüyorum, oluşmaya başlayan bir şey varsa onun ön bulguları vardır, direk olmadan önceki aşamaları tespit etmek için diye düşünüyorum...” (46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“Bir yara varsa, bir şey varsa, illa ki bir olayı vardır, yani erken tanı konusunda, temizlenmesi gereken bir şey varsa o bölgede...”(32 yaş, bankacı, üniversite mezunu)

“Erken tanı hayat kurtarır onu biliyoruz az çok da hani işte biz insanlar biraz ihmalkar olduğumuz için bir şikayetimiz olmayınca doktora gitmiyoruz erken tanı her zaman hayat kurtarır gitmemiz faydalı olur bizim için (49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

“Şimdiden gidip varsa önlemini almak daha iyi olur ama sonuna gelmişsin öğrenmişsin onun bir şeyi de yok...hastalıkları öyle bir şey varsa önceden tedbirini alıyorsun, daha ilerlemesini önlüyorsun, daha bundan başka ne olsun en güzeli bu...” (47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

“Önem aslında başlangıca önlem, herhangi bir şey var mı yok mu aradaki karşılaştırmalar için yıllara aylara oranla, nedir ne değildir, erken yakalamak, erken tanı, en önemlisi o zaten...erken teşhis, kanser olmayacağım diye bir şey yok kanser her zaman olabilirsin, nerede yakaladığın önemli, nerede yakalayacağına bağlı. Önemli yani ne kadar erken o kadar hayat kaliten ve yaşam süren artar...”(34 yaş, öğretmen, üniversite mezunu)

“Herhalde kanseri önlemek için, ön bir tanı gibi, uyarmak güzel bir şey aslında ben öyle düşünüyorum...” (58 yaş, ev kadını, lise mezunu)

4.2.3. Tarama Testini Yaptırmamaya Yönelik Engel Algısı

Kadınların servikal tarama testini yaptırmamaya yönelik algıladıkları engeller daha çok kişisel faktörlerle ilgilidir. Bu engeller genellikle gerek duymama, risk altında hissetmeme, şikayeti olmama, ihmal, öncelik vermeme, kötü sonuç çıkar kaygısı, muayeneden korkma, muayeneden utanma/çekinme, zaman bulamama, kadercilik ve kültürel normlardır. doktorunun önermemesi ise sistemle ilişkili engellere işaret etmektedir.

Serviks kanseri açısından risk altında hissetmediğini ve simir testi yaptırmaya gerek duymadığını belirten bir kadının ifadeleri şu şekildedir:

“Bir genişlik bir rahatlık var ama ben de bilmiyorum sebebini ...(gerek) görürsem yaptırırım ama görmediğim için kanser konusunda da nedense bilmiyorum, Allah göstermesin risk grubunda olduğumu bir şekilde düşünmüyorum, o şeye de güveniyorum belki, üç doğum yaptım, çocuklarımı emzirdim, o açıdan sağlıklı bir süreç yaşadım, çünkü emzirmemek falan da problem yaratıyor diyorlar, onları da bildiğim için, neyse bilmiyorum o konuda kendimi risk grubunda hissetmiyorum belki de o yüzden...şu an için kendime gerek olduğunu düşünmedim, düşünseydim yaptırırdım açıkçası...” (46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

Bazı kadınlar şikayeti olmadığı için simir testi yaptırmadığını belirtmişlerdir.

“Bir sorun da hissetmedim o konuyla alakalı bir farklılık sorun teşkil edecek bir şey olsa hemen giderdim ama bir rahatsızlık hissetmediğim için gitmedim...” (46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“Bir şikayetim yok, bir de ailemizde sülalemizde hamdolsun böyle bir şey yok, halalarım da olsun, teyzemde olsun, annemde olsun yok hiçbir sülalemde, hani biraz da irsi oluyor deniliyor ya bizim ailede hiç yok çok şükür, kendimde de bir şikayet yok o yüzden yani...”(49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

“Kendimde şu an öyle bir problem hissetmiyorum, ne bileyim ağırlı sancılı bir şeyler, ne regl döneminde olsun ne sonrasında olsun öyle bir şey olmadığı için yaptırmadım, bazen düşünüyorum gideyim yaptırayım diyorum, sonra boşver diyorum gerek yok diyorum, bilmiyorum öyle bir kaldı yani...”(47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

“Mantığımla da şöyle düşünüyorum, ağrım yok kokum yok, akıntı yok, bir şeyim yok, hadi bu da sebep değil niye bilmiyorum, bir şikayetim yok Allah'a şükür...”(58 yaş, ev kadını, lise mezunu)

İhmal etmeyle ilgili düşünceler şu şekildedir:

“Biz insanlar biraz ihmalkar olduğumuz için bir şikayetimiz olmayınca doktora gitmiyoruz...”(49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

Başka sağlık problemleri veya yaşam olayları ön planda olduğundan simir testi yaptırmaya sıra gelmediğini söyleyen kadınların görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

(Annesinden bahsediyor)*“Öbür sağlık problemleri daha ön planda olduğu için açıkçası ona sıra mı gelmedi diyeyim, aslında annemin kesinlikle gitmesi lazım belli bir yaşın üzerinde olduğu için, ben daha o yaşlara yeni geldim bilmiyorum daha o konuda tam bilinçlenmedim belki de...”*(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“Şu anda şey var hedefimde tekrar doktora gidip bir transfer (tüp bebek transferi) daha yaptırayım diyorum...Şu anda önceliğim o, bir yandan da diyorum ki o olsa da yaptırsam tertemiz çocuk olsa daha iyi olmaz mı diye düşünüyorum, kendi kendime soruyorum kendim de cevaplıyorum, şu anda öncelik ona vermişim, öncelik o olsun diyorum, hayırlısı diyorum...” (47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

“Çok doktorlara gidiyorum ona mı sıra gelmiyor tabi bunlar sebep değil niye bilmiyorum ...bir de yaşatmam gereken insanlar vardı, onlar daha öncelikliydi, babamı biz 12 sene yaşattık, mucize gibiydi...benim kendimi düşünmeye vaktim yoktu...” (58 yaş, ev kadını, lise mezunu)

Simir testinin sonucu kötü çıkarsa kaygısının da kadınların yaptırımamalarında etkili olduğu görülmektedir

“bana sorsanız ben checkup yaptırmam cahilce ama ben gittikçe illa bir şey çıkar diye düşünürüm ne kadar geç duysam bunu o kadar iyiymiş gibi benim kafamda bir şey var ama yanlış olduğunu biliyorum tabi...hani şey derler ya arabayı belirli bir bakıma götürdüğünüzde illa ki bir şeyler çıkar öyle düşünüyorum, yani illaki bir yerinizde bir şey vardır...”(32 yaş, bankacı, üniversite mezunu)

“Neden gitmiyorum diyorum ama bunun da arkasında korkularım var gidersem kötü sonuç çıkacak diye o kaygıdan dolayı gitmiyorum yani bunun pişmanlığını yaşıyorum, niye gitmiyorum hani desen zararın neresinden dönsen kârdır şimdi de gidebilirsin ama o korku olduğu için gidemiyorum (annesini ve babasını kanserden kaybettiğini belirtmiştir)...” (47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

Jinekolojik muayeneden korktuğu için simir testi yaptırmayan kadınların ifadeleri şu şekildedir:

“Korkuyorum, nasıl yapıldığını bilmiyorum, açıkçası ben daha evlilikteki olaya bile çok henüz alışmadım, onu bile doğru düzgün beceriyorum muyum bilmiyorum, o korkum var onu yenedim...benim korkum aslında biraz da şey değil ne çıkar ne çıkmazdan ziyade ilaç kullanırım hastanede kalırım olayı değil de benim o olayı yaptırmam daha bir korkutucu, bu olayın yapılma aşaması beni korkutan aslında....oraya bir şey sokuluyor lafı bile beni çok rahatsız ediyor...”(32 yaş, bankacı, üniversite mezunu)

“Biraz da korkuyorum... bu korkunun altında erken yaşta doktorlarla çok fazla, erken doğumdan dört tane çocuk kaybettim serviks yetmezliğinden...”(49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

Jinekolojik muayeneden utandığı, çekindiği için simir testini yaptırmadığını söyleyen kadınların ifadeleri şu şekildedir:

“Sanki tanıdığım birisine gittiğim zaman kadın hastalıkları ya tedirgin oluyorum başka birisine başka yere gitsem yaptırsam hiçbir şey olmayacak ama oraya gitsem

bir tedirginlik var tanıdiktır gidiyorsun şey yapıyorsun ondan yani...” (47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

“İlk zamanlar utaniyorum diye düşünüyordum gerçekten mesela epilasyona gideceğim yıllardır istiyorum, arkadaşşıma dedim -ne olur beni de götür- herhalde utaniyorum yani bir sebep istiyorum...(genital bölgesini işaret ederek)bunu beyimden sonra hiç kimseye açmadım, bir tedirginlik var...(doktorun meme muayenesi yapması) bak o bir sıkıntı benim için demek ki, bak konuştukça ben kendimi çözüyorum ...sevmiyorum bir de şey yani bir tek kocaya göstermişim, hiçbir hastalık görmemişim, açmamışım sağımı solumu insanlara, ilk defa epilasyona açıyorum kendimi yani onda da sıkılarak...” (58 yaş, ev kadını, lise mezunu)

Bir kadın yakındaki aile sağlığı merkezindeki sağlık çalışanlarını tanıdığından simir testini orada yaptırmayı tercih etmediğini, başka bir merkezde simir testi yaptırmaya ise iş yoğunluğundan dolayı zaman bulamadığından bahsetmiştir.

Diğer yerlere de vakit ayırmak zor gitmem değil aslında gitmek de istiyorum ama...(47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

Düzenli olarak kadın doğum uzmanına giden bir kadın doktoru gerek görmediği için simir testi yaptırmadığını belirtmiştir. Bazı kadınlar ise aile hekimi tavsiye etmiş olsaydı simir testini yaptırabileceklerini belirtmişlerdir.

“Benim yaptırmamamın tek sebebi, doktorumun önermemesi ile alakalı bir durum...Kendi doktoruma giderim, utanmam sıkılmam yok ama beni bilen kişiye gitmeyi tercih ederim, beni takip etmiş olan, tıbbi geçmişimi bilen... Sağlık ocaklarının bunu sağlaması çok güzel bir şey, hani ben burada gebe kaldığımda da burada takibinin yapıldığını bilmem çok güzel, ben bilmiyordum mesela gebe kaldığımda böyle bir şey olduğunu öğrenmiş oldum ama bunu ben kimseden duymadım, kendileri arayıp da davet ettiler, ilgilendiler, hoş davrandılar, o zaman ben buraya gelmeyi tercih ettim mesela...Tavri çok önemli -gel sana burada hizmet veriyorum- demek var, -buyrun gelin konuşalım, çayımızı kahvemizi için- tarzında hoş sohbet havasında konuşmak ayrı bir şe, davetkar olmak başka, görevimi yapıyorum tarzı ile konuşmak başka...”(34 yaş, öğretmen, üniversite mezunu)

“Aile hekimimiz var, ona gider danışırım mesela, ona güveniyorum her konuda ... O ne şekilde dediğine bağlı, sorun olarak hissedip bir şey sorsaydım o da bana

deseydi -git mutlaka bunu yaptır- o zaman yaptırırdım ben bir sorunla ona gitseydim de şöyle bir sorunum var deseysen o da bana deseydi ki -bu konuyla alakalı git şunları yaptır- deseydi o zaman yaptırırdım...”(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“Belki olurdu bilemiyorum, yani belki oturup bir şeyler anlatsaydı, böyle olunca böyle diye belki etkili olurdu ...”(49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

Kaderci yaklaşımın gözlemlendiği ifadeler de bulunmaktadır.

“Bir şey olacağı varsa da oluyor ben onun da bilincinde olan bir insanım, hani bazı insanlar her şeyi yaptırıyorlar, yaptırıyorlar, yaptırıyorlar, ondan sonra -aa gözden kaçmış bilmem ne olmuş- bunları da duyuyoruz, öğreniyoruz, tabi ki tedbirli olmakta, bu konulara önem vermekte fayda var ama çok da takıntılı olarak yaşayıp da hayatını zehir etmek de çok doğru değil bence...”(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“Çok da yapacak bir şey yok tevekküle bırakıyorum, Allah'a bırakıyorum açıkçası biraz da ailede varsa olur yoksa olmaz diye düşünüyorum bazen...”(32 yaş, bankacı, üniversite mezunu)

Bir kadın muayeneden duyduğu korkularının altında kültürel normların yattığını düşündüğünü belirtmiştir.

“Toplumsal yani o ilk gece korkusu...ben bunu ne kadar bilsem de öyle olmadığını ama onu kendim yapamıyorum, bir türlü üstesinden gelemiyorum...kültürel şeyler, sağdan soldan duyduklarımız, ben çocuğum olursa gerçi ne kadar uzak tutabilirim onu da bilmiyorum da yaşadığımız toplum bu yani...” (32 yaş, bankacı, üniversite mezunu)

4.2.4. Sağlık Okuryazarlığı

Kadınlar sağlıkla ilgili bir şeyi merak ettiklerinde sıklıkla onu internetten araştırma eğilimindedir. Diğer bilgi kaynaklarının ise doktorlar, yakınları ve kitaplar olduğunu ifade etmişlerdir. Okuduklarını anlama ile zorlukları ve kaynaklarla ilgili güvenilirlik kriterleri olup olmadığı ayrıca sorgulanmıştır. Anlamakla ilgili genellikle sorun belirtmemişler ancak bilgi çokluğu nedeniyle akıl karışıklığı olduğunu belirtmişlerdir. Kadınlar okudukları her şeyi güvenilir bulmadığını belirtmiş, farklı

düşünceleri birlikte değerlendirmeye, yorumları okumaya, bilginin güncel olmasına önem verdiklerini söylemişlerdir. Bir kadın kendisiyle aynı fikirde olan kişilerin verdiği bilgileri daha güvenilir bulduğunu ifade etmiştir.

“Elimizin altında her dakika internet var, tabii ki bakarım araştırırım o bulgular neden olabilir, eşim de çok araştırır ben de çok araştırırım, sırf o değil kitaplar da, biz kitap da çok okuruz, hani çok önemli bir konuya eskiden daha çok kitap alıyorduk artık o kadar kitap almıyorum ama gerekiyorsa o konuyla ilgili kitabı da alırız mesela elimizin altında devamlı bulunsun diye...merak ettiğim bir konu varsa o konuyu zaten yazdığımda bir çok şey çıkıyor oradan birkaç tanesini de araştırıyorum güvenilir olduğunu düşündüğüm yerleri daha çok araştırıyorum ya da biri bir şey tavsiye ediyor onu araştırıyoruz...”(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“Hiçbir yere gitmesem sağlık ocağına giderim, aile hekimim ile konuşurum...Direk doktora giderim...Ben kendim internet kullanamıyorum zaten...Ben önce doktora giderim hani içeriğine bir baktırım kızlarıma, ben kendim bakamam, kullanamıyorum çünkü...(kadınlar arasında bu konular)konuşuluyor, arkadaşlarım söylüyor, muhabbeti geçiyor...” (49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

“İnternette mesela merak ettiğim benim çocuğum yok bir buçuk yıllık evliyim hem de yaşımdan dolayı şey olmadı birazcık bebek şeylerini araştırmaya yöneldim, hem bazen şey yaptım, sordum, mesela giden gelen hastalarım da vardı onların gidip geldikleri doktorları sordum, araştırdım, biraz internette şeyleri yani klinikleri araştırdım...”(47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

“(internetten) Araştırırım ama çok da güvenmem...fikir edinmek için...elime geçen kitapları okurum sağlıkla ilgili, illa ki kadın hastalıkları ile ilgili şeyler okumam, hastalık varmış da gideyim bunun kitabına bakayım demem ama hani genel dergiler kitaplar onları araştırırım...”(34 yaş, öğretmen, üniversite mezunu)

“Önce bir araştırırım sosyal medyada, bir randevu alırım, o arada sosyal medyadan araştırıp direkt doktora giderim...” (58 yaş, ev kadını, lise mezunu)

Kadınların okudukları kaynaklara güvenme ile ilgilidüşüncelerine aşağıda yer verilmiştir.

“Ben onu anlayabileceğimi düşünüyorum ...hepsine bakarım, ona kendim karar veririm sonunda şu kaynak şöyledir, bu kaynak böyledir, gazeteler konusunda da ben hepsine bakarım haberler konusunda da mesela, sonuçta o kararı ben veririm çünkü illa ki biri bir şekilde yanlı, o o tarafa, bu bu tarafa yanlı bir şekilde veriyorlar haberi, en objektif olarak nasıl olur, her ikisini de okursun, dinlersin, araştırırsın doğrusunu, tabi kendinin de önyargısı illa ki oluyor insanın, ona göre bir karar verirsin, sonuca ulaşırsın ama her tarafı araştırmaktan yanayım, veya güvendiğim bir doktor ismi duyarsam onu araştırırım, onun hakkındaki yorumlarına bakarım, biz tabi şimdi ilaç karşıtı olduğumuz için daha çok ilaç karşıtı olanların şeylerine, tabi Canan Karatay olsun ondan sonra diğer hocalar olsun...tabi mutlaka aykırı olan birininkini daha çok kabul etmek istemez insan, şimdi -ilaç kullan- dese kullanmayacaksın, kullanmadan nasıl halledilebilir onu anlatacak biri olursa illa ki ona şey yapıyorsun yani...”(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“İnternete güveniyor musun desen, asla güvenmiyorum, okurum ama güvenmem, internetin hiçbir şeyine güvenmem, interneti genelde hani böyle yorumlara falan bakarım yorumlar insanın çok kafasını karıştırıyor, kimisi çok övüyor göklere çıkarıyor, kimisi yerin altına indiriyor, onun için internete güvenmem, sadece okurum, okur ve kendi mantığımla hareket ederim, şey yapmam bu bunu yapmış diye de ona da öyle bir şeye gitmem yani ben gözümle gördüğüme görüp de dokunacaksın diyorsun ya hani öyle bir şeye daha çok güveniyorum, gitmiştir eşim dostum akrabam ya müşterim ondaki sonucu gördükten sonra ben adamı tercih ederim yoksa internette okudum böyle olmuş devasa şeyler yapmış yok ona fazla güvenmem kimin yaptığını, çünkü bilmiyorum belki o iyi yorumları kendi ayrı isimlerle yazmış olabilir, aklıma da geliyor iyi niyetli midir kötü niyetli midir bilmiyorum...”(47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

“Yılına bakarım mesela bilgi eski mi yeni mi aydan aya günden güne bilgiler değişiyor çünkü, doktor mudur yoksa herhangi biri midir önemli benim için, onun gerçekten doktor olup olmadığını bilemediğim için, sadece bilgi edinmek amacıyla yapıyorum, hastanelerin falan varsa bilgi şeyleri onlara da bakıyorum ama esas doktora gidip soruyorum...” (34 yaş, öğretmen, üniversite mezunu)

“O tabi bizi yerle bir ediyor, birden google'a inanırsanız hepten psikolojiniz bozuluyor ben orada ön bilgileniyorum, çok fazla kaptırırsanız o direk kanser yapıyor her şeyde size, ama en azından bu ağrının neden olduğunu hangi doktora yönelebileceğimi de ufak bilgi alıyorum, o amaçla kullanıyorum, detaya girersen psikolojisi bozulur insanın...kendi kendimce de bir şeyler yapıyorum...benim beyim daha hastayken, hastanelerde insanlarla konuşuyorsunuz, her yerde afişler, sosyal medya, gözünüzü çıkartıyorlar, sosyal medya çok etkili tabi...” (58 yaş, ev kadını, lise mezunu)

Kadınlar, toplumun konuyla ilgili bilinçlenmesinin çok önemli olduğunu belirtmişler, bilinçlendirme açısından televizyonun, sosyal medyanın önemli araçlar olduğunu söylemişler, bu tür sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yaygınlaşmasının gerekliliğine, doktor ve hasta iletişiminin önemine dikkat çekmişlerdir.

“İnsanlar neyin ne olduğunu bilip bilinçlendikten sonra insanların gerekeni yapacağını ben zaten düşünüyorum...bilinçlendirme aşaması çok önemli, ben mesela bir çok şeyi bildiğimi düşünüyorum, bilmediğim tabi ki çok şey vardır da en azından gerektiğinde ne yapmam gerektiğini biliyorum bir şey olduğunda...hani dediğim gibi ne gibi bir şey olduğunda ne gibi sonuçlar doğuracağı, o aradaki bağlantıyı insanlara güzel anlattırsanız belki daha etkili olabilir yaptirmaları açısından, şimdi ben mesela ne olduğunda yaptirmam gerekir iyi kötü bildiğimi düşünüyorum ama daha bilinçli olsam mesela daha basit bir şeyde, önemsemediğim bir şey olabilir mesela, halbuki o çok önemlidir, diyelim ki onu daha iyi anlarsam belki basit düşündüğüm şeylerde de gerekli olduğuna ikna olabilirim mesela...çok eskisiyle kıyaslarsanız şu an çok daha farklı bilinç de arttı diye düşünüyorum, televizyon sayesinde, televizyon mesela çok önemli bir etken onu söyleyecektim şimdi aklıma geldi...boşvermişlikten ziyade daha farklı konularda bilinçlenmenin sonucu diye düşünüyorum bu ilaçlara karşı mesafeli olmanın veya her türlü gidip işte emar çektireyim, bunu çektireyim, bunları yaptırmamak boşvermişlik değil de bu konularda biraz daha farklı bir şekilde bilinçlenmek diye düşünüyorum...izleyen açısından televizyon çok önemli etken, yani bilinçlenme açısından doğru kullanılırsa televizyon önemli bir etken çünkü herkesin evinde var 24 saat açık...”(46 yaş, ev kadını, üniversite mezunu)

“Önemli çünkü ben kendimi çok hani böyle düşük de bilgisiz de değil çok yüksek de değil orta hissediyorum kendimi, benden daha bilgisiz olanlar var, onlar açısından daha iyi tabi ki, en azından ben kendim bakamasam da baktırırum (internetten), ama memlekette yaşayıp da hiçbir şey bilmeyenler var...en azından benim köyümde hiç bunu bilen yok, annelerimiz anneannelerimiz, teyzelerimiz, böyle bir şeyden haberi olmayan insanlar var...biz şehirdekiler az çok biliyoruz, yapmıyorsak da kendi hatamız hani bildiğimiz halde gitmiyorsak o bizim sorunumuz, yani az çok biliyoruz, ev hanımı da olsa çalışan biri de olsa farkındayız bir şeylerin, ama yazık köylerdeki hiçbir şeyin farkında değiller, köylerde zaten genç insan kalmadı, gençler hep gurbette, yaşlılar var onlar da hiçbir şeyden habersiz yaşıyorlar işte...”(49 yaş, ev kadını, ilkokul mezunu)

“Kadınların bilinçlendirilmesi için en güzeli televizyonlardır, en güzeli onlardır büyük kitleye hitap eder, kadınlar gerçekten televizyonu çok şey yapıyorlar, evde olan bütün kadınlar televizyonda olan bütün programları maşallah biliyorlar, ben ilk şeyde televizyon diyorum herkes interneti kullanamayabilir, herkes dergi, kitap alıp okumayabilir...önceki çalıştığım yerde, belediye şey açmıştı, bu mamografi falan çekiliyordu şeyde ve çok güzeldi, güzel çalışıyordu, herkes de gidiyordu, siz bana diyordunuz, ben arkadaşşıma diyordum, arkadaşım arkadaşına, komşusuna, gerçekten çok güzel, gece belli saatlere kadar çalışıyorlarmış yani, bu eş dost akraba şeylerinde de çok güzel oluyor...” (47 yaş, eczacı teknisyeni lise mezunu)

“Benim bulunduğum çevrede herkes bilinçli, bilinçli olmayan varsa da, o da bir sorundan bahsettiğinde, doktora gittin mi, doktora gitsen iyi olmaz mı diye yönlendiriyoruz...çok bilinçsiz kesim var bu konuda, bilinmesi gerekiyor olağan kabul edilmesi gerekiyor, ayıp olmaması gerekiyor ama hala maalesef öyle ayıp kabul ediliyor...İçine girmek lazım, herhalde halk eğitim merkezleri vs tarzındaki yerlere gitmek lazım, mahallelere gitmek lazım, birebir oturup konuşmak, çok utanan insanlar var, benim için bu konuşmayı mesela dışarda yapmak normalken, muayene odasına girmeye utanan insanlar var, bu bilinci yakalamak biraz empati kurması lazım bunu yapan kişinin...Sadece dizilerden ibaret bir dünyada yaşayan kişinin ne kadar ne bildiğini bilmiyorum açıkçası o yüzden bunu yapan kişilerin onun seviyesine incek empati seviyesine da sahip olması gerekir onu

anlayabilmesi onun yaşamsal fonksiyonlarını nasıl yaşattığını görebilmesi lazım ki ona göre konuşabilsin...” (34 yaş, öğretmen, üniversite mezunu)

“Sosyal medya çok etkili zaten, yüzde yüz çok etkiler zaten her alanda, ben artık böyle bir bayan da görmüyorum çevremde, artık herkes çok bilinçli, hele ki bu konuda da taşrada dahi onlara bakıyorum daha çok gelip gidiyorlar hastaneye...”(58 yaş, ev kadını, lise mezunu)



5. TARTIŞMA

5.1. Niceliksel Bölüm

5.1.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Kadınların yaş ortalaması $47,7 \pm 11,3$ (30-79) olarak bulunmuştur. Araştırmamızda orta ileri yaş kadınların daha çok yer almaları, ileri yaştaki kadınların sağlık hizmeti almaya daha çok başvurmalarından kaynaklanmış olabilir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013(TNSA) verilerine göre hanelerin %52sinde üç kişi, % 24'ünde dört kişi yaşamakta ve dörtte birinde beş ve üzerinde hanehalkı üyesi bulunmaktadır. Kentsel kesimde ortalama hanehalkı büyüklüğü 3,6 kişidir. Bizim çalışmamızda da bir evde ortalama $3,5 \pm 1,4$ kişi (min 1-mak 15) yaşamaktadır.

TNSA 2013 örnekleminde erkeklerin yüzde 84'ü ilkokul veya üzerini tamamlamışken bu oran kadınlarda yüzde 72, İstanbul ilindeki kadınlar için %91'dir. Bizim çalışmamızda kadınların ilkokul veya üzerini tamamlama oranı %92,8, eşlerinin ilkokul veya üzerini tamamlama oranı %98,6dır. TNSAyla olan bu fark bizim araştırmamızda okuryazar olmayan kadınların yer almamasından kaynaklanmış olabilir.

TNSA'ya göre katılımcıların %68,3'ü evli, %27,5'i hiç evlenmemiş, %3ü boşanmış/ayrı yaşayan %1,1i ise eşi ölmüş kadınlardan oluşmaktadır bizim çalışmamızda %83,8i evli, %1,5'i hiç evlenmemiş, %8,6sı boşanmış %6,1i ise eşi ölmüş kadınlardan oluşmaktadır. Bizim çalışmamızda 30 yaş ve üzeri kadınlarla görüşülmüş olup evli kadınların çalışmamıza ilgisinin daha fazla olduğu gözlenmiştir. TNSA'da hanehalkı refah düzeyi evde bazı eşyaların bulunmasına göre değerlendirilmiş ve kadınların %34,7sinde düşük, %20,9 unda orta, %44,4ünde yüksek bulunmuşken bizim çalışmamızda gelir durumunu 0'dan 10'a kadar numaralandırılmış skala üzerinde işaretlemesi istenen kadınların %72,2si skalada 5 ve altını, %27,8i 6 ve üzerini işaretlemişlerdir.

TNSA'daki kadınların %31'i araştırma sırasında çalışmaktadır. Bulgular, kadınların %61'inin hizmet sektöründe, % 24'ünün tarımda ve yüzde 14'ünün sanayi

sektöründe çalıştığını göstermektedir. Çalışan kadınların %88'i özel sektörde %12'si kamuda çalışmaktadır. Bizim çalışmamızda çalışan kadınların oranı %29,8 bulunmuştur. Halen bir işte çalışan 97 kadından 29'u kamuda 68'i özel sektörde çalışmakta olup; 1 kadın tarım ,1 kadın sanayi, diğer kadınlar ise hizmet sektöründe çalışmaktadır. Çalışmanın kentsel bölgede ayrıca kış döneminde yapılmış olması ve ücretsiz aile işçisi olarak çalışanların kendilerini çalışıyor olarak tanımlamaması tarım işçisi sayısının düşüklüğüne, sanayi sektöründe çalışan kadınların mesai saatleri içinde sağlık merkezlerine daha az gitmesi sanayide çalışan kadın sayısının az bulunmasına neden olmuş olabilir. Ayrıca kayıt dışı sektörde çalışan kadınlar da kendilerini çalışıyor olarak tanımlamamaktadır.

TNSA'ya göre ülkemizdeki kadınların %11'i herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır. Özel sigortası bulunan kadınların oranı %0,8; İstanbul için bu oran %1,9'dur. Bizim çalışmamızda kadınların %5,8'i herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almadığını belirtmiştir. Özel sigortası bulunan kadınların oranı %11,7dir.

TNSA'ya göre halen evli kadınların ve tüm kadınların ortalama yaşayan çocuk sayısı sırasıyla 2,23 ve 1,6'dır. Bizim çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,9 \pm 0,9$ (min0-mak 6) bulunmuştur.

TNSA'ya göre araştırma tarihlerinde tüm kadınlar için bir aile planlaması yöntemi kullanma yaygınlığı %51 iken, evli kadınlar için %74'tür. Kullanılan yönteme bakıldığında halen evli olan kadınların %47'si modern bir yöntem kullanırken %26'sı geleneksel bir yöntem kullanmaktadır. Evli kadınların gebeliği önleyici yöntemler arasında en sık kullandığı yöntem geri çekme yöntemidir. Evli kadınlar tarafından en çok kullanılan modern yöntem Rahim içi araç (RİA)(% 17); RİA'dan sonra en yaygın olan yöntem ise erkek kondomudur (%16). Bizim çalışmamızda ise araştırma tarihlerinde tüm kadınlar için yöntem kullanma sıklığı %38,2 iken, evli 30-49 yaşındaki kadınlar için %65,5'tir. Yöntem kullanmayan kadınların büyük çoğunluğu adetten kesildiği için yöntem kullanmadığını belirtmiştir (%69,7). Kullanılan yönteme bakıldığında halen evli olan kadınların %51,7'si modern bir yöntem kullanırken, %13,8'i geleneksel bir yöntem kullanmaktadır. Evli 30-49 yaşındaki kadınların gebeliği önleyici yöntemler arasında en sık kullandığı yöntem erkek kondomudur(%26,3). Erkek kondomundan sonra en yaygın olan

yöntem sırasıyla RİA (%15,6) ve geri çekmedir (%13,8). Tüm kadınlar için yöntem kullanma oranının düşük olması bizim araştırma popülasyonumuzun 30 yaş ve üzerinde olmasından ve katılımcıların birçoğunun postmenapozal dönemde olmasından kaynaklanmaktadır (91).

Küresel yetişkin tütün araştırmasına göre tütün ürünü kullanım sıklığı kadınlarda %13,1'dir. Kadınlarda günde içilen sigara sayısı ortalaması 15,3'tür. Kadınlarda hergün tütün ürünü kullanma sıklığı %10,7, ara sıra tütün ürünü kullanım sıklığı %2,4'tür (92). Bizim çalışmamızda sigara içme sıklığı düzenli olarak kullanıyorum diyenler için %19,3, ara sıra kullanıyorum diyenler için %7'dir. Sigara içilen yıl sayısı ortalama 20,3 günde içilen sigara sayısı ortalaması 13'tür. Ülkemizde alkol kullanım oranı TKHRFS (2013) çalışmasına göre kadınlarda % 4'tür, bizim çalışmamızda ise bu oran % 10,1 bulunmuştur. TKHRFS çalışmasında ülkemizde kadınların %13'ü yeterli fizik aktivite yapmaktadır bizim çalışmamızda orta veya ağır düzeyde düzenli fiziksel aktivite yapıyorum diyenler katılımcıların %23'ünü oluşturmaktadır (93).

5.1.2. Kadınların Servikal Taramaya Katılımı ve Etkileyen Faktörler

Türkiye istatistik kurumu (TUİK) 2012 verilerine göre 15 yaş ve üzerindeki bireylerin simir yaptırmama oranı %77,9 (kentte %75,9), son 1 yıl içinde yaptırdım diyenler %7,9 (kentte %9,1), son 1 yıldan daha öncesinde yaptırdım diyenler %11,1dir (kentte %12,6) (9). Literatürde Türkiye'de yapılmış çalışmalara baktığımızda servikal taramaya hiç katılmamış olma oranı %45-84 arasında bulunmuştur (10-19). Bizim çalışmamızda bu oran %25 bulunmuştur. Bu oranı düşük bulmamızda araştırmayı sosyoekonomik düzeyi görece yüksek bir ilçede yapmış olmanın ve aile sağlığı merkezine gelen kadınların genel olarak sağlık hizmetlerine daha çok başvuran kadınlar olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Simir testini yaptırmış olanlardan son 1 yıl içinde yaptıranların oranı %43; son 5 yıl içinde yaptıranların oranı %83,4'tür.

Katılımcıların %36,4'ü simir testini bir kadın doğum uzmanından, %14,1'i aile hekiminden duyduğunu belirtmiştir. Simir testini yaptırdığı yer %37,3 özel hastane veya muayenehane, %33,6 devlet veya üniversite hastanesi, %20,1 aile

sağlığı merkezi ve %8,7 anne çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezidir. 2014 yılından beri aile sağlığı merkezlerinde simir testi uygulanmasına rağmen simir testini aile hekimlerinden duyma oranının düşüklüğü ve simir testi yaptırmak için hastanelerin aile sağlığı merkezlerinden çok daha fazla tercih ediliyor olması dikkat çekicidir. Veri topladığımız tüm aile sağlığı merkezlerinde konuyla ilgili bilgilendirici afiş ve broşürler bulunmaktadır. Bununla birlikte aile hekiminin ve aile sağlığı elemanının tavsiyeleri ve hatırlatıcı telefon görüşmelerinin bu oranın artmasında çok daha etkili olacağı düşünülmektedir. Simir testini yaptırmış olanlardan son 5 yıl içinde yaptıranların oranı %83,4'tür, bu durum bize kadınların büyük bir kısmının servikal tarama konusunda bilinçli olduğunu düşündürmektedir. Tüm kadınlarda toplam simir testi sayısı ortalaması 3,1dir; yaş ilerledikçe yaptırılan simir testi sayısı da artmaktadır. Bununla birlikte bir kez yaptırap bunun yeterli olduğunu zanneden veya önceki testlerinde negatif bulgu olmadığı halde gereksiz bir şekilde her yıl yaptıranlar için bilgi kirliliğinin ortadan kaldırılması önemlidir. Simir testini hiç yaptırmayan 82 kadının %32,9'u yaptırması gerektiğini bilmediğini ifade etmiştir, bu nedenle 30-65 yaş grubundaki tüm kadınların ulusal tarama programlarından haberdar olmasını sağlamanın gerekliliği ortadadır

Diğer kanser taramaları değerlendirilecek olursa kadınlardan 40 yaş ve üzerinde olup da mamografi testi yaptıranların oranı %71,2, 50 yaş ve üzerinde olup da kolonoskopi yaptıranların oranı %28,5, gaytada gizli kan (GGK) testi yaptıranların oranı %38 bulunmuştur. Mamografi ve simir testi kadınlar tarafından daha çok bilinmekte ve önemsenmektedir. Kolonoskopi invaziv bir işlem olması sebebiyle hastanın şikayeti olmadığı sürece pek tercih edilmemektedir.

Servikal taramaya katılımı ile ilgili etkenler araştırıldığında kadınların simir testi yaptırmaya oranı evli kadınlarda, çocuğu olanlarda, özel sağlık sigortası olanlarda, simir testinin ne amaçla yapıldığını bilenlerde ve mamografi yaptıranlarda daha yüksek bulunmuştur. Çocuğu olanlarda daha yüksek bulunmasının sebebi gebelik izleminde simir testi uygulanması olabilir. Kanser taramaları ile ilgili sağlık hizmetlerinin bütüncül bir yaklaşımla sunuluyor olması mamografi ve simir testi ilişkisini açıklamaktadır. Özel sağlık sigortası olanların özel kurumlarda sağlık hizmetine daha kolay ulaşılıyor olması, bu grupta servikal tarama testi yaptırmaya oranlarının daha yüksek çıkmasına yol açmıştır. Bu da devlet kurumlarında randevu

sisteminde ve sağlık hizmetine ulaşmada ya da sağlık çalışanlarıyla iletişimde birtakım aksaklıklar olduğunu dűřündürmektedir.

Bal'ın Karaman'da halk eğitim merkezinde 485 kadınla yaptığı çalışmada taramaya katılım ile eğitim dűzeyi ve çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur(35), bizim çalışmamızda eğitim dűzeyi ve çalışma durumu ile bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum tarama testinin araştırma bűlgesi için kapsayıcılığının yűksek olması ile açıklanabilmektedir. Araştırmamızda katılımcıların simir testini bilme ve yaptırma oranları oldukça yűksek bulunmuştur.

Gűkgűz ve arkadařlarının Ankara'da halk eđitim merkezinde 155 kadınla yaptıđı çalıřmada simir testinin yapılma nedenini bilmek ile simir testi yaptırmak arasındaki iliřkinin anlamlı olduđu saptanmıřtır, bizim çalıřmamızda da benzer řekilde simir testinin ne amaçla yapıldıđını bilenlerin testi daha çok yaptırdıđı saptanmıřtır(15). Ersin ve arkadařlarının yaptıđı niteliksel çalıřmada sađlık gűvencesinin olmaması servikal tarama ile ilgili engellerden biri olarak ortaya çıkmıřtır(17). Yabancı literatűrde de sađlık gűvencesinin olmayıřı taramaya katılmama açısından risk faktűrűdűr (22, 61, 66, 67). Bizim alıřmamızda ise sađlık gűvencesinin olmayıřı deđil özel sađlık sigortasının bulunmayıřı taramaya katılma davranıřının azalması ile iliřkili bulunmuřtur. Kadınların bűyűk kısmı herhangi bir sađlık gűvencesi altındadır ayrıca űlkemizde tarama testleri devlet kurumlarında űcretsiz yapılmaktadır ancak özel sađlık gűvencesi olanların sađlıklarına olan ilgilerinin daha yűksek olduđu dűřűnűlmektedir.

Avcı ve arkadaşlarının kadınların meme ve servikal kanser taramalarına yűnelik tutumlarını araştırdıkları çalışmalarında ve yabancı literatűrde bizim çalışmamızla benzer şekilde mamografi yaptıran kadınların simir testini yaptırma oranlarının daha yűksek olduğu bulunmuştur (34, 56). Birçok çalışmada bizim çalışmamızla benzer şekilde evli olmak servikal taramaya katılımıla pozitif yűnde ilişkili bulunmuştur (56, 57, 64). Akyűz ve arkadaşları doğum sayısının katılımda etkili olduğunu bulmuştur, bizim çalışmamızda ise çocuğu olanların simir testini daha çok yaptırdıkları saptanmıştır(14).

5.1.3. Kadınların Servikal Taramaya Katılımı ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Gökgöz ve arkadaşları çalışmalarında kadınların engeller algısı, yarar motivasyon algısı ve sağlık motivasyon algısı puanlarının eğitim düzeyi ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır(15). Bizim çalışmamızda kadınların öğrenim düzeyinin artmasının duyarlılık, önemseme ve engel puanlarının azalmasına, yarar motivasyon puanı ve sağlık okuryazarlığı puanının artmasına neden olduğu bulunmuştur. Öğrenim düzeyi yüksek olan kadınların sağlık ve sağlık taramalarının yararı konusunda daha bilinçli olması söz konusudur ayrıca sağlık okuryazarlığı düzeyi öğrenim düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. bizim çalışmamızda her ne kadar öğrenim düzeyi ve sağlık okuryazarlığının tarama testine katılımı bir ilişkisi olmadığını bulmuş olsak da sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olanların sağlıklarıyla daha ilgili bireyler oldukları ve bu tür tarama testlerine daha sık katıldıkları bilinmektedir.

Bal'ın sağlık inanç modeli ölçeğini kullanarak yaptığı çalışmada simir testi yaptıran kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt gruplarından ciddiyet, yarar/motivasyon, sağlık motivasyon puan ortalamaları yüksek iken, engel puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir (35). Karabulutlu ve arkadaşları sağlık inanç modeli ölçeğini kullandıkları, kadınların bilgi düzeyini artırmanın tarama testi yaptırmaya etkisini araştırdıkları çalışmanın sonunda kadınların yarar motivasyon algılarının arttığını engel algılarının azaldığını ortaya koymuşlardır (12). Dündar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların yarar algısı ve engel algısı puanları taramaya katılma davranışı ile ilişkili bulunmuştur (36). Güvenç'in serviks kanseri taramalarına ilk kez katılan ve daha önce katılmış olan kadınları karşılaştırdığı çalışmasında daha önce test yaptıranların motivasyon algısı toplam puanlarının, ilk kez test yaptıranlara göre daha yüksek, engel algısı toplam puanlarının ise daha düşük olduğu belirlenmiştir(37). Bizim çalışmamızda simir testi yaptıranların yarar motivasyon puanı daha yüksek, engel puanları daha düşük bulunmuştur. Kadınların tarama testinin yararlarına yönelik algısının tarama testine katılma davranışını etkilediği görülmektedir, sağlık inanç modelinin en güçlü kısmı olan engel algısı puanının tarama testini yaptıranlarda daha düşük olması beklenen bir sonuçtur.

5.2. Niteliksel Bölüm

Niteliksel kısımdaki bulgulara göre servikal tarama programlarına katılmada kadınların sağlık/sağlıklılık algısı, tarama testi ile ilgili yarar algısı, tarama testini yaptırmamaya yönelik engel algısı ve sağlık okuryazarlığı etkili olmaktadır. Kadınların konuyla ilgili bilgisinden çok sağlık inançlarının bu tür tarama programlarına katılımda etkili olduğu düşünülmektedir. Kadınların çoğu gitmesi gerektiğini düşündüğü halde bir takım nedenlerle simir testi yaptırmadığını, ya da ertelediğini belirtmişlerdir. Servikal tarama yaptırmamanın önündeki engellerle ilgili en çok öne çıkan nedenler gerek duymama, risk altında hissetmeme, şikayeti olmama, öncelik vermeme, ihmal, kötü sonuç çıkar kaygısı, muayeneden korkma, muayeneden utanma/çekinme, doktorunun önermemesi, zaman bulamama, kaderci yaklaşım ve kültürel normlardır. Kolaylaştırıcı faktörler ise toplumun konuyla ilgili bilinçlendirilmesi, etkili doktor-hasta iletişimidir.

Ersin ve arkadaşlarının yaptığı niteliksel çalışmada servikal tarama yaptırmamanın önündeki engeller olarak servikal kanser ve erken tanısı hakkında bilginin yetersiz olması, ihmal, utanma, korku, sağlık güvencesinin olmaması, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşama, ekonomik sorunların yanında erkek doktora muayene olmak istememe, eşin izin vermemesi, kaderci yaklaşım gibi sosyokültürel faktörler ön plana çıkmıştır. Kolaylaştırıcı faktörler ise sağlık personelinin ilgili ve toleranslı olması, hizmetin ücretsiz olması, hizmete kolay ulaşmak ve hatırlatıcı telefon görüşmeleri olarak bulunmuştur(17). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde servikal tarama yaptırmamanın önündeki engeller öncelik vermeme, ihmal etme, muayeneden korkma, sonucun kötü çıkmasından korkma, muayeneden utanma, kaderci yaklaşım; kolaylaştırıcı faktörler ise toplumun konuyla ilgili bilgilendirilmesi ve sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim olarak ifade edilmiştir. Katılımcılar kendileri için servikal tarama açısından sağlık hizmetlerine ulaşmanın bir sorun olmadığını belirtmişlerdir. Bunda çalışmanın büyük bir şehirde yapılmasının, bu tür sağlık hizmetlerinin ücretsiz olmasının ve çeşitli sağlık merkezlerinde yapıyor olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Duran'ın yapmış olduğu niteliksel çalışmada kadınların simir testi ile ilgili farkındalıklarının yetersiz olduğu saptanmış, öne çıkan üç tema bilgi düzeyi, sağlık

inançları ve engel algıları olarak bulunmuştur. Kadınların servikal kanser risk faktörleri ve korunmayla ilgili bilgisinin yetersiz olduğu ve bazı yanlış sağlık inançlarına sahip oldukları bulunmuştur. Kadınlar kanser için önlem almanın önemli olduğuna dikkat çekmişler, sağlık çalışanları tarafından yüz yüze bilgilendirilmenin test yaptırmak için motivasyonlarını artıracaklarını belirtmişlerdir. Bir çok kadın kaderci yaklaşım göstermiştir. Öne çıkan engeller korku, bilgi eksikliği, kayıtsızlık, sağlık merkezine ulaşmada zorluk, kötü sonuç çıkar kaygısı, şikayeti olduğunda doktora gitme, doktor veya medyadaki bilgilerle ilgili güvensizlik olarak bulunmuştur (18). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde servikal taramanın yararları vurgulanmış; simir testi yapırılmama davranışında korku, kötü sonuç çıkar kaygısı, şikayeti olmama, kaderci yaklaşım, sağlık çalışanlarıyla güvenilir iletişim etkili bulunmuştur.

Oscarsson ve arkadaşlarının yapmış olduğu, kadınların servikal kanser taramasına neden katılmadığının araştırıldığı bir diğer niteliksel çalışmada ihtiyaç duymama, istememe ve öncelik vermeme önemli temalar olarak ortaya çıkmıştır. Kadınlar sağlıklı hissettikleri sürece katılmayı tercih etmemektedir. Olumsuz vücut algısı, düşük benlik saygısı, jinekolojik muayeneden rahatsızlık duyma, kötü sonuç çıkar kaygısı da katılmamaya yol açmaktadır(74). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde gerek duymama, şikayeti olmadıkça doktora gitmeme, risk altında hissetmeme, öncelik vermeme, kötü sonuç çıkar kaygısı ve jinekolojik muayeneden rahatsız olma algılanan engellerdir.

Kwok ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doktor tavsiyesi güçlü bir motivatör, kadın doktorun uygulaması, hatırlatma mektubu, testin ücretsiz olması katılımı teşvik ediciyken, ulaşım ile ilgili sıkıntılar, kültürel inançlar ve önceki ağırlı deneyimler tarama davranışının önündeki engeller olarak belirlenmiştir(73). Bizim çalışmamızda da doktor tavsiyesi kolaylaştırıcı faktör olarak; jinekolojik muayene korkusu, kültürel inançlar, zaman sıkıntısı gibi konular algılanan engeller olarak ortaya çıkmıştır.

5.3. Sınırlılık, Güçlü Yanları

Bu çalışmanın en güçlü yanı karma metot çalışması olmasıdır. Çalışmanın niceliksel komponenti hem daha büyük bir örnekten bilgi toplanmasını sağlamış, hem de niteliksel çalışma için görüşülecek kadınları belirlemede ve görüşmede sorulan yarı yapılandırılmış soruları hazırlamada alt yapı sağlamıştır. Bu kısımda kullanılan sağlık inanç modeli ölçeği tarama davranışlarına katılımın açıklanmasında sıklıkla kullanılan güvenilir bir ölçüm tekniğidir. Çalışmanın niteliksel komponenti ise kadınların sağlık inançları, servikal tarama testine katılmama davranışı ve bunun altında yatan etkenlerle ilgili derinlemesine bilgi sağlamıştır. Bu tür karma metod çalışmaları tarama programına katılmama davranışını anlamak açısından daha güçlü tasarımlardır.

Bu çalışmanın en büyük kısıtlılığını katılımcıların aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınlar arasından seçilmesi dolayısıyla temsiliyetinin olmamasıdır. Sağlık merkezinden seçilen kadınlar muhtemelen sağlıklarıyla daha ilgili olup tarama testini daha çok yaptıran; daha fazla sağlık bilgisine sahip, yarar motivasyon algıları daha yüksek, engel algıları daha düşük bireylerden oluşmaktadır.

Kısıtlı sayıda kadınla derinlemesine görüşülmesi, bazı temaların ortaya çıkmamasına neden olmuş olabilir. Araştırmanın tasarımı ayrıca neden-sonuç ilişkisi kurulması açısından bir sınırlılık yaratmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadınların perspektifinden tarama testini yaptırmama nedenlerini araştıran bu çalışmanın sonuçlarına göre her 4 kadından birinin hayatı boyunca hiç simir testi yaptırmamış olduğu görülmektedir. Bu iyi bir oran gibi gözükse de sağlık taramalarının kapsayıcılığının çok daha yüksek olması istenmektedir. Niteliksel araştırmanın sonuçları kadınların sağlıklı olmaya ve sağlıklarını korumaya özen gösterdiklerine işaret etmektedir. Ancak hayatı boyunca hiç simir testi yaptırmadığını belirten kadınların büyük kısmı yaptırmaması gerektiğini bilmediğini söylemiştir. Kadınların büyük kısmının simir testini aile hekiminden değil kadın doğum uzmanından duyduğu ve kadınların simir testi yaptırmak için aile sağlığı merkezlerinden çok hastaneleri tercih ettiği bulunmuştur. Halbuki korunma ile sağlık hizmetlerinin birinci basamakta yaygınlaşması büyük önem taşımaktadır. Servikal tarama testleri 2014 yılından beri aile hekimliği sistemine entegre edilmiş olmasına rağmen bir çok kadın aile sağlığı merkezlerinde simir testi yapıldığını bilmemektedir. Burada hizmet sunuculara önemli bir rol düşmektedir. Kadınların konu ile ilgili bilgilendirilmesi kadar aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının kadınları servikal tarama testini yaptırmaları açısından motive etmesi büyük önem taşımaktadır.

Günümüzde toplumu bilgilendirme için en etkin kullanabilecek araçlar televizyon ve sosyal medyadır. Bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak hazırlanacak topluma yönelik mesajlarda tarama yaptırmak için bir şikayet olması gerekmediğinin altı çizilmelidir.

Mamografi yaptırmamanın ve simir testinin ne amaçla yapıldığını bilmenin simir testini yaptırmamadan koruduğu; engel puanı arttıkça simir testi yaptırmamanın da arttığı bulunmuştur. Hekimlerin tüm kanser taramalarını bütüncül bir yaklaşımla ele alınması önemli bir konudur.

Kadınların sağlık inanç modeli ölçeğinden aldıkları puanlar öğrenim düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Kadınların yarar motivasyon puanları öğrenim düzeyi yükseldikçe artmış, engel puanları azalmıştır, simir testi yaptıranların da yarar motivasyon puanları daha yüksek, engel puanları daha düşük bulunmuştur.

Sağlık inanç modeli doğrultusunda yapılan niteliksel çalışmanın sonuçları göstermektedir ki kadınların sağlık inançları ve algıladıkları engeller servikal

taramaya katılmamada etkilidir. Kadınların algıladıkları engeller daha çok bireysel faktörlerle ilişkilidir. Bunlarla baş etmek için sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanlarıyla etkili ve güvenilir iletişim kurmak kolaylaştırıcı faktör olarak bulunmuştur. Görüşmelerden sonra yapılan bilgilendirmeler kadınların bir miktar da olsa erken tanının önemini daha iyi kavramasını ve sibir testi ile ilgili bazı endişelerinin kaybolmasını sağlamıştır. Bu da kadınlarla yakın iletişim kurmanın taramanın önemini anlaşılmasını ve katılmayı artıracakını düşündürmektedir.

Benzer bir çalışmanın bir de sağlık hizmeti sunucularıyla yapılması ve tarama testi ile ilgili engellerin onların perspektifinden anlaşılması gereklidir. Sisteme yönelik sorunların daha çok sunucularla yapılan değerlendirmede ortaya çıkması beklenmektedir. Ayrıca bu konudaki gelecek çalışmaların toplumu temsil eden bir örnekleme yapılması önerilmektedir.

Bu çalışmanın benzer çalışmalar açısından yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR:

1. WHO. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. 2013.
2. WHO. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice: World Health Organization; 2006.
3. Stewart B, Wild CP. World cancer report 2014. Health. 2017.
4. IARC. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2012.
5. Canavan TP, Doshi NR. Cervical cancer. American family physician. 2000;61(5):1369-76.
6. IARC. IARC handbooks of cancer prevention: IARC; 2005.
7. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. CA: a cancer journal for clinicians. 2012;62(3):147-72.
8. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara: Sağlık bakanlığı; 2015.
9. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı. 2013.
10. Taşçı-Duran E, Unsal-Atan Ş. Does hopelessness of Turkish women affect their behavior regarding cervical cancer prevention and early diagnosis? Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2013;14(3):2085-9.
11. Gunaydın C, Gençtürk N. Early Diagnosis Behavior in Turkish Women with and without a Family History of Cervical Cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2015;16(2):401-6.
12. Karabulutlu Ö, Pasinlioglu T. The Effect of Training and Consultancy on the Knowledge Level and Health Belief regarding the Cervical Cancer Screenings, and Participation in Screenings. Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2016;6(13):818.
13. Bal MD, Sahin NH. The effects of personality traits on quality of life. Menopause. 2011;18(12):1309-16.
14. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 2006;48(1):025-9.
15. Gökğöz N, Aktaş D. Kadınların serviks kanseri ve pap smear testi yaptırma durumlarına yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. Yıldırım beyazıt üniversitesi hemşirelik e-dergisi. 2016;3(2).
16. Karaca M. 'Pap Smear'Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor? Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics. 2008;18(1):22-8.
17. Ersin F, Bahar Z. Barriers and Facilitating Factors Perceived in Turkish Womens Behaviors Towards Early Cervical Cancer Detection: A Qualitative Approach. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2013;14(9):4977-82.
18. Duran ET. Examination with the health belief model of women's attitudes to cervical cancer and early diagnosis in Turkey: a qualitative study. Asian Pac J Cancer Prev. 2011;12(5):1179-84.

19. Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi.
20. Damiani G, Basso D, Acampora A, Bianchi CB, Silvestrini G, Frisicale EM, et al. The impact of level of education on adherence to breast and cervical cancer screening: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*. 2015;81:281-9.
21. Documet P, Bear TM, Flatt JD, Macia L, Trauth J, Ricci EM. The association of social support and education with breast and cervical cancer screening. *Health Education & Behavior*. 2015;42(1):55-64.
22. Nelson W, Moser RP, Gaffey A, Waldron W. Adherence to cervical cancer screening guidelines for US women aged 25–64: data from the 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Women's Health*. 2009;18(11):1759-68.
23. Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Preventive medicine*. 2004;38(2):192-7.
24. Esin MN, Bulduk S, Ardic A. Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women. *Journal of Cancer Education*. 2011;26(3):510-5.
25. Isik G. Cervical Cancer and Pap Smear Test Health Beliefs and Health-Promoting Lifestyle of Women in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2016;9(2):630.
26. Reis N, Bebis H, Kose S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(4):1463-70.
27. Guvenc G, Akyuz A, Açıkel CH. Health belief model scale for cervical cancer and Pap smear test: psychometric testing. *Journal of advanced nursing*. 2011;67(2):428-37.
28. Gesink D, Filsinger B, Mihic A, Norwood TA, Racey CS, Perez D, et al. Cancer screening barriers and facilitators for under and never screened populations: A mixed methods study. *Cancer epidemiology*. 2016;45:126-34.
29. Corrarino JE. Health literacy and women's health: challenges and opportunities. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2013;58(3):257-64.
30. Flores BE, Acton GJ. Older Hispanic women, health literacy, and cervical cancer screening. *Clinical nursing research*. 2013;22(4):402-15.
31. Kim K, Han HR. Potential links between health literacy and cervical cancer screening behaviors: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 2016;25(2):122-30.
32. Oldach BR, Katz ML. Health literacy and cancer screening: a systematic review. *Patient education and counseling*. 2014;94(2):149-57.
33. Lindau ST, Tomori C, Lyons T, Langseth L, Bennett CL, Garcia P. The association of health literacy with cervical cancer prevention knowledge and health behaviors in a multiethnic cohort of women. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;186(5):938-43.
34. Avci İA, Altay B, Rızalar S, Özdelikara A, Öz H. Kadınlarıńn meme ve servikal kanser taramalarıńna yonelik tutumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015;14(3).

35. Bal MD. Kadınların pap smear testi yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. 2014.
36. Dundar PE, Ozyurt BC, Erdurak K. Sociodemographic determinants of nonattendance in a population-based mammography screening program in the city of Manisa, Turkey. *The Scientific World Journal*. 2012;2012.
37. Güvenç G. Serviks kanseri hakkında farkındalık artırmaya yönelik geliştirilen yöntemin kadınların pap smear yaptırma durumlarına etkisi. Ankara: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi; 2008.
38. Özmen D. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2004.
39. Dilli Z. Evli kadınların (18-65 yaş arası) servikal kansere ilişkin bilgi düzeyi ile öz-etkililik ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi 2016.
40. Sawaya GF, McConnell KJ, Kulasingam SL, Lawson HW, Kerlikowske K, Melnikow J, et al. Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical-cancer screenings. *New England Journal of Medicine*. 2003;349(16):1501-9.
41. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı; 2015.
42. Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Plummer M, Franceschi S, Bray F. Worldwide trends in cervical cancer incidence: impact of screening against changes in disease risk factors. *European journal of cancer*. 2013;49(15):3262-73.
43. Gültekin M, Boztaş G. Türkiye kanser istatistikleri. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014;43.
44. Serviks Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları Available from: <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf>. (Erişim tarihi şubat 2018)
45. Rootman I. Evaluation in health promotion: principles and perspectives: WHO Regional Office Europe; 2001.
46. Organization WH. The Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. Geneva: WHO. 1986.
47. Gördes Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanser Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. 2011.
48. Bakanlık TCS, Müdürlüğü TSHG. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler 2011.
49. Gelişimi SGT, Sağlığı Ö. Geliştirme Stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(3):343-58.
50. Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2016. 46-7 p.
51. Ersin F, Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modelleri'nin Meme Kanser Erken Tanı Davranışlarına Etkisi: Bir Literatür Derlemesi. 2012.
52. Türker F. Yetişkin Eğitimi Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlığı Geliştirme Kavramları Arasındaki İlişkilerin Tanımlanması. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara. 2006.

53. Tuzcu Öga, Bahar Z. Göçmen Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi.
54. WHO. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. World Health Organization, 2006 9241547006.
55. Şimşek Z, editor Şanlıurfa'da Kadın Sağlığını Geliştirmek İçin Geliştirilen Lider Kadın Eğitim Programının Etki Değerlendirmesi. 15 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 2012.
56. Limmer K, LoBiondo-Wood G, Dains J. Predictors of cervical cancer screening adherence in the United States: a systematic review. *Journal of the advanced practitioner in oncology*. 2014;5(1):31.
57. Martín-López R, Hernández-Barrera V, de Andres AL, Carrasco-Garrido P, de Miguel AG, Jimenez-Garcia R. Trend in cervical cancer screening in Spain (2003–2009) and predictors of adherence. *European Journal of Cancer Prevention*. 2012;21(1):82-8.
58. Martín-López R, Hernández-Barrera V, De Andres AL, Garrido PC, De Miguel AG, García RJ. Breast and cervical cancer screening in Spain and predictors of adherence. *European Journal of Cancer Prevention*. 2010;19(3):239-45.
59. Bazargan M, Bazargan SH, Farooq M, Baker RS. Correlates of cervical cancer screening among underserved Hispanic and African-American women. *Preventive medicine*. 2004;39(3):465-73.
60. Buki LP, Jamison J, Anderson CJ, Cuadra AM. Differences in predictors of cervical and breast cancer screening by screening need in uninsured Latina women. *Cancer*. 2007.
61. Selvin E, Brett KM. Breast and cervical cancer screening: sociodemographic predictors among White, Black, and Hispanic women. *American journal of public health*. 2003;93(4):618-23.
62. Maxwell AE, Bastani R, Warda US. Demographic predictors of cancer screening among Filipino and Korean immigrants in the United States. *American journal of preventive medicine*. 2000;18(1):62-8.
63. Jennings-Dozier K, Lawrence D. Sociodemographic predictors of adherence to annual cervical cancer screening in minority women. *Cancer nursing*. 2000;23(5):350-6.
64. Siahpush M, Singh GK. Sociodemographic predictors of pap test receipt, currency and knowledge among Australian women. *Preventive medicine*. 2002;35(4):362-8.
65. Ridolfi DR, Crowther JH. The link between women's body image disturbances and body-focused cancer screening behaviors: a critical review of the literature and a new integrated model for women. *Body image*. 2013;10(2):149-62.
66. Rimer BK, Conaway MR, Lyna PR, Rakowski W, Woods-Powell C, Tessaro I, et al. Cancer screening practices among women in a community health center population. *American Journal of Preventive Medicine*. 1996;12(5):351-7.
67. Roland KB, Benard V, Soman A, Breen N, Kepka D, Saraiya M. Cervical cancer screening among young adult women in the United States. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2013;cebp. 1266.2012.

68. Wall KM, Rocha GMN, Salinas-Martínez AM, Baraniuk S, Day RS. Modifiable barriers to cervical cancer screening adherence among working women in Mexico. *Journal of Women's Health*. 2010;19(7):1263-70.
69. Ostensson E, Alder S, Elfstrom KM, Sundstrom K, Zethraeus N, Arbyn M, et al. Barriers to and facilitators of compliance with clinic-based cervical cancer screening: population-based cohort study of women aged 23-60 years. *PloS one*. 2015;10(5).
70. Peterson EB, Ostroff JS, DuHamel KN, D'Agostino TA, Hernandez M, Canzona MR, et al. Impact of provider-patient communication on cancer screening adherence: A systematic review. *Preventive medicine*. 2016;93:96-105.
71. Verdoodt F, Jentschke M, Hillemanns P, Racey C, Snijders P, Arbyn M. Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening programme by offering self-sampling kits: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *European journal of cancer*. 2015;51(16):2375-85.
72. Rossi PG, Fortunato C, Barbarino P, Boveri S, Caroli S, Del Mistro A, et al. Self-sampling to increase participation in cervical cancer screening: an RCT comparing home mailing, distribution in pharmacies, and recall letter. *British journal of cancer*. 2015;112(4):667.
73. Kwok C, White K, Roydhouse JK. Chinese-Australian women's knowledge, facilitators and barriers related to cervical cancer screening: a qualitative study. *Journal of immigrant and minority health*. 2011;13(6):1076.
74. Oscarsson MG, Wijma BE, Benzein EG. 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...'—why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health expectations*. 2008;11(1):26-34.
75. Markovic M, Kesic V, Matejic B. Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia. *Social science & medicine*. 2005;61(12):2528-35.
76. Matin M, LeBaron S. Attitudes toward cervical cancer screening among Muslim women: a pilot study. *Women & health*. 2004;39(3):63-77.
77. Wong L, Wong Y, Low W, Khoo E, Shuib R. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap smear: a qualitative study. *Singapore medical journal*. 2009;50(1):49.
78. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*: John Wiley & Sons; 2008.
79. Champion V, Skinner C. *The health belief model. health behavior and health education: theory, research, and practice*. Glanz K, Rimer BK & Viswanath K. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
80. Conner M, Norman P. *Predicting health behaviour*: McGraw-Hill Education (UK); 2005.
81. Jane O. *Health psychology: a text book*. Berkshire McGrawHill Education. 2004.
82. Gözüm S, ÇAPIK C. *Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli*. 2014.
83. Ma GX, Gao W, Fang CY, Tan Y, Feng Z, Ge S, et al. Health beliefs associated with cervical cancer screening among Vietnamese Americans. *Journal of Women's Health*. 2013;22(3):276-88.

84. Pirzadeh A, Mazaheri MA. The effect of education on women's practice based on the health belief model about pap smear test. *International journal of preventive medicine*. 2012;3(8):585.
85. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P, Kiraz EDE, Turan SG, Saruhan G, et al., editors. *Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Türkçe Uyarlaması (Asoy-Tr)*. 18 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 2015.
86. Al Sayah F, Williams B. An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*. 2012;36(1):27-31.
87. Hernandez LM. *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary*: National Academies Press; 2013.
88. Consumers, The Health System and Health Literacy: Taking Action to Improve Safety And Quality. Consultation Paper. sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2013.
89. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014;13(4):321-6.
90. Bilir N. Sağlık okur-yazarlığı. *Turkish Journal of Public Health*. 2014;12(1):61.
91. Enstitüsü HÜNE. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, TC Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2014;1.
92. Bakanlığı TS, Araştırması KYT. 2012. Yönetici Özeti: Türkiye. 2008.
93. Ünal B, Ergör G, Horasan G, Kalaça S, Sözman K. *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013.

8. EKLER

Ek 1. Araştırmada Kullanılan Anket

Anket no.....

Tarih:../../2017

KADINLARIN SERVİKAL TARAMA PROGRAMINA KATILIMI İLE İLİŞKİLİ ETKENLER: BİR KARMA METOD ÇALIŞMASI

Değerli katılımcı, çalışmamızın amacı; kadınların servikal kanser tarama programına katılımını etkileyen faktörleri belirlemektir. Elde edilen sonuçlar bu tür tarama programlarına katılımın artırılması için yapılması gerekenler konusunda bilgi sağlayacaktır. Veri formu sosyodemografik özellikler ve 1 adet ölçek formundan oluşmaktadır. Veri formunun tam olarak doldurulması doğru değerlendirme yapabilmemiz açısından önemlidir. **Kişisel bilgileriniz ve vermiş olduğunuz bilgiler gizli tutulacak ve bu çalışma dışında kullanılmayacaktır.** Katılarınız için teşekkür ederiz.

1. Doğum yılınızı belirtiniz.

2. Eğitim durumunuzu belirtiniz.

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. Okuryazar değil | 5. Lise mezunu |
| 2. Okuryazar | 6. Üniversite mezunu |
| 3. İlkokul mezunu | 7. Yüksek lisans mezunu |
| 4. Ortaokul mezunu | 8. Doktora mezunu |

3. Medeni durumunuzu belirtiniz.

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1. Evli | 3. Eşi vefat etmiş |
| 2. Boşanmış | 4. Bekâr, hiç evlenmemiş |

4. Eşinizin eğitim durumunu belirtiniz.

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| 1. Okuryazar değil | 5. Lise mezunu |
| 2. Okuryazar | 6. Üniversite mezunu |
| 3. İlkokul mezunu | 7. Yüksek lisans mezunu |
| 4. Ortaokul mezunu | 8. Doktora mezunu |

5. Çocuğunuz var mı?

1. Evet çocuğum var.

2. Hayır
- 6. Halen düzenli para getiren bir işte çalışıyor musunuz?**
1. Evet (Ne iş yaptığınızı belirtiniz.).....
2. Hayır
- 7. Evde yaşayan kişi sayısını (siz dahil) belirtiniz**
.....
- 8. Sağlık sigortanız var mı?**
1. Evet (Belirtiniz)..... 2. Hayır
- 9. Özel sağlık sigortanız var mı?**
1. Evet 2. Hayır
- 10. Gelir durumunuz ile ilgili olarak sizin için en uygun olan sayıyı aşağıdaki skala üzerinde işaretleyiniz.(0: çok düşük 10: çok yüksek)**
- | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 11. Boyunuz cm Kilonuzkg**
- 12. Genel olarak sağlığınız için hangisini söyleyebilirsiniz?**
1. Mükemmel 2. Çok iyi 3. İyi 4. Orta 5. Kötü
- 13. Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?**
1. Evet(Belirtiniz)..... 2. Hayır
- 14. Sigara kullanıyor musunuz?**
1. Hayır, kullanmıyorum
2. Evet, düzenli olarak kullanıyorum. yıldır,adet/gün kullanıyorum
3. Evet, ara sıra kullanıyorum
4. Kullanıyordum, bıraktım. yıl,adet/gün kullandım.
- 15. Alkollü içecek kullanıyor musunuz?**
1. Evet 2. Hayır
- 16. Spor ya da fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?**
1. Hiç spor/fiziksel egzersiz yapmıyorum.
2. Halen ara sıra spor/fiziksel egzersiz yapıyorum.
3. Haftada en az 3 gün, en az yarım saat yürüyüş, bahçe işleri, bisiklete binme gibi aktiviteler yaparım.
4. Haftada en az 3 gün, en az yarım saat koşma, hızlı tempo ile yürüme, yüzme, atlama gibi aktiviteler yaparım.
- 17. Halen herhangi bir aile planlaması (doğum kontrol) yöntemi kullanıyor musunuz?**
1. Evet 2. Hayır
- 18. Aile planlaması yöntemi kullanmıyorsanız nedenini belirtiniz.**
1. Çocuk sahibi olmak istiyorum. 4. Çocuğum olmuyor.
2. Cinsel ilişkide bulunmuyorum. 5. Diğer
3. Adetten kesildim (Belirtiniz).....
(menapozdayım, vs..)
- 19. Aile planlaması yöntemi kullanıyorsanız halen hangi yöntemi kullanıyorsunuz?**

1. Hap bağlanması,..)
2. Enjeksiyon
3. Rahim içi araç (spiral)
4. Bariyer yöntemler (kondom,..)
5. Cerrahi yöntemler (tüplerin
6. Geri çekme
7. Diğer
- (Belirtiniz).....

20. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma açısından kendinizi risk altında görüyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

21. Rahim ağzı kanserini (serviks kanseri) duydunuz mu?

1. Evet
2. Hayır

Rahim ağzından sürüntü alma testini (simir testi) duydunuz mu?

1. Evet
2. Hayır

22. Bu testi kimden/nereden duydunuz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. Aile hekimi
2. Kadın doğum uzmanı
3. Ebe/hemşire
4. Yakınlar (arkadaş/akraba/komşu)
5. Televizyon/radyo
6. İnternet (facebook, vs...)
7. Kitap/dergi
8. Diğer
- (Belirtiniz).....
- ...

23. Bu testin hangi amaçla yapıldığını biliyor musunuz?

1. Evet
- (Belirtiniz).....
-
2. Hayır

24. Daha önce bu testi yaptırdınız mı?

1. Evet
2. Hayır

25. Bu testi yaptırdıysanız toplamda kaç kez ve en son ne zaman yaptırdığınızı belirtiniz
.....kere, en son.....tarihinde yaptırdım.

26. Bu testi hiç yaptırmadıysanız nedenini belirtiniz. (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. Yaptırmam gerektiğini bilmiyordum
2. Nerede yaptıracığımı bilmiyordum
3. Muayeneden Utandım/çekindim
4. Erkek doktora muayene olmak istemedim
5. Maddi olanaksızlıklar yüzünden yaptırmadım
6. İhmal ettim
7. Zaman bulamadım
8. Muayeneden korktum
9. Kanser çıkarsa diye korktum
10. Diğer
- (Belirtiniz).....

27. Bu testi yaptırdıysanız nerede yaptırdınız?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. Aile sağlığı merkezi/sağlık ocağında
2. Anne çocuk sağlığı ve aile planlamasında (ana sağlığı)
3. Devlet veya üniversite hastanesinde
4. Özel hastane veya muayenehanede

28. Daha önce bu testi yaptırdıysanız sonucunu nereden öğrendiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. Doktordan öğrendim
2. Hemşireden öğrendim
3. İnternette öğrenmedim
4. Öğrenmedim

29. Diğer

(Belirtiniz).....



30. Daha önce hiç mamografi yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır

31. Daha önce hiç dışkıda gizli kan örneği verdiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

32. Daha önce hiç kalın barsak görüntülemesi (kolonoskopi) yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır

33. Olmanız gereken aşular ve sağlık taramalarıyla ilgili bilgi bulmak sizin için kolay mı veya zor mu?

1. Çok Zor 2. Zor 3. Kolay 4. Çok Kolay 5. Bilmiyorum

34. Sağlık taramasına neden ihtiyacınız olduğunu anlamak sizin için kolay mı veya zor mu?

1. Çok Zor 2. Zor 3. Kolay 4. Çok Kolay 5. Bilmiyorum

35. Hangi sağlık taramalarını yaptırmanız gerektiğine karar vermek sizin için kolay mı veya zor mu?

1. Çok Zor 2. Zor 3. Kolay 4. Çok Kolay 5. Bilmiyorum

36. Grip aşısı olmanız gerektiğine karar vermek sizin için kolay mı veya zor mu?

1. Çok Zor 2. Zor 3. Kolay 4. Çok Kolay 5. Bilmiyorum

Ek 2. Araştırmada Kullanılan Ölçek

RAHİM AĞZI KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda rahim ağzı kanseri ve Pap smear (simir) testi yaptırmaya yönelik tutum ve inançları içeren ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık					
1. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					

2. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissediyorum					
Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet					
1. Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur					
2. Rahim ağzı kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar					
3. Rahim ağzı kanserini düşünmekten korkarım					
4. Rahim ağzı kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım					
5. Rahim ağzı kanseri olmak eşimle, erkek arkadaşımın ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaratabilir					
6. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir					
7. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam					
Pap Smear Yarar ve Motivasyon					
1. Simir(Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır					
2. Düzenli olarak yaptırdığım simir (Pap smear) testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir					
3. Bana göre simir(Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur					
4. Düzenli olarak simir(Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinden ölme riskimi azaltacaktır					
5. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim					
6. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir					

7. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım					
8. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm					
Rahım Agzi Kanseri Sağlık Motivasyonu					
1. Sağlığım için dengeli beslenirim					
2. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım					
3. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim					
Pap Smear Engeller					
1. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle simir(Pap smear) testi yaptırmaktan korkarım					
2. Ne yapılacağını bilmediğim için simir(Pap smear) testi yaptırmaktan korkarım					
3. Simir(Pap smear) testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum					
4. Simir (Pap smear) testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım					
5. Simir (Pap smear) testi yaptırmak çok fazla zaman alır					
6. Simir(Pap smear) testi yaptırmak çok ağrılıdır					
7. Sağlık personeli simir(Pap smear) testi yaptırırken kaba davranır					
8. Yıllık olarak simir(Pap smear) testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam					
9. Yaşamımda simir(Pap smear) testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var					
10. Belirli aralıklarla simir(Pap smear) testi yaptırmak için çok yaşıyım					
11. Simir testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok					

12. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, simir(Pap smear) testi yaptırmak bunu engellemez					
13. Simir(Pap smear) testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim					
14. Simir(Pap smear) testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam					

Sizinle bu konuda daha ayrıntılı görüşmek istiyoruz. Eğer görüşmek isterseniz telefon numaranızı yazınız. Teşekkür ederiz.

Telefon numarası :.....

Ek 3. Araştırmada Kullanılan Derinlemesine Görüşme Rehberi

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME İÇİN REHBER

- Sağlıklı olmakla ilgili düşünceleriniz neler? Sağlıklı olmaktan ne anlıyorsunuz?
Kendinizi bu açıdan nasıl değerlendiriyorsunuz?
Sağlık sizin için ne kadar önemli ?
Sağlığımızı korumak için neler yapıyorsunuz?
Daha sağlıklı olmak için geliştirmeniz gereken şeyler nelerdir?
Kanser sizin için ne kadar korkutucu?
 - Kanserden korunmak için yapılması gerekenler konusunda neler düşünüyorsunuz?
Erken tanı nasıl başarılı?
Sizin bugüne kadar simir testi yaptırmadığınızı biliyoruz. Bunun nedenleri hakkında konuşabilir miyiz?
- +

Ek 4. Etik kurul raporu



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2017.624
	PROJE ADI	Kadınlarda servikal tarama programına katılım ile ilgili eşi-koniler bir karma metod çalışması
	SORUMLU AKADEMİK ÜNVAN ADI	Prof. Dr. Sibel SAKARYA

ZARAR ALIŞIRLIK	Tarih: 06.03.2017 Fakülte Başvuru Bilgileri verilen araştırma başvurusu doğan ve ilgili kılavuz araştırmanın gerektirdiği, emniyet, yalıtım ve diğerleri dikkate alınarak kurulmuş ve gerçekleştirilecek olan çalışmada; işlemler konusunda uygulanması aykırılığı ile ilgili bir sorun görülmemiştir. Ancak yapılacak her türlü proje değişiklikleri (denktaşlar, başka vb.) veyi gerekli değişiklikler için Etik Kurulu tarafından proje başlatma yasağına girilmemektedir.
------------------------	--

ÜYELİK	Ünvan / Adı / Soyadı	Ünvanlık Derece	Kurum / EK Üyeliği	Orjinal Proje Değerlendirme	Yapılan İşlemler	İmza
	Prof. Dr. Hacer DİREKÇİ	Kurum Başkanı	M.Ü. Tıp Fakültesi Başkanı	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Prof. Dr. TİMUR ERGÜN	Denetmen	M.Ü. Tıp Fakültesi Dekan Yard.	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Prof. Dr. Şehit ÖZKAY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Prof. Dr. Sema KAYA	Felsefe	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Prof. Dr. M. Bekir GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Prof. Dr. Abla KARALP	Farmakoloji	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Prof. Dr. Sema SAKARYA	Ekspert	M.Ü. Kurumun Etik Üyesi	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Prof. Dr. Bekir DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü. Diş Hekimliği Fak. Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Prof. Dr. Banu Nihal ATASOY	Radasyon Fizikçisi	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Doç. Dr. Emre KARAOĞLU AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Doç. Dr. Meltem SIRAÇ	Diş Hekimi	İstanbul Univ. Diş Hekimliği Fak. Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Doç. Dr. Gülten SEYİT	Histoloji	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Yrd. Doç. Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Univ. Tıp Fak.	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Yrd. Doç. Dr. Pınar Sema TIRAK	Biyelektik	M.Ü. Tıp Fakültesi Üye	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	
	Öğretmen Ayhan MİRZA	Sağlık Hizmetleri Uzmanı Uyg.	Serbest	Var - Yok	<input type="checkbox"/> Evet - <input type="checkbox"/> Hayır	

Ek 5. Turnitin intihal raporu

KADINLARIN SERVİKAL TARAMA PROGRAMINA KATILIMI İLE İLİŞKİLİ ETKENLER: BİR KARMA METOD ÇALIŞMASI

ORJİNALLİK RAPORU

% 17 BENZERLİK ENDEKSİ	% 13 İNTERNET KAYNAKLARI	% 10 YAYINLAR	% 7 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	kanser.gov.tr İnternet Kaynağı	% 4
2	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	Simsek, Zeynep. "The history and strategies based on the samples of health promotion", TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013. Yayın	% 1
5	Balcik, Pinar, Serap Taskaya, and Bayram Sahin. "Health Literacy", TAF Preventive Medicine Bulletin, 2014. Yayın	% 1
6	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	BİLİRA, Nazmi. "Sağlık okur-yazarlığı(*)", Palme Yayıncılık, 2014.	% 1