

156224

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

“SAĞLIK İNANÇ MODELİ” YAKLAŞIMI İLE SERVİKAL KANSERİN
ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUMLARA YÖNELİK ÖLÇEK
ÇALIŞMASI

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Hazırlayan

Dilek ÖZMEN

DANIŞMAN

Doç. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY

İZMİR

2004



DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı

İmza

Başkan (Danışman)

Doç Dr. Süheyla ALTUĞ



ÖZSOY

Üye

Prof. Dr. Ayla BAYIK



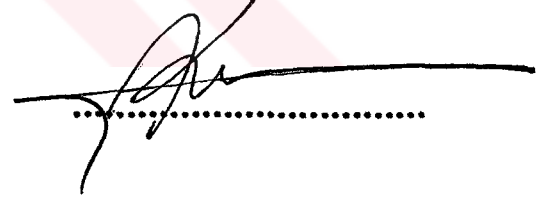
Üye

Doç. Dr. Ümran SEVİL



Üye

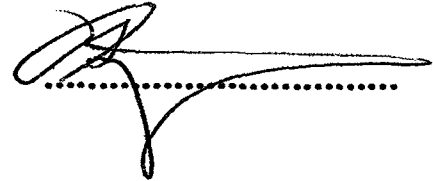
Doç. Dr. Aliye



MANDIRACIOĞLU

Üye

Doç. Dr. Ömer AYDEMİR



Doktora Tezinin Kabul Edildiği Tarih:.....29.01.2004.....

ÖNSÖZ

Tutumları davranışlarımıza yön veren, davranışlarımızın gerisindeki psikolojik özellikler olarak düşündüğümüzde ve sonradan edinildiği de göz önünde bulundurulduğunda bunların ölçülmesinin birey ve toplum açısından ne kadar önemli olduğu açıktır. Tutumları ölçen ölçme araçlarının geliştirilmesi de, tutumların bilimsel yöntemlerle incelenerek kişiler hakkındaki çeşitli kararlarda tutum puanlarının kullanılmasına da olanak vermektedir.

Bilindiği gibi kanser tüm Dünya’da bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmakta ve erken tanının üzerinde önemle durulmaktadır. Kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen kanser türü olan servikal kanserde erken tanı ile oldukça başarılı şekilde tanı ve tedavi edilebilen bir kanser türüdür. Fakat buna rağmen servikal kanserin erken tanısı için gerekli olan pap smear testini yaptıran kadın sayısı istendik düzeyde değildir. Kadınların bu konudaki tutumlarının incelenmesi davranışlarının açıklanmasına yardımcı olacaktır.

Kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını ölçmeyi düşündüğüm günden beri “Doğada bir şey varsa, bir miktar vardır” diyen Thorndike ve “Bir şey bir miktar varsa, o şey ölçülebilir” diyen McCall’in bu sözleriyle bana ışık tuttuğunu ve tüm bilim dallarına ışık tutmaya devam edeceğini düşünüyorum. Ölçek geliştirme konusunda oldukça ayrıntılı bilgilerin yer aldığı bu tezin benden sonra ölçek geliştirecek kişilere yeni ufuklar açmasını diliyorum.

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi aşamasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, değerli danışmanım Doç. Dr. Süheyla Altuğ ÖZSOY’a, görüşleriyle bana yol gösteren uzmanlara, veri toplayabilmem için gerekli izni veren Manisa İl Sağlık Müdürlüğü’ne, verilerimin toplanması aşamasında yardımlarını esirgemeyen sağlık ocağı ebelerine, ayrıca çalışmalarım süresinde her zaman yanımda olan, yardımını ve desteğini esirgemeyen sevgili eşime ve anlayışından dolayı canım oğluma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
	NO
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Hipotez	5
1.4. Varsayımlar	5
1.5. Araştırmanın Önemi	5
1.6. Sınırlılıklar	7
1.7. Tanımlar	8
1.8. Genel Bilgiler	9
1.8.1. Kanser Epidemiyolojisi	9
1.8.2.Kanserde Erken Tanı	12
1.8.3.Servikal Kanser	14
1.8.3.1. Servikal Kanser Erken Belirtileri	15
1.8.3.2. Servikal Kanser İçin Risk Faktörleri	16
1.8.3.2.Servikal Kanserde Erken Tanı	19
1.8.3.3. Servikal Kanserde Tedavi Yöntemleri	22
1.8.4. Sağlık, Kültür, Davranış, Tutum Kavramları	23
1.8.5. Sağlık Davranış Modelleri	35
1.8.5.1. “Sağlık İnanç Modeli”	36
1.8.6. Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum İle İlgili Çalışmalar	44

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM	47
2.1. Araştırmanın Tipi	47
2.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler	47
2.3. Kullanılan Yöntemler	50
2.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	53
2.5. Araştırmanın Evren	54
2.6. Araştırmada Örneklem	55
2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	58
2.8. Verilerin Analizi	59
2.9. Süre ve Olanaklar	59
2.10. Araştırmada Etik	61

	SAYFA
	NO
BÖLÜM III	
BULGULAR	62
3.1. Araştırmanın Örneklemine Giren Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler	62
3.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	62
3.1.2. Kadınların Servikal Kansere ve Pap Smear Testi İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumları	64
3.2. <i>“Kadınların Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> nin Geçerlik Analizleri	69
3.2.1. <i>“Kadınların Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> için “Kapsam Geçerliliği” nin Değerlendirilmesi	69
3.2.2. <i>“Kadınların Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> için “Yapı-Kavram Geçerliliği” nin Değerlendirilmesi	69
3.2.3. <i>“Kadınların Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> için “Ölçüte Bağlı Geçerliliği” nin Değerlendirilmesi	78
3.3. <i>“Kadınların Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> nin Güvenirlik Analizleri	84
3.3.1. <i>“Kadınların Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçları	85
3.3.2. <i>“Kadınların Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> nin “ İç Tutarlılık” Değerlendirmesi	90
3.3.3. <i>“Kadınların Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> için “Zamana Göre Değişmezliği” nin Değerlendirilmesi	92

	SAYFA
	NO
BÖLÜM IV	
TARTIŞMA	95
4.1. <i>“Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> nin	
Geçerlik Analizleri	95
4.1.1. <i>“Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum</i>	
<i>Ölçeği”</i> İçin “Kapsam Geçerliği” nin Değerlendirilmesi	96
4.1.2. <i>“Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum</i>	
<i>Ölçeği”</i> İçin “Yapı- Kavram Geçerliği” nin Değerlendirilmesi	97
4.1.3. <i>“Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum</i>	
<i>Ölçeği”</i> İçin “Ölçüte Bağlı Geçerliği” nin Değerlendirilmesi	100
4.2. <i>“Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum</i>	
<i>Ölçeği”</i> nin Güvenirlik Analizleri	102
4.2.1. <i>“Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum</i>	
<i>Ölçeği”</i> nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart	
Hata Sonuçları	103
4.2.2. <i>“Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum</i>	
<i>Ölçeği”</i> nin “ İç Tutarlılık” Değerlendirmesi	105
4.2.3. <i>“Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i>	
İçin “Zamana Göre Değişmezliği” nin Değerlendirilmesi	108

	SAYFA
	NO
BÖLÜM V	
SONUÇ ve ÖNERİLER	111
5.1. Sonuçlar	111
5.2. Öneriler	114
BÖLÜM VI	
ÖZET.....	115
ABSTRACT	117
BÖLÜM VII	
YARARLANILAN KAYNAKLAR	119
EKLER	129
EK-I Sosyodemografik Özellikler Anket Formu	129
EK-II “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”	131
EK-III “ <i>Öz-Bakım Gücü Ölçeği</i> ”	133
EK-IV Görüşü Alınan Uzmanlar	135
EK-V Manisa İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	136
ÖZGEÇMİŞ	137

TABLolar	SAYFA
	NO
1. Dünya’da (Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde) En Sık Görülen Kanserlerin Cinsiyete Göre Dağılımı	10
2. Pap Smear’in Sitolojik Sınıflandırılması	22
3. Ölçeğin Geçerlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler	52
4. Ölçeğin Güvenirlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler	53
5. Manisa İl Merkezindeki (9 Sağlık Ocağı Bölgesindeki) 19-64 Yaş Grubu Kadın Nüfusu	54
6. Araştırmaya Alınan 19-64 Yaş Grubu Kadınların Sosyo-Ekonomik Özellikleri	57
7. Araştırmanın Zamanlaması	60
8. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	63
9. Kadınların Kendilerinin, Akrabalarının ve Arkadaşlarının Rahim Ağzı Kanseri Tanısı Alma Durumları	64
10. Kadınların Pap Smear Testini Bilme Durumu	65
11. Kadınların Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Konusunda Eğitim Alma Durumları	66
12. Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumu	66
13. Kadınların Pap Smear Yaptırma Zamanı	67
14. Kadınların Pap Smear Yaptırma Nedenleri	68
15. “Kadınların “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”ne Ait Faktör Analizi Sonuçları	70
16. “Kadınların “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin Puan Ortalamasının “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” Puan Ortalamasına Etkisi.	80

	SAYFA
	NO
17. Pap Smear Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nden Aldıkları Toplam Puanın Karşılaştırılması	81
18. Pap Smear Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	83
19. “Kadınların “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	85
20. “Kadınların “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nden Alınan Toplam Puanın ve Alt Boyutların Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	89
21. Ölçeğin Tümünün ve Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayıları, Ölçeğin Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ile Ölçeğin Tümünün Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon	90
22. “Kadınların “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nin Madde-Toplam Korelasyonu ve Cronbach Alpha Katsayısı	91
23. “Kadınların “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nin Tümünün ve alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Sonundaki Korelasyon Katsayıları	93
24. “Kadınların “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ” Puan Ortalamasının Test-Tekrar Test Sonucu Puan Ortalamasına Etkisi	94

GRAFİKLER	SAYFA
	NO
1. “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ” Faktör Özdeğerleri	71
2. “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ” Puan Ortalaması ile “ <i>Öz-Bakım Gücü Ölçeği</i> ” Puan Ortalaması Arasındaki Bağınıtı	80
3. Pap Smear Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nden Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı	82
4. Pap Smear Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı	84
5. “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nden Alınan Toplam Puanlar Histogramı	86
6. “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nin “Algılanan Duyarlılık” Alt Boyutundan Alınan Puanların Histogramı	87
7. “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nin “Algılanan Ciddiyet” Alt Boyutundan Alınan Puanların Histogramı	87
8. “ <i>Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği</i> ”nin “Algılanan Engel” Alt Boyutundan Alınan Puanların Histogramı	88

	SAYFA
	NO
9. <i>“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> nin “Algılanan Yarar” Alt Boyutundan Alınan Puanları Gösteren Histogram	88
10. <i>“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”</i> Puan Ortalaması ile Test-Tekrar Test Sonucu Puan Ortalaması Arasındaki Bağntı	94



ŞEKİLLER	SAYFA
	NO
1. “Sağlık İnanç Modeli”	43
2. Faktör 1’in (Algılanan Duyarlılık) Madde Numarası ve Madde Yükleri	73
3. Faktör 2’in (Algılanan Ciddiyet) Madde Numarası ve Madde Yükleri	74
4. 3. Faktör 3’ün (Algılanan Engel) Madde Numarası ve Madde Yükleri	76
5. 4. Faktör 4’ün (Algılanan Yarar) Madde Numarası ve Madde Yükleri	77



BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Kanser, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, diğer hastalıkların tanı ve tedavisindeki gelişmeler, çevresel karsinojenik faktörlerin artması, modern tanı olanaklarının gelişmesi, beklenen genel yaşamın uzaması ile; çağımızın önde gelen sağlık sorunlarından birisi olmuştur. Kanser, halk sağlığı açısından, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir (35).

Tüm diğer sağlık sorunlarında olduğu gibi kanserin toplumsal önemini görülme sıklığı, öldürücülüğü ve üretim kayıpları belirler. Pek çok ülkede ölüm nedenleri arasında kanser ikinci sırada yer almaktadır. Bugün dünyada 20 milyonun üzerinde insan kanser ile birlikte yaşamaktadır. Dünyada yılda 10 milyon yeni kanser olgusu görülürken her yıl 5.2 milyon kişi bu nedenle yaşamını yitirmektedir. Dünya'daki bütün ölümlerin %12'sini kanser nedeniyle olan ölümler oluşturmaktadır (31, 104).

Dünya üzerindeki dağılımına bakıldığında kanserin görülme sıklığında farklılıklar göze çarpmaktadır. Kanser vakalarının yaklaşık %60'ı az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdedir. Kanser her yaşta görülmesine rağmen, görülme sıklığı yaşla birlikte artan bir hastalıktır. Nüfusun büyük bir kısmını yaşlıların oluşturduğu ülkelerde kanserin görülme sıklığı ve kanserden ölüm oranı yüksektir.

Kanserin yaşa göre görülme sıklığındaki artış her iki cinste aynı değildir. Erkeklerde on yaşın altında, kadınlarda ise 20-60 yaş arasında görülme sıklığı daha fazla olan kanser, 60 yaşın üzerinde yine erkeklerde belirgin şekilde artmaktadır. Bunun

nedeninin 20-60 yaş arasındaki kadınlarda meme kanseri ve servikal kanserin görülme sıklığının hızla artması olduğu sanılmaktadır (1, 86, 104). Kadın kanserleri arasında meme ve servikal kanser önemli bir yere sahiptir. Kadınların doğurganlık çağı sorunlarından biri olan servikal kanserler kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen kanser türüdür. Kadınların üreme sistemlerinde görülen kanserlerin %50'sinin serviksten kaynaklandığı hesaplanmaktadır. Servikal kanserler 40-55 yaş grubundaki kadınlarda daha sık görülmekle birlikte gittikçe daha genç yaştaki kadınlarda da görülmeye başlamıştır. Bunun nedeninin erken tanı yöntemlerindeki gelişmeler olduğu düşünülmektedir (85, 98, 104).

Servikal kanser erken tanı yaklaşımının çok başarılı olduğu başlıca kanser türlerindedir. Bu kanserin erken tanısı bakımından çok basit ve duyarlılık-seçicilik yönünden de oldukça başarılı bir yöntem (pap smear testi) vardır. Bu yöntem yardımı ile servikal kanser “insitu” evrede yakalanabilmektedir ki, bu evrede yapılacak tedavi ile hastaların sağaltımı mümkündür. Hastalığın prognozu değerlendirildiğinde “insitu” evresi ile “invaziv” evre arasında 10 yıllık bir süreden söz edilmektedir. Bu süre kanserin tedavisi için önemli bir süredir. Amerikan Kanser Birliği 19 yaşın üzerindeki cinsel yönden aktif olan kadınların erken tanı açısından yılda bir kez pap smear testi yaptırması gerektiğini bildirmektedir (46, 89).

Literatürde periyodik kontrol ve taramaların yapıldığı ülkelerde servikal kanserlerden ölüm oranlarının azaldığı belirtilmektedir. Erken tanıda bu kadar önemli olan pap smear testini yaptıran kadın sayısı tüm dünyada ve ülkemizde istendik düzeyde değildir. Bir çok hastalık, ilerledikçe patolojik değişikliklerin geri dönüşsüz hale geldiği bilinen gerçektir. Bu nedenle kanser kontrolü ve sağlığı sürdürme çabalarında tedavi yerine “önleme” ön plana çıkmaktadır (1, 34, 100).

Temel sağlık hizmetleri yaklaşımında hastalıkların tedavisinden çok, sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çabası önem kazanmış, bireyin kendi sağlığına ait değişen ve gelişen rolleri, sağlığın geliştirilmesi ve öz-bakım kavramı, üzerinde önemle durulan bir konuma gelmiştir (84).

Dünyada da değişen sağlık felsefesine göre tedavi edici yaklaşımdan çok koruyucu yaklaşıma ağırlık verilmektedir. Hemşireliğin temel amacı sağlığın sürdürülmesi ve hastalık halinde gerekli bakımın verilmesidir. Hemşireler koruyucu sağlık yaklaşımını yüklenebilecek potansiyele sahip sağlık elemanlarıdır. Çoğu kanser türünde, yaşam süresinin uzatılması erken tanı ile yakından ilişkili olduğundan, bireylere kendi-kendine muayene ve sağlık taramalarına katılmada rehberlik etmede hemşirenin rolü önemlidir. Bu rehberlik ile amaç bireyin yaşamı boyunca kendi yaşam davranışları ile sağlıklı kalmasını sağlamaktır. Günümüzdeki bilimsel ve sosyokültürel gelişmeler; hastalıklardan korunma ve erken tanı yöntemlerinin gelişmesine, ölüm hızının azalmasına yol açmış, sağlığın dar kapsamından çıkarak daha geniş sınırlar içinde tanımlanması gereğini doğurmuştur (1, 17, 87, 88, 100).

Birey, sağlığını geliştirilmede, sağlıklı yaşam biçimini sürdürmede ve bu yaşam biçimine ilişkin aktiviteleri yerine getirmede aktif rol oynar (84). Bilindiği gibi bireylerin ve toplumların sağlığının korunması, kendiliğinden gerçekteşmez. Sağlığı korumaya ve yükseltmeye yönelik çalışmalardan ve olanaklardan en uygun biçimde nasıl yararlanılacağının bilinmesi ve bilinenlerin de olumlu davranış ve alışkanlıklar halinde, insan ve toplum yaşantısında yer alması gerekmektedir. Bu da ancak bireylerin sağlık ile ilgili tutumlarını saptayarak sağlanabilir. Belirli bir konuda tutum değişimi sağlanmak isteniyorsa bu tutuma sahip olunma nedeninin bilinmesinde yarar vardır (2, 82, 87, 88).

Sağlıkla ilgili davranışların geliştirilmesi ve değiştirilmesinde tutum değişikliği büyük etkidir. Sağlık davranışlarıyla ilgili tüm kuramlar, nitelikli bir değişikliğin oluşmasında tutumların rolünü özellikle vurgulamaktadır. Sağlık davranışları ile ilgili inanç ve tutumlar tanımlanabilirse, tutumlarda değişiklik oluşturabilmek mümkün olabilecektir (83).

Bireyin sağlık davranışını geliştirmesi, benimsemesi ve uygulamasıyla ilgili çeşitli modeller vardır (92). Bu sağlık modellerinden biri olan **“Sağlık İnanç Modeli”** bireyin inanç ve davranışları arasında ilişki olduğunu belirtir. Koruyucu sağlık davranışlarını açıklamak için bir çok çalışmada kullanılan **“Sağlık İnanç Modeli”** 1950 yılında Rosentock tarafından geliştirilmiştir. Primer olarak kognitif bir yaklaşım olan **“Sağlık İnanç Modeli”**, kişilerin bir hastalık ya da durumun kendisini tehdit ettiği zaman ya da önleyici bir takım şeyler yapıp yararını gördüklerinde, koruyucu sağlık davranışı gösterdiklerini öne sürmektedir. Bu model, hastaların sağlıklarına ilişkin nasıl davranacaklarını, ve sağlık bakım tedavilerini nasıl kabul edeceklerini anlamada ve önceden bilmede yararlı olmaktadır (9, 91).

Kadın sağlığının önemli konularından biri olan ve erken tanı ile tedavi şansı çok yüksek olan servikal kanser ile ilgili tutumlar hemşireler tarafından saptanabilir ve hemşireler bu konudaki olumsuz tutumların değiştirilmesine yönelik girişimlerde bulunabilirler.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

“Sağlık İnanç Modeli” yaklaşımı ile kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını incelemeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç geliştirmeye çalışmak bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır.

1.3. HİPOTEZ

H₁: Geliştirilen ölçeğin güvenilirliği yüksektir.

H₂: Geliştirilen ölçeğin geçerliliği yüksektir.

1.4. VARSAYIMLAR

Ülkemizde bir çok kadın olumlu sağlık davranışlarını yerine getirmede özenli davranmamaktadır. Kadın sağlığı açısından servikal kanserden korunmak için düzenli pap smear testi yaptırmakta olumlu bir sağlık davranışıdır. Ülkemizin genelini yansıtan pap smear testi yaptırma ile çalışmalar yoktur, ancak bölgesel olarak yapılan çalışmalarda bu oranın çok düşük olduğu görülmektedir. Pap smear yaptırma oranını Çoşkun 1989 yılında yaptığı çalışmasında %16.5, Ekizler 1994 yılında yaptığı çalışmasında %2.2, Bolsoy ve Sezgin 1998 yılında yaptıkları çalışmalarında %2.5 bulmuşlardır (25, 34, 18). Bu varsayımdan yola çıkarak kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarının bilinmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu tutumlar öğrenilirken, yapılacak çalışmalarda ortak bir aracın kullanımı ve tartışma olanağı bulabilmek için bir ölçeğe gereksinim olduğu düşünülerek böyle bir çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kuramsal ve kavramsal çerçevesi sağlık üzerine odaklanan hemşirelik mesleğinde hemşire kuramcılar ve araştırmacılar son zamanlarda; sağlık, sağlık davranışları, sağlığı etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalara önem vermektedir. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile, ve toplumun sağlığını geliştiren, koruyan ve sürdüren, sağlık merkezli bakım yaklaşımlarını önermektedir. Bu anlayış bireyin iyilik

halini geliştirecek, koruyacak ve sürdürecek davranışları kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar alması üzerine odaklanmıştır (17, 77).

Bugün pek çok sağlık sorununun sağlıksız yaşam biçimi ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkeler, sağlığı koruyan ve geliştiren stratejileri uygulamaya koymaktadırlar. Bu stratejilerin geliştirilmesinde ve uygulanmasında sağlık insan gücü olarak halk sağlığı hemşireleri rol almaktadır. Bireylere sağlık davranışları, sağlığı geliştirme programları ile kazandırılabilir. Ancak bundan önce, toplumların sağlık davranışlarını belirleyecek teorik ve analitik çalışmalarla sağlık kapasitelerinin belirlenmesine gereksinim vardır. Sağlık eğitimlerinin ve birinci basamak koruma programlarının planlanmasında, sağlıkla ilgili davranışları tanımak, bu davranışların sıklığı hakkında bilgi sahibi olmak, inançla davranış arasındaki ilişkiyi belirleyen bilişsel faktörleri belirlemek, hazırlanacak stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanmasından öncelikli bilinmesi gereken önemli konulardandır (39).

Kadınların sağlıklarını korumaya yönelik olarak servikal kanserin erken tanısı için girişimde bulunması istendik bir sağlık davranışıdır (36, 39). Fakat lkemizde pek çok kadın bu istendik sağlık davranışını yerine getirmede duyarsız davranmaktadır. İşte bu noktada, kadınların bu konudaki tutumlarının bilinmesine gereksinim duyulmaktadır.

- Bu çalışmada kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik olarak **“Sağlık İnanç Modeli”** doğrultusunda hazırlanan geçerlilik ve güvenirlilik sınınamaları yapılacak olan bir lek Türk literatürüne kazandırılmaya çalışılmıştır.

- Bu çalışmanın sonuçları kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını belirlemede ve kadınları bu konuda desteklemede yol gösterici olabilir.

- Ayrıca bu çalışma sonucunda elde edilecek servikal kanserin erken tanısına ilişkin saptanan tutumların hazırlanan/hazırlanacak erken tanı programlarına/projelerine rehberlik edeceği düşünülmektedir.

1.6. SINIRLILIKLAR

Bu çalışmanın sınırlılıkları aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.

Örneklemdaki kişi sayısına faktör analizi için madde sayısının 10 katının yeterli olduğu ve “örneklem büyüklüğü” sayısı belirlenirken 300’ün iyi olarak değerlendirildiği bilgisiyle karar verilmiştir. Ayrıca zaman ve ekonomik nedenlerden de örneklem sayısının 300 olması uygun bulunmuştur. Fakat çok iyi ve mükemmel olarak değerlendirilen 500-1000 kişilik örnekleme geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması daha sağlıklı sonuçların alınmasını sağlayabileceği bildirilmektedir (95).

Araştırmada ölçeğin “zamana göre değişmezliği”ni test etmede test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Bunun için örneklemdaki 40 kadına ölçek 21 gün sonra tekrar uygulanmıştır. Test-tekrar test için yapılacak istatistik analizde (korelasyon katsayısı hesaplama) 30 sayısının yeterli olduğu belirtildiği için bu çalışmada 40 kadına yeniden ulaşılması uygun görülmüştür. Fakat yeterli olanak sağlanarak bütün kadınlara test-tekrar testin yeniden uygulanması sonuçlar açısından daha güvenilir olabileceği bildirilmiştir (3, 95).

Ölçeğin “benzer ölçekler geçerliliği”ni değerlendirmede “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” kullanılmıştır. Benzer ölçek geçerliliği için uygun ölçek bulmak oldukça zordur. Benzer ölçeklerin ortalamalarının, standart sapmalarının, varyanslarının, madde sayılarının ve madde tiplerinin mümkün olduğunca eşit olması istenir. Bu çalışmada kullanılan iki benzer ölçeğin ortalamaları dışındaki diğer özellikleri eşit olmasa da

benzerdir. Her iki ölçeğin ortalamalarının da eşit olması ölçekler arasında yapılan Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısının daha yüksek olmasını sağlar.

1.7. TANIMLAR

İnsitu evre: Displastik değişiklikler epitelin tüm tabakalarını tutuyorsa lezyon preinvaziv bir neoplazm olarak kabul edilir ve bu evreye insitu evre adı verilir (26, 99).

İnvaziv evre: Kanserin ilerleme gösterdiği, özellikle komşu dokulara doğru yayılmanın olduğu evreye denir (26, 99).

Pap smear testi: Servikal hücrelerin normal sınırlarda olup olmadığını ortaya çıkaran ve servikal kanserin erken tanısında kullanılan bir testtir. Servikal kanserin, klinik olarak ortaya çıkmadan önce %90-95'e varan bir doğrulukla saptanmasını sağlar (94, 102).

Kolposkopi: Parlak ışıkta serviksin 6-40 kez büyütülerek epitel anormalliklerinin gözlenmesini sağlayan bir yöntemdir. Genellikle gözlenen bir servikal lezyonda veya pap smear testinin anormal değerlendirildiği durumlarda uygulanır (94, 102).

Servikal Konizasyon: Kolposkopide lezyonun endoservikal kanala ilerlediği saptandığında, dairesel doku biopsisi ile squamokolumnar kavşak ve servikal kanalın alt kısmının teşhis ya da tedavi amaçlı koni şeklinde kesilip çıkarılması işlemidir (94, 102).

Ölçek: Bireylerin cümle, sıfat ya da ifadeler dizisine gerçek duyguları doğrultusunda tepkide bulunmaları istenir. Bu cümle, sıfat ya da ifadeler listesine ölçek denir (95).

Tutum Ölçeği: Bireyin iç dünyasını ortaya çıkarmak üzere oluşturulmuş bir dizi cümleye/ifadeye bireyin yanıt vermesi için hazırlanmış anketlerdir (95).

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Çağdaş tıbbın en önemli uğraş alanlarından biri olan kanserler, çağımızda üzerinde en çok durulan sağlık sorunlarından biridir. Tüm çabalara ve yoğun çalışmalara rağmen kanser hastalığı hala ciddiyetini korumaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre pek çok ülkedeki ölüm nedenleri arasında kanserler ikinci sıralarda yer almaktadır. Yaklaşık olarak yirmi yıl içerisinde yıllık kanser olgu sayısının 10 milyondan 15 milyona, kanser ölümlerinin sayısının 5.2 milyondan 10 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Dünyadaki on milyon yeni kanser olgusunun, 4.7 milyonu gelişmiş ülkelerde, yaklaşık 5.3 milyonu ise az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere düşmektedir. Buna karşın kanser günümüzde gelişmiş ülkelerde daha çok ilgi çekmekte ve sorun olarak görülmektedir. Aslında görüldüğü gibi tüm kanserlerin yarısından fazlası gelişmekte olan ülkelere ortaya çıkmaktadır. Kanserinin dünya genelindeki yıllık insidans hızı erkeklerde yüz binde 203, kadınlarda 155 ve yıllık mortalite hızı erkeklerde yüz binde 141, kadınlarda 90.2'dir (16, 31, 104).

Dünya geneline bakıldığında, farklı kanserlerin, farklı grupları etkilediği görülmektedir. Dünyada erkekler arasında en çok ortaya çıkan kanserler akciğer ve mide kanseridir. Kadınlarda ise en çok meme ve serviks kanseri görülmektedir. Serviks kanseri daha çok gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelere görülmektedir (1, 71, 98). Tablo 1.'de Dünya'da, gelişmiş ülkelere ve gelişmekte olan ülkelere en sık görülen kanserler görülmektedir.

**Tablo.1: Dünya’da, Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde En Sık Görülen
Kanserlerin Cinsiyete Göre Dağılımı**

	<u>ERKEK</u>			<u>KADIN</u>		
	Sıra	Kanser Türü	Yeni Olgular (1000)	Sıra	Kanser Türü	Yeni Olgular (1000)
Dünya	1	Akciğer	902	1	Meme	1050
	2	Mide	558	2	Serviks	471
	3	Prostat	543	3	Kolon/rektum	446
	4	Kolon/rektum	499	4	Akciğer	337
	5	Karaciğer	398	5	Mide	318
Gelişmiş Ülkeler	1	Akciğer	471	1	Meme	579
	2	Prostat	416	2	Kolon/rektum	292
	3	Kolon/rektum	319	3	Akciğer	175
	4	Mide	208	4	Mide	125
	5	Mesane	164	5	Korpus uteri	114
Gelişmekte Olan Ülkeler	1	Akciğer	431	1	Meme	471
	2	Mide	350	2	Serviks	379
	3	Karaciğer	325	3	Mide	193
	4	Özafagus	224	4	Akciğer	162
	5	Kolon/rektum	180	5	Kolon/rektum	154

Kaynak: Ferlay J.et al., GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalance Worldwide

Kanserin topluma getirdiği yük tartışmasıdır. Kanserin Amerika Birleşik Devletleri'ne (ABD) getirdiği yüke bakıldığında aşağıdaki veriler görölmektedir. ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi verilerine göre ölkede yılda bir milyondan fazla kanser tanısı konmaktadır. Kanser tanısı konanların ancak yarısının 5 yıl sonra yaşıyor olacağı tahmin edilmektedir. Diğer sağlık sorunlarında olduğu gibi kanserin de hastanın kendisine, ailesine, arkadaşlarına ve topluma yüklediği bir yükten söz etmek mümkündür. Bu yük çeşitli yakınmalar, ağrı, yaşam kalitesinin düşmesi, erken ölüm ve ekonomik kayıplar şeklinde kendini gösterir. Kanserin ortaya çıkardığı ekonomik yük doğrudan maliyetler, dolaylı maliyetler ve psikososyal maliyetler olarak üç kategoride incelenir. Doğrudan maliyetler, hastane hizmetleri, hekim ödemeleri, bakım hizmetleri, ilaçlar ve diğer profesyonel hizmetler olarak sınıflanır. Dolaylı maliyetler ise morbidite ve mortalitenin yol açtığı üretim kayıpları olarak sınıflanır (71).

ABD'de 1995 yılı fiyatlarıyla kanserin toplam maliyeti yıllık 96.1 milyar Amerikan dolarıdır. Doğrudan ve dolaylı maliyetler hesaba katıldığında toplam maliyet içinde doğrudan maliyetin payı %28.6, dolaylı maliyetin payı ise %71.4'dür. Toplam 28.6 milyar dolar olan doğrudan maliyetin içinde en büyük payı %65.3 ile hastane hizmetleri almakta, bunu da % 24.1 ile hekim harcamaları izlemektedir. Toplam 71.4 milyar dolar olan dolaylı maliyetlerin içinde en büyük pay %86 ile erken ölümlere aittir. Tüm kanserler hesaba katıldığında erken ölümün yol açtığı dolaylı maliyet, kaybedilen olgu başına ortalama 118 bin Amerikan dolarıdır ve bu bedel, olgu başına ortalama 14.6 yıl üretim kaybının karşılığıdır (71).

Türkiye'de de bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, sosyoekonomik düzeyin yükselmesi, ortalama yaşam süresinin uzaması, artan çevresel kanser yapıcı etkenler ve tanı yöntemlerinin gelişmesi sonucu, kanser hastalıklarında artış

gözlenmektedir. Kanser ölümleri 1960-1965 yıllarında bir yaşımdan büyük kişilerde kalp-damar hastalıkları ve bulaşıcı hastalıklardan sonra en önemli üçüncü ölüm nedeni iken, 1975-1980 yıllarından itibaren ikinci sırada yer almaktadır. Bütün yaşlardaki ölümler birlikte değerlendirildiğinde, ölümlerin onda birinin kanser nedeniyle olduğu görülmektedir. Ülkemizde yetersiz olan kanser kayıtları üzerinden yapılan tahminler, Türkiye’de yaşa göre standartlaştırılmış kanser insidansının en az yüz binde 150 olabileceğini göstermektedir. Bu da yılda en az 90-100 bin yeni kanser olgusu anlamına gelmektedir. Türkiye’de en sık görülen kanserler arasında erkeklerde akciğer ve mesane kanserine, kadınlarda ise meme ve serviks kanserine rastlanmaktadır (20, 61, 71, 86).

1.8.2. KANSERDE ERKEN TANI

Erken tanı; kişinin hastalığının klinik belirtilerinin ortaya çıkmadığı veya ona acı ve sıkıntı vermeyen siliik belirtilerin bulunduğu dönemde hastalığın tanılanmasıdır (41) Birçok hastalıklarda olduğu gibi bazı kanserlerde de erken tanı önemlidir. Toplumda hastalıkların erken tanısı üzerinde yapılan çalışmalar bir çok hastalıkta bilinen vaka sayısının varolan vaka sayısına oranla daha az olduğunu göstermektedir. Bu durum- buzdağlarının büyük kısmının denizin içinde olması ve görülmemelerine benzetilerek- toplumda “hastalıklar buz dağları gibi” deyimini ile anlatılmaya çalışılmıştır (41, 106).

Erken tanı amacıyla tarama yapılırken tüm nüfusun sistematik olarak alınıp taranması yerine, risk altındaki gruplar seçilerek tarama yapılırsa sağlanacak başarı daha da artırılmış olur. Tarama, hiçbir belirtisi olmayan ve çoğunda da kanser çıkmayacak olan bireylerin basit test ve muayenelerinin yapılmasını içerir. Kanser taramasının amacı, kanserin iyileşme şansının en yüksek olduğu dönemde belirlenebilmesidir (13, 41, 106).

Kanserde, erken tanı tedavi için önemlidir. Kanserden korunma programları diğer hastalıklarda olduğu gibi değişik düzeylerde ele alınır. Birincil koruma yaklaşımları uygulaması kolay olmamakla birlikte çok etkilidir. Kanserden korunmada ikincil koruyucu hizmetler çok yararlı ve başarılıdır. İnsanlardaki kanserlerin %75'lik bölümü vücutta gözle görülen ve rutin muayene yaklaşımları ile kolaylıkla ulaşılabilen yerlerde ve bu kanserler erken dönemde yakalandığında çok başarılı sonuçlar sağlanabilmektedir. Pek çok kanser türünde ikincil koruma yaklaşımlarının yararlı ve hayat kurtarıcı olduğu değişik çalışmalarda ortaya konmuştur. İkincil korumanın amacı, hastanın asemptomatik olduğu erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesidir. Kanser erken tanısı kişinin yaşam süresini uzatma bakımından çok önemlidir. Tanının gecikmesi hastalığın ağırlaşmasına, hatta tedavi olanağının ortadan kalkmasına neden olur. Günümüzde tanı olanakları pek çok kanserde oldukça erken dönemde tanı konmasına olanak vermektedir (41, 98).

Kanserde erken tanı düşüncesi şu esaslara dayanmaktadır;

-İnsan vücudundaki kanserlerin dörtte üçü gözle görülen veya kolay uygulanan tanı yöntemleri ile saptanabilir yerlerde ve yerdedir.

-Kanserlerin çoğu erken dönemde lokalizedir ve bu dönemde yakalandığı zaman tedavi olasılığı yüksektir.

-Pek çok kanser türünde prekanseröz oluşum veya premalign bir dönem vardır.

-Kanserde günümüzde uygulanan tedavi yöntemleri erken dönemde uygulandığı takdirde oldukça başarılıdır.

-Erken dönemde yakalandığı zaman kanserde daha iyi prognoz, hatta bazı kanserlerde sağaltım sağlanabilmektedir (16).

Bütün kanser türlerinde hastalık erken dönemde yakalandığı takdirde daha başarılı sonuçlar alınmaktadır. Maliyet-yarar oranı, servikal, meme ve kolorektal kanser taramalarını destekleyicidir. Melanoma, akciğer, baş-boyun, mide, testis, mesane endometriyal kanser taramalarında maliyet-yarar oranı henüz kesinlik kazanmamış, ancak belirli koşullarda destekleyici sonuç elde edilmektedir (71).

1.8.3. SERVİKAL KANSER

Servikal kanser, meme kanserinden sonra kadınlardaki morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindedir. Görülme sıklığı olarak jinekolojik kanserler içinde birinci sırada yer alır. Genel olarak dünya kadın nüfusunun malign hastalıklarının %12'sini servikal kanser oluşturmaktadır (85, 86, 94, 104).

Dünyada 2000 yılında 468 bin kadına servikal kanser tanısı konduğu ve bunların 233 bininin öldüğü tahmin edilmektedir. Olguların %80'i gelişmekte olan ülkelerde yer almaktadır. Servikal kanser en sık Latin Amerika ve Karayipler, Sahra altı Afrika, Güney ve Güney Doğu Asya'da görülmektedir. Servikal kanser insidans hızı gelişmiş ülkelerde yüz binde 11.3 ve gelişmekte olan ülkelerde yüz binde 18.7, Batı Asya'da yüz binde 4.7, Avrupa'da yüz binde 9-16 arasında tahmin edilmektedir (71, 104). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 1995-1999 yılları arasında hastane verilerine göre servikal kanser insidansını yüz binde 1.43 olarak hesaplamıştır (94). İzmir Kanser İzleme Değerlendirme Eğitim Merkezi'nin (İzmir KIDEM) verilerine göre de ülkemizde servikal kanser insidans hızı 1993-1998 yılları arasında yüz binde 5.4 olarak saptanmıştır (54). Oral tarafından 2003 yılında Manisa kent merkezinde yapılan 1993-1998 yılları arasındaki kanser insidanslarını gösteren çalışmada Manisa kent merkezi için servikal kanser insidansı (yalnızca invaziv serviks

kanseri) yüz binde 5.8 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada kanser olgularının yerleşim yerleri de değerlendirilmiş ve servikal kanser kentsel bölgede yüz binde 3.5, gecekondü bölgesinde ise yüz binde 7.1 olarak bulunmuştur. Servikal kanser insidansı gecekondü bölgesinde kentsel bölgeye göre iki kat yüksek bulunmuştur (71). Servikal kanserin risk faktörleri göz önünde bulundurulduğunda bu beklendik bir durumdur.

Servikal kanser 20 ile 80 yaş arasında bütün kadınlarda görülebilmektedir. Yaygın olarak 40-55 yaş grubundaki kadınlarda daha sık görülmekle birlikte, servikal kanser gittikçe daha genç yaştaki kadınlarda da görülmeye başlamıştır. Bunun nedeni pap smear testi ile erken tanının konulabilmesidir (78, 104). Gelişmiş ülkelerde invaziv serviks kanseri insidansında %50 azalma olmasına karşın, pap smear testinin geçmişe göre daha yaygın kullanılması ile preinvaziv kanser insidansında artma olduğu ve 30-39 yaş grubunda daha çok preinvaziv kanser, 40 yaş üzerinde ise invaziv kanser insidansının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (93).

Servikal kanserleri kadın ve erkeklerde görülen diğer kanserlerden ayıran eşsiz özellik, yayılmacı bir nitelik kazanmadan önce 5-10 yıl gibi uzun bir süre preinvaziv evreye sahip olmasıdır. Kanser bu evrede invazyon yapmaz fakat büyümeye devam eder. Servikal kanserler preinvaziv dönemde tanılandığında günümüzde varolan tedavi teknikleri ile % 95-100 oranında tedavi edilebilmektedir (78, 86,106).

1.8.3.1. SERVİKAL KANSERİN ERKEN BELİRTİLERİ

Servikal kanser genellikle preinvaziv evrede semptom vermez. Makroskopik olarak görülen bir lezyon yoktur. Ancak sulu akıntı servikal kanserin erken belirtisi olarak değerlendirilebilir. Daha sonraki belirtiler cinsel ilişki ve muayene sırasında ortaya çıkan dokunma kanamaları, adet aralarında kanamalar, aşırı adet kanaması ve

postmenopozal kanama şeklinde olabilir. İlerlemiş servikal malignensilerde seroz vajinal akıntı ve kötü koku en sık görülen yakınmalardır. Geç belirtiler malignensinin yayıldığı organ ile ilgilidir. Pelviste, hipogastriumda, yan ya da bacak ağrısı hastalığın ilerlediğinin göstergesidir. Bu belirtiler pelvik duvarın, üreterlerin, lenf nodlarının ve siyatik sinir kökünün etkilendiğini gösterir. Son dönemde lenfatik ve venöz tıkanıklığa bağlı alt ekstremitelerde ödem, yoğun vajinal kanama ve çift taraflı üreter tıkanıklığı sonucu renal yetmezlik görülür (9, 61, 94, 102).

1.8.3.2. SERVİKAL KANSER İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ

Günümüzde kanserlerin bir çoğunda olduğu gibi servikal kanserde de etiyolojik nedenler kesin olarak bilinmemekle birlikte, tüm kadınlar servikal kanser yönünden risk altındadır. Ancak bazı bireysel risk faktörlerinden söz edilmektedir. Bu risk faktörlerinin en önemlileri şu şekilde sıralanmaktadır.

1. Erken Yaşta Evlilik ve Cinsel İlişki: Cinsel aktivite, servikal kanserin risk faktörleri içinde ön planda yer almaktadır. Çünkü hastalık evli kadınlarda, genç yaşta evlenenlerde ve çok fazla cinsel ilişkide bulunanlarda fazla görülmektedir. Özellikle 17 yaşından önce ilk cinsel ilişkinin önemli bir risk faktörü olduğu ve birden fazla kişi (3'den fazla) ile cinsel ilişkinin belli bir oranda servikal kanserin oluşumuna katkıda bulunduğu yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Tek partner ile üç ve daha fazla partner karşılaştırıldığında risk sekiz kat artmaktadır. Partner sayısı altının üstüne çıkarsa risk 14.2 kat artmaktadır. Yirmi yaşın altında seksüel aktiviteye başlayanlarda risk 21 yaşın üzerine göre 2.5 kez daha fazladır (34, 78, 85, 86, 102).

2. Doğurganlık: Servikal kanserin görülme sıklığı gebelik sayısı ile paralel olarak artış göstermektedir. Gebelik sayısının dörtten fazla ve ilk gebeliğin 20 yaşından önce olması önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir (10, 94, 106).

3. Sosyo-Ekonomik Durum: Özellikle gelişmiş ülkelerde servikal kanser, düşük sosyo-ekonomik durumda olan kadınların hastalığı olarak değerlendirilmektedir. Bu hastalığın görülme sıklığı gelir düzeyi düşük olanlarda, gelir düzeyi yüksek olanlara oranla daha fazladır. Sosyo-ekonomik durumun kötü olması kişilerin hijyen davranışlarını olumsuz etkiler, ayrıca sosyo-ekonomik durum sağlık kurumlarına başvurmayı da etkilemektedir (34, 62, 106).

4. Viral Enfeksiyonlar: Genellikle cinsel ilişki ile geçen viral onkolojik ajanlar arasında virüsler, son yıllarda büyük ilgi çekmiştir. Bunlar arasında servikal kanser açısından üzerinde durulanlar şunlardır (62, 78, 86, 94).

a. Herpes Simplex Tip 2 Virüsü: 1970-1980'li yıllarda bu virüs servikal kanser açısından önemli etken olarak gösterilmiştir. Ancak daha sonraki yıllarda bu enfeksiyonun, hastalığın oluşumunda yardımcı bir faktör olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır (78, 94).

b. Human Papilloma Virüsü (HPV): Servikal kanserin oluşumu açısından bugün üzerinde en çok durulan etken human papilloma virüstür. Servikal kanser ile HPV arasında kuvvetli ilişki olduğu düşünülmektedir. Ancak HPV tek başına kanser oluşumuna yol açmamakta, büyük olasılıkla başka etkenlerin eşliğinde kanser ortaya çıkmaktadır. Bu yardımcı etkenler tam olarak tanımlanmamış olmakla birlikte sigara, immün durum, hücresel mutasyonlar ve hormonal durum hastalığın oluşumunda önemli yardımcı faktörlerdir (62, 78, 86).

5. Sigara: Sigara kullanımı invaziv servikal kanser oluşumunda ve human papilloma virüsü için yatkınlık faktörü olarak gösterilmektedir. 1983 ve 1984 yılında yapılan araştırmalarda servikal kanser ile sigara kullananlar arasında diğer faktörlerden bağımsız olarak önemli bir ilişki olduğu ve sigara kullanımının servikal kanser açısından risk faktörü sayılması gerektiği vurgulanmıştır (34, 46, 61, 62). Lyon ve ark. serviks insitu kanser riskinin sigara içenlerde içmeyenlere göre 3.0 kat arttığını göstermiştir (102).

6. Eş Durumu: Servikal kanserde yüksek risk oluşturan bazı durumlar erkekler ile ilgilidir. Kadınların eşlerinin prostat veya penis kanseri olması, veneral hastalık öyküsünün bulunması, sünnetsiz olması, birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunmasının servikal kanserin görülme sıklığını arttırdığı düşünülmektedir. Eş, evlilik dışında 15 veya daha fazla partnere sahipse, kadının servikal kanser açısından riski 7.8 kat artmaktadır (11, 78, 86, 94, 106).

7. Diğer Faktörler: kaynaklara göre invaziv ve preinvaziv kanser görülme yaşı değişiklik göstermektedir. Ancak ortak görüş invaziv servikal kanserin daha genç yaşlara kadar inmeye başlamış olmasıdır. Bazı kaynaklar invaziv servikal kanserin en fazla 20-50 yaşları arasında olduğunu ileri sürerken, 30-50 yaşları arasında olduğunu bildirilen kaynaklar vardır. Yaşın yanı sıra oral kontraseptif kullanma, kötü hijyen koşullarına sahip olma, siyah ırktan olma ve diğer genital enfeksiyonların bulunması da servikal kanser açısından risk faktörleri arasında yer almaktadır (100, 106).

Bütün kanserlerde olduğu gibi servikal kanserden korunmada da, kansere neden olduğu düşünülen faktörlerin bilinmesi, alınacak önlemler açısından önemlidir (94).

1.8.3.3. SERVİKAL KANSERDE ERKEN TANI

Erken tanı yaklaşımının çok başarılı olduğu başlıca kanser türlerinden birisi servikal kanserdir. Gelişmiş toplumlarda periyodik kontrol ve taramalar sonucunda servikal kanserden ölüm oranları azalmıştır. Servikal kanserin erken dönemde tanınması ve tedavi edilmesi mümkün bir hastalık olması nedeniyle bu konuda yapılacak çalışmalar erken tanı açısından önemlidir (34, 106).

Servikal kanserde tarama servikal bölgeden alınan yaymanın sitolojik incelemesine dayanır. Bu yöntemi ilk olarak 1941 yılında ortaya koyan Dr. Papanicolaou'nun adının kısaltılması ile anılmaktadır. Pap smear testi ilk ortaya konulduğu yıllarda daha çok invaziv kanserleri belirleyebilirken, günümüzde preinvaziv sürecin ortaya çıkarılması için kullanılmaktadır. Pap smear testi ideal bir tarama yönteminin özelliklerine sahiptir. Ucuzdur, kolay uygulanabilir, hastalar tarafından kabul edilebilir ve toplum tarama yöntemi olarak uygulanması ile servikal kanserden ölümler yaklaşık %90 oranında düşmektedir (43, 65, 94).

“Pap smear testi” son derece “maliyet-etkin” (cost-effective) bir yöntemdir. Erken tanı amacı ile 1000 kadına uygulandığında 60 kişi “test pozitif” olarak bulunmakta, ileri incelemeler sonunda da 13 tanesinde insitu kanser, 2 tanesinde de invaziv servikal kanser saptanmaktadır. Erken tanı amaçlı çalışmalarda kişi başına maliyet pap smear testi için 13 ABD doları ve ileri incelemelerle birlikte 34 ABD doları bulurken, ilerlemiş bir servikal kanserin tedavisinin 1 milyon doların üzerinde olduğu hesaplanmaktadır. Böylelikle 1000 kişilik bir grubun tarama programına alınması durumunda pap smear testi maliyeti 13 bin dolar, ileri incelemelerle birlikte en çok 34 bin dolar harcama gerektirirken, insitu dönemde yakalanacak olan 13 vakanın invaziv kanser olmasının önüne geçilmiş olması 13 milyon dolarlık kazanım sağlayacaktır (71).

Cinsel açıdan aktif olan bütün kadınlar servikal kanser için risk taşımaktadır. Servikal kanserin erken dönemde saptanması açısından bir sorunu olsun ya da olmasın, 19 yaşını geçmiş ve cinsel yaşamları başlamış bütün kadınların düzenli pap smear testi yaptırmaları gerekir. Bir çok kaynakta farklı olmakla birlikte Amerikan Kanser Birliği cinsel açıdan aktif olan kadınların erken tanı açısından yılda bir kez pap smear testi yaptırması gerektiğini belirtmektedir. Bir yıl ara ile yaptırılan iki testin sonucunun negatif olması durumunda menapoza kadar üç yılda bir, riskli olgularda ise her yıl testin yaptırılması servikal kanserin erken tanısı açısından yeterli olmaktadır. Menapozdan sonra kadınların yine yıllık kontrollerini yaptırmaları gerekmektedir (85, 89, 100).

Servikal kanser konusunda erken tanı çalışmalarına 1960'lı yılların ortalarından itibaren başlamış olan Finlandiya, Danimarka, İsveç gibi ülkelerde servikal kanserin görülme sıklığında dikkati çeker azalmalar sağlanmıştır. Buna karşılık erken tanı çalışması yapılmayan Norveç'te ise servikal kanser insidansı artış eğilimini sürdürmektedir (86).

Günümüzde dünyada her yıl yaklaşık olarak 466.000 yeni invaziv servikal kanser olgusunun ortaya çıktığı hesaplanmaktadır. Bu sayının %80 kadarı gelişmekte olan ülkelerde ortaya çıkmakta ve bu ülkelerde kadın popülasyonunun sadece %5 kadarının son beş yıl içerisinde pap smear testi ile değerlendirildiği bildirilmektedir (34).

Coşkun 1989 yılında Ankara'da üniversiteli kadınlarda yaptığı çalışmasında pap smear testi yaptırma sıklığının %16.5 olarak (25), Ekizler ise 1994 yılında İstanbul'da yaptığı çalışmada pap smear testi yaptırma oranını %2.2 olarak saptamıştır (34). Bolsoy

ve Sezgin 1998 yılında Manisa’da yaptıkları çalışmalarında düzenli pap smear yaptırma oranını %2.5 bulmuşlardır (18).

Servikal smear test sonucunun doğru olması, hataların azaltılması amacıyla smear alınmadan önce dikkat edilecek bazı noktalar vardır. Bunlar pap smear aldirmaya gitmeden 24 saat önce vajinal yoldan uygulama yapılmaması (ilaç uygulaması, vajinal duş, cinsel ilişki), adetli olunmaması ve pap smear testi yaptırmaya adet bitiminden 5-6 gün sonra gidilmesidir (94, 106).

Pap Smear Testinin Sınıflandırılması:

Servikal smear’in pap test ile boyanması ve sitolojik incelenmesi, neoplazilerin saptanmasında 1941 yılından beri kullanılmaktadır. Pap smear testi ile servikal neoplazilerin %90’ı erken dönemde tanılanabilmektedir. Sitolojik değerlendirme klasik olarak Class I-V arasında yapılmakta iken 1988 yılında Amerikan Ulusal Kanser Araştırmaları Enstitüsü'nün düzenlediği bir panel sonrasında servikal pap smeare dayalı bir sınıflama yapılması önerilmiş ve bu öneri de giderek kabul görmüştür. Buradaki amacın; pap smear okumada ortak terminoloji kullanılması, smeardeki yeterlilik kriterlerinin saptanması, hastanın klinik yönetiminde smearin rehber olabilmesi olduğu bildirilmektedir. Tablo 2.’de pap smearin sitolojik sınıflandırılması görülmektedir (65, 94, 102).

Tablo. 2: Pap Smearin Sitolojik Sınıflandırması

<i>Papanicolaou</i> <i>Sınıflandırması</i>	<i>Tanımlayıcı</i> <i>Sınıflandırma</i>	<i>Servikal İntraepitelial</i> <i>Neoplazi (CIN) Sınıflandırması</i>
I. Bening (Class I)	Normal	
II. Atipik Bening (Class II)	Atipik ancak displazik olmayan hücreler var.	
III. Şüpheli (Class III)	Displazi ile uyumlu hücreler 1. Hafif derecede displazi 2. Orta derecede displazi	CIN I, CIN II
IV. Malignite Şüphesi (Class IV)	Şiddetli displazi veya karsinoma insitu ile uyumlu anormal hücreler	CIN III
V. Malignite (Class V)	İnvaziv kanserle uyumlu hücreler	

1.8.3.4. SERVİKAL KANSERDE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Tedavi hastalığın derecesine ve hastanın yaşına göre değişmektedir. Servikal kanser genelde genç yaşta görüldüğünden tedavisinde serviksin korunması esastır. Bugün bir çok kanser tedavisinde kullanılan cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve lazer tedavisi servikal kanserde de kullanılmaktadır (86, 94, 102).

Cerrahide; tedavi seçimi hastalığın yaygınlığına bağlıdır. Uygulanacak cerrahi girişimin şekli ve boyutları hastanın yaşı ile ilişkilidir. Bazı vakalarda konizasyon ve servikal amputasyon yeterli tedavi olmaktadır. Bu yöntem özellikle çocuk sahibi olmak isteyen ve yakın izleme alınabilecek kadınlarda uygulanabilir. Diğer vakalarda basit histerektomi yapılır. Kolposkopi ile erken tanı konmuş vakalarda daha az radikal cerrahi uygulanır. Radikal cerrahi endikasyonu hastalığın yaygınlık derecesi ile sınırlıdır. Tipik uygulanan cerrahi, uterusun, vajinanın 1/3 üst bölümünün ve parametriumların çıkarılmasını içeren radikal histerektomi veya Wertheim ameliyatıdır (86, 94, 102).

İnvaziv servikal kanserlerin tüm evrelerinde radyoterapi uygulanabilir. Radyoterapide; hem internal hem de eksternal tedavi kullanılabilir. Eksternal radyasyon ve intrakaviter radyum tedavisi, lezyonun ve hastanın durumuna göre değişik kombinasyonlarda kullanılır (86, 102).

Geçmiş yıllarda kemoterapinin servikal karsinoma tedavisinde etkili olmadığı düşünülmekteydi. Fakat son yıllarda kemoterapi, ilerlemiş servikal kanser vakalarında daha sık olarak kullanılmaya başlanmıştır (102).

1.8.4. SAĞLIK, KÜLTÜR, DAVRANIŞ VE TUTUM KAVRAMLARI

Sağlık:

Günümüzdeki bilimsel ve sosyokültürel gelişmeler; hastalıklardan korunma ve erken tanı yöntemlerinin gelişmesine, ölüm hızının azalmasına yol açmış, sağlığın dar kapsamından çıkarak daha geniş sınırlar içinde tanımlanması gereğini doğurmuştur. Sağlık, yalnızca biyolojinin konusu olmakla kalmaz, pek çok sosyal, kültürel, politik ve ekonomik faktörü içerir. Pek çok grup ve toplumda, sağlık ile sosyal faktörler arasındaki karmaşık ilişkinin anlaşılması için önemli çabalar gösterilmektedir (29). Bu

çerçevede, tarihsel süreç içerisinde farklı bilim dalları ve sağlıkla ilgilenenler çeşitli kriterlere bağlı olarak sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya çalışmışlardır (9, 63).

Sağlık; insan deneyimlerinin karmaşık boyutlarının geniş ölçüde alışkanlığa yansımaları ifade eden bir terimdir. Sağlık kavramının tarihsel gelişimine göz atılacak olursa, literatürde sağlığın kelime anlamını açıklayan yaklaşık bin tanımla karşılaşmaktadır. Sağlık konusundaki farklı düşüncelerden hiçbiri tam “doğru” ya da “yanlış” değildir. Sağlık, somut ve maddi bir şey değil ancak sosyal ve kültürel etkileşimle oluşan bir kavramdır. Sağlık ile ilgili ilk tanımlar “hasta olmayan insan sağlıklıdır” şeklinde son derece yalın bir ifadeyle karşımıza çıkmaktadır. Fakat insanın kendini iyi hissetmemesi ile hasta olması arasında ciddi bir fark vardır. Hastalık tanısının konulmamış olması kişinin sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir. Yakın zamana kadar da sağlık, bireyi etkileyen ruhsal ve sosyal faktörleri önemsemeyen “hastalığın ve sakatlığın olmayışı” gibi dar bir çerçeve içinde tanımlanmaktaydı (9, 17 63). Bugüne kadar en çok kabul görmüş ve günümüzde de en yaygın şekilde kullanılan sağlık tanımı, 1946 yılında DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımıdır. Bu tanıma göre sağlık, yalnızca hastalıkların olmayışı değil; fiziksel, mental ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Bu tanım aynı zamanda sağlığı etkileyen pek çok faktörün tanımlanması gereğini de ortaya koymuştur (17, 63, 80).

İnsanın sağlığa ilişkin sorunları, kalıtsal özellikleri, bireysel özellikleri, sosyal çevresi, kültürü ve içinde yaşadığı evrenin koşullarından soyutlanamaz. Bunların hepsi insanın yaşamına şekil veren ve onun sağlığında rol oynayan faktörlerdir. Bu yapılardan herhangi birinde ortaya çıkacak problem, kişide fiziksel veya duygusal semptomların oluşmasına yol açar. Bireyin sağlığında genetik kadar belirleyici olan

kültür, çok özelleşmiş yöresel inançlardan, tutum ve alışkanlıklardan, felsefi yorumlara kadar uzanan geniş bir yelpazeyi içine alır. Hastalık ve rahatsızlıkların nedenleri ve tedavileri konusundaki inançlar, kişisel ve kültürel farklılıklar göstermektedir. Bugün insanların sağlıklarının, davranışlarından, hastalıklarla ilgili düşünce ve duygularından doğrudan etkilediği bilinmektedir (9).

Günümüzde sağlık ve hastalık olguları tartışılırken, bedeni, zihni ve sosyal yapıları birbirinden ayrı değerlendirmek mümkün değildir. Bu yüzden konu biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler açısından değerlendirilmelidir. Bu bakış açısı, geleneksel anlayışı da kapsayan, ama bununla yetinmeyen biyopsikososyal sağlık ve hastalık anlayışıdır. Sağlığı tehdit eden hastalıklardan uzak durma veya sağlığı sürdürme ve geliştirme konusundaki çalışmalar da, ağırlıklı olarak bilimsel alanlardaki bu yeni çalışmalarla sürdürülmektedir. (9, 91).

Sağlık olgusundaki değişkenler gözden geçirildiğinde; değişkenlerden biri kültür (sosyal alan), diğeri psikoloji (bireysel alan)'dir. Bu alanlarla etkileşim içerisinde olan özellikler bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal değişkenlerdir. Bilişsel olarak kültürde yer alan kavramlar ve tanımlar, psikolojik alana inanç ve bilgi olarak yansır. Duygusal olarak kültürün norm ve değerleri, kişide tutumlar olarak ortaya çıkar. Diğer yandan toplumun uygulama ve adetlerinin kişideki yansımaları, davranışlardır. Sosyal kurallar ve kurumlar ise bireysel alanda kişilerarası ilişkilerdir. Kültürel alanda yer alan kavram, değer ve adetlerin psikoloji alanına inanç, tutum ve davranış olarak yansımaları doğrudan doğruya sağlıkla ilgili davranışları etkilemekte ve belirlemektedir. Sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlardan aşılma, beslenme, sigara veya alkol tüketimi, tarama programlarına katılma gibi çeşitli tutum ve davranışlar, bu değişkenlerin kültür alanında şekillenip psikoloji alanını etkilemesiyle ortaya çıkar. Sağlığı tehdit eden ve

tedaviyi belirleyen ögeler toplumun kültür yapısından bağımsız ele alınamaz, koruyucu önlemler planlanamaz, tanı ve tedavide başarılı olunamaz (9, 58).

İnsanların potansiyellerini en üst düzeye çıkarmalarında ve dolu dolu bir yaşam sürdürmelerinde sağlıklı olmaları önemlidir. Sağlık bireylere toplum içinde aktif rol oynama, kültürel, sosyal ve ekonomik yönden gelişmiş bir toplum olma gücü verir. Günümüzde artık sağlık kavramı sağlığı koruma, sağlığı geliştirme, sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanan üç temel boyutta tartışılmaktadır (17, 63).

Sağlığın Korunması:

Sağlığın korunması bir davranışı yapmamayı ifade eder. Böylece bireyin iyilik ve sağlık durumunun patolojik sürece geçmesi önlenir. Koruma hastalığın ilerlemesini engelleyen ve rehabilitasyonu da kapsayan bir süreçtir. Her koruma düzeyi hastalığın gelişmesinin farklı noktalarında olmaktadır ve her düzeyde farklı uygulamalar söz konusudur. Sağlığın korunması üç düzeyde incelenir.

Birincil Koruma: Sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu özel önlemleri kapsar. Birincil koruma tedavi edici değildir. Semptomların tanınmasını içermez. Birincil koruma önlemleri, belirli bir hastalığa özgü korumayı içerdiği gibi, genel olarak sağlığın geliştirilmesini de kapsar. Birincil koruma bireylerin optimal sağlık düzeylerini korumalarını ve sağlığın geliştirilmesini destekler (30, 33).

İkincil Koruma: Bu düzey sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasını kapsar. Hastalığın başlangıç döneminde, daha ilk belirtilerin saptanabildiği dönemde uygulanacak olan erken tanı ve tedavi gibi yöntemler, toplum yönünden, hastalığın söz konusu olmadığı dönemde alınan önlemler kadar önemlidir (30, 33).

Üçüncül Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunu sağlayarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bu tür koruma, rehabilitasyon ile sağlanır. Üçüncül korumada bireyin sadece bedensel sakatlığının olumsuz etkilerini gidermekle yani tıbbi rehabilitasyon ile yetinilmemeli, bireyin sosyal uyumunu sağlayacak değişik önlemlere yani sosyal rehabilitasyona da özel bir önem verilmelidir (30, 33).

Her toplumda, hastalıklardan korunmak, beden ve ruh sağlığını sürdürmek konusunda çeşitli bilgiler ve kazanılmış davranış biçimleri vardır. Hastalıkların tedavisinde, modern tıp uygulamaları oldukça yaygınlaşmasına ve geleneksel tedavi yaklaşımları da önemli ölçüde terk edilmesine karşın, birincil ve üçüncül koruma aynı ölçüde başarılı olamamıştır. Koruyucu sağlık davranışlarının düzenlenmesi ve kazandırılması konusundaki çalışmalar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde geleneksel kalıpları fazla zorlayamamaktadır (9, 58).

Kültür:

Kültürün Taylor tarafından 1871 yılında yapılan klasik tanımına bakıldığında; kültür, “yaşadığı toplumun bir üyesi olarak insanın toplumundan edindiği bilgi, inanç, gelenek, alışkanlık, sanat, yetenek, ahlak, kanun ve kuralları dışlaştırma biçiminden oluşan bir örüntüdür” diye tanımlanmaktadır. Kültür, bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar örf ve adetler olarak da tanımlanmaktadır. Kültür konusunda en önemli şey kültürün öğrenilerek kazanılacağıdır. Topluma her yeni katılan üye bunu öğrenerek geliştirir ve gelecek nesillere aktarır. Kültürlerin kuşaktan kuşağa aktarılmasında gelenek, inanç ve

değerlerin etkisi vardır, gelenek, inanç ve değerler kültürün yapılarıdır. Kültür, insanların en çok bağlı oldukları değerler sistemidir. (9, 14, 75).

Topluluk oluşturan bütün gruplarda duygu ve davranışlar, bireylerinin tek tek inançları, algıları, duyguları ve davranışlarının toplamından daha fazla ve farklıdır. Her alt kültür, hem ana kültürle bağlarını taşır hem de kendi iç değerlerini oluşturur ve bu değerlere bağlı tutumlar geliştirir. Toplum ve kültür, davranış ve tutumları etkileyen tüm etkenler arasında en geniş kapsamlı olanlarıdır. Pek çok insan bu etkilerden sıyrılamaz. Kültürel ve sosyal normlar kişinin yaşantısının tüm koşullarını belirler. Kültürel özellikleri barındıran ve artı değerleri olan kültürel yapılar, sağlık ve hastalıklarla ilgili kararları vermekte de etkin kurumlardır (9, 68). Kişi kültürel değerler ve normları toplumsallaşma süreci ile kazanır. Birey, içinde yaşadığı toplumun değer yargılarını, gelenek ve göreneklerini toplumsallaşma sürecinde kazanır. Toplumsallaşma, insanın içinde bulunduğu topluma uyması, diğer insanlarla birlikte yaşamayı öğrenmesidir. Bu da içinde yaşadığı toplumun kültürel değerlerini kazanması ile sağlanır (7). Toplumsallaşma süreci olmadan, toplumlar tutarlı bir biçimde varlıklarını sürdüremezler. İnsanların toplumsallaşması ve bireyselleşmesi kültürün belirleyiciliğiyle gerçekleşmektedir. Toplumsallaşma süreci, bazı farklılıklara karşın her yeni gelen kuşağın bir öncekiyle oldukça benzer özellikler taşımasını sağlar. Kültürlerarası psikoloji, insanların düşünce duygu ve davranış farklılıklarının temelinde o kültürde yaygın olan benlik yapısı, cinsiyet rolleri, sağlık ve hastalık algılamaları vb. kültürel öğelerin yattığını söylemektedir (68).

Davranış ve Sağlık Davranışı:

İnsan, tek başına değil, bir takım sosyal ve kültürel geleneklerin hakim olduğu bir ortamda, diğer insanlarla birlikte yaşar. Bireyin davranışları üzerinde, içinde yaşadığı fiziksel çevrenin, diğer canlıların, ilişkide bulunduğu insanların, içinde yaşadığı toplumun ve bu toplumdaki gelenek ve göreneklerin etkisi vardır. İnsanın davranışları, içinde bulunduğu toplumun özelliklerinden etkilenecek şekilde şekillenir. Birey kültürünü, gelenek ve göreneklerini, değer yargılarını benimser, sosyal etkileşimde bulunduğu ve benimsediği toplumun kültürüne göre davranışlarını düzenler (7).

Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanır (91). Psikoloji, sosyoloji, sosyal psikoloji, antropoloji, sağlık davranışının belirleyici temellerini kuramsal ve kavramsal olarak psikososyal, sosyokültürel ya da çevresel olarak gruplandırmaktadırlar. Psikososyal etmenler bireyde yapısal olarak bulunan ya da sonradan gelişen özellikleri kapsamaktadır. Bilgi, tutumlar, inançlar, algılar, değerler, beceriler, deneyimler, yetenek ve kişilik önemli psikososyal etmenlerdir. Sağlık algıları kişilerin sağlıklarını anlamada bir yoldur. Sosyokültürel yapı ise geçerli olan sosyal koşulların ve normların, yerel-bölgesel-ulusal düzeylerdeki ekonomik ve kültürel özelliklerin inançlar, tutumlar ve davranışlar yönünden etkilerini içermektedir. Çevresel etmenler destekleyici ve güçlendirici ortam etkilerini oluştururlar. Ancak, çevresel etmenler engelleyici ve zayıflatıcı özellikte de olabilirler. Davranış değişimi sıklıkla başarılması ve sürdürülmesi zor karmaşık bir süreçtir. Sağlık çalışanları olumlu sağlık davranışlarını desteklemeye çalışırken sosyal, psikolojik ve çevresel şartların hepsi ile karşı karşıya gelirler (91, 51).

Sağlık ve hastalık genellikle, klinik perspektifler açısından düşünülür. Fakat olayı sosyal sistem perspektifi açısından da değerlendirmek gerekir. Sosyal bilimciler, sağlık ve hastalık terimlerini statü ve rollerin kapsamı açısından incelerler ve sağlık davranışının 3 kategorisi bulunduğunu söylerler. Bunlar;

- Davranışlar, bireyin sağlığına yöneliktir.
- Sağlık davranışı, sağlık bakımının kaynak ve kullanımı ile ilişkilidir.
- Bireysel sağlık davranışı, bir bütün olarak daha büyük toplumsal sağlık bakım sistemi ile ilişkilidir.

Birinci kategorideki, bireyin sağlığına yönelik davranışları çok geniştir. Koruyucu davranışlar; iyi dengelenmiş beslenme, yeterli dinlenme, günlük egzersiz programları gibi durumları kapsar. İkinci kategorideki koruyucu davranışlar; bağışıklama, kanser belirtilerine karşı uyarılma veya dişlerin bakımı gibi sağlık sorunları hakkında danışma, bilgi arama şeklindeki aktiviteleri kapsar. Buradaki sağlık davranışı direkt olarak hastalığı ortaya çıkarmaya yöneliktir. Üçüncü kategorideki davranışlar; sağlık yasaları ve sağlık programlarında gönüllü olarak görev yapma, sağlık organizasyonunun mali destekleri ile bireylerin yardımlarını kapsar (103).

Tutum:

Genelde tutum, bireyin çevresindeki herhangi bir obje veya nesneye karşı sahip olduğu tepki eğilimini ifade eder. Tutumun konusu farklı şeyler olabilir. Kişinin çevresinin, sayısız tutum konuları ile dolu olduğu dikkate alındığında, her biri için ayrı ayrı tutum oluşturmanın karmaşıklığı açıkça görülür. Bu nedenle, birey belli konuları, belli ölçülere göre gruplandırmakta ve bu gruplara uygun tutumlar oluşturmaktadır. Bireyin belli bir konuya ilişkin tutum oluşturması için o konu ile doğrudan ilişkiye girmesi gerekmez. Dolaylı olarak başkalarından ya da medyadan aldığı bilgilere göre

tutum edinebilir. Böylece tutumlar bilişsel bir sistem oluşturarak birey/çevre ilişkilerini tutarlı ve düzenli hale getirir. Bu nedenle tutum konusu toplumsallaşma süreci ve bireyin toplumsal davranışını açıklamada önemli bir yere sahiptir. Bazı sosyal psikologlar yaşamda her şeyin insanların tutumlarına bağlı olduğunu ileri sürerler. Bu nedenle de tutum ve tutum değişikliği konularına ilgi giderek artış göstermektedir. Tutum, bireyi davranışa hazırlayıcı karmaşık bir eğilimdir. Tutumlar, kendileri gözlenemeyen, fakat gözlenebilen bazı davranışlara yol açtığı varsayılan eğilimlerdir (55). Bir kimse, nesne ya da durumla ilgili oldukça organize ve sürekli olan inanç ve duygulardan oluşan tutumlar, oldukça uzun süreli olup bilişsel, duygusal ve davranışsal birimleri içerirler, davranışları etkiler ve zamanla değişirler (56). Tutum konusuna önem verilmesinin nedeni, kişinin çevresine uyumunu kolaylaştıran bir sistem oluşturmalarının yanı sıra, davranışlarını da yönlendirici “bir güce” sahip olmalarından kaynaklanır. Tutumların davranışların gerisindeki yönlendirici güçler olduğu bilindiğinden, tutum dinamiğinin incelenmesi ile bir yandan, tutumların işleyiş biçimi öngörülebilecek ve davranışların ön kestirimleri yapılabilecek; diğer yandan tutum değişimi sürecinin koşulları saptanacak ve insan davranışları, tutumları kontrol edilerek denetim altına alınabilecektir. Tutum araştırmaları, kişilerin herhangi bir tutum konusuna gösterecekleri tepkinin öngörülebilmesine taktik ve stratejilerin ona göre saptanmasına yardımcı olabilir. Tutum değişikliği ve onun sonu olarak istenilen tepkinin (davranışın) de sağlanması mümkün olabilir (52).

Tutumların geleneksel tanımlarından her biri bir tutumun ne olduğuna ilişkin farklı bir kavramı içermekte ve tutumun farklı bir yönünü vurgulamaktadır. G.W. Allport'un tanımı (1935), “bir tutum, yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün nesne ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici bir etkiye

sahip ruhsal ve sinirsel bir hazırlık durumudur” şeklindedir. Allport bir tutumu temelde belirli bir yönde davranmaya hazırlık ya da eğilim olarak görmüş ve onun davranış konusunda verebileceği bilgileri vurgulamıştır. Doob ise (1947) tutumu, “bireyin içinde yaşadığı toplumda, önemli olduğu düşünülen örtülü ve güdüleyici bir tepki olarak tanımlamıştır. Doob, sonuçlarından çok, bir tutumun ne olduğu üzerinde durmuştur. Yaptığı tanım, bir tutumun bireyin nasıl davranacağı üzerinde etkili olduğunu varsaymakta, ancak açık davranışı içermemektedir. Bir öğrenme ya da uyaran-tepki geleneğinden çıkarılan bu tanım bir tutumu, örtülü olmakla birlikte bir davranış olarak kavramlaştırmıştır. Yaygın olarak kullanılan bir başka tanım ise tutumu şu şekilde tanımlamıştır. Belirli herhangi bir nesne, fikir ya da kişiye karşı bir tutum, “bilişsel ve duygusal öğeleri bulunan ve davranışsal bir eğilim içeren oldukça kalıcı bir sistemdir”. Bilişsel öge, tutum nesnesine ilişkin inançlardan oluşur; duygusal öge, inançlara bağlanmış duygulardan oluşur ve davranışsal eğilim Allport’un da dediği gibi belirli bir yönde “tepki göstermeye” hazırlıktır (38, 42, 95). İnsan davranışlarını alışkanlık veya taklit ya da benimsenmiş toplumsal normlar başlatmaz, davranışları gereksinimler başlatır ve amaçlar yönlendirir. Fakat toplumsal davranışın oluşumunda taklit, telkin, gelenek ve kurumların rolü yadsınamaz. İnsan davranışlarını, bu davranışların gerisinde yatan etkenleri açıklamanın güçlüğü, konunun karmaşıklığından kaynaklanmaktadır. Davranışlar bir yandan, insanın bireysel olarak gereksinim ve güdülerinin, öğrenme sürecinin, kişiliğinin, algulamalarının tutum ve inançlarının etkisiyle, öte yandan, kişinin üyesi olarak bulunduğu toplumda kültür, sosyal sınıf, referans grubu ve aile gibi sosyo-kültürel faktörlerin etkileri ile ortaya çıkar (42, 53, 91).

Sağlık davranışlarına hazırlayıcı tutumların geliştirilmesi doğrultusunda aşağıdaki noktalar önemlidir;

* Yalnızca doğru sağlık bilgilerini iletmek bireyleri doğru sağlık davranışına yöneltmez. Bilginin hedef kişilere en üst düzeyde kazandırılması onların bilişsel örüntülerinin (zeka ve eğitim) düzeyiyle doğru orantılıdır. Günümüzün karmaşık yapıdaki modern toplumunda bilişsel yönlendirmelere hazırlık ve yeterlik açısından iletişimin başarısı bireylerin biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, fiziksel ve ekonomik özellikleriyle doğrudan bağlantılıdır.

* Diğer yandan, sağlık ve hastalık riskleri söz konusu olmadığı zaman bilgi kazanmanın tutum değiştirme üzerinde yeterince etkili olmadığı görülmektedir. Riskle ilgili beş durumda bilgiye dayalı tutum değiştirme hızlanmaktadır.

1. Riskin sezilmesi: Sağlığı tehdit eden tehlike ya da risk etmenlerinin uzaklık ya da yakınlığı dikkate alınmadan farkına varılması,

2. Riske karşı duyarlılığın algılanması: Sağlığı tehdit eden gelişmeye karşı kişinin kendisinin de duyarlı olduğunu bilmesi ve belirtmesi,

3. Riskin gerçekten yakında olması: Sağlık tehdidinin zaman ve yer olarak yakınlığının ve diğer demografik özelliklerinin herhangi bir abartmaya yer vermeksizin değerlendirilmesi,

4. Riskle doğrudan ilişkili olma: Sağlık tehdidi ya da risk etmeniyle doğrudan ya da dolaylı olarak karşılaşma ya da maruz kalma,

5. Riske müdahale edebilme: Bilgi, beceri ve yönlendirmeler doğrultusunda risk etmeninin etkisini azaltma ya da bütünüyle ortadan kaldırma.

Davranışa eğilim ile açık davranış birbirinden ayrılmalıdır. Tutum değişikliğinin sağlık davranışına dönüşmesinde sosyal, çevresel ve benzeri ilişkilerin rolü büyüktür.

Bunun anlamı, sağlık davranışının oluşmasının yalnızca tutum değişikliğinin ürünü olmadığıdır. Toplumsal normlar tutum değişikliğini güçlendirir ya da engeller. Bilgi kazanma bireysel olmakla birlikte tutum değişikliği ve davranış, bireylerin içinde buldukları grupları da ilgilendirir. Bu nedenle, bireylerde gerçekleşen sağlıkla ilgili tutum değişikliğinin izole olmaması ve süreklilik kazanması için çevrenin katkısı sağlanmalıdır (91).

Tutum-Davranış İlişkisi:

Tutumlar pek çok psikolojik değişken gibi doğrudan doğruya gözlenemeyen, gizli ya da kuramsal değişkenlerdir. Varlıkları ancak dışa vurulmuş davranışlar ya da sözlü ifadelerle dayanarak öngörülebilir. Bu nedenle tutumlarla davranışlar arasında kuramsal olarak eş yönlü bir etkileşim bulunduğunu gösterir. Bireyin tutumlarının bilinmesi, davranışlarının öngörülmesine ne oranda katkı sağlar? Belli bir tutumun belli bir davranışı ortaya koyabileceğini söyleyebilir miyiz? Tutum ile davranış arasında koşut bir ilişki olması, ölçülmesi zor olan pek çok davranışı ölçmemize yardımcı olur. Böyle bir yöntemle, belli bir tutumun öngörülmesi, ona bağlı olarak diğer davranışların anlaşılması sağlanır (52, 83). M. Sherif, ölçümlerde bazı hata paylarını da hesaba katmak koşulu ile, davranış yönünün ve türlerinin kişinin güçlü tutkularını, tutumlarını ve kişiliğini yansıtabileceği görüşünü savunmaktadır. Tutumlarla davranışlar arasındaki ilişkiyi ölçmede çevresel etkenler, tutum-dışı etkenler ve ölçüm hatası ilişkinin ölçümünü sınırlayan etkenlerdir (52, 55).

Tutum, belli bir davranışın olabileceğinin göstergesidir, mutlaka olabileceği anlamına gelmez. Bu durumda tutumları aracı unsurlar olarak değerlendirmek gerekir. Tutumlar davranış için gerekli ve yeterli olmazlar, ancak aracı unsurlar olabilirler. Davranış; alışkanlıklar, normlar, tutumlar ve bunların pekiştirme etkenlerinin bir

işlevidir. Bu etkenlerin hepsi tutarlı ise, tutum ile davranış arasında tutarlılık vardır. Aksi halde tutarlılık ortadan kalkar. Sonuç olarak, tutumların davranışları etkilemesinin kolay olmadığı normlar, alışkanlıklar ve öğrenme süreçleri ile çevresel ortam etkenlerinin de rolü olduğudur (42, 52).

1.8.5. SAĞLIK DAVRANIŞ MODELLERİ

Sağlık ve hastalık kavramları tek olmadığı için, sağlık davranış modelleri sağlık ve hastalıkta gerekli kavramları ve ilişkileri tanımlamaya yardım etmek için geliştirilmiştir. Bir model, bir kavram ya da fikrin kuramsal olarak açıklanmasını ve uygulama yollarını içermektedir. Model, incelenen olgunun kendisinden çok onunla ilgili genel kuramın kavranılmasına, somutlaştırılmasına yardımcı bir araç veya simgedir (103). Modeller, fiziksel veya soyut olabilirler. Fiziksel modeller, öğretilebilir, manipüle edilebilir, sökülüp takılabilirler. Örneğin, mimarların binayı anlatmak için kullandıkları maketler fiziksel modellerdir. Soyut modeller, görülemez, malipüle edilemez, sökülüp takılamaz fakat üzerinde düşünülebilir. Model, inançlar, değerler, kavramlar ve bunlar üzerine kurulan kuramlardan meydana gelir. Bu inanç ve değerler, uygulamayı etkiler ve model üç temel bileşen üzerine kurulur. Bunlar:

- * Modelin temellendiği inançlar ve değerler,
- * Uygulayıcının başarmayı amaçladığı hedefler,
- * Uygulayıcının bu hedefe ulaşmak için geliştirdiği bilgi ve becerilerdir (103).

Davranışlardaki değişikliklerin nasıl olduğunu açıklamak için birçok teori ve model geliştirilmiştir. Sağlık davranış modelleri, bir davranış konusunda bilimsel ve gerçekçi değerlendirme yapmaya olanak sağlamaktadır (39, 40, 60, 79, 90). Burada sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarına açıklık getiren ve geçerliliği bir çok çalışma

ile kanıtlanmış, bu çalışma ile ilişkili olan “Sağlık İnanç Modeli” (Health Belief Model)’nden söz edilecektir.

1.8.5.1. SAĞLIK İNANÇ MODELİ:

“Sağlık İnanç Modeli” (SİM), 1950 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde Halk Sağlığı Servisi tarafından görevlendirilen bir grup sosyal psikolog tarafından geliştirilmiştir. “Sağlık İnanç Modeli” (SIM) bireyin inanç ve davranışları arasında ilişki olduğunu belirtilir. “Sağlık İnanç Modeli”, kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya yönelik bir kavramdır. Bu model bir motivasyon teorisidir. Orijinal “Sağlık İnanç Modeli”nin, geliştirildiği zaman dört olan alt boyutuna daha sonra ki yıllarda sağlık motivasyonu ve güven olmak üzere iki alt boyut daha eklenmiştir. Bazı araştırmacılar tarafından modele daha başka alt boyutlarda eklenerek çalışmalar yapılmıştır. Fakat “Sağlık İnanç Modeli” ile yapılan bir çok çalışmada çoğunlukla orijinal modeldeki dört alt boyut kullanılmıştır (40, 79).

“Sağlık İnanç Modeli”nde inanç ve davranışları açıklayan 4 alt boyut şu şekildedir;

1. Algılanan duyarlılık,
2. Algılanan ciddiyet,
3. Algılanan yarar,
4. Algılanan engel.

1. Algılanan Duyarlılık: Kişinin probleme yatkın olduğuna inanmasıdır. Kişi sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi algılar, özel bir hastalık oluşması tehdidine

karşı bir reaksiyon tanımlar. *Örneğin*; aile öyküsü nedeniyle kalp hastalığı için risk taşıyan bir kadının düzenli doktora kontrole gitmesi (22, 23, 81).

2. Algılanan Ciddiyet: Tehdit edici durumun (ciddi önemli bir hastalık gelişiminin) kişide yarattığı endişelerdir. Kişi sağlık probleminin ciddi olduğuna inanır. Algılanan ciddiyetin fazla ya da az oluşu sağlık sorunu yaşandığında ortaya çıkacak zorluk konusundaki inanca ve hastalık düşüncesinin yarattığı duyguların özelliğine bağlıdır. Birey sağlık problemine, hastalığın sonuçlarına bakarak karar verir. Hastalığın ölüme yol açıp açmadığı, fiziksel-mental fonksiyonu azaltıp azaltmadığı ya da sakat bırakıp bırakmadığı ile ilgilenir. *Örneğin*; kadının anne ve babasının kalp hastalığından erken yaşta ölmeleri nedeniyle endişe duyması (22, 23, 81).

3. Algılanan Yarar: Kişinin koruyucu davranışın ya hastalıktan korunmada ya da hastalığın şiddetinin azalmasında yararlı olacağını hissetmesidir. Burada kişi tehdit edici durumu azaltma da koruyucu davranışın etkisi üzerine odaklanır. Bu durum koruyucu sağlık davranışlarının uygulanma olasılığını artırır. *Örneğin*; Doktor kadına yürüyüş önerdiğinde, kadının kalp hastalığı riskini azaltmada en iyi yolun düzenli egzersiz yapmak olduğunu hissetmesi (22, 23, 59).

4. Algılanan Engel: Kişinin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir. Beklenen davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönlerdir. Hastalığın önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi, hastalığın tedavi edilmesi, hastalık durumunun istenmeyen sonuçlarını en aza indirmek için beklenen davranışın olumsuz yönleridir. Ağrı, utanma, ekonomik durum, fiziksel ve psikolojik nedenler olumsuz yönlerdir. *Örneğin*; Doktor kadına yürüyüş önerir, kadının iş ve aile yaşamı ile yürüyüşe zaman bulmasının zor olması (22, 23, 59).

Özellikle son iki boyut sağlık davranışlarının değiştirilmesi ya da kazanılmasında önemlidir ve değişim olup olmayacağını belirleyicisidir (60, 70, 81).

Bir kişi bir hastalığa ve onun ciddi sonuçlarına duyarlı olduğunun farkına varırsa, bir kuvvet onu harekete geçirmeye güdüler. Buna neden olan harekete geçmenin yararları ile ilgili olan objektif gerçekler değil, bireyin sahip olduğu subjektif inançlardır. Dolayısıyla koruyucu davranışın olumsuz yönleri (örneğin; ağrı ve utanma) harekete geçmeye hazır olursa bile, bu davranışın oluşmasını engelleyebilir. Bazı durumlarda, içsel (ağrı, kanama) veya dışsal (haber, basın) durumlar girişimi tetikleyici bir faktör olabilir. İşaretin yoğunluğu bireyin kendini hazır hissetmesine göre değişir. (28, 66, 96).

Kişi sağlık durumuna duyarlıysa ve ciddiye alıyorsa o kişi sağlıkla ilgili davranışları daha fazla uygular. Kişi koruyucu davranışın tehlikeyi azaltma olasılığına inanmışsa, o davranışın sıkıntı vereceğini düşünse de davranışın oluşması için güdülenir. Kişinin anksiyete ve korkusu kişinin harekete geçmesini engelleyebilir (79). Mesaj içeriğinin, tutum değişimi yaratma etkileri üzerine yapılan araştırmalarda, dış çürümesi ile ilgili irkiltici, korkutucu savlarla bireylerin ikna edilmesi denenmiştir. Çok korkutucu, korkutucu ve az korkutucu olmak üzere üç ayrı dozda kodlanan mesajlarda; en az korkutucu olanın en çok tutum değişimine neden olduğu görülmüştür. En korkutucu mesaj ise, en az tutum değişimi yaratmıştır. Araştırmacılar bu bulguları, olumsuz duyguların uyandırılmasının kaçınma ve iletişime karşı savunma mekanizmalarını harekete geçirmenin neden olduğu biçimde yorumlamaktadırlar. Bu çelişkili bulguları açıklamak üzere McGuire, yaratılan korku dozu ile tutum değişim düzeyi arasında U şeklinde bir ilişki olduğunu savunmuştur. McGuire'in kuramına göre, düşük düzeyde korku yaratan mesajlara bireyin ilgisi düşük olacaktır. Daha yüksek

düzeyde (orta düzey) korku yaratan mesajlara, ilgi artacak ve birey mesaj içeriğini onaylayacaktır. Ancak çok yüksek düzeyde korku yaratan mesajlara karşı birey, savunma mekanizmalarını harekete geçirip tepki gösterecek ve tutum değişimi gerçekleşmeyecektir (52). Anksiyete güçlü olduğunda, kişilerin problemle ilgili mantıklı davranmadıkları, objektif düşünemedikleri görülür. Sunulan çözüm seçeneklerini kabul etmeyebilirler, çünkü yapıcı ve çözümleyici düşünemezler. Bazen de kişiler kanser, kalp hastalıkları, AIDS, serebro-vasküler hastalıklar gibi belli hastalıklara karşı duyarlı olurlar, çünkü bunların yaşamsal riskleri konusunda bilgilenmişlerdir. Bazı insanlar hastalıktan kaçınırken bazıları neden hastalığa yenik düşer, sağlık inanç modeli bunu açıklar. İnsanlar aşağıdakiler söz konusu olduğunda kendini koruma davranışı gösterirler (9, 24, 105).

- 1-Hastalığa duyarlı olduklarına inandıkları zaman
- 2-Hastalığın yaşamlarını ciddi şekilde etkileyeceğine inandıkları zaman
- 3-Hasta olduklarında yaşamlarının kısıtlanacağını farkında oldukları zaman
- 4-Hastalığın tedavisi için harcanacak çabanın fazla olacağına inandıkları zaman

(28).

“Sağlık İnanç Modeli”nde (Şekil. 1) koruyucu sağlık davranışlarına hazır olmayı belirleyen faktörler, kişisel algı, düzenleyici etkenler ve koruyucu sağlık davranışlarının ortaya çıkma olasılığını belirleyen değişkenlerdir (9).

Bireysel Algı:

Kişilerin sağlık ve hastalık algıları onları, hastalıkla ilgili gerçeklerden daha çok etkilemektedir. Koruyucu hekimlik açısından davranış bilimci verilerinden en önemlisi; "Kişinin hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl algıladığı ve hissettiğidir" (9).

Sağlık algıları sağlığın kültürel normlarını yansıtırken aynı zamanda sağlığın her yönüyle aynasıdır. Sağlık algıları kişilerin sağlık davranışlarını saptar ve onların kararları hakkında yardım için sorular sorar (64). Sağlığın belirli yönleri sadece bireyin ya da hastaların kendi ifadeleri ile belirlendiğinden, sağlığın ölçülmesinde temel veri kaynağının yine bireylerin kendisi olduğu kabul edilmektedir. Örneğin, duygusal durumlar, fiziksel semptomların varlığı ya da yokluğu, iyilik hali, günlük aktiviteler ile ilgili fonksiyonellik sadece bireylerin kendi sağlık algılamaları ile değerlendirilebilmektedir (101). Bu algı psikolojik olarak kişinin sağlığını korunmaya açık olup olmadığını belirler. Kişisel algı başlığı altında iki temel faktör vardır.

1-Kişinin kendini belli koşullarda hassas ve zedelenebilir hissetmesi

2-Kişinin hastalıkla ilgili sonuçları ciddi olarak algılaması

İnsanların hastalıklara karşı oluşan algıları, hem kendini zedelenebilir ve duyarlı hissettiği konulara hem de söz konusu hastalığa yüklediği değere bağlıdır. Örneğin; bazı organlarının hassasiyeti kişi için çok önemli olabilir. Bu ya kendi yaşam deneyimlerine dayanarak çıkarttığı sonuçlardır ya da ailede görülen bir rahatsızlık nedeniyle kendinin de o hastalığa duyarlı olduğu inancıdır. Bazen de kişiler belli hastalıklara karşı daha duyarlı olurlar (9, 88).

Hastalık Tehdit Algısı:

Koruyucu sağlık davranışlarının kazanılmasına yardımcı faktörlerden biri de, hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır. Bir hastalığın tehdit edici algısında araya giren ve etkin rol oynayan faktörler vardır. Bu faktörlerin bir kısmı algı da etkin bir role bir kısmı da yardımcı role sahiptir (9, 88).

Algıda düzenleyici faktörler “**Sağlık İnanç Modeli**” şeklinin orta sütununda görülmektedir. Etkin faktörler; demografik değişkenler, psikososyal değişkenler, ve hastalıkla ilgili değişkenler olarak ele alınmıştır. Demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim, ırk, yaşanılan bölge, ekonomik durum, v.b.), psikososyal değişkenler (kişilik, sosyal sınıf, arkadaş ve grup baskısı, bireyin ekonomik durumu) olarak ele alınmıştır (9, 44, 101).

Hastalığı bir tehdit olarak algılama da rol alan ve eyleme yönelten faktörler de, kitle iletişim araçlarının kampanyaları, diğer kişilerin önerileri, medikal merkezlerden gelen uyarıcılar, bir aile bireyinin/arkadaşın hastalığı, gazete ve dergilerde yayınlanan sağlık yazılarıdır (9, 60).

Uygulama ve Yarar-Engel Algısı:

Koruyucu sağlık bilgisinin, koruyucu sağlık davranışı olarak uygulanması kişinin yaşamına sağlayacağı yarar ile uygulamada karşılaşılabilecek sorunlar arasındaki dengeye bağlıdır. Bunu da yarar algısı ile engel algısı arasındaki fark belirler (9).

Yarar Algısı: Bireylere, koruyucu çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilebilir. Böylece kişilerde sağlık ile ilgili tutum ve davranışlar ve koruyucu sağlık uygulamaları yapmanın yararıyla ilgili bilinç alanını geliştirmek mümkün olur. Bilinç alanı genişletilerek algılanan yararlar pekiştirilir ve sağlığı kontrol etme olasılığı doğar (9, 24)

Engel Algısı: Kişiler çeşitli nedenlere bağlı olarak, koruyucu sağlık davranışlarında bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engeller algılayabilirler. Örneğin; sağlığı tehdit eden bir davranış konusunda kendisinin değişmeyeceğine inanç veya bazı hastalıkların ailede ve yakın çevrede bilinmesinin yarattığı huzursuzluk ve kurtulmayacağına inanmaktır. Herhangi bir hastalığa bağlı olarak cinsiyeti, ırkı veya yaşı olumsuz değerlendirmek, ayrıca sağlık hizmetlerinden yararlanmanın zor olduğuna inanmak engel algısının artmasında rol oynayan etkenlerdir (9, 76).

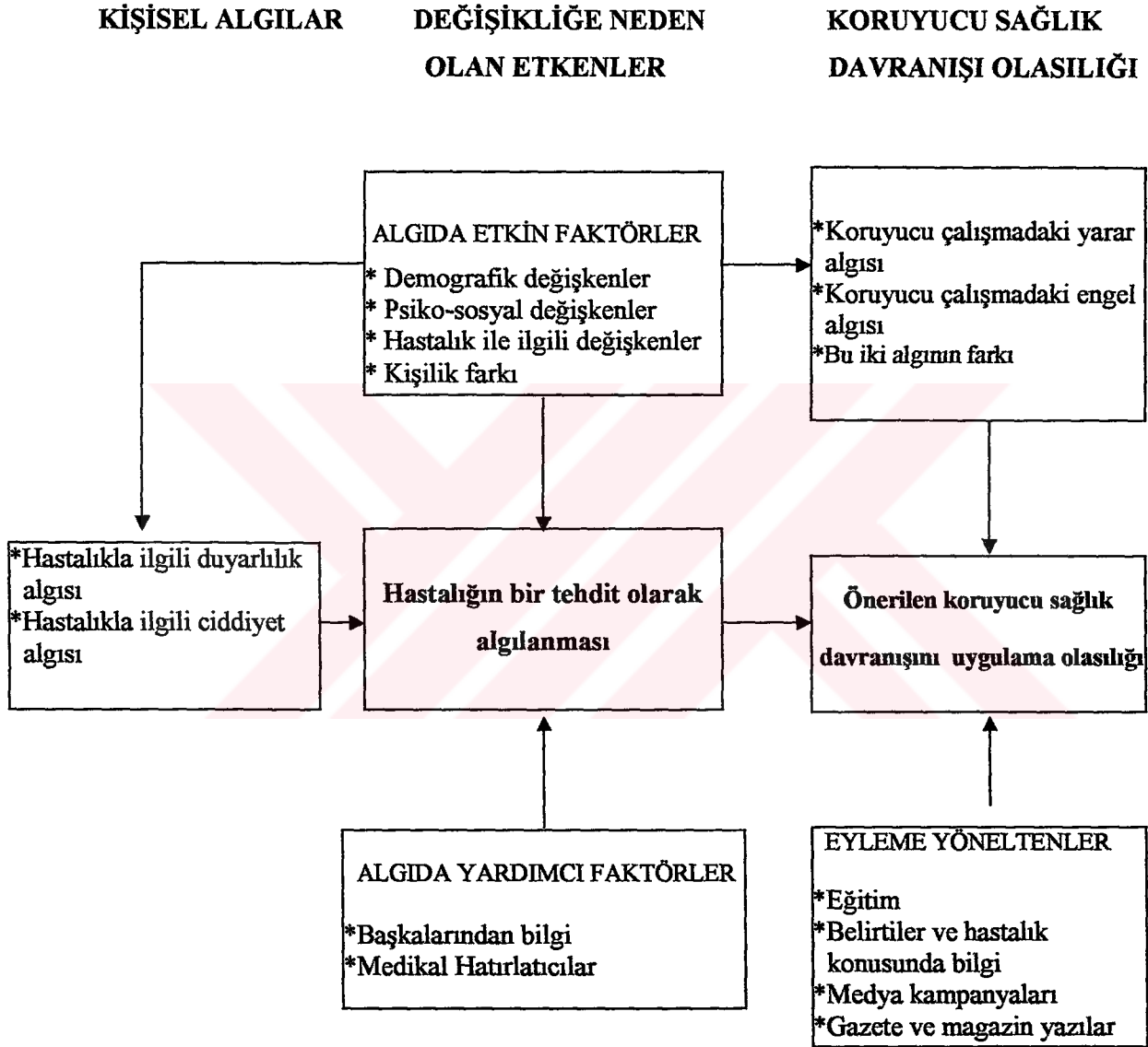
Koruyucu sağlık davranışının uygulanmasını zorlaştıran içsel ve dışsal pek çok engel bulunabilmektedir. Koruyucu sağlık davranışlarını oluşturma olasılığını azaltan en önemli değişken algılanan yararlar ile algılanan engeller arasındaki farktır. Ancak algılanan yararlar algılanan engellere üstün geldikçe koruyucu sağlık davranışını uygulama artar (9, 70).

Sağlık İnanç Modelinin Özellikleri:

- Kişinin hastalığa kişisel duyarlılığı olduğuna,
- Kişinin yaşamının bazı dönemlerinde en azından orta derecede ciddi bir hastalığı olabileceğine,
- Kişinin duruma karşı duyarlılığını, ya da hasta olmuşsa hastalığın ciddiyetini azaltmada bazı eylemleri yapmasına ve mali yük, rahatsızlık, ağrı, sıkıntı gibi engelleri ortadan kaldırması gerektiğine inanması gerekir.

Bir hastalığı erken tanılama bu inançlar gereklidir. Semptomların olmadığı durumda da hastalığın var olabileceği inancı bireyleri eyleme yönlendirir. Bir durumun ciddi olarak algılanması fiziksel etkilerinin yanı sıra (görüntünün değişmesi) sosyal etkiler ile de bağlantılıdır. Hastalığın sosyal yaşama, aile ilişkilerine etkisi, iş yaşamını engellemesi, hastalığın ciddi olarak algılanmasını etkiler. Duyarlılığın ve ciddiyetin

algılanması da koruyucu sağlık davranışı oluşma olasılığını artırır. Şekil 1’de “Sağlık İnanç Modeli” görülmektedir (9, 79, 96).



Şekil.1: “Sağlık İnanç Modeli”

“Sağlık İnanç Modeli” toplum sağlığını korumaya yönelik planlanmış pek çok programda kullanılmıştır. Bu programlar; tüberküloz, meme kanseri, AIDS gibi toplumda sık görülen sağlık sorunlarından korunmaya yöneliktir. Modelin bileşenlerine göre değerlendirilen birey, eksik bulunan yönde desteklenerek davranışı uygulaması sağlanabilmektedir (96). Prewitt 1989 yılında AIDS’li hastaların hastalık ve inançları arasındaki ilişkiyi bu modele göre değerlendirmiş ve yüksek riskli davranışların değiştirilmesine yönelik hazırladığı programın sonuçları başarılı bulunmuştur (40).

1.8.6. SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUMLA İLGİLİ ÇALIŞMALAR

Holroyd ve Shia (2001) 20-60 yaş arası 467 kadınla iki aşamalı olarak yaptıkları çalışmada kadınların %68.2’sinin pap smear testi yaptırmayı ağrı ile, %78.6’sının utanma ile ve %85.2’sinin rahatsızlık ile ilişkilendirdiğini saptamışlardır. Çalışmanın kalitatif olarak yapılan ikinci bölümünde kadınlar pap smear işlemini yapan kişinin cinsiyetinin, mesleki deneyiminin, işlemi yapan kişinin insani ilişkilerinin önemli olduğunu belirtmişlerdir (48).

Miok (2000) yılında teorik çerçevesinde “Sağlık İnanç Modeli” kullandığı ve odak grupla yaptığı çalışmada iki tür bariyerden söz etmektedir.

1. Yapısal bariyerler, 2. Psikososyal bariyerler ;

Yapısal bariyerler: sağlık güvencesinin olmaması, zaman bulamama ve dil engelleri,

Psikososyal bariyerler: kansere karşı kaderci yaklaşım, semptomların bulunmaması, işlem sırasında ağrı olabileceği düşüncesi, işlemi yapacak olan kişiden utanma (özellikle erkek doktordan) olarak tanımlanmıştır.

Miok çalışmasında testin ücretsiz olması, hastane ya da sağlık birimi tarafından haber verilmesi, semptomların olması, aileden ya da arkadaşlardan birinin kanser tanısı alması ya da kanserden ölmesi, aile, arkadaşlar ya da sağlık çalışanları tarafından öneri yapılmasını motivasyon artırıcı faktörler olarak saptamıştır (67).

Burak ve Meyer (1997) 400 kolejli kadınla kavramsal çerçevesi “**Sağlık İnanç Modeli**”ne dayandırılan ve kadınların servikal kanser taraması konusundaki davranış ve tutumlarının araştırıldığı çalışmada; kadınların %44’ünün servikal kanser konusunda kendilerini duyarlı görmediklerini, kadınların %16’sının servikal kanser konusunda kendilerini duyarlı bulduklarını saptamışlardır. Araştırmaya katılan kadınların % 98’i servikal kanserin çok ciddi ya da ciddi bir hastalık olduğuna inanıyorlar. Kadınların %50’si servikal kanserin tamamen tedavi edilebilen bir hastalık olduğuna inanmadıklarını, %10’u da servikal kanserin tamamen tedavi edilebilen bir hastalık olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir. Ağrı, utanma ve maliyet jinekolojik muayene bariyeri olarak saptanmıştır. Kadınların 1/3’ü jinekolojik muayeneyi çok ağırlı ya da ağırlı, 2/3’si çok utandırıcı ya da utandırıcı bir işlem, %42’si de çok pahalı ya da pahalı bir işlem olarak tanımlamışlardır (19).

2002 yılında Austin, McNally ve Stewart tarafından “**Sağlık İnanç Modeli**” kullanılarak İspanyol kadınların meme ve servikal kanser taramalarının değerlendirildiği literatürün gözden geçirilmesi çalışmasında, algılanan bariyerler olarak kanserden korku, utanma, kansere kaderci bakış ve yetersiz dil bilmeye rastlanmıştır. İncelenen literatürde kadınların meme ve servikal kanser için yapılan taramaları ya da tanılayıcı işlemleri gereksiz gördükleri saptanmıştır. Doktor daveti, yazılı materyaller, medya, kilise ve sağlıkla ilgili kişiler ise eyleme geçirici faktörler olarak belirtilmektedir (8).

Eaker, Adami, Sparen (2001) “Sağlık İnanç Modeli” kullanarak yaptıkları çalışmalarında “Sağlık İnanç Modeli”nin kavramlarını, kişilerin doktora gitme durumları ile değerlendirmişlerdir. Eaker ve arkadaşları “Sağlık İnanç Modeli”nin kavramlarını değerlendirirken sosyal destek ve anksiyeteyi de kavramlar arasına almışlardır. Servikal kanseri ciddi bir hastalık olarak değerlendirenler, servikal kanser riski olduğunu düşünenler, kendinde kanser olabileceğini düşünenler, hastalığın tedavi edilebileceğini düşünenler, pap smear testinin negatif çıkacağını düşünenler, anksiyetesi olanlar ve sosyal desteği olanların servikal kanser taramalarına katıldığı saptanmıştır. Zaman problemi olan ve ekonomik bariyeri bulunan kişiler ise tarama çalışmalarına daha az katılmaktadırlar (32).

Ülkemizde Bolsoy ve Sezgin tarafından yapılan “kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri”ni inceleyen çalışmaları mevcuttur. Sağlık ocağına başvuran 256 kadında yapılan çalışmada kadınların %36.4’ü şikayeti olmadığı için, %19.6’sı düzenli muayeneye gitmesi gerektiğini bilmediği için, %16.4’ü de ihmal ettiği için muayeneye gitmediğini belirtmiştir. Utanma, korku, ekonomik yetersizlik gibi nedenler literatür ile uygunluk göstermekle birlikte oldukça düşük oranda bulunmuştur (18).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma “Sağlık İnanç Modeli” yaklaşımı ile kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını incelemeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç geliştirebilmek amacıyla yürütülmüş metodolojik türde bir alan araştırmasıdır.

2.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇLER

Araştırmada veri toplama amacıyla;

1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu
2. “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”
3. “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” kullanılmıştır.

1. Sosyodemografik Özellikler Anket Formu:

Araştırma örneğine alınan kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, v.b. sosyodemografik özellikleri ile servikal kanser ve pap smear testi hakkındaki bilgilerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış 21 sorudan oluşan bir formdur. Anket formu EK-I’de görülmektedir.

2. “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”:

Bu araştırma için araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Belirlenen teorik çerçeve doğrultusunda çeşitli literatürlerden yararlanılarak “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” taslağında yer alacak maddeler belirlenmiştir.

Maddelerin oluşturulması sırasında “Sağlık İnanç Modeli”ne dayandırılarak yapılan farklı koruyucu davranışlara yönelik çalışmalardan da yararlanılmıştır.

Ölçekteki maddeler “Sağlık İnanç Modeli”nin 4 alt grubunu araştırmak amacıyla yapılandırılmaya çalışılmıştır. Ölçekte “Algılanan Duyarlılık” alt boyutu için 9 madde, “Algılanan Ciddiyet” alt boyutu için 8 madde, “Algılanan Engel” alt boyutu için 7 madde, “Algılanan Yarar” alt boyutu için 6 madde bulunmaktadır.

Belirlenen 30 maddenin 19 tanesi olumlu, 11 tanesi olumsuz (3, 6, 8, 13, 15, 17, 20, 24, 25, 27 ve 30 numaralı sorular) ifadeden oluşmaktadır. Olumsuz soruların puanlaması tersten yapılır. Ölçekte Likert tipi ölçekleme kullanılmıştır. Ölçekte yer alan maddeler 1-5 arasında değer almaktadır. Değerlendirme;

Olumlu ifadeler için; (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım , (4) Kısmen katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum,

Olumsuz ifadeler için; (5) Kesinlikle katılmıyorum, (4) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (2) Kısmen katılıyorum, (1) Tamamen katılıyorum şeklinde yapılmıştır (15, 55, 95).

Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği türde bir ölçektir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30’dur. Ölçeğin uygulanma süresi ortalama 10 dakikayı almaktadır. Ölçek EK-II’de görülmektedir.

3. “Öz-Bakım Gücü Ölçeği”:

“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin güvenilirlik çalışmasında “eşzamanlı (benzer) ölçekler tekniği” için “Öz-Bakım Gücü Ölçeği”nin kullanılmasına karar verilmiştir.

Öz-bakım, etkileşim, iletişim ve kültür yolu ile öğrenilen bir davranıştır ve zamanla gelişir. Bireyin yaşamı, sağlığı ve iyiliğini sürdürmek için sağlık etkinliklerini yerine getirmesi ya da gerçekleştirilmesi öz-bakım olarak tanımlanırken, ilgili etkinlikleri gerçekleştirme yeteneği “öz-bakım gücü” olarak tanımlanır. Bu güç, bireylerde değişen derecelerde vardır. Bireyler ilgili etkinliklerde üzerlerine düşenleri yerine getiremedikleri zaman öz-bakım eksikliği ortaya çıkar ve arzulanan öz-bakım davranışı geliştirilemez, böylece birey kendi sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmede yetersiz kalır. “Sağlık İnanç Modeli” de, kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya yönelik bir motivasyon teorisidir. Model, koruyucu sağlık davranışlarının ortaya çıkma olasılığını belirler (69). İki ölçek bu nedenle birbirleri ile ilişkili bulunmuş ve “benzer ölçek geçerliği” için “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” tercih edilmiştir.

“Öz-Bakım Gücü Ölçeği” insanların kendi-kendilerine bakma yeteneklerini ya da güçlerini ölçmek amacıyla 1979 yılında Kearney ve Fleischer tarafından Amerika’da geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinali 43 tanımlayıcı ifadeden (maddeden) oluşmaktadır. Öz-bakım kavramı ortaya atıldıktan sonra bu konuda geliştirilen ölçeklerin içinde ilk ve en çok kullanılanıdır. Ölçeğin Türkçe’ye kazandırılma çalışmaları Nahcivan tarafından 1993 yılında gerçekleştirilmiştir. Türkçeleştirilen “Öz-Bakım Gücü Ölçeği”ndeki madde sayısı 35’dir. Türkçe ölçeğin son şeklindeki Kuder-Richardson güvenilirliğindeki Alfa değeri 0.92’dir. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları 43 maddelik asıl form için hesaplandığında, 8 maddenin (7, 11, 12, 19, 22, 23, 34 ve 35) korelasyon değerlerinin beklenenden (<0.20) düşük çıkmasıyla, ölçeğin madde sayısı 43’ten 35’e indirgenmiştir. Geri kalan 35 madde son Türkçe formu oluşturmuştur. Madde toplam-puan korelasyonları .20 ile .70 arasında bulunmuştur (69). Çimen tarafından 1999

yılında “Yaşlı bireylerde öz bakım gücü ve yaşam doyumlarının araştırılması” konulu çalışmada kullanılan “Öz-Bakım Gücü Ölçeği”nin Cronbach Alpha katsayısı 0.91 olarak saptanmıştır (27). Ayrıca Özer tarafından 2001 yılında “Huzurevi ve aile ortamında yaşayan yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi” konulu çalışmada da, kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.77 olarak bulunmuştur (74).

“Öz-Bakım Gücü Ölçeği”nde her madde 0’dan 4’e kadar puanlanmış olup, 5 dereceli yanıt seçeneği üzerinden, verilen yanıtı göre değerlendirme yapılmaktadır. “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına (0), “Beni pek tanımlamıyor” yanıtına (1), “Fikrim yok” yanıtına (2), “Beni biraz tanımlıyor” yanıtına (3), “Beni çok tanımlıyor” yanıtına da (4) puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte, 8 ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) olumsuz olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Ölçekte öz-bakım eylemlerinin en yüksek değerini gösteren maksimum puan 172’dir. Ölçeğin uygulama süresi 8-10 dakikadır (69, 74). Ölçek EK-III’de görülmektedir. Araştırmada kullanılan üç veri toplama aracının uygulama süresi 20-25 dakikayı almaktadır.

2.3. KULLANILAN YÖNTEMLER

“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” Taslağında Yer Alacak Maddelerin Seçimi:

Ölçek taslağındaki madde havuzu için 57 madde geliştirilmiştir. Bu havuzdaki maddeler tez öneri sınavında gelen öneriler doğrultusunda tekrar gözden geçirilerek 34’e düşürülmüştür. Ölçek taslağındaki bu 34 madde sistematik bir tabloya dönüştürülerek konunun uzmanı olan 12 kişiye gönderilmiştir (Uzmanlar listesi EK-IV’de görülmektedir). Uzmanlardan her bir maddeyi ayırtedicilik, anlaşılabilirlik,

amaca uygunluk, anket hazırlama tekniği açısından değerlendirerek görülerini bildirmeleri ve her bir maddeyi 1’den 10’a kadar puanlamaları istenmiştir (1 çok yetersiz, 10 çok yeterli) (12). Uzmanlar tarafından yapılan değerlendirme sonuçlarına göre maddelerde gerekli düzenlemeler ve çıkartmalar yapılmış, bu düzenlemeler sonucunda ölçek taslağındaki madde sayısı 31’e düşmüştür.

Düzenlemelerden sonra oluşturulan ölçek taslağı maddelerin anlaşılırlığı ve işlerliğini saptamak amacıyla ölçeğin uygulanacağı gruba benzer özellikleri (19-64 yaş grubu evli kadınlar, iletişim engeli olmayan kadınlar) taşıyan 20 kişiye n uygulama yapılmıştır. Bu uygulama ile her bir maddenin anlaşılır olup olmadığı bir kez daha gözden geirilmifitir. Bu görüşmeler sonucunda işlemediğine karar verilen bir madde ölçek taslağından çıkarılmış ve ölçek taslağı 30 madde ile örnekleme uygulanabilir hale getirilmifitir.

“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği” Taslağının Psikometrik Uygunluğu:

Geertilik:

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum leği*” taslağı için kullanılan geçerlik teknikleri ve yapılan işlemler Tablo. 3’de görülmektedir.

Tablo. 3: Ölçeğin Geçerlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler

Geçerlik Tekniği	Geçerlik Tekniği İçin Yapılan İşlem
<i>“Kapsam Geçerliği”</i>	Uzman görüşü alma
<i>“Ölçüte Bağlı Geçerlik”</i>	
“Eşzamanlı (Benzer Ölçekler) Geçerliği”	“Öz-Bakım Gücü Ölçeği”ni uygulayarak Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama
“Yordama Geçerliği”	Ölçek toplam puanı ve ölçeğin alt boyutları puanları ile pap smear yaptırma arasındaki ilişkiyi değerlendirme
<i>“Yapı-Kavram Geçerliği”</i>	
“Faktör Analizi Çözümlemesi”	Doğrulayıcı Faktör Analizi (Confirmatory Factor Analysis) yapma Faktör yapısının belirlenmesinde temel bileşenler tekniği (Principal Components Analysis) Ortogonal Varimax rotasyonu kullanma

Güvenirlilik;

“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” için kullanılan güvenirlik teknikleri ve yapılan işlemler aşağıdaki tabloda görülmektedir (Tablo. 4) (5, 49, 50, 73).

Tablo. 4: Ölçeğin Güvenirlik Teknikleri ve Yapılan İşlemler

Güvenirlik Tekniği	Güvenirlik Tekniği İçin Yapılan İşlem
“Ölçmenin Standart Hatası”	Standart hatayı saptama
“İç Tutarlılık”	
“İç Tutarlılık Katsayısı” (Madde Çözümlemesi)	Cronbach Alpha katsayısı hesaplama
“Madde Analizi”	Madde-toplam korelasyon katsayısı için Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama
“Yarı Test Güvenirlik Yöntemi”	Ölçeğin tümü ve alt boyutları için korelasyon katsayısı hesaplama
“Zamana Göre Değişmezlik”	
“ Test-Tekrar Test Yöntemi”	Pearson Momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama

2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Manisa İl merkezinde yapılmıştır. Manisa İli'nin yüzölçümü 13810 km², 2002 yıl ortası nüfusu 1392428'dir. Kent merkezinin 2002 yıl ortası nüfusu 258490'dır. Manisa İli Türkiye'de en fazla göç alan 9'uncu ildir. İlde okuma yazma bilmeyenlerin oranı %12.5'dir. Manisa İli'nde bağımlı nüfus oranı %48'dir. Manisa kent merkezinde 9 sağlık ocağı, 2 Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi bulunmaktadır. Manisa İli'nde toplam nüfusun %43'ü SSK kapsamındadır (21).

Araştırma 20 Mayıs 2003-29 Ocak 2004 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veriler 25 Temmuz-10 Ekim 2003 tarihleri arasında hafta içinde toplanmıştır. Ağustos ayının Manisa'da oldukça sıcak geçmesi nedeniyle zaman zaman veri toplama işlemine ara verilmiş ya da veri toplama günün daha az sıcak olduğu zamanlarda sürdürülmüştür.

2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ:

Bu araştırmanın evrenini 2002 yıl ortası nüfusuna göre Manisa İl merkezinde bulunan toplam 9 sağlık ocağı bölgesindeki 19-64 yaş grubundaki 72811 kadın oluşturmuştur (Tablo 5).

Tablo. 5: Manisa İl Merkezindeki (9 Sağlık Ocağı Bölgesindeki) 19-64 Yaş Grubu Kadın Nüfusu

Manisa İl Merkezindeki Sağlık Ocakları	19-64 Yaş Grubu Kadın Nüfusu
1 Nolu Sağlık Ocağı	12.350
2 Nolu Sağlık Ocağı	11.813
3 Nolu Sağlık Ocağı	9.398
4 Nolu Sağlık Ocağı	4.499
5 Nolu Sağlık Ocağı	3.404
6 Nolu Sağlık Ocağı	10.186
7 Nolu Sağlık Ocağı	7.651
8 Nolu Sağlık Ocağı	8.989
9 Nolu Sağlık Ocağı	4.521
TOPLAM	72.811

2.6. ARAŞTIRMADA ÖRNEKLEM:

Manisa İl merkezinde bulunan toplam 9 sağlık ocağı bölgesindeki 19-64 yaş grubundaki evli 300 kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Örneklem sayısı ölçekteki soru sayısının 10 katı olarak belirlenmiştir (3, 95).

Araştırmada örneklem seçiminde 9 sağlık ocağı sosyo-ekonomik özelliklerine göre 3 gruba ayrıldıktan sonra mahalle nüfuslarına orantılı küme örnekleme yöntemi kullanılarak 19-64 yaş grubundan örneğe girecek kadın sayısı belirlenmiştir. Her küme büyüklüğü 5 haneden oluşmuştur.

Sağlık ocaklarının sosyo-ekonomik özelliklerini belirleyebilmek için Manisa İl'i Belediye Başkanlığı'ndan ve Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden yardım alınmıştır. Bu verilere göre sağlık ocaklarından örnekleme seçilen 19-64 yaş grubu kadın sayısı aşağıda görülmektedir (Tablo 6).

Örneklem seçiminde küme başını belirlemek için her sağlık ocağı bölgesinden bir mahalle kura ile belirlemiş ve bu mahallenin ETF'lerinin arasından rastgele belirlenen bir ETF'nin seçilmesiyle küme başı olacak hane saptanmıştır. Her kümede küme başı olarak belirlenen evin ön kapısına soldan en yakın beşinci eve geçilerek 5 hane tamamlanmıştır. 5 hane tamamlanmadan sokak bittiğinde sola dönülerek, yine 5 evden biri alınarak örnekleme devam edilmiştir.

Kümedeki örneğe giren herhangi bir evde 19-64 yaş grubu evli kadın yaşamıyorsa, örnekleme şekline aynı şekilde devam edilmiş, 4 ev atlanarak 5. eve gidilmiştir.

Apartmanlarda hangi daire ile görüşüleceğine karar verirken ise bir kağıt para alınarak son iki rakamına göre örneğe alınacak ev saptanmıştır. Örneğin;

-Seri numarasının son rakamı 34, apartmanda 20 daire var ise $34-20=14$. daire ile,

- Seri numarasının son rakamı 14, apartmanda 10 daire var ise $14-10=4$. daire ile,

- Seri numarasının son iki rakamı 32, apartmanda 5 daire var ise $32-(5\times 6)=30$ $32-30=2$.

daire ile görüşülmüştür.

Birbirini izleyen apartmanlarda, o kümede ilk saptanan daire numarasında ikinci apartmanda bir, üçüncü apartmanda iki ekleyerek sonraki apartmanlarda görüşülecek daireler saptanmıştır. Örneğin; kümedeki ilk apartmanda yedi no'lu daire ile görüşüldüyse o kümedeki ikinci apartmanda sekiz no'lu, üçüncü apartmanda ise dokuz no'lu daire ile görüşülmüştür (21).

Örnekleme giren hanelerden araştırma anlatıldıktan sonra görüşmeyi çeşitli nedenlerle kabul etmeyen 12 kişi araştırma kapsamına alınmamış, küme tamamlama işlemine devam edilmiştir.

Tablo. 6: Araştırmaya Alınan 19-64 Yaş Grubu Kadınların Sosyo-Ekonomik**Özellikleri**

<i>ÜST SOSYO - EKONOMİK DÜZEY</i>			
Manisa İl Merkezindeki Sağlık Ocakları	Tabaka Ağırlığı	Küme Sayısı	Örnekleme Giren Kadın Sayısı
2 Nolu Sağlık Ocağı	0.166666	10	50
6 Nolu Sağlık Ocağı	0.133333	8	40
7 Nolu Sağlık Ocağı	0.100000	6	30
9 Nolu Sağlık Ocağı	0.066666	4	20
TOPLAM	0.466665	28	140
<i>ORTA SOSYO - EKONOMİK DÜZEY</i>			
Manisa İl Merkezindeki Sağlık Ocakları	Tabaka Ağırlığı	Küme Sayısı	Örnekleme Giren Kadın Sayısı
1 Nolu Sağlık Ocağı	0.166666	10	50
8 Nolu Sağlık Ocağı	0.116666	7	35
TOPLAM	0.283332	17	85
<i>ALT SOSYO - EKONOMİK DÜZEY</i>			
Manisa İl Merkezindeki Sağlık Ocakları	Tabaka Ağırlığı	Küme Sayısı	Örnekleme Giren Kadın Sayısı
3 Nolu Sağlık Ocağı	0.133333	8	40
4 Nolu Sağlık Ocağı	0.066666	4	20
5 Nolu Sağlık Ocağı	0.051111	3	15
TOPLAM	0.250000	15	75
TOPLAM	1	60	300

2.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ:

Manisa İl merkezindeki toplam 9 sağlık ocağı bölgesinden örnekleme alınan 300 kadının evlerine gidilerek, karşılıklı görüşme tekniği ile EK-I, EK-II ve EK-III'de verilen formlar doldurulmuştur.

Erkuş kitabında eşdeğer formların uygulama sırası için, deneklerin yarısına bir formun ilk sırada, diğer yarısına ise ikinci sırada uygulanması gerektiğini belirtmektedir (38). Bu nedenle veri toplamada formlar uygulanırken örneklem grubunun yarısına "*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*" birinci sırada, yarısına ise ikinci sırada uygulanmıştır.

"*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*"nin güvenilirliği için güvenilirlik tekniklerinden biri olan "test-tekrar test yöntemi" kullanılmıştır. Bunun için örneklemedeki ilk 40 kişiye ilk uygulamadan üç hafta sonra "*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*" yeniden uygulanmıştır.

Veriler toplanırken kadınların ölçeklerin seçeneklerini daha iyi değerlendirebilmeleri için her ölçeğin seçeneklerinden oluşan ve büyük harflerle hazırlanan bir seçenekler listesi oluşturularak okuma yazma bilen kadınların ellerine verilmiştir. Kadınların bu listeden bakarak maddeleri yanıtlamaları istenmiştir. Böylece kadınların seçenekleri değerlendirmeleri daha kolaylaşmıştır. Okuma yazma bilmeyen kadınlar için seçenekler tek tek okunmuştur.

Veri toplama araçlarının doldurulması 20-25 dk. zaman almıştır. Veri toplama işlemi 25 Temmuz-10 Ekim 2003 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

2.8.VERİLERİN ANALİZİ:

Verilerin analizi The Package for Social Sciences (SPSS) 10.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Sosyo-demografik veri formunun değerlendirilmesinde kadınların sosyo-demografik değişken özellikleri için sayı ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının analizlerinde;









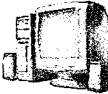


Ölçeğin geçerlik çalışmasına yönelik olarak, “benzer ölçekler geçerliği” için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı, “yordama geçerliği” için t testi, “yapı geçerliği” için Comfirmatory Factor Analysis hesaplamaları yapılmıştır..

Ölçeğin güvenirlik düzeyinin saptanmasında; Ölçeğin standart hatasını belirlemek için “standart hata”, “madde analizi” için madde-toplam korelasyon katsayısı, “yarı test güvenirlik yöntemi” için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı, “iç tutarlılığı” saptamak için Cronbach Alfa katsayısı, “test-tekrar test yöntemi” için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır (5, 45, 49, 50, 73, 97).

2.8. SÜRE VE OLANAKLAR:

Tablo. 7’de araştırmanın süresi görülmektedir.

Tablo. 7: Araştırmanın Zamanlaması

Yapılan Çalışmalar	TARİH											
	Oca-Haz 02	Te 02-Oc 03	Şubat 2003	Mart-Ni 03	Mayıs 2003	Mayıs 2003	Temmuz 03	Tem-Ek 03	Ekim 2003	Ka 03-Oc 04	Ocak 2004	
Literatür İnceleme, Araştırma Konusunun Belirlenmesi												
Ölçek İçin Madde Havuzunun Oluşturulması												
Tez Ön Komitesi ile Toplantı												
Maddeler İçin Uzman Görüşlerinin Alınması												
Araştırmanın Ön Uygulamasının Yapılması												
Ölçek Maddelerinin Düzenlenmesi												
Tez İzlem İçin Tez Komitesi ile Toplantı												
Araştırma Verilerinin Toplanması												
Araştırmanın Verilerinin Analizinin Yapılması												
Tezin Yazılması												
Tezin Sunumu												

2.9. ARAŞTIRMADA ETİK:

Çalışmaya başlamadan önce Manisa İl Sağlık Müdürlüğü ile görüşülerek yapılacak çalışma hakkında yazılı başvuruda bulunulmuş ve izin alınmıştır. İzin yazısı EK-V'de görölmektedir (EK-V).

Araştırmaya alınacak kadınların evlerine gidildiğinde kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyenler örnekleme alınmamış, küme örneklemine devam edilmiştir.



BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİNE GİREN KADINLARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

3.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri:

Bu bölümde örneklemdaki kadınların sosyodemografik özellikleri açıklanmıştır.

Tablo 8'de kadınların yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, çocuk durumu ve gelir durumuna ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %3.7'si 20-24, %14.3'ü 25-29, %15.7'si 30-34, %15.7'si 35-39, %11.3'ü 40-44, %14.0 45-49, %7.7'si 50-54, %5.3'ü 55-59, %2.3'ü 60-64 yaş grubundadır.

Kadınların %95.0 evli, %1.7'si dul, %3.0'ü boşanmış, %0.3'ü eşinden ayrı yaşamaktadır. Kadınların %9.3'ü okur-yazar değil, %7.3'ü okur-yazar, %60.0'ı ilkokul, %9.0'u ortaokul, %12.0'si lise, %2.3'ü üniversite mezunudur. Kadınların % 83.7'sinin sosyal güvencesi bulunmakta, % 16.3'ünün her hangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Kadınların meslek durumuna bakıldığında %92.7'si ev hanımı, % 1.3'ü memur, % 2.7'si işçi, % 0.6'sı serbest meslek, % 2.7'sinin emekli olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamına giren kadınların %93.3'ünün en az bir çocuğu bulunmakta, %6.7'sinin ise çocuğu bulunmamaktadır.

Tablo. 8: Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Örneklemdeki Tanıtıcı	Kadınların Özellikleri	Sayı	%
Yaş Grubu	20-34	131	43.7
	35-49	123	41.0
	50-64	46	15.3
Medeni Durum	Evli	285	95.0
	Boşanmış	5	1.7
	Dul	9	3.0
	Ayrı Yaşıyor	1	0.3
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	28	9.3
	Okur-Yazar	22	7.3
	İlkokul	180	60.0
	Ortaokul	27	9.0
	Lise	36	12.0
	Üniversite	7	2.3
Sosyal Güvence Durumu	Var	251	83.7
	Yok	49	16.3
Meslek Durumu	Ev Hanımı	278	92.7
	Memur	4	1.3
	İşçi	8	2.7
	Serbest Meslek	2	0.6
	Emekli	8	2.7
Çocuk Durumu	Var	280	93.3
	Yok	20	6.7
Gelir-Gider Durumu	Gelir Giderden Az	213	71.0
	Gelir Gidere Eşit	86	28.7
	Gelir Giderden Fazla	1	0.3
TOPLAM		300	100.0

Kadınların gelir durumları değerlendirildiğinde %71.0'ı gelirlerinin giderlerinden az olduğunu, % 28.7'si gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu, % 0.3'ü gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu bildirmişlerdir (Tablo. 8).

3.1.2. Kadınların Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi ile İlgili Soruları Yanıtlama Durumları:

Bu bölümde kadınların rahim ağzı kanseri ve pap smear testi ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar bulunmaktadır.

Tablo 9'da kadınların kendilerinin, akrabalarından birinin ya da arkadaşlarından birinin rahim ağzı tanısı alma durumları görülmektedir (Tablo 9).

Tablo. 9: Kadınların Kendilerinin, Akrabalarının ve Arkadaşlarının Rahim Ağzı Kanseri Tanısı Alma Durumları

Rahim Ağzı Kanseri Tanısı Alma Durumu		Sayı	%
Kadının <u>Kendisinin</u> Rahim Ağzı Kanseri Tanısı Alma Durumu	Evet	5	1.7
	Hayır	295	98.3
Kadının <u>Ailesinden Birinin</u> Rahim Ağzı Kanseri Tanısı Alma Durumu	Evet	0	0
	Hayır	300	100.0
Kadının <u>Arkadaşlarından Birinin</u> Rahim Ağzı Kanseri Tanısı Alma Durumu	Evet	8	2.7
	Hayır	292	97.3
TOPLAM		300	100.0

Tablo. 9'da görüldüğü gibi kadınların %1.7'si kendisinin rahim ağzı kanserine yakalandığını, %2.7'si arkadaşlarından birinin rahim ağzı kanserine yakalandığını bildirmişlerdir. Kadınlardan hiç birinin ailesinde rahim ağzı kanseri tanısı alan bulunmamaktadır.

Aşağıdaki tabloda kadınların pap smear testini bilme durumu ile ilgili bulgular yer almaktadır (Tablo 10).

Tablo. 10: Kadınların Pap Smear Testini Bilme Durumu

Kadınların Pap Smear Testini Bilme Durumu	Sayı	%
Evet	41	13.7
Hayır	259	86.3
TOPLAM	300	100.0

Tablo 10'da görüldüğü gibi kadınların %86.3 pap smear testini bilmediklerini, %13.7'si ise pap smear testini daha önce duyduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 11'de kadınların rahim ağzı kanseri ve pap smear konusunda eğitim alma durumları ile ilgili veriler görülmektedir (Tablo 11).

Tablo. 11: Kadınların Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Konusunda Eğitim Alma Durumları

Eğitim Alma Durumu		Sayı	%
Rahim Ağzı Kanseri Konusunda Eğitim Alma Durumu	Evet	3	1.0
	Hayır	297	99.0
Pap Smear Konusunda Eğitim Alma Durumu	Evet	3	1.0
	Hayır	297	99.0
TOPLAM		300	100.0

Tablo 11’de görüldüğü gibi kadınların %1.0’i rahim ağzı kanseri ve pap smear konusunda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Örneklemdeki kadınların %99.0’u bu konularda eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Rahim ağzı ve pap smear konusunda eğitim alan 3 kadının, 3’ü de bu konulardaki eğitimi sağlık personelinen aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo. 12: Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumu

Pap Smear Yaptırma Durumu	Sayı	%
Evet	35	11.7
Hayır	265	88.3
TOPLAM	300	100.0

Tablo 12’de kadınların pap smear yaptırma durumları ile ilgili veriler görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 12’deki gibi kadınlara pap smear yaptırma durumları sorulduğunda, kadınların % 11.7 (35)’i bu soruya evet yanıtını vermişlerdir. Kadınların %88.3 (265)’ü hiç pap smear yaptırmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 13’de Kadınların en son pap smear yaptırdıkları zaman görülmektedir (Tablo 13).

Tablo. 13: Kadınların En Son Pap Smear Yaptırma Zamanı

Kadınların En Son Pap Smear Yaptırma Zamanı	Sayı	%
0-11 ay	11	31.4
12-23 ay	7	20.0
24-35 ay	6	17.1
36-47 ay	3	8.6
48-59 ay	3	8.6
60-71 ay	2	5.7
72-83 ay	1	2.9
14 yıl	2	5.7
TOPLAM	35	100.0

Tablo 13’de görüldüğü gibi pap smear yaptıran kadınların % 31.4’ü pap smear yaptırma zamanı olarak 0-11 ayı, %20’si 12-23 ayı, % 17.1’i 24-35 ayı, % 8.6’sı 36-47 ayı, %8.6’sı 48-59 ayı, % 5.7’si 60-71 ayı, % 2.9’u 72-83 ayı, % 5.7’si ise 14 yıl önceyi belirtmişlerdir.

Tablo 14’de kadınların pap smear yaptırma nedenleri görülmektedir (Tablo 14).

Tablo. 14: Kadınların Pap Smear Yaptırma Nedenleri

Kadınların Pap Smear Yaptırma Nedenleri	Sayı	%
Jinekolojik Bir Nedenle Hastaneye Gidildiğinde Doktorun İsteği İle	14	40.0
Genel Kontrol İçin Kendi İsteği İle	9	25.7
Doktor Önerdiği İçin	3	8.6
Diğer	9	25.7
TOPLAM	35	100.0

Tablo 14’de görüldüğü gibi kadınların %40’ı jinekolojik bir nedenle hastaneye gittiğinde doktorun isteği ile, %25.7’si genel kontrol için kendi isteği ile, %8.6’sı doktor önerdiği için, % 25.7’si ise diğer nedenlerle pap smear yaptırdıklarını belirtmişlerdir (Tablo 14).

3.2. “SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN GEÇERLİK ANALİZLERİ

Bu bölümde kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin geçerlik analizine yönelik yapılan çalışmalar yer almaktadır.

3.2.1. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” İçin

“Kapsam Geçerliği”nin Değerlendirilmesi:

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin “kapsam geçerliği”ni değerlendirmede uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüşü açısından değerlendirilebilmesi için ölçek taslağındaki 34 madde konunun uzmanı olan 12 kişiye gönderilmiştir. Uzmanlardan her bir maddeyi ayırtedicilik, anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, anket hazırlama tekniği açısından değerlendirerek görüşlerini bildirmeleri ve her bir maddeyi 1’den 10’a kadar puanlamaları istenmiştir (1 çok yetersiz, 10 çok yeterli). Uzman grubun önerilerine göre bazı maddelerin ifadelerinde değişiklikler yapıldıktan sonra ölçme aracı kullanılır hale getirilmiştir.

3.2.2. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” İçin “Yapı-

Kavram Geçerliği”nin Değerlendirilmesi:

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin “yapı-kavram geçerliği”ni değerlendirmede “faktör analizi” yapılmıştır.

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin faktörlerini belirlemek amacıyla yapılan “faktör analizi” ile ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

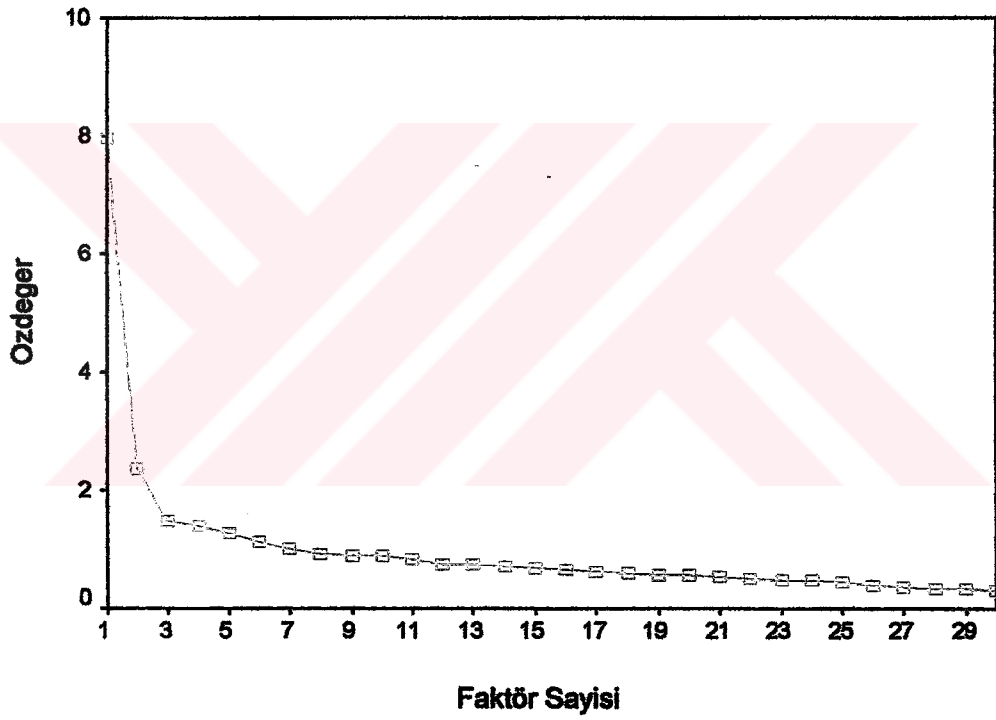
Faktörlerin örüntüleri, özdeğerleri (eigenvalue) ve açıkladıkları varyans yüzdeleri tablo. 15’da görülmektedir.

Tablo. 15: “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” ne Ait Faktör Analizi Sonuçları

MADDELER	Faktör I	Faktör II	Faktör III	FaktörIV
Madde 8	0.57			
Madde 9	0.69			
Madde 12	0.37			
Madde 14	0.69			
Madde 15	0.39			
Madde 19	0.59			
Madde 21	0.59			
Madde 24	0.45			
Madde 28	0.49			
Madde 1		0.46		
Madde 2		0.63		
Madde 5		0.58		
Madde 7		0.59		
Madde 10		0.60		
Madde 18		0.68		
Madde 26		0.58		
Madde 29		0.45		
Madde 11			0.61	
Madde 13			0.59	
Madde 17			0.59	
Madde 20			0.68	
Madde 23			0.63	
Madde 25			0.62	
Madde 30			0.66	
Madde 3				0.36
Madde 4				0.38
Madde 6				0.45
Madde 16				0.65
Madde 22				0.60
Madde 27				0.49
Özdeğer (Eigenvalue)	7.941	2.355	1.480	1.390
Açıklanan Varyans	26.471	7.849	4.933	4.632
Genel α Katsayısı	0.8964			
Alt Boyutların α Katsayıları	0.71	0.78	0.70	0.72

“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin faktör yapısını incelemek amacıyla, ölçek maddelerinin cevaplarına verilen puanlara temel bileşenler analizi (principal components analysis) ortogonal varimax rotasyon yöntemi ile birlikte kullanılmıştır. Özdeğeri en az 1 olarak kabul edilen faktörler yorumlamaya alınmıştır.

Grafik 1’de temel bileşenler analizi sonucunda elde edilen faktör özdeğer grafiği (scree plot) görülmektedir. Faktör özdeğer grafiğine göre ölçeğin 4 faktörden oluştuğu görülmektedir (Grafik. 1).



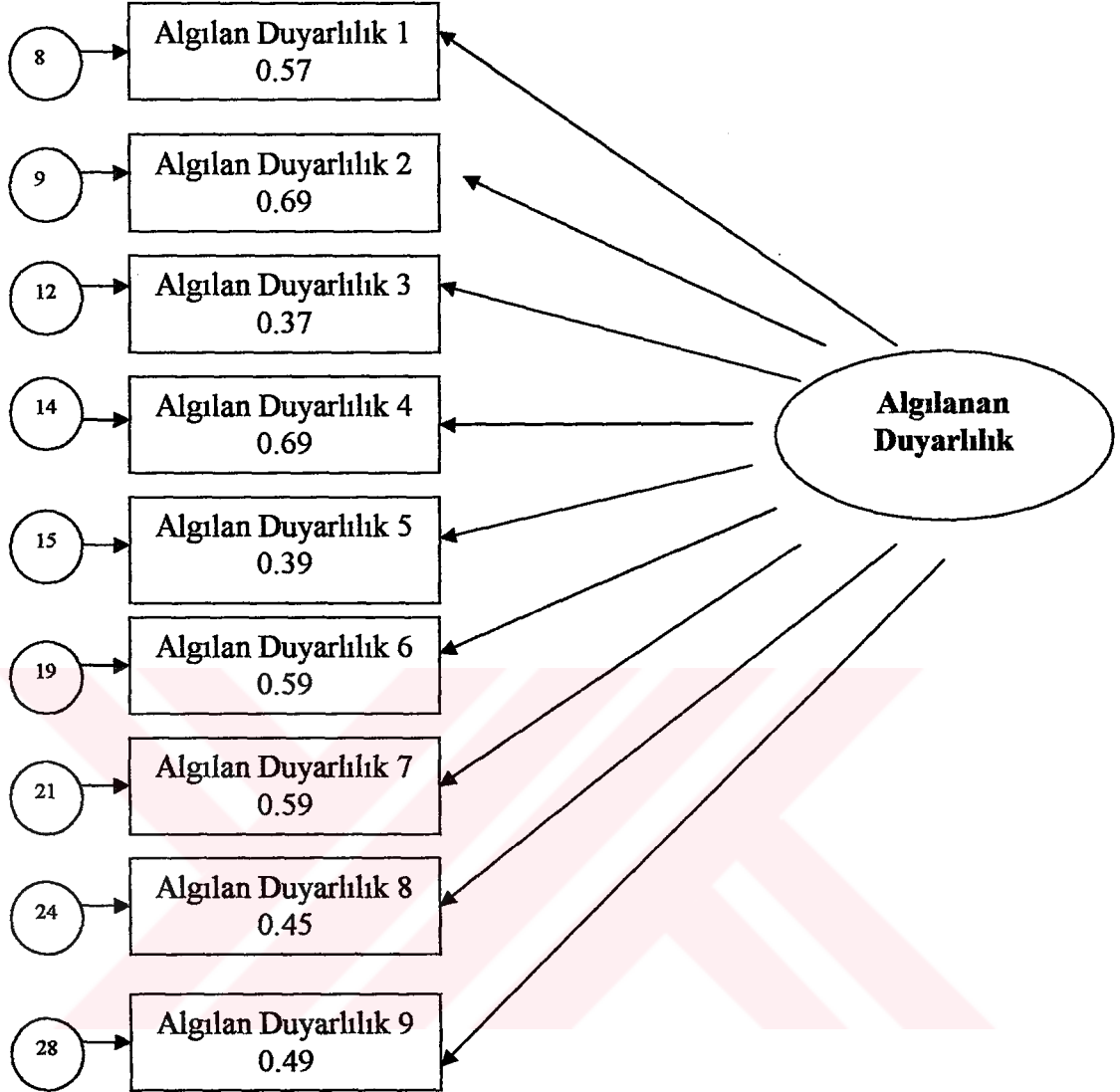
Grafik.1: “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” Faktör Özdeğerleri

Ölçeğin alt boyutlarının adlandırılması “Sağlık İnanç Modeli”nin alt boyutlarına göre yapılmıştır.

Tablo 15’de görüldüğü gibi, temel bileşenler analizi’nin ortaya çıkardığı en büyük faktör varyansın %26.471’i açıklayabilen “Algılanan Duyarlılık” olarak adlandırılan ve 9 maddeden anlamlı ağırlık alan 1. faktördür. Bu faktöre yüklenen maddelerin Cronbach Alpha katsayısı 0.71’dir. İkinci sırada ortaya çıkan ve “Algılanan Ciddiyet” olarak adlandırılan faktör de 8 maddeden anlamlı ağırlık almış ve varyansın %7.849’unu açıklamıştır. Bu faktöre yüklenen maddelerin Cronbach Alpha katsayısı 0.78’dir. Üçüncü sırada ortaya çıkan ve varyansın %4.933’ünü açıklayan faktöre de 7 madde yüklenmiş ve “Algılanan Engel” olarak adlandırılmıştır. Üçüncü faktöre yüklenen maddelerin Cronbach Alpha katsayısı 0.70’dir. Dördüncü faktör ise “Algılanan Yarar” olarak adlandırılmış ve bu faktöre de 6 madde yüklenmiştir. Bu faktöre yüklenen maddeler ise varyansın %4.632’sini açıklamaktadır ve Cronbach Alpha katsayısı 0.72’dir. Böylece dört faktörün açıkladığı toplam varyans %43.885 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tümünün Cronbach Alpha katsayısı 0.89 bulunmuştur.

Şekil. 2’de “Algılanan Duyarlılık” faktör yapısı görülmektedir.

Ölçek oluşturulurken “Algılanan Duyarlılık” alt grubunu değerlendireceği düşünülmüş yazılan 9 maddenin hepsi “faktör analizi” sonucunda faktör 1’e “Algılanan Duyarlılık” alt grubuna yüklenmiştir.

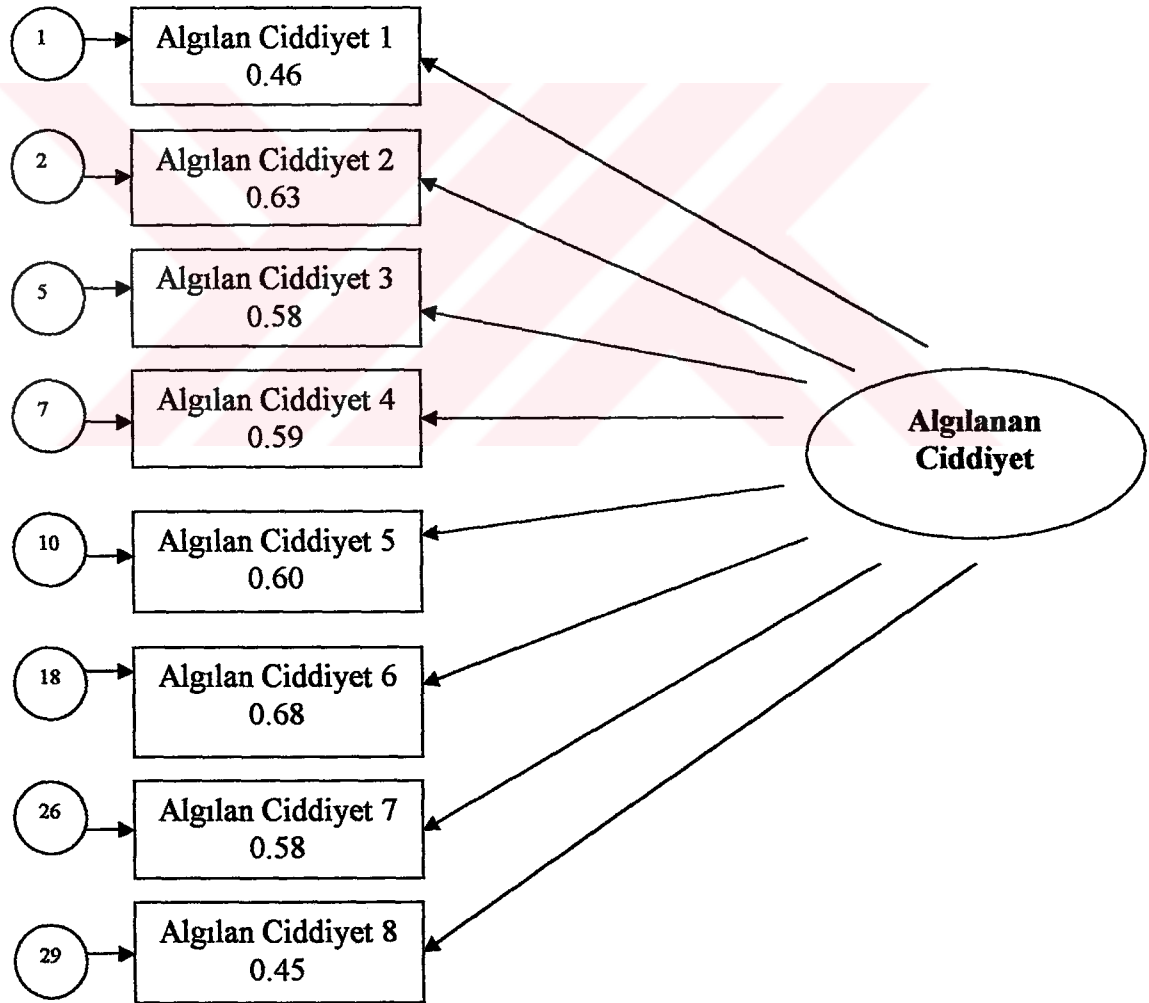


Şekil. 2: Faktör 1'in (Algılanan Duyarlılık) Madde Numarası ve Madde Yüklüğü

1. Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.
2. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.
3. Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum.
4. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.
5. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.

6. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.
7. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.
8. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.
9. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum.

Şekil 3’de “Algılanan Ciddiyet” faktör yapısı görülmektedir

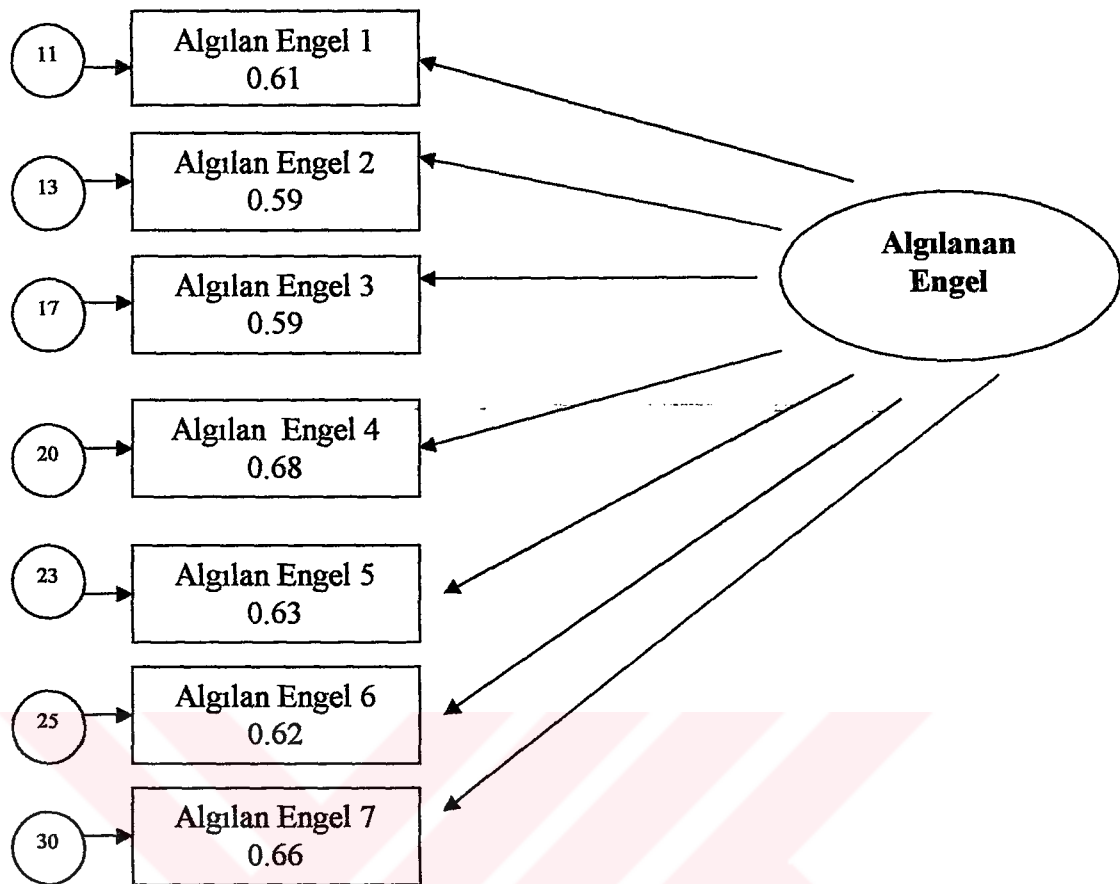


Şekil. 3: Faktör 2’in (Algılanan Ciddiyet) Madde Numarası ve Madde Yükleri

1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.
3. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.
4. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.
5. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.
6. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak, beni korkutuyor.
7. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar.
8. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.

Ölçek oluşturulurken “Algılanan Ciddiyet” alt grubunu değerlendireceği düşünülerek yazılan 7 madde dışında “faktör analizi” sonucunda bir madde daha faktör 2’ye “Algılanan Ciddiyet” alt boyutuna yüklenmiş ve toplam 8 madde olmuştur.

Şekil. 4’de “Algılanan Engel” faktör yapısı görülmektedir.



Şekil. 4: Faktör 3'ün (Algılanan Engel) Madde Numarası ve Madde Yükleri

1. Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.
2. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınıyorum.
3. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.
4. Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.

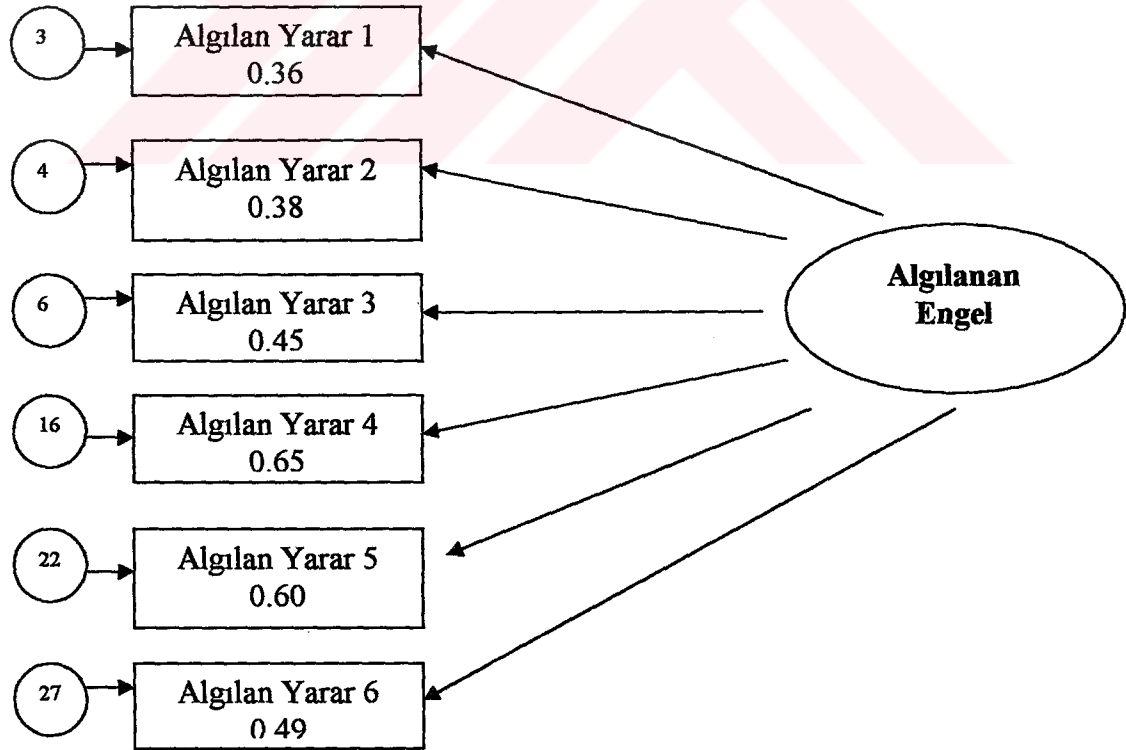
5. Rahim ağzı kanseri erken tanısı muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırım.

6. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.

7. Mahrem yerimi göstereceğimden utanmışım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınıyorum.

Ölçek oluşturulurken “Algılanan Engel” alt grubunu değerlendireceği düşünülerek yazılan 9 maddenin 7 tanesi “faktör analizi” sonucunda faktör 3’e “Algılanan Engel” alt boyutuna yüklenmiştir.

Şekil 5’ de “Algılanan Yarar” faktör yapısı görülmektedir.



Şekil. 5: Faktör 4'ün (Algılanan Yarar) Madde Numarası ve Madde Yükleri

1. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.
2. Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.
3. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.
4. Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.
5. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.
6. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.

Ölçek oluşturulurken “Algılanan Yarar” alt grubunu değerlendireceği düşünülen yazılan 5 madde ile birlikte 1 madde daha “faktör analizi” sonucunda faktör 4’e “Algılanan Yarar” alt boyutuna yüklenmiş ve toplam 6 madde olmuştur.

3.2.3. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” İçin “Ölçüte Bağlı Geçerlik”in Değerlendirilmesi:

Bu bölümde “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin “ölçüte bağlı geçerliği”ni değerlendirmek için yapılan “eşzamanlı (benzer) ölçekler geçerliği” sonuçları ve “yordama geçerliği” sonuçları verilecektir.

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin geçerlik değerlendirilmesinde benzer ölçek olarak “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” kullanılmıştır.

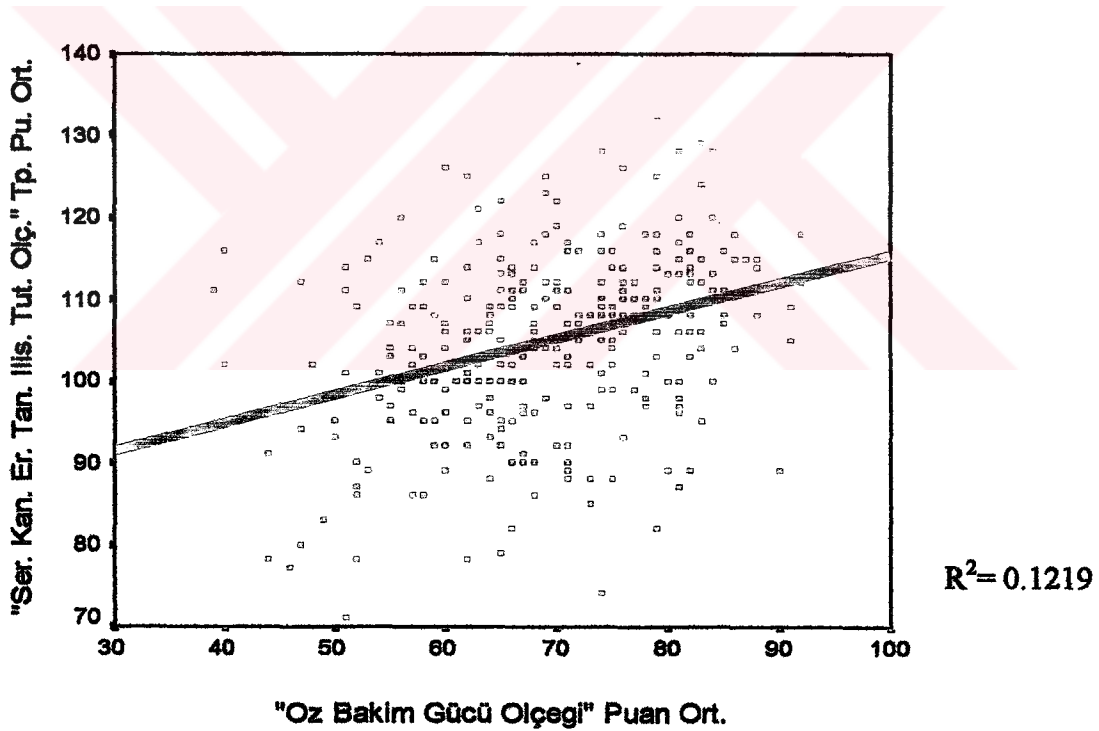
Erkuş (2003) kitabında “eşzamanlı ölçekler geçerliği” için deneklerin yarısına bir ölçme aracının ilk sırada, diğler yarısına ise ikinci sırada uygulanması gerektiğini belirtmiştir. Bu nedenle uygulama sırasında örneklemdaki 150 kadına “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” ilk sırada “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” ikinci sırada, diğler 150 kadına ise “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” birinci sırada “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” ikinci sırada uygulanmıştır.

Uygulanan iki ölçekten elde edilen ölçümler sonrası hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı **0.3492**, Cronbach Alpha katsayısı ise **0.5176**’dır. Her iki ölçek arasında yapılan koelasyon analizinde $\alpha= 0.01$ düzeyinde bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.34$, $R^2= 0.12$, $p < 0.01$). Doğrusal yönde olan bu ilişki Grafik. 2’de görölmektedir. Model istatistiksel olarak % 99 güven seviyesinde önemli bulunmuştur.

Tablo. 16’da “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin puan ortalamasının, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” puan ortalamasına etkisinin incelendiği regresyon analizi sonuçları gösterilmiştir. “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin puan ortalamasının, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” puan ortalamasının %12’lik bölümünü tanımladığı saptanmıştır.

Tablo. 16: “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin Puan Ortalamasının, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” Puan Ortalamasına Etkisi

	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	T	P
Beklenti Puan Ortalaması	0.34	0.54	6.433	.000
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler	Ortalaması
Regresyon	4169.17	1	4169.17	
Residual	30025.66	298	100.75	
Toplam	34194.83	299		
	F= 41.37 p < 0.01			



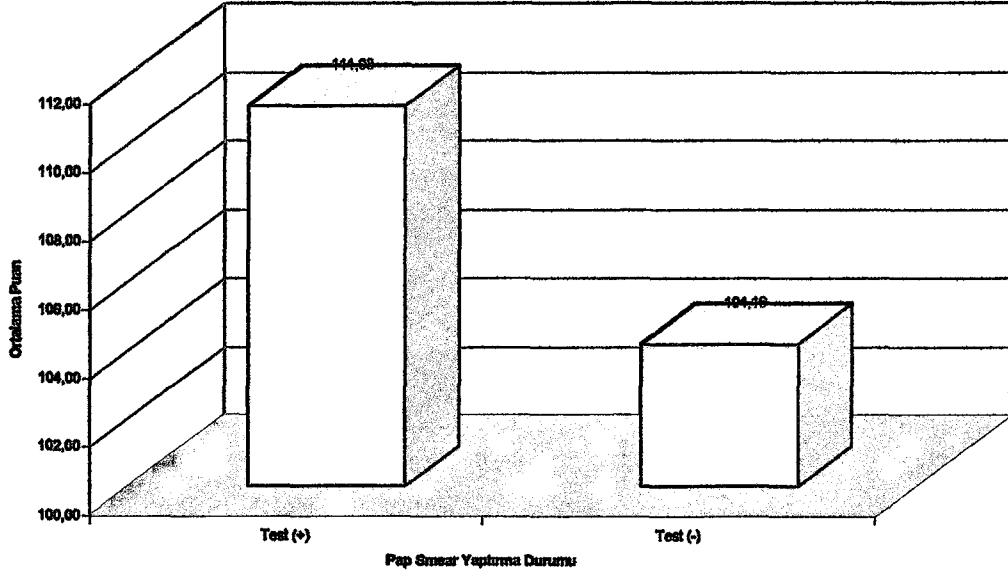
Grafik. 2: “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” Puan Ortalaması ile “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” Puan Ortalaması Arasındaki Bağını

Bu bölümde “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin “Ölçüte Bağlı Geçerliliği”ni değerlendirmek için yapılan “Yordama Geçerliliği” ile ilgili sonuçlar verilecektir.

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlar ile pap smear testi yaptırma arasında bir ilişki olabileceği düşünülerek yordama geçerliliğine başvurulmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda pap smear yaptıran kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması, pap smear yaptırmayan kadınların ölçekten aldıkları toplam puandan daha yüksek bulunmuştur. İki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.000$). Sonuçlar tablo 17’de görülmektedir (Tablo 17). Ayrıca grafik 3’de de pap smear yaptıran ve yaptırmayan kadınların “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nden aldıkları toplam puanlar görülmektedir (Grafik. 3).

Tablo. 17: Pap Smear Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nden Aldıkları Toplam Puanın Karşılaştırılması

	Pap Smear Yaptıranlar	Pap Smear Yaptırmayanlar
Ölçekten Alınan Toplam Puan Ortalaması	111.08	104.16
Standart Hata	9.49	10.59
Standart Sapma	1.6048	0.6510
Kişi Sayısı	35	265
	$t= 3.670$	$P < 0.000$



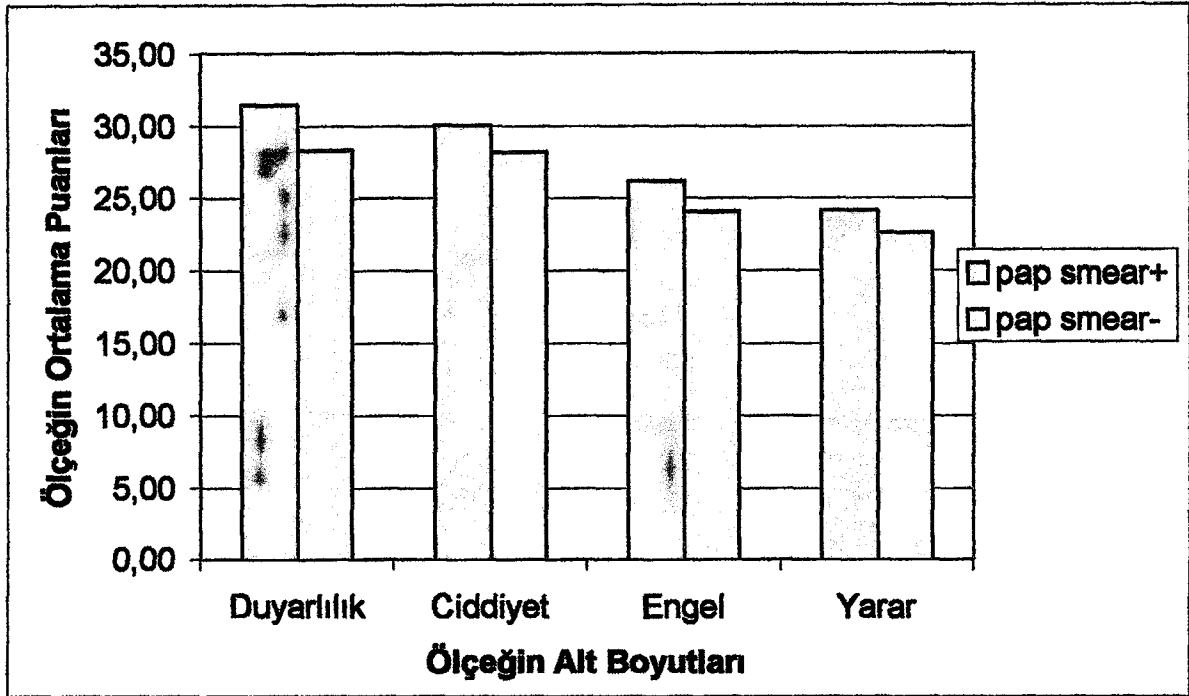
Grafik. 3: Pap Smear Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nden Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı

Ayrıca pap smear yaptıran ve yaptırmayan kadınların “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığından 4 alt boyutun tümünde de istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Tablo 18’ de sonuçlar görülmektedir. Grafik 4’de pap smear yaptıran ve yaptırmayan kadınların “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı görülmektedir.

Tablo. 18: Pap Smear Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

	Pap Smear Yaptıranlar*	Pap Smear Yaptırmayanlar**
“ALGILANAN DUYARLILIK”		
Alınan Puan Ortalaması	31.4857	28.3434
Standart Hata	5.0256	4.9182
Standart Hata	0.8495	0.3021
	t= 3.544	P<0.000
“ALGILANAN CİDDİYET”		
Alınan Puan Ortalaması	30.0571	28.2075
Standart Hata	4.4188	5.2098
Standart Hata	0.7469	0.3200
	t= 2.006	P=0.046
“ALGILANAN ENGEL”		
Alınan Puan Ortalaması	26.2000	24.0604
Standart Hata	4.4905	4.7891
Standart Hata	0.7590	0.2942
	t= 2.501	P=0.013
“ALGILANAN YARAR”		
Alınan Puan Ortalaması	24.1990	22.6340
Standart Hata	3.2158	3.4747
Standart Hata	0.5436	0.2135
	t= 2.527	P=0.012

*n= 35 **n=265



Grafik. 4: Pap Smear Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı

3.3. “SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

Bu bölümde kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin güvenirlik analizine yönelik yapılan çalışmalar yer almaktadır.

3.3.1. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin Maddelerine Verilen Yanıtların Standart Hata Sonuçları:

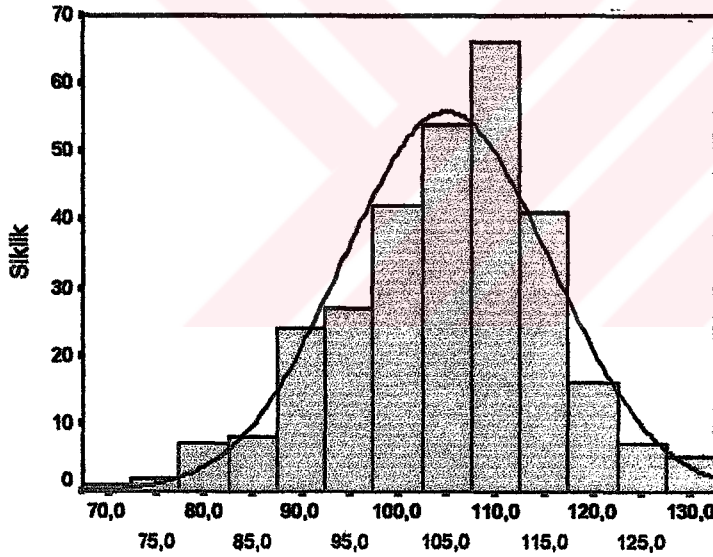
Tablo. 19’da “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin maddelerinin puan ortalamaları, standart hataları ve standart sapmaları görülmektedir (Tablo. 19).

Tablo. 19: “Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

MADDELER	\bar{X}	S_x	SD
Madde 1	3.68	0.081	1.410
Madde 2	4.26	0.041	0.713
Madde 3	3.69	0.052	0.911
Madde 4	3.91	0.067	1.172
Madde 5	3.32	0.061	1.062
Madde 6	3.93	0.042	0.739
Madde 7	3.92	0.056	0.978
Madde 8	2.52	0.068	1.177
Madde 9	3.91	0.048	0.847
Madde 10	3.65	0.048	0.834
Madde 11	4.26	0.044	0.766
Madde 12	3.26	0.071	1.237
Madde 13	3.03	0.078	1.362
Madde 14	1.95	0.062	1.085
Madde 15	2.93	0.071	1.242
Madde 16	4.03	0.047	0.827
Madde 17	3.60	0.064	1.108
Madde 18	3.78	0.068	1.185
Madde 19	2.70	0.071	0.124
Madde 20	3.43	0.066	1.159
Madde 21	3.26	0.064	1.125
Madde 22	4.04	0.054	0.949
Madde 23	4.35	0.060	1.051
Madde 24	4.04	0.031	0.515
Madde 25	2.49	0.075	1.309
Madde 26	3.36	0.049	0.853
Madde 27	3.64	0.045	0.794
Madde 28	3.77	0.049	0.863
Madde 29	2.78	0.068	1.192
Madde 30	3.38	0.076	1.322

Araştırmaya alınan kadınların “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nde yer alan 30 maddeye verdikleri yanıtların ortalama, standart hata ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Tablo 19’da görüldüğü gibi ölçeğin puan ortalaması 1.95-4.35 arasında değişmektedir. En küçük ortalamaya 1.95 ± 0.062 ile 14’üncü madde (Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor) sahiptir. En yüksek ortalamaya ise 4.35 ± 0.060 ile 23’üncü madde (Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim) sahiptir (Tablo 19).

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tümünden ve alt boyutlarından alınan puanlar üzerinden histogram eğrileri (Grafik. 5, 6, 7, 8, 9) görülmektedir.

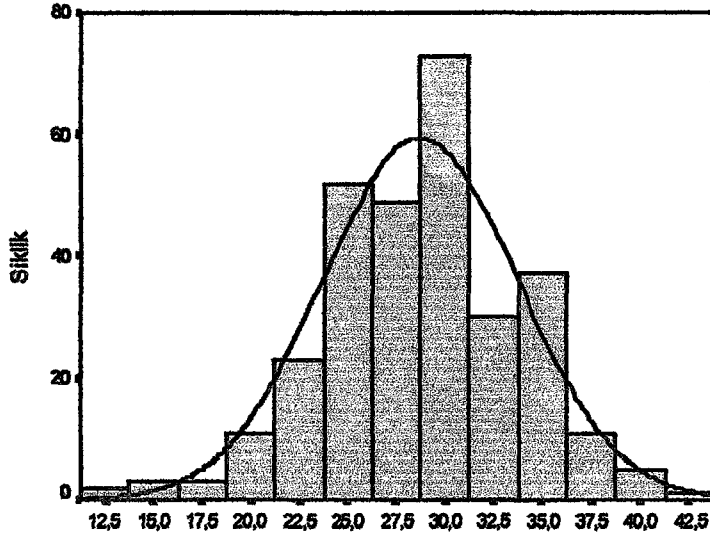


"Servikal Kanserin Erk. Tani. İlis. Tutum Ölçeği" Top. Puan Ort.

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin toplam puan ortalaması ve standart hatası 104.97 ± 0.061 'dir. Ölçeğin minimum puanı 71.00, maximum puanı 132.00 ve standart sapması 10.694'tür. Skewness çarpıklık değeri:

-0.415, skewness standart hatası: 0.605'dir. Kurtosis diklik değeri: 0.235, kurtosis standart hatası: 0.279'dir.

Grafik. 5: “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nden Alınan Toplam Puanlar Histogramı



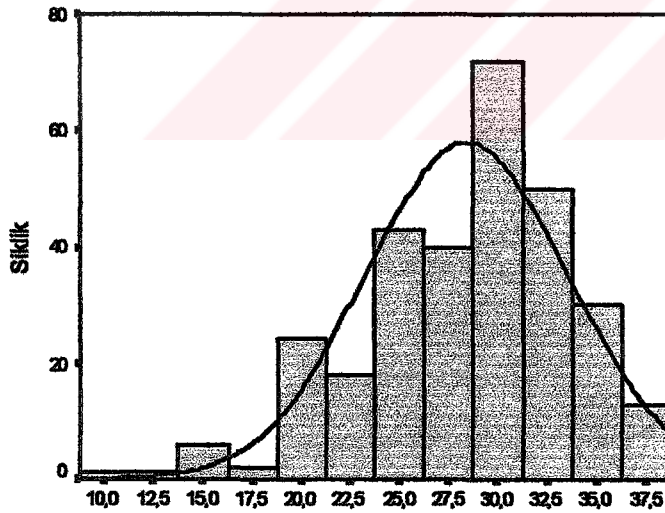
"Algilanan Duyarlilik" Alt Boyutu Puan Ortalamasi

"Algilanan duyarlılık" alt boyutunun ortalaması ve standart hatası 28.710 ± 0.029 'dir. Alt boyutun minimum puanı 12.00, maximum puanı 42.00 ve standart sapması 5.024'tür.

Skewness çarpıklık değeri:

-0.242, skewness standart hatası: 0.546' dur. Kurtosis diklik değeri: 0.311, kurtosis standart hatası: 0.281'dir.

Grafik. 6: "Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği"nin "Algilanan Duyarlilik" Alt Boyutundan Alınan Puanlar Histogramı



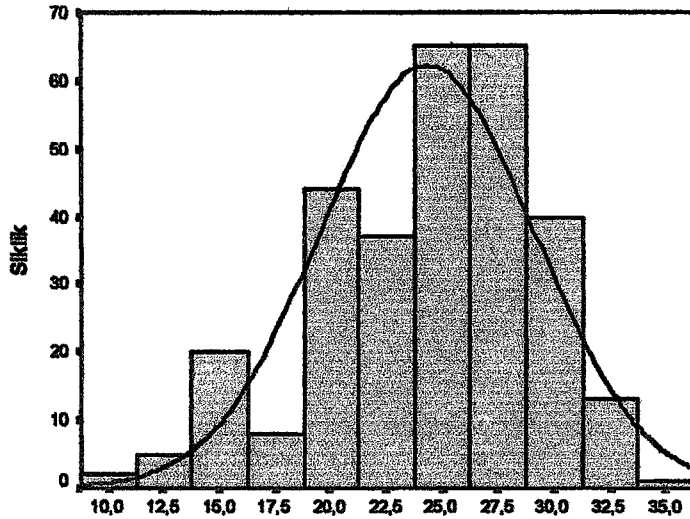
"Algilanan Ciddiyet" Alt Boyutu Puan Ortalamasi

"Algilanan ciddiye" alt boyutunun ortalaması ve standart hatası 28.423 ± 0.029 'dir. Bu alt boyutun minimum puanı 10.00, maximum puanı 38.00 ve standart sapması 5.151'dir.

Skewness çarpıklık değeri:

-0.645, skewness standart hatası: 0.801'dir. Kurtosis diklik değeri: 0.360, kurtosis standart hatası: 0.280'dir.

Grafik. 7: "Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği"nin "Algilanan Ciddiyet" Alt Boyutundan Alınan Puanlar Histogramı



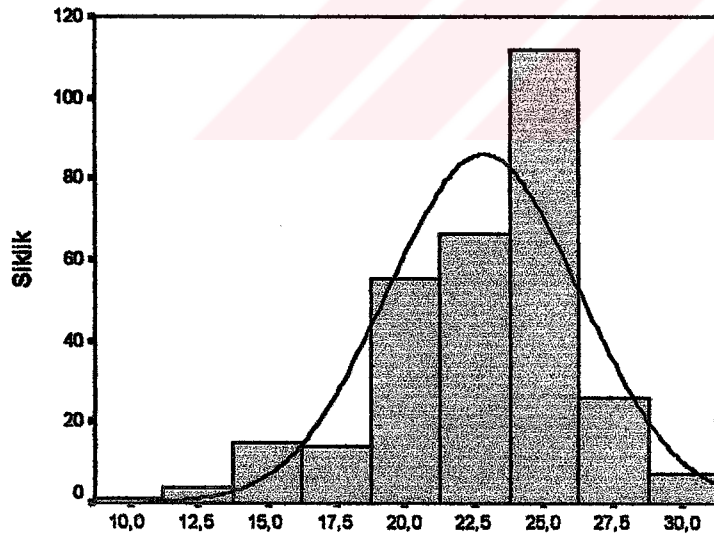
"Algılanan Engel" Alt Boyutu Puan Ort.

"Algılanan engel" alt boyutunun ortalaması ve standart hatası 24.310 ± 0.027 'dir. Bu alt boyutun minimum puanı 9.00, maximum puanı 34.00'dür. Standart sapması 4.797'tür.

Skewness çarpıklık değeri:

-0.641, skewness standart hatası: 0.832'dir. Kurtosis diklik değeri: 0.155, kurtosis standart hatası: 0.282'dür.

Grafik 8: "Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği"nin "Algılanan Engel" Alt Boyutundan Alınan Puanlar Histogramı



"Algılanan Yarar" Alt Boyutu Puan Ort.

"Algılanan yarar" alt boyutunun ortalaması ve standart hatası 22.816 ± 0.020 'dir. Bu alt boyutun minimum puanı 11.00, maximum puanı 30.00 ve standart sapması 3.477'tür.

Skewness çarpıklık değeri:

-0.800, skewness standart hatası: 0.839'dür. Kurtosis diklik değeri: 0.854, kurtosis standart hatası: 0.643'dir.

Grafik 9: "Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği"nin "Algılanan Yarar" Alt Boyutundan Alınan Puanlar Histogramı

Tablo. 20’de “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nden alınan toplam puanın ve alt boyutların puanlarının tanımlayıcı özellikleri görülmektedir (Tablo. 20).

Tablo. 20: “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nden Alınan Toplam Puanın ve Alt Boyutların Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

	N	Ranj	Min.	Max.	\bar{X}	S _x	SD
Ölçeğin Tümünün Tanımlayıcı Özellikleri Madde sayısı (30) x 5=150	300	61.00	71.00	132.00	104.97	0.0617	10.694
“Algılanan Duyarlılık” Alt Boyutunun Tanımlayıcı Özellikleri Madde sayısı (9) x 5=45	300	30.00	12.00	42.00	28.710	0.02901	5.024
“Algılanan Ciddiyet” Alt Boyutunun Tanımlayıcı Özellikleri Madde sayısı (8) x 5=40	300	28.00	10.00	38.00	28.423	0.2974	5.151
“Algılanan Engel” Alt Boyutunun Tanımlayıcı Özellikleri Madde sayısı (7) x 5=35	300	25.00	9.00	34.00	24.310	0.2770	4.797
“Algılanan Yarar” Alt Boyutunun Tanımlayıcı Özellikleri Madde sayısı (6) x 5=30	300	19.00	11.00	30.00	22.816	0.2007	3.477

3.3.2. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” İçin “İç Tutarlık”

Değerlendirilmesi:

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin “iç tutarlılığı”nı belirlemede “madde çözümlenmesi” ve “yarı-test güvenilirliği” yapılmıştır.

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin “madde çözümlenmesi”ni belirlemede “Cronbach Alpha katsayısı” hesaplaması ve korelasyona dayalı “madde analizi” uygulanmıştır. Madde analizinde, madde puanları çıkarılarak ve çıkarılmadan hesaplanan korelasyon katsayısı değerlerinde önemli bir değişiklik olmadığı saptandığı için madde analizi, madde puanları toplam puandan çıkarılmadan gerçekleştirilmiştir (97).

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tümü için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0.89 bulunmuştur. Ölçeğin diğer alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alpha katsayıları ve ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları ile ölçeğin tümünün puan ortalaması arasındaki korelasyon Tablo. 21’de görülmektedir.

Tablo. 21: Ölçeğin Tümünün ve Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Katsayıları, Ölçeğin Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ile Ölçeğin Tümünün Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon

	Cronbach Alpha Katsayıları	Korelasyon Katsayısı
Ölçeğin Tümü	0.8964	
“Algılanan Duyarlılık” Alt Boyutu	0.7180	0.84
“Algılanan Ciddiyet” Alt Boyutu	0.7814	0.77
“Algılanan Engel” Alt Boyutu	0.7066	0.75
“Algılanan Yarar” Alt Boyutu	0.7280	0.80

“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin “madde analizi” için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin Madde-toplam korelasyon katsayısı ve Cronbach Alpha katsayısı değerleri Tablo. 22’de görülmektedir.

Tablo. 22: “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin Madde-Toplam Korelasyonu ve Cronbach Alpha Katsayıları

<i>MADDELER</i>	<i>Madde-Toplam Korelasyonu</i>	<i>Cronbach Alpha Katsayıları</i>
Madde 1	0.527	0.6898
Madde 2	0.509	0.6747
Madde 3	0.532	0.6948
Madde 4	0.512	0.6776
Madde 5	0.520	0.6841
Madde 6	0.535	0.6971
Madde 7	0.517	0.6814
Madde 8	0.488	0.6556
Madde 9	0.435	0.6066
Madde 10	0.492	0.6595
Madde 11	0.552	0.7117
Madde 12	0.492	0.6597
Madde 13	0.494	0.6617
Madde 14	0.500	0.6669
Madde 15	0.473	0.6421
Madde 16	0.521	0.6852
Madde 17	0.490	0.6578
Madde 18	0.479	0.6479
Madde 19	0.476	0.6451
Madde 20	0.482	0.6504
Madde 21	0.508	0.6740
Madde 22	0.532	0.6946
Madde 23	0.455	0.6252
Madde 24	0.445	0.6161
Madde 25	0.425	0.5967
Madde 26	0.488	0.6558
Madde 27	0.453	0.6240
Madde 28	0.449	0.6193
Madde 29	0.422	0.5938
Madde 30	0.408	0.5799

Madde-toplam korelasyonu değerlendirilmesi yapılan ölçekte en düşük madde-toplam korelasyonuna sahip madde 0.40 ile madde 30 (Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım)’dır. Bu maddenin Cronbach Alpha katsayısı 0.57’dir. Ölçekte en yüksek madde-toplam

korelasyonu 0.55 ile madde 11 (Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeyi kolaylaştırır)’e aittir. Bu maddenin de Cronbach Alpha katsayısı 0.71’dir.

Bu bölümde “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” için yapılan “yarı test güvenilirlik” analizi sonuçları yer almaktadır.

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tek ve çift sayılı maddelerinden oluşan “iki yarı test güvenilirlik” sonuçlarına göre ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon 0.85’dir. Birinci yarıdaki 15 madde için Cronbach Alpha 0.82, ikinci yarıdaki 15 madde için Cronbach Alpha 0.79’dur. Ölçeğin Guttman Split-Half katsayısı 0.89, Sperman-Brown katsayısı ise 0.89 olarak bulunmuştur.

3.3.2. “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” İçin “Zamana Göre Değişmezlik” Değerlendirmesi:

Pratikte çok uygulanan zamana göre değişmezlik daha çok “test-tekrar test” (test-retest) tekniği olarak bilinir. “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” için yapılan “test-tekrar test güvenilirlik” analizi aşağıda görülmektedir.

Çalışmada “test-tekrar test güvenilirlik” ölçütü için çalışmaya katılan ilk 40 kadından ilk test uygulamasından 21 gün sonrası için randevu alınarak ölçek tekrar uygulanmıştır.

Tablo. 23’de görüldüğü gibi “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tümünün Pearson Momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.85 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde “Algılanan Duyarlılık” alt boyutunun Pearson Momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.82, “Algılanan ciddiyet” alt boyutunun Pearson Momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.85 bulunmuştur. “Algılanan engel” alt boyutunun Pearson Momentler çarpımı sonucu

elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.71, “Algılanan yarar” alt boyutunun Pearson Momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.83 bulunmuştur. Test-tekrar test sonucunda ölçeğin alt boyutlarından elde edilen korelasyon katsayılarından en yüksek korelasyon katsayısı “Algılanan ciddiyet” alt boyutuna ait iken, en düşük korelasyon katsayısı ise “Algılanan engel” alt boyutuna aittir.

Tablo. 23: “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin Tümünün ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Sonucundaki Korelasyon Katsayıları

	<i>Soru Sayısı</i>	<i>Uygulanan Kişi Sayısı</i>	<i>Korelasyon Katsayısı</i>
Ölçeğin Tümü	30	40	0.8576*
“Algılanan Duyarlılık” Alt Boyutu	9	40	0.8219*
“Algılanan Ciddiyet” Alt Boyutu	8	40	0.8502*
“Algılanan Engel” Alt Boyutu	7	40	0.7198*
“Algılanan Yarar” Alt Boyutu	6	40	0.8363*

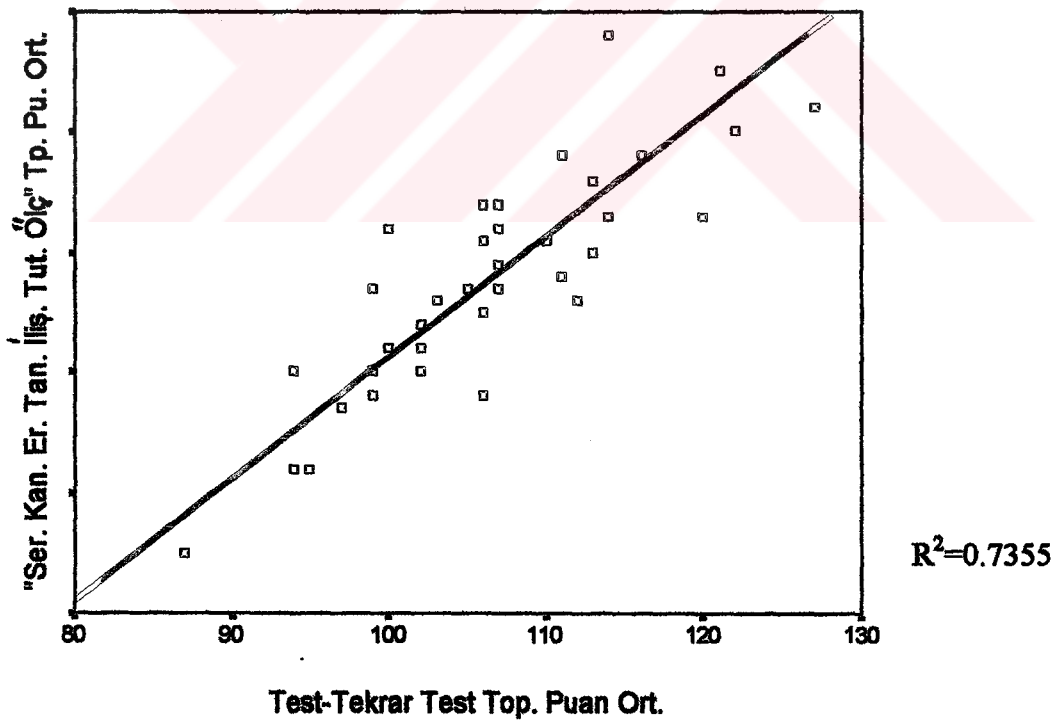
*p<0.001

Tablo. 24’de “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” puan ortalamasının test-tekrar test sonucu puan ortalamasına etkisinin incelendiği regresyon analizi sonuçları görülmektedir. “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” puan ortalamasının test-tekrar test sonucu puan ortalamasının % 73’lük bölümünü tanımladığı saptanmıştır. Grafik 10’da “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” puan ortalaması ile test-tekrar test sonucu puan ortalaması arasındaki bağıntı verilmiştir.

Tablo. 24: “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” Puan Ortalamasınının Test-Tekrar Test Sonucu Puan Ortalamasına Etkisine Göre Dağılımı

	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	T	p
Beklenti Puan Ortalaması	0.85	0.91	10.28	,000
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler	Ortalaması
Regresyon	2386.67	1	2386.67	
Residual	858.10	38	22.58	
Toplam	3344.77	39		
	F= 105.6937	P < 0.01		

İki değerlendirme arasında yapılan korelasyon analizinde $\alpha= 0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r= 0.85$, $R^2=0.73$, $p< 0.01$) (Grafik 9). Bu ilişki doğrusaldır. Ayrıca model istatistiksel olarak % 99 güven seviyesinde önemli bulunmuştur.



Grafik. 10: “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” Puan Ortalaması ile Test-Tekrar Test Sonucu Puan Ortalaması Arasındaki Bağını

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Bu bölümde “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin geçerliği ve güvenilirliği için yapılan çalışmalar iki bölüm halinde tartışılacaktır.

Birinci bölümde ölçeğin geçerliği ile ilgili tartışmalar yer alacaktır.

4.1. “SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ”NİN GEÇERLİK ANALİZLERİ

Bir ölçme aracının güvenilirlik (reliability) ile birlikte önemli teknik özelliklerinden biri de geçerliğidir (38). Bir testin “neyi”, ne denli “isabetli/doğru” olarak ölçtüğü ile ilgili kavram, geçerlik (validity)’tir (72). Bir ölçme aracının geçerli olabilmesi güvenilirliğine bağlı olmasına rağmen, güvenilir olup da geçerli olmayan bir ölçme aracı, pratikte pek bir öneme sahip değildir (38). Geçerlik sorunu, araştırmacının ölçtüğünü düşündüğü değişkeni gerçekten ölçüp ölçmediği sorusu ile ilgilidir (37). Geçerlik, bilimin özü olup, bilimsel olduğu kadar felsefi bir sorundur (57). Geçerlilik derecesi korelasyon (ilişki) katsayısı ile ifade edilir. Katsayının 1’e yaklaşması amaca ulaşma derecesini, 0’a yaklaşması ise amaçtan uzaklaşma derecesini gösterir. Geçerlik bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan ancak, ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve asla sonu olmayan bir süreçtir (73).

Kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin geçerlik analizine yönelik yapılan çalışmalar aşağıda yer almaktadır.

4.1.1. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” İçin “Kapsam Geçerliliği”nin Değerlendirilmesi:

Bu geçerlik sınavının amacı, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini bir uzman gruba inceleyerek, anlamlı maddelerden oluşan bütünü oluşturmaktır. “Kapsam geçerliliği” uzmanların yargılarına dayanan bir ölçüttür. Ölçeğin içeriğinin yeterli olduğunu garanti altına alacak objektif kriterler yoktur (45). “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin uzman görüşü açısından değerlendirilebilmesi için ölçek taslağındaki 34 madde konunun uzmanı olan 12 kişiye gönderilmiştir. Uzmanlardan her bir maddeyi ayırtedicilik, anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, anket hazırlama tekniği açısından değerlendirmeleri istenmiştir (12).

Bilgin (1995) bir ölçeğin kapsam geçerliliğini değerlendirmede yargıçlar grubu oluşturulmasını önermektedir (15). Bu öneriden yola çıkarak Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünden bir öğretim üyesi, iki asistan ile birlikte araştırmacının da içinde bulunduğu bir yargıç grubu oluşturuldu ve bütün sorular tek tek bu grupta değerlendirildi.

Uzmanlardan gelen önerilerde şu noktalar göze çarpmaktaydı;

- Rahim ağzı kanseri yerine rahim boynu kanseri teriminin kullanılması,
- Bilgi içeren maddelerin tutum ifadesine dönüştürülmesi,
- İfadelerde ikili olumsuzlamalar kullanılmaması,
- İfadelerde ikinci tekil şahıs yerine birinci tekil şahısların kullanılması,
- Genel ifadelerden kaçınılması,
- İfadelerde geçmiş değil, şimdiyi anlatan yapıların kurulması.

Uzmanlardan gelen bu öneriler ölçeğin oluşturulmasına çok büyük katkı sağlamıştır. Sadece ilk öneri için uygulamada daha çok rahim ağzı kanseri ifadesi kullanıldığı için rahim ağzı kanseri ifadesi tercih edilmiştir. Öneriler doğrultusunda bazı maddelerin ifadelerinde değişiklikler yapıldıktan ve bazı maddelerde ölçek taslağından

çıkarıldıktan sonra, uzmanların çoğunluğunun aynı fikirde olması gösterge olarak kabul edildi ve ölçme aracı 30 madde ile kullanılmaya başlandı. Uzman kişilerin görüşleri ile “kapsam geçerliği” ölçütü sağlanmaya çalışılmıştır.

4.1.2. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” İçin “Yapı-Kavram Geçerliği”nin Değerlendirilmesi:

Psikolojik ölçekler için “yapı-kavram geçerliği” birinci derecede önem taşır (97). “Yapı-kavram geçerliği” bir yandan ölçeğin ya da testin ölçtüğü niteliklerin neler olduğunu araştırır, diğer yandan ölçek uygulanan kişilerin aldığı puanların ne anlama geldiğini araştırır (37). Bu süreç, ölçeğin ölçtüğü faktörler incelenerek ya da geçerliği araştırılan ölçeğin diğer ölçek ve ölçülerle olan ilişkisini araştırarak gerçekleştirilir. Her defasında ölçekle ilgili yeni bir parça bilgi elde edilerek, yığılmalı bir şekilde ölçeğin yapısı ve puanın anlamı hakkında bilgiler elde edilir (73).

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin “yapı-kavram geçerliği”ni değerlendirmede “faktör analizi” yapılmıştır. “Faktör analizi” birbiri ile bağlantılı değişkenleri belli kümelerde bir araya getirmeye yarayan bir yöntemdir (37). Tutumun temel bileşenlerini (boyutlarını) belirlemekte en sık başvurulan geleneksel yol “faktör analizi”dir. Kendi aralarında yüksek ilişki gösteren maddeler faktörleri oluşturur. Maddelerin taşıdığı faktör yükleri doğrultusunda, birbiriyle olan ilişki düzeylerine dayalı olarak faktörler belirlenir. Ortaya çıkan faktörlerin adlandırılması ve yorumu kuramsal beklentilere ve birikime dayalıdır (97). Faktör analizi yaparken; bir kuramsal model varsa ve bu model faktör sayısı ile birlikte, faktörlerin neler olabileceği konusunda da bazı yordamalarda bulunuyorsa, verilere bu model dikkate alınarak doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi uygulanmalıdır. Modelin olmadığı, araştırmacının ölçme aracının ölçtüğü faktörlerin sayısı hakkında bir bilgisinin olmadığı, belli bir hipotezi sınamak yerine, ölçme aracıyla ölçülen faktörlerin doğası

hakkında bilgi edinmeye çalıştığı durumlarda açımlayıcı (exploratory) faktör analizi kullanılır (49, 95).

Faktör yapısını incelemek amacıyla, ölçek maddelerinin cevaplarına verilen puanlara Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) yapılır. Bu durum, birbirinden bağımsız alt boyutların oluşmasını sağlar (3). Faktörlerin hesaplanmasında, özdeğer (eigenvalue) göz önünde bulundurulur. Özdeğer, bir faktör tarafından açıklanan toplam varyanstır. Genellikle özdeğeri 1 veya daha büyük olan faktör sayısının yorumlanması uygun görülmektedir (3). Ayrıca sosyal bilimlerde yapılan analizlerde %40-60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilmektedir. Faktör örüntüsünün oluşturulmasında ise, 0.30-0.40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir (95).

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nden elde edilen verilere uygulanan Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) Ortogonal Varimax rotasyon yöntemi ölçeğin yapılandırılma amaçlarına büyük oranda ulaştığını göstermiştir. Ölçeğe faktör analizi yapılırken doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin “**Sağlık İnanç Modeli**”nin alt boyutlarına uygun şekilde 4 faktörden oluştuğu görülmektedir. Hatırlanacağı gibi, ölçek maddeleri “**Sağlık İnanç Modeli**”nin dört alt boyutu olan “algılanan duyarlılık”, “algılanan ciddiyet”, “algılanan engel” ve “algılanan yarar” konusunda kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumlarını ölçmek için biraya getirilmiştir.

Tablo 16’da görüldüğü gibi, “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nde temel bileşenler analizi sonucunda “algılanan duyarlılık” ile ilgili tutumları ölçtüğü varsayılan 9 madde, analizdeki ilk ve en güçlü faktör 1’de aynen yer almış ve 0.71’lik iç tutarlılık değeriyle bir alt boyut olarak ortaya çıkmış ve “algılanan duyarlılık” olarak adlandırılmıştır. Bu alt boyut varyansın % 26.471’ini açıklamaktadır.

Faktör 1'in faktör yükleri 0.37-0.69 arasında değişmektedir. "Algılanan ciddiyet" ile ilgili tutumları ölçeceği varsayılarak ölçeğe konan 7 maddeden başka bir maddenin daha bu alt boyuta eklenmesiyle "algılanan ciddiyet" olarak adlandırılan faktör 2'de yer aldığı, varyansın %7,849'u açıkladığı ve 0.78'lik iç tutarlılık değerine sahip bir alt boyut oluşturduğu görülmüştür. Bu faktörün faktör yükleri 0.46-0.68 arasında değişmektedir. "Algılanan engel" ile ilgili tutumlar için yazılan 9 maddenin 7'si faktör 3'e yüklenmiş ve "algılanan engel" olarak adlandırılmıştır. Bu faktör varyansın %4.933'ünü açıklamakta ve 0.70'lik bir iç tutarlılığa sahiptir. Faktör 3'ün faktör yükleri 0.59-0.68 arasında değişmektedir. Faktör 4 ise "algılanan yarar" olarak adlandırılmıştır. "Algılanan yarar" alt boyutunu ölçeceği varsayılan 5 maddeden başka 1 madde daha bu alt boyuta yüklenmiştir. Faktör 4 varyansın %4.632'sini açıklamakta ve iç tutarlılık katsayısı 0.72 bulunmuştur. Faktör 4'deki faktörlerin yükleri 0.36-0.65 arasındadır. Böylece ölçek için dört faktörün açıkladığı toplam varyans %43.885 olarak bulunmuş ve ölçeğin tümünün iç tutarlılığı 0.89'dur. Faktörlerin hiç birinin yükü 0.30'un altında olmadığı için ölçekten faktör çıkartma işlemi yapılmamıştır.

"Faktör analizi" uygulanırken örneklem büyüklüğü (yeterliliği) dikkate alınması gereken önemli konulardandır. Örneklemeden elde edilen verilerin yeterliğinin saptanmasında Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran indekstir. KMO ölçütü 1.00-0.90 olduğunda mükemmel, 0.89-0.80 arasında olduğunda çok iyi, 0.79-0.70 arasında olduğunda iyi, 0.69-0.60 arasında olduğunda orta, 0.59-0.50 arasında olduğunda zayıf ve 0.50'nin altında olduğunda kabul edilemez (3,95). "*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*"nin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ile hesaplanan örneklem yeterliliği 0.88 bulunmuştur. Bu değer ölçeğin örneklem büyüklüğünün çok iyi olduğunu ifade etmektedir.

Sonuç olarak, ölçeğin temel bileşenler analizi ile elde edilen faktör yapısının, kavramsal temelleriyle uyumlu olduğu, bir diğer deyişle “yapı-kavram geçerliği”ne sahip bulunduğu saptanmıştır.

4.1.3. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” İçin “Ölçüte Bağlı Geçerliği”nin Değerlendirilmesi

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin “ölçüte bağlı geçerliği”nin değerlendirilmesi “eşzamanlı (benzer) ölçekler geçerliği” ve “yordama geçerliği” ile yapılmıştır.

“Benzer ölçek geçerliği”nde, ölçek puanları ölçüm anında var olan bir ölçütle karşılaştırılır. Bu yöntemde, daha önceden geçerliği saptanmış olan bir ölçeğe gereksinim vardır. Yeni ölçeğin geçerliğini bulmak için yeni ölçek ve geçerliği yüksek olduğu bilinen önceki ölçek birlikte aynı gruba uygulanır; bireylerin yeni ve eski ölçekten aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve bu korelasyon katsayısına göre iki ölçek arasındaki ilişki değerlendirilir (45; 95). Aynı kavramı ölçen iki ölçeğin karşılaştırılması ölçeğin geçerliğine ilişkin bir yargıya varmayı kolaylaştırmaktadır (72).

Bu araştırmada, “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” ile kuramsal olarak aynı doğrultuda ilişki göstereceği düşünülen “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” arasında ilişki aranması hedeflenmiştir. Nahcivan tarafından sağlıklı gençlerde “Öz-Bakım Gücü”nün değerlendirildiği çalışmada ölçeğin Kuder-Richardson 20 formülü kullanılarak bulunan Alfa değeri 0.92’dir (69).

Uygulanan iki ölçekten elde edilen ölçümler sonrası hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı 0.34, Cronbach Alpha katsayısı ise 0.51’dir. Her iki ölçek arasında yapılan korelasyon analizinde $\alpha=0.01$ düzeyinde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.34$, $p < 0.01$). Tahmin edildiği gibi; iki ölçek arasında doğru orantılı ancak kuvvetli olmayan bir ilişki bulunmuştur. “*Servikal Kanserin Erken*

Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nden alınan puan ortalamaları arttıkça “Öz-Bakım Gücü Ölçeği”nden alınan puan ortalamaları da artmaktadır. Yapılan regresyon analizi sonucuna göre de “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin puan ortalamalarının “Öz Bakım Gücü Ölçeği”nin puan ortalamalarının % 12’lik bölümünü tanımladığı saptanmıştır. Model istatistiksel olarak %99 güven seviyesinde önemli bulunmuştur ($r=0.34$, $R^2 =0.12$, $p < 0.01$). Korelasyon katsayısının gücü belirtilirken 0.26-0.49 düzeyi için zayıf bir ilişkiden söz edildiği için, iki ölçek arasında zayıf bir ilişkinin varlığından söz edilebilir (3). “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” ile “Öz Bakım Gücü Ölçeği” arasında aynı doğrultuda ancak kuvvetli olmayan bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmada önemli olan ilişkinin gücünden çok yönüdür. İki ölçek aynı şeyi ölçmediği için güçlerinin de aynı olması beklenmemelidir. Bu nedenle bu beklenen bir sonuçtur ve ölçekler arasındaki aynı yöndeki ilişki yeterli bulunmuştur.

“Yordama geçerliği” yapılan ölçme ile ölçülmeye çalışılan şeyin gerçek hayattaki yansımalarının karşılaştırılmasındaki uyumu gösteren uygulama geçerliğidir. “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin “yordama geçerliği” değerlendirilirken kadınların tutumları ile davranışları karşılaştırılmıştır. Bunun içinde kadınların “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nden aldıkları toplam puan ile pap smear yaptırma davranışları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda pap smear yaptıran kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması, pap smear yaptırmayan kadınların ölçekten aldıkları toplam puandan daha yüksek bulunmuştur. İki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.000$) (Tablo 17).

Ayrıca pap smear yaptıran ve yaptırmayan kadınların “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin alt boyutlarından aldıkları puanlar pap smear yaptırma davranışı ile karşılaştırıldığında ölçeğin 4 alt boyutunun hepsinde de pap

smear yaptıran kadınların puanları daha yüksek bulunmuştur. Tablo 18’de görüldüğü gibi bu sonuçlar da, istatistiksel olarak anlamlıdır.

Ölçekten alınan puanlar ile kadınların pap smear yaptırma davranışları arasındaki ilişkiyi kestirmek mümkün olabilmektedir. “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nden yüksek puan alan kadınların pap smear yaptırma davranışını daha çok göstermeleri beklenecektir. Sonuçlardan da anlaşılacağı gibi “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” “yordama geçerliği”ne sahiptir.

4.2. ARAŞTIRMA KAPSAMINDA KULLANILAN ÖLÇEĞİN GÜVENİRLİK ANALİZLERİ

Güvenirlik her ölçme aracının taşıması gereken temel özelliktir ve bilimsel bir çalışmanın temel koşuludur (37, 57). Bireylerin aynı test kullanılarak, aynı ya da değişik zamanlarda o test maddelerine verdiği yanıtların tutarlılığı ya da değişmezliği testin güvenilirliğidir. Test güvenilirliği, yanıtlar arası tutarlılıktır (72). Güvenilir bir aracın sağladığı ölçüm değerleri içinde yanılğı değerlerinin olmaması istenir (37). Güvenirlik, test puanının değişimindeki (varyansındaki) hata oranını belirler. Güvenirlik katsayısı olarak kabul edilen r değerleri, test puanlarında yansıyan bireysel farklılıkların ne oranda gerçek farklara, ne oranda şans ya da hata faktörüne bağlı olduğunu gösterir. Güvenirlik katsayısı yükseldikçe, testle ölçülen farkların gerçek farkları yansıttığı düşünülür. Bu durumda test puanındaki hata payı da az olur (72). Korelasyon değeri bir’e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilir (57).

Kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin güvenilirliğini saptamaya yönelik olarak ölçeğin standart hatası, iç tutarlılığı ve zamana göre değişmezliği tekniklerinden yararlanılmıştır. Aşağıda geçerliliğe yönelik yapılan çalışmalar yer almaktadır.

4.2.1. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”

Maddelerine Verilen Yanıtların “Standart Hata” Sonuçları

Ölçmenin standart hatası bireysel puanlara karışan hata oranının olası sınırları hakkında bilgi verir. Ölçümden alınan puanın örneklem dağılımında alabileceği en düşük ve en yüksek puan sınırlarını gösterir ve bir puan dilimi şeklinde ifade edilir. Ölçmenin standart hatası yükseldikçe bireysel puanın değişkenliği artar ve ölçmenin standart hatası düştükçe bireyin testten aldığı puanın değişkenliği azalır. Standart hata küçüldükçe ölçmenin güvenilirliği artar, standart hata büyüdüğü ölçmenin güvenilirliği azalır (73, 95).

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tümünün ve alt boyutlarının aritmetik ortalama, standart hata ve standart sapma değerleri Tablo. 19 ve 20’de görülmektedir. Verilerin normal veya normale yakın dağılıp dağılmadığını belirlemek amacıyla, tek başına sadece hipotez testleri kullanılmamalı, test sonuçları histogram ve grafikler ile birlikte yorumlanmalıdır denilmektedir (3). Bu nedenle ölçeğin tümü ve alt boyutları için çizilen histogram grafikleri çizilmiştir (Grafik 5, 6, 7, 8, 9).

Standart normal dağılım tam bir çan eğrisi biçiminde ve simetriktir. Böyle durumlarda dağılımın aritmetik ortalaması, tepe değeri ve ortancası birbirine eşit olup, çarpıklık katsayısı sıfırdır. Bir veri grubu dağılımının, kuramsal bir dağılım olan normal dağılıma tam olarak uyması beklenemez. Dağılım, normal dağılıma göre daha sivri ya da yaygın olacak, ya da bir yana doğru kayma gösterecektir. Bu farklılıkların kabul edilir sınırlar içinde olup olmadığı, dağılımın “çarpıklık” (skewness) ve “diklik” (kurtosis) katsayıları ile saptanabilir (4). Çarpıklık (skewness) katsayısı; -1 ile +1 arasında bir değerdir. Normal dağılımın çarpıklık katsayısı sıfırdır. “Fisher’in Çarpıklık Katsayısı” çarpıklık değerinin standart hataya bölünmesi ile bulunur. Normal

dağılımdaki değerlerin ± 1.96 içerisinde olması beklenir. Diklik (kurtosis) katsayısı, normal dağılım için sıfırdır, diklik değerinin standart hataya bölünmesi ile “Fisher’in Diklik Katsayısı” hesaplanır. Yorumlanırken ± 1.96 değerlerindeki katsayılar anlamlı kabul edilmez (4).

Eğer bir normal dağılım simetrik değilse, dağılım eğrisinde çan eğrisinin tepe noktası ortada değil, sağa ve sola kaymış olacaktır. Başka bir deyişle, denekler hangi tarafta daha çoksa, eğrinin öteki tarafı basıklaşacaktır. Eğer ortalama medyandan büyük ise, gözlemlerin dağılımı sağa (pozitif) çarpık olur. Eğer ortalama medyandan küçük ise, gözlemlerin dağılımı sola (negatif) çarpık olur. Eğrinin tepesinin sivrilğinde; tepe sivriyse leptokurtik, tepe basıksa platikurtik dağılımdan söz edilir. Basıklık ve diklik dereceleri histogramlardan da anlaşılabilir (3).

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tümünün ve alt boyutlarının “çarpıklık” (skewness) katsayıları değerlendirildiğinde ölçeğin tümünün çarpıklık katsayısı -0.68, “algılanan duyarlılık” alt boyutunun “çarpıklık katsayısı” -0.44, “algılanan ciddiyet” alt boyutunun “çarpıklık katsayısı” -0.76, “algılanan engel” alt boyutunun “çarpıklık katsayısı” -0.75, “algılanan yarar” alt boyutunun “çarpıklık katsayısı” -0.95 bulunmuştur. Bu çarpıklık katsayıları ± 1.96 değerleri içinde yer aldığından, anlamlı kabul edilmez ($p > 0.005$). Görüldüğü gibi ölçeğin tümünün ve alt boyutlarının sola çarpık olduğu görülmektedir. En az çarpık alt boyut “algılanan duyarlılık” alt boyutu iken, en çok çarpık alt boyut “algılanan yarar” alt boyutudur. Bu da ölçeğin tümünün ve alt boyutlarının puan ortalamalarının medyandan küçük olduğunu göstermektedir.

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tümünün ve alt boyutlarının “diklik” (kurtosis) katsayıları değerlendirildiğinde ölçeğin tümünün diklik katsayısı -0.84, “algılanan duyarlılık” alt boyutunun “diklik katsayısı” 1.10, “algılanan ciddiyet” alt boyutunun “diklik katsayısı” 1.28, “algılanan engel” alt boyutunun “diklik

katsayısı” 0.54, “algılanan yarar” alt boyutunun “diklik katsayısı” 1.33 bulunmuştur. Diklik katsayıları ± 1.96 değerleri içinde yer aldığından, bu değerler anlamlı kabul edilmez ($p > 0.005$). Ölçeğin tümünün ve alt boyutlarının sivriliğini leptokurtik olarak tanımlamak mümkündür. En dik alt boyut “algılanan engel” alt boyutu iken, en basık alt boyut “algılanan yarar” alt boyutudur. Bu da ölçeğin tümünün ve alt boyutlarının puan dağılımlarının normal dağılım içindeki sivriliğini göstermektedir.

Sonuç olarak; ölçeğin tümünün ve alt boyutlarının normal dağılım eğrisi içinde bulunduğu söylenebilir. Bu sonuçlar ölçmenin güvenilir olduğunun göstergesidir.

4.2.2. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” İçin “İç Tutarlılık” Değerlendirilmesi

“İç tutarlılık” sık başvurulan bir güvenilirlik ölçütüdür. “İç tutarlılık”ın dayandığı temel görüş, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütünü oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımıdır (45, 57). Bu teknikte oluşturulmuş bir testin maddeleri çoğunlukla aynı yönde bir ayırım yapmış ise o testin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu anlaşılır (72).

“İç tutarlık güvenilirliği”ni sınamak için “madde çözümlenmeleri” ve “yarı-test güvenilirliği” yapılır. “Madde çözümlenmesi” için de “Cronbach Alpha katsayısı”, “Kuder-Richardson 20”, “Kuder-Richardson 21 çözümlenmeleri” ve “madde-toplam ölçek çözümlenmesi” yapılmaktadır (37).

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin “iç tutarlılığı”nı belirlemede “madde çözümlenmesi” ve “yarı-test güvenilirliği” yapılmıştır.

Ölçeğin güvenilirlik düzeyini saptarken “madde çözümlenmesi”nde madde puanlarının sürekli olduğu durumlarda (Likert tipi) Cronbach Alpha katsayısı hesaplanması önerilmektedir (38, 45, 73, 97). Yapılan analiz sonucunda “*Servikal*

Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin tümünün Cronbach Alpha katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının “algılanan duyarlılık” Cronbach Alpha katsayısı 0.71, “algılanan ciddiyet” Cronbach Alpha katsayısı 0.78, “algılanan engel” Cronbach Alpha katsayısı 0.70, “algılanan yarar” Cronbach Alpha katsayısı 0.72’dir. Güvenirlik ölçütü olarak kabul edilecek korelasyon katsayısının düzeyi ölçeğin hangi amaçla kullanılacağına bağlıdır. Fizyolojik ölçümlerde 0.90 ve üzeri, tutum ölçeklerinde 0.70 olarak kabul edilebilir düzeydir (45). Ölçeğin maddelerinin genel olarak yüksek bir iç tutarlığa sahip olması, ölçeğin tümünden elde edilen 0.89’luk Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı ile gösterilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarının tümünün iç tutarlılık katsayıları da güvenirlik düzeyindedir. Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları ile ölçeğin tümünün puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde dört alt boyutun tümünde de oldukça yüksek korelasyon katsayıları saptanmıştır (“Algılanan Duyarlılık” 0.84, “Algılanan Ciddiyet” 0.77, “Algılanan Engel” 0.75, “Algılanan Yarar” 0.80). Bu sonuçlarda ölçeğin kendi içinde tutarlı olduğunu göstermektedir. Tüm bu sonuçlara göre; ölçekte bulunan maddeler birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluşmaktadır. Başka bir deyişle ölçeğin homojenliği yeterli düzeydedir.

Ölçeklerde ters yönde puanlanan soruların iç tutarlılık katsayısını düşürdüğü bilgisinden yola çıkılarak, ölçeğin ters yönde puanlanan maddelerinin iç tutarlılığı değerlendirildiğinde, ters yönde puanlanan maddelerin iç tutarlılığı bir miktar düşürdüğü, düz puanlanan maddelerdeki 0.89’luk Cronbach Alpha değeri yerine ters maddelerdeki 0.79’luk Cronbach Alfa değerinden anlaşılmaktadır. “Algılanan engel” alt boyutunda Cronbach Alpha katsayısının diğer alt boyutlara göre düşük olmasının nedeninin de, bu alt boyutta ters yönde puanlanan madde sayısının çokluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Tepki yanlılığını önlemek amacıyla kullanılan bu madde yönlerini dengeleme tekniğinin ülkemizde geliştirilen ya da uyarlanan ölçeklerde

iyi işlemediği de çoğu kereler gözlenmiştir. Dolayısıyla ölçeğin ters yönde puanlanan maddelerinin gözden geçirilerek yeniden düzenlenmesinin iç tutarlılığı daha da artıracığı düşünülmektedir.

“Madde analizi”, ölçme aracındaki her maddenin aldığı değer ile, ölçme aracının tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eder (57). Ölçek içindeki maddelerin belirli bir niteliği ölçüp, ölçmediğini ayırt etmede bu yöntemden yararlanılabilir. Ölçek içindeki her maddenin toplam puanla olan korelasyonu bulunarak incelenir. Eğer, bir maddenin toplam puana olan korelasyonu düşük ise, bu o maddenin ölçekteki diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü gösterir. “Madde analizi” sonucunda hesaplanan Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısıdır. Bu korelasyon katsayısının negatif olmaması gerekir (57, 73).

Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, Karasar’a (1995) göre 0.50’den küçük katsayısı olan maddelerin güvenilirliğinden kuşku duyulmalı iken, Öner’e (1987) göre, bu katsayı 0.30’un üzerinde olmalıdır. Uygulamada ise çoğu araştırmacı 0.20 düzeyini kullanmaktadır (45, 57, 72). Madde-toplam korelasyon katsayısı sınırına karar verirken; araştırmacı, araştırmanın amacı ve yapılan ölçmenin niteliğine göre karar verebilir denilmektedir (45). “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin madde-toplam korelasyon katsayısı için 0.30 düzeyi güvenilirlik düzeyi olarak kabul edilmiştir.

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” için yapılan “madde analizi” sonuçlarında madde-toplam korelasyon katsayısı 0.30’un altında olan madde yoktur ve bu nedenle de hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Ölçeğin madde-toplam korelasyon katsayısı ve Cronbach Alpha değerleri Tablo 22’de görülmektedir. Madde-toplam korelasyon değerlendirilmesi yapılan ölçekte en düşük madde-toplam korelasyonuna sahip madde 0.40 ile madde 30 (Mahrem yemi göstereceğimden

utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınıyorum)’dur. Bu maddenin Cronbach Alpha katsayısı 0.57’dir. Ölçekte en yüksek madde-toplam korelasyonu 0.55 ile madde 11 (Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeyi kolaylaştırır)’e aittir. Bu maddenin de Cronbach Alpha katsayısı 0.71’dir. “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”ne yapılan “madde analizi” sonucunda ölçeğin bütün maddelerinin güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

“İç tutarlılık güvenilirlik katsayısı” hesaplama yöntemlerinden birisi de “yarı test güvenilirliği”nin hesaplanmasıdır. “Yarı test güvenilirlik” yönteminde, ölçek ya da test maddeleri iki eşit parçaya bölünerek ölçüm sonuçları arasında korelasyon hesaplanır. Yarıya bölme işlemi birkaç şekilde yapılabilir. Bunlardan biri ölçek maddelerini ilk yarı-ikinci yarı olarak ikiye bölmektir. Sık kullanılan diğer bölme yöntemi ise aracı tek sayılı ve çift sayılı maddelerini ayırarak ikiye bölmektir. “Yarı test güvenilirlik” yöntemi hesaplamaları toplam ölçeğin değeri altında bir kestirim yapma eğilimindedir. Bunun nedeni de; kısa ölçeklere kıyasla uzun ölçeklerde güvenilirliğin daha yüksek olmasıdır (37).

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tek ve çift sayılı maddelerinden oluşan iki yarı test güvenilirlik sonuçlarına göre ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon 0.85’dir. Birinci yarıdaki 15 madde için Cronbach Alpha 0.82, ikinci yarıdaki 15 madde için Cronbach Alpha 0.79’dir. Ölçeğin Guttman Split-Half katsayısı 0.89, Sperman-Brown katsayısı ise 0.89 olarak bulunmuştur. Beklendiği gibi değerler toplam ölçeğin değerlerine benzer veya biraz altında olmasına rağmen, güvenilirlik değerleri oldukça yüksektir. Bu sonuçta; ölçeğin iç tutarlılığa sahip, güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

4.2.3. “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” İçin “Zamana Göre Değişmezlik” Değerlendirilmesi

Yapılan bir ölçmede kullanılabilen güvenilirlik ölçütlerinden biri de “zamana göre değişmezlik”tir. “Zamana göre değişmezlik” ölçütü, herhangi bir şeyin aynı (benzer) koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümleri sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişkidir. Yani, önceki ve sonraki ölçmeler arasındaki korelasyon katsayısıdır (57).

Pratikte çok uygulanan “zamana göre değişmezlik” daha çok “test-tekrar test” (test-retest) tekniğidir. “Test-tekrar test güvenilirliği”, zaman içinde aynı sonuçları elde ederek ölçeğin kararlılığını değerlendirir. Burada ölçüm zamanları arasında ölçülen değişkenlerin kararlı kalması, öte yandan diğer koşulların da buna etki etmemesi zorunluluğu vardır. Bu koşulun her zaman yerine getirilmesi olanaklı olmadığından, “test-tekrar test güvenilirliği” çoğu kez olduğundan daha düşük düzeyde hesaplanır. Diğer yandan deneklerin ölçeği anımsamaları da test-tekrar test güvenilirliğini bozan bir başka unsurdur ve bu durumda beklenenden daha yüksek düzeyde güvenilirlik elde edilir (6). Bu nedenlerle iki ölçüm arasında iki-dört haftalık bir zaman önerilmektedir (95).

İki uygulama arasındaki ilişki için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplanır. Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı örneklemin büyüklüğünden etkilendiği ve küçük gruplarda kararlılık gösterebilmesi için, grubun en az 30 kişiden oluşması gerektiği belirtilmektedir (3, 95).

Bu araştırmada “ test-tekrar test güvenilirlik” ölçütü için çalışmaya katılan ilk 40 kadına, ilk test uygulamasından 21 gün sonrası randevu alınarak ölçek tekrar uygulanmıştır.

Bu bölümde “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” için yapılan “test-tekrar test güvenilirlik” analizi sonuçları bulunmaktadır. Tablo 23’de görüldüğü gibi “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tümünün

Pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.85'dir. Ölçeğin alt boyutları değerlendirildiğinde “algılanan duyarlılık” alt boyutunun Pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.82, “algılanan ciddiye” alt boyutunun Pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.85, “algılanan engel” alt boyutunun Pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.71, “algılanan engel” alt boyutunun Pearson momentler çarpımı sonucu elde edilen test-tekrar test korelasyon katsayısı 0.83 bulunmuştur. Yapılan regresyon analizi sonucunda “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” puan ortalamasının test-tekrar test sonucu puan ortalamasının % 73'lük bölümünü tanımladığı saptanmıştır. Korelasyon katsayısının gücüne bakıldığında da 0.70-0.89 düzeyi yüksek ilişkinin varlığından sözettiği için, iki ölçüm arasında yüksek ilişki gücünden söz etmek mümkündür ($r= 0.85$, $R^2=0.73$, $p< 0.01$) (3). Bu ilişki doğrusal bir ilişkidir ve istatistiksel olarak % 99 güven seviyesinde önemlidir.

Elde edilen bulgulara göre, “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin zamana göre kararlılığını yüksek düzeyde sağladığını söylemek mümkündür.

Sonuç olarak; “**Sağlık İnanç Modeli**” yaklaşımı ile kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını incelemeye yönelik olarak geliştirilmeye çalışılan “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin oldukça yeterli güvenilirlik ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını belirlemede, bu ölçeğin rahatlıkla kullanılabileceği söylenebilir.

BÖLÜM IV

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

“Sağlık İnanç Modeli” yaklaşımı ile kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını incelemeye yönelik geliştirilen “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin geliştirilmesi aşamasında elde edilen sonuçlar şöyle sıralanabilir:

Geçerlik Analiz Sonuçları;

* “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin kapsam geçerliğinin sağlanması için konunun uzmanı 12 kişiden görüş alınmıştır.

* Ölçeğin kavram geçerliği için yapılan “faktör analizi” sonucunda dört faktör elde edilmiştir. Bu dört faktör “Sağlık İnanç Modeli”nin alt boyutlarına göre adlandırılmıştır. Faktör I “Algılanan Duyarlılık”, faktör II “Algılanan Ciddiyet”, faktör III “Algılanan Engel”, faktör IV “Algılanan Yarar”. Dört faktörün açıkladığı varyans % 43.885’dir.

* “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin geçerlik değerlendirmesinde benzer ölçek olarak “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” kullanılmıştır. İki ölçek arasında doğrusal, fakat kuvvetli olmayan bir ilişki saptanmıştır ($r=0.34$, $R^2 =0.12$, $p< 0.01$). İki ölçeğin puan ortalamalarının birbirine etkisinin incelendiği regresyon analizinde “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin puan ortalaması, “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” puan ortalamasının %12’lik bölümünü tanımlamaktadır.

* Ölçeğin yordama geçerliği için, kadınların “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nden aldıkları toplam puan ile pap smear yaptırma davranışları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda

pap smear yaptıran kadınların ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması, pap smear yaptırmayan kadınların ölçekten aldıkları toplam puandan daha yüksek bulunmuştur. İki ortalama arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.000$). Ölçeğin alt boyutları arasında da anlamlı düzeyde farklılıklar saptanmıştır.

Güvenirlilik Analiz Sonuçları;

* “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tümünden alınan puanlara bakıldığında ölçeğin min. puanı 71.00, max. puanı 132.00 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tümünün toplam puan ortalaması ve standart hatası 104.97 ± 0.061 ’dir.

* Ölçeğin tümü için Cronbach Alpha katsayısı 0.89, “Algılanan Duyarlılık” alt boyutu için 0.71, “Algılanan Ciddiyet” alt boyutu için 0.78, “Algılanan Engel” alt boyutu için 0.70, “Algılanan Yarar” alt boyutu için 0.72 düzeyinde bulunmuştur.

* Ölçeğin “madde analizi” için hesaplanan madde-toplam korelasyon katsayısı 0.40-0.55 arasında saptanmıştır.

“*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin tek ve çift sayılı maddelerinden oluşan iki yarı test güvenirlilik sonuçlarına göre ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon 0.85’dir. Ölçeğin Guttman Split-Half katsayısı 0.89, Sperman-Brown katsayısı da 0.89 yüksek bulunmuştur.

* Yapılan “test-tekrar test güvenirliliği” sonucunda iki ölçüm arasında korelasyon katsayısı 0.85 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının korelasyon katsayıları da yüksektir (0.82, 0.85, 0.71, 0.83).

* Ölçeğin “zamana göre değişmezliği”ni test edebilmek için “test-tekrar test tekniği” kullanılmıştır. Yapılan iki ölçüm arasında doğrusal ve kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. İki değerlendirme arasında yapılan korelasyon analizinde $\alpha = 0.01$ düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r = 0.85$, $R^2 = 0.73$, $p < 0.01$). “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” puan ortalamasının test-tekrar test sonucu puan

ortalamasına etkisinin incelendiği regresyon analizi sonucunda “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” puan ortalamasının test-tekrar test sonucu puan ortalamasının % 73’lük bölümünü tanımladığı saptanmıştır.



5.2. ÖNERİLER

Bu çalışmada araştırmaya yönelik olarak;

* *“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”* nin değişik sosyo-ekonomik düzeyleri, bölgeleri ve yaş gruplarını temsil eden örneklemelere uygulanarak, değişmezliğinin araştırılması,

* *“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”* nin **“Sağlık İnanç Modeli”**nde bireylerin algılarında etkili olabilecek diğer değişkenler (yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, etnik grup, v.s.) ile değerlendirilmesi,

* Geliştirilen ölçekten kadınların servikal kansere ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik yapılacak araştırmalarda yararlanılması,

* *“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”*ndeki ters puanlanan soruların yeniden gözden geçirilerek, değerlendirilmesi,

* Servikal kanser için düşünülen bu ölçeğin, diğer kanser türleri için uyarlama çalışmalarının yapılması,

* Sağlığı koruma ile ilgili yapılacak projelerde **“Sağlık İnanç Modeli”** yaklaşımından yararlanılması,

Uygulamaya yönelik olarak da;

* Geliştirilen ölçek yardımıyla saptanacak tutumların hazırlanan/hazırlanacak erken tanı programlarında/projelerinde kullanılması önerilmektedir.

BÖLÜM VI

ÖZET

Bu araştırmada, “Sağlık İnanç Modeli” yaklaşımı ile kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını incelemeye yönelik geçerli ve güvenilir bir araç geliştirmek amaçlanmıştır. Araştırma metodolojik türde bir alan araştırmasıdır.

Araştırma Manisa İl merkezinde bulunan toplam 9 sağlık ocağı bölgesindeki 19-64 yaş grubundaki evli 300 kadında yürütölmüştür. “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*” 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin tümünün toplam puan ortalaması ve standart hatası 104.97 ± 0.061 , standart sapması 10.694 olarak saptanmıştır. Ölçeğin “kapsam geçerliği”nin sınanması sırasında 12 uzmandan görüş alınmış, öneriler doğrultusunda değişiklikler yapılmıştır. Yapılan “madde analizi” sonucunda ölçeekteki maddelerin madde-toplam korelasyon katsayısı 0.40-0.55 arasında saptanmış ve hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Ölçeğe uygulanan “faktör analizi” sonucunda ölçeğin toplam varyansının %43.88’ini açıklayan 4 faktör elde edilmiş ve bu faktörler “Sağlık İnanç Modeli”nin alt boyutlarına göre Faktör I “Algılanan Duyarlılık”, faktör II “Algılanan Ciddiyet”, faktör III “Algılanan Engel”, faktör IV “Algılanan Yarar” şeklinde adlandırılmıştır. Ölçeğin tümü için Cronbach Alpha katsayısı 0.89’dur. Cronbach Alpha katsayısı “Algılanan Duyarlılık” için 0.71, “Algılanan Ciddiyet” için 0.78, “Algılanan Engel” için 0.70, “Algılanan Yarar” için 0.72 bulunmuştur. Ölçeğin yarı-test güvenilirliğinde Guttman Split-Half katsayısı 0.89, Sperman-Brown katsayısı ise 0.89’dur. Ölçeğin zamana göre değişmezliğinde yapılan iki ölçüm arasında doğrusal ve kuvvetli bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.85$, $R^2=0.73$, $p< 0.01$).

Sonuç olarak; “*Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği*”nin oldukça yeterli güvenilirlik ve geçerlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu

saptanmıştır. Ölçeğin test edilmesi için farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip kadınlarda çalışmalar yapılmasına gereksinim vardır.



ABSTRACT

DEVELOPING A SCALE TO EXAMINE ATTITUDES TOWARD EARLY DIAGNOSIS OF CERVICAL CANCER BY USING “HEALTH BELIEF MODEL” AS A THEORETICAL FRAMEWORK

The aim of this study was to develop a valid and reliable instrument to examine attitudes toward early diagnosis of cervical cancer by using “**Health Belief Model**” as a theoretical framework. This is a methodological and epidemiological survey study.

This study was conducted at 9 primary health care center district with 300 women married and ages 19-64 years residing in Manisa. “*The Scale of Attitudes Towards Early Diagnosis of Cervical Cancer*” included 30 items. The total mean score and standard error of the scale were 104.97 ± 0.061 and standard deviation was 10.694. The scale was examined by 12 experts to verify its content validity. In the item analysis it has seen that the item-to-total correlation coefficients of scale ranged from 0.40 to 0.55 and none of the items of scale was deleted. At the result of factor analysis of the scale 4 factors which can account for 43.88% of the total variance of test scores was obtained. These factors was called as Factor I “Perceived Susceptibility”, Factor II “Perceived Seriousness”, Factor III “Perceived Barriers”, Factor IV “Perceived Benefits” according to Health Belief Model constructs. The Cronbach alpha coefficient of the scale was 0.89. It was 0.71 for “Perceived Susceptibility”, 0.78 for “Perceived Seriousness”, 0.70 for “Perceived Barriers”, 0.72 for “Perceived Benefits”. Split-half reliability of the scale has shown that Guttman split-half value was 0.89 and Sperman-Brown value was 0.89. In order to estimate instrument stability between different

occasions test-retest reliability was performed and it has seen that there was a strong and linear correlation between measures ($r=0.85$, $R^2=0.73$, $p<0.01$).

As a result it has found that “*The Scale of Attitudes Towards Early Diagnosis of Cervical Cancer*” was a sufficiently valid and reliable instrument. More work needs to be conducted in testing this scale specifically for women who have different socio-cultural features.



BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Abaan, S. (1996) Kanser Görülme Sıklığı ve Epidemiyoloji. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı'nda, Çev. Ed. Nurgün Platin, Amerikan Kanser Birliği, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara.
2. Adak, N. (2002) Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme, Birey Yayıncılık, İstanbul.
3. Akgül, A. (1997) Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası, Ankara.
4. Aksakoğlu, G. (2001) Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, D.E.Ü. Rektörlük Matbaası, İzmir.
5. Anastasi, A. (1990) Psychological Testing, Sixth Edition, Macmillan Publishing Company, New York, pp:109-233.
6. Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (2000) Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
7. Aytaç, S. (2000) İnsanı Anlama Çabası (Psikolojiye Giriş), Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa.
8. Austin, L.T., McNally, M.J., Stewart, D.E. (2002) Breast And Cervical Cancer Screening In Hispanic Women: A Literature Review Using The Health Belief Model, *Women's Health Issues 12: 122-128*.
9. Baltaş, Z. (2000) Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, Remzi Kitabevi, İstanbul.
10. Barclay, V. (1987) Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar, (Çev. Ed. Platin N), Ankara.

11. Basil, J.B., Horowitz, I.R., (2001) Cervical Carcinoma Contemporary Management, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 28:727-742.
12. Baş, T. (2001) Anket, Anket Nasıl Hazırlanır?, Anket Nasıl Uygulanır?, Anket Nasıl Değerlendirilir? Seçkin Yayıncılık, Ankara.
13. Bavema, P.A., Tarimo, E. (1998) Temel Sağlık Hizmetlerinde Taramalar, Sınırlı Kaynaklarla Önceliklerin Belirlenmesi (Çev. Ed. Aksayan S), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
14. Bekar, M. (2001) Kültürlerarası (Transkültürel) Hemşirelik, *Toplum ve Hekim*, 16:136-141.
15. Bilgin, N. (1995) Sosyal Psikolojide Yöntem ve Pratik Çalışmalar, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
16. Bilir, N. (2002) Kanserden Korunmada Güncel Yaklaşımlar, 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23- 28 Eylül 2002, Kongre Kitabı I, s.147-152. Diyarbakır.
17. Birol, L. (1997) Hemşirelik Süreci , Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşımı, 3. Baskı, İzmir.
18. Bolsoy, N., Sezgin, S. (1998) Manisa İli Temel Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Kadınların Düzenli Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenlerinin İncelenmesi, 4. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı-Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem Strateji ve Politikaları, Kongre Kitabı, İzmir, s.210-216.
19. Burak, L.J., Meyer, M. (1997) Using the Health Belief Model to Examine and Predict Collage Women's cervical Cancer Screening Beliefs and Behavior, *Health Care for Women International*, 18:251-262.
20. Büyükpamukçu, M. (1996) Türkiye'de Kanser Dağılımı, Onkoloji Hemşireleri Derneği ve Avrupa Onkoloji Kursu Dökümanı, Ankara.

21. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana bilim Dalı (1999) Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 1999, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana bilim Dalı, Manisa.
22. Champion, V.L. (1984) Instrument development for health belief model constructs. *Advaced in Nursing Science*, 6:73-85.
23. Champion, V.L. (1993) Instrument refinement for breast cancer nursing screening behaviors. *Nursing Research*, 42:139-143.
24. Champion, V.L., Scott, C. (1997) Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women, *Nursing Research*, 46:331-337.
25. Coşkun, A. (1989) Doğurgan Çağı Evli Kadınların Periyodik Olarak Jinekolojik Kontrole Gitme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Faktörler, I. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Kitabı, İstanbul.
26. Cotran, R.S., Kumar, V., Collins, T. (1999) Robbins Pathologic Basis Of Disease, Sixth Edition, W.B. Saunders Company, London.
27. Çimen, S. (2000) Yaşlı Bireylerde Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumlarının Araştırılması, 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Program ve Özet Kitabı, Türkan Sabancı Kültür Merkezi, Edirne, s:126.
28. Damrosch, S. (1991) General Strategies for Motivating People to Change Their Behavior, *Nursing Clinics of North America*, 26: 833- 843.
29. Dikmen, A. (2001) Giriş, *Toplum Bilim* 13:7-10.
30. Dirican, R., Bilgel, N. (1993) Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, s.97, 102.
31. Dünya Sağlık Örgütü (1998) Dünya Sağlık Örgütü Raporu.
32. Eaker, S., Adami, H.O., Sparen, P. (2001) Attittudes To Screening For Cervical Cancer: A Population-Based Study İn Sweden, *Cancer Causes And Control* 12: 519-528.

33. Edelman, C.L., Mandle, C.L. (1990) Health Promotion Throughout The Life Span, Second Edition, Mosby Company, Toronto.
34. Ekizler, H. (1994) Servikal Kanserlerin Önlenmesinde, Erken Tanısında Pap Smear Taramalarının Önemi ve Hemşirenin Rolü, *Marmara Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1: 33- 45.
35. Erdil, F. (1996) Kanser Hemşireliğine Giriş, Hemşireler İçin Kanser El Kitabı (Çev. Ed. Nurgün Platin) Amerikan Kanser Birliği, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara.
36. Erdoğan, S., Nahçıvan, N., Esin, N. (1994) Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme ve Hemşirelik, *Hemşirelik Bülteni*, 8: 28-35.
37. Erefe, İ. (2002) Veri Toplama Araçlarının Niteliği, Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri'nde, Ed. Erefe, İ., Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği, İstanbul, s.169-188.
38. Erkuş, A. (2001) Psikometri Üzerine Yazılar, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:24, Ankara.
39. Esin, N. (1998) Türk Kadınlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Uluslar arası Katılımlı), Kongre Kitabı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 14-18 Nisan 1998, Adana, s:52-55.
40. Esin, M.N. (1997) Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
41. Fişek, N.H. (1983) Halk Sağlığına Giriş, Ankara Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayınları, No: 2.
42. Freedman, J.L., Scars, D.O., Carlsmith, J.M. (2003) Sosyal Psikoloji (çev; Ali Dönmez), 4. Baskı, İmge kitapevi, Ankara.

43. Ginsberg, K. (1991) Exfoliative Cytologic Screening The Papanicolaou Test, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2: 39-46.
44. Gochman, D.S. (1988) Health Behavior Research Present and Future. In.: Health Behavior Emerging Research Perspectives, ed: Gochman D.S., Plenum Pres, New York, pp.409-425.
45. Gözüm, S., Aksayan, S. (2002) Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4: 9-20.
46. Guidozi, F. (1996) Screening for Cervical Cancer, *Obstetric and Gynecologic Survey* 51: 247-252.
47. Güvenç, B. (1976) Sorular ve Sorunlar, Sosyal ve Kültürel Değişme, Ankara, s: 19.
48. Holroyd, E., Twinn, F.S., Shia, A.T.Y. (2001) Chinese Women's Experiences And Images Of The Pap Smear Examination, *Cancer Nursing*, 24: 68-75.
49. Hovardaoğlu, S. (2000) Davranış Bilimleri İçin Araştırma Teknikleri, VE-GA Yayınları, Ankara.
50. Hovardaoğlu, S., Sezgin, N. (1998) Eğitimde ve Psikolojide Ölçme Standartları, Türk Psikologlar Derneği ve Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi Yayını No:14, Ankara.
51. [http:// www. doh.wa.gov/here/howto/images/Behavior.html](http://www.doh.wa.gov/here/howto/images/Behavior.html)
52. İnceoğlu, M. (1993) Tutum Algı İletişim, V Yayınları, Ankara.
53. İsen, G., Batmaz, V. (2002) Ben ve Toplum / Sosyal Psikoloji, 2. Baskı, OM Yayınevi, İstanbul.
54. İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi (1998) İzmir Kanser İzlem ve Denetim Merkezi 1993-1998 Verileri.
55. Kağıtçıbaşı, Ç. (1999) Yeni İnsan ve İnsanlar, 10. Basım, Sosyal Psikoloji Dizisi: 1, Evrim Yayınevi, Ankara.

56. Karaca, M. (2001) Almanya'da Yaşayan Bazı Türk İşçi Ailelerinde Gözlenen Kültürel Değişmeler, IV. Milletlerarası Türk Halk Kültürü Kongresi Yurt Dışında Çalışan Türkler ve Kültürel Değişim Seksiyon Bildirileri, Kongre Kitabı, TC Kültür Bakanlığı, 18-22 Haziran 2001, İçel, s.72-85.
57. Karasar, N. (2000) Bilimsel Araştırma Yöntemi, 10. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
58. Kasapoğlu, A. (2001) Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık, *Toplum Bilim*, 13:23-38.
59. Kirscht, J.P. (1988) The Health Belief Model and Predictions of Health Actions. In: Health Behavior Emergng Research Perspectives, ed:Gochman D.S., Plenium Pres, New York, pp.27-41.
60. Kozier, B., Erb, G. (1987) Fundamentals of Nursing Concepts and Procedures, Third Edition, Addison-Wesley Publishing Company, Amsterdam.
61. Kuzu, I. (1993) Serviks Karsinomalarında Tanı Yöntemleri, *Ankara Patoloji Bülteni*, 10.
62. Kükner, S., Ergin, T. (1994) Servikal İntraepitelyal Neoplazilerin Tanı ve Tedavisinde Yeni Gelişmeler, *Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni*, 3: 57-62.
63. Lowenberg, N.S.(1995) Health Promotion and The İdeology of Choice, *Public Health Nurs*, 12:319-323.
64. Mahasnesh, S.M. (2001) Health Perceptions and Health Behaviors of Poor Urban Jordanian Women. *Journal of Advanced Nursing*, 36:58-68.
65. Mahon, S.M. (1995) The Bethesda System For Classification Of Pap Smears: The Clinical Experience Of One Cancer Screening Center, *Cancer Nursing*, 18:458-466.
66. Mikhail, B.I., Petro-Nustas, W.I. (2001) Transcultural Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales, *Journal of Nursing Scholarship*, 33: 159-165.

67. Miok, C.L. (2000) Knowledge , Barriers, And Motivators Related To Cervical Cancer Screening Among Korean. American Women, *Cancer Nursing*, 23: 168-175.
68. Morgan, C.T. (1984) Psikoloji Giriş Ders Kitabı, 2. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları Yayın No: 1, Ankara.
69. Nahcivan, N. (1993) Sağlıklı Gençlerde “Öz-Bakım Gücü” ve Aile Ortamının Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1993.
70. Olgun, N., Oğuz, S. (1997) Etkili Sağlık Eğitiminde Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı, IV. Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu “Uluslararası Katılımlı” Kitabı, Kıbrıs.
71. Oral, A. (2003) Manisa Kent Merkezinde 1995-1998 yıllarında Kansere İncisidansları ve Kansere Olgularının Sosyo-Demografik Açısından İncelenmesi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Manisa.
72. Öner, N. (1997) Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, 3. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
73. Özgüven, İ.E. (2000) Psikolojik Testler, PDREM Yayınları, 4. Baskı, Ankara.
74. Özer, M. (2001) Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların ÖzBakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, T.C Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
75. Özkalp, E. (1997) Sosyoloji, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, Önlisans Programı, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 606, Eskişehir.
76. Palank, C.L. (1991) Determinants of Health Promotive Behavior A Review of Current Research, *Nursing Clinics of North of America*, 26: 815- 832.

77. Pender, N.J. (1987) *Health Promotion in Nursing Practice*, Second Edition, California.
78. Pillitteri, A. (1995) *Maternal&Child Health Nursing Care of the Childbearing and Childrearing Family*, Second Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
79. Potter, P.A., Perry, A.G. (1999) *Basic Nursing.A Critical Thinking Approach*, Fourth Edition, St. Louis, Mosby Year Book, Toronto.
80. Potter, P.A., Perry, A.G. (1997) *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice*, Mosby, Year Book Inc., Fourth Ed., Toronto.
81. Redding, C.A., Rossi, J.S., Rossi, S.R., Velicer, W.F., Prochaska, J.O. (2000) Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education (Special Issue):180-193.*
82. Sadler G.R., Dhanjal S.K., Shah N.B., Shah R.B., Ko C., Anghel M., Harshburger R. (2001) Asian Indian Women: Knowledge, Attitudes and Behaviors Toward Breast Cancer Early Detection, *Public Health Nursing, 18:357-363.*
83. Sakallı, N. (2001) Sosyal Etkiler Kim Kimi Nasıl Etkiler?, İmge Kitabevi, Ankara.
84. Sayan, A., Erci, B. (2001) Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4: 11-19.*
85. Sharon J.R., Martin, L.L., Griffin, D.K. (1997) *Women's Health Promotion, Maternity Nursing Family, Newborn and Women's Health Care*, Eighteenth Edition, Lippincott, Newyork.
86. Sherman, C.D. (1992) *Klinik Onkoloji* , Beşinci Baskı, Uluslararası Kansere Savaş Birliği, Ankara.
87. Spellbring, A.M. (1991) Nursing's Role in Health Promotion An Overview. *Nursing Clinics of North America, 26:805-843.*

88. Spellbring, A.M. (1991) Nursing's Role in Health Promotion: An Overview, *Nursing Clin of North America*, 26: 234-235.
89. Stekler, J.E., Joann, G. (2000) Cervical Cancer Screening: Who, When, Why?, *Academic Search Premier*, Vol:13.
90. Sundberg, M.C. (1989) Fundamentals of Nursing with Clinical Procedures, Second Edition, Jones and Bartlett Publishers, Boston.
91. Tabak, R.S. (1999) Sağlık İletişimi , Literatür Yayınları:32, İstanbul.
92. Tabak, R.S. (2000) Sağlık Eğitimi, Somgür Yayıncılık Ltd. Şti., Ankara.
93. Taşkın, L. (2001) Kadın Hastalıkları Hemşireliği, III. Baskı, Ankara.
94. Taşkın, L. (2003) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, VI. Baskı, s: 537-589, Ankara.
95. Tavşancıl, E. (2002) Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi, Nobel Yayın No: 399, Ankara.
96. Taylor, C., Lillis, C., Lemane, P. (1997) Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care, J.B. Lippincott Company, Third Edition, New York.
97. Tezbaşaran, A. (1996) Likert Tipi Ölçek Geliştirme, Türk Psikologlar Derneği, Ankara.
98. Thomas, D.B. (1992) Cancer, Public Health&Preventive Medicine, (Ed. Last J.M, Wallace R B), 13 th Edition, Prentice-Hall International Inc., Mexico.
99. Tuğlalı, P. (1983) Tıp Sözlüğü İngilizce-Türkçe, 5 Baskı, İstanbul, s. 386, 394.
100. Tuncer, S. (2000) Jinekolojik Kanselerde Tarama, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 31:113- 120.
101. Uzantı, A. (1999) 15 Yaş Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
102. Üner, M. (1996) Kadın Hastalıkları, Palme Yayınevi, Ankara.

103. Velioglu, P. (1999) Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, İstanbul, s: 24-26.
104. World Health Organisation (2002) National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelines, WHO, 2 nd Edition, Geneva.
105. Wu, T.Y., Yu, M.Y. (2003) Reliability and validity of the mammography screening beliefs questionnaire among Chinese American Women. *Cancer Nursing*, 26:131-142.
106. Yazıcı, S. (1996) Serviks Kanserinde Risk Faktörleri ve Erken Tanı, *Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 3.



EK-I:**“SAĞLIK İNANÇ MODELİ” YAKLAŞIMI İLE KADINLARIN SERVİKAL KANSERE İLİŞKİN TUTUMLARINA YÖNELİK ÖLÇEK ÇALIŞMASI****Sosyo-Demografik Bilgi Soruları:**

.....'Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi

1. Yaşınız: (.....)

2. Medeni Durumunuz:

1)Evlili 2)Boşanmış 3)Dul

3. İlk evliliğinizi kaç yaşınızda yaptınız? (.....)

4. Eğitim Durumunuz:

1)Okur-Yazar Değil 4)Orta Okul Mezunu
2)Okur-Yazar 5)Lise Mezunu
3)İlkokul Mezunu 6)Üniversite Mezunu

5. Sağlık güvenceniz var mı?

1)Evet 2)Hayır

6. Sağlık güvencesi:

1. Emekli Sandığı 2. SSK 3. Bağ-Kur 4. Yeşil Kart 5. Özel Sağlık Sigortası 6. Diğer ()

7. Mesleğiniz:

1)Ev Hanımı 4)Serbest Meslek
2)Memur 5)Emekli
3)İşçi 6)Diğer

8. Çocuğunuz var mı? (Yanıtınız hayır ise 10'uncu soruya geçiniz).

1)Evet 2)Hayır

9. Kaç çocuğunuz var? (.....)

10. Gelir Durumunuz:

1)Gelir Giderden Az 2)Gelir Gidere Eşit 3)Gelir Giderden Fazla

Servikal Kansere ve Pap Smear Testi İle İlgili Sorular:

11. Pap smear testini duydunuz mu?

1)Evet 2)Hayır

Pap smear testi; rahim ağzı kanserini erken tespit edebilmek için yapılan bir testtir. Bu test sırasında doktor rahminizin ağzından pamuklu bir çubuk yardımı ile sürüntü alır ve incelenmesi için laboratuvara gönderir. Bir hafta ile on gün arasında sonucu belli olur.

12. Daha önce rahim ağzı kanseri (servikal kanser) tanısı aldınız mı?

1)Evet 2)Hayır

13. Ailenizde rahim ağzı kanseri (servikal kanser) tanısı alan var mı?

- 1)Evet (Kim?.....) 2)Hayır

14. Arkadaşlarınızdan rahim ağzı kanseri (servikal kanser) tanısı alan kişi veya kişiler var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

15. Rahim ağzı kanseri (servikal kanser) konusunda hiç eğitim aldınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır (Yanıtınız hayır ise 18'inci soruya geçiniz)

16. Pap smear testi konusunda hiç eğitim aldınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır (Yanıtınız hayır ise 18'inci soruya geçiniz)

17. Eğitimi nereden aldınız?

- 1)Kitap, Dergi, Broşürler 3)Televizyon ve Radyo
2)Sağlık Personelinden 4)Diğer

18. Hiç pap smear testi yaptırdınız mı?

- 1)Evet 2)Hayır (Yanıtınız hayır ise diğer sorulara geçiniz)

19. En son ne zaman pap smear testi yaptırdınız? (.....)

20. Pap smear testinizi nerede yaptırdınız? (.....)

21. Neden pap smear testi yaptırdınız?

- 1)Doktor önerdiği için
2)Genel kontrol için kendim istedim
3)Jinekolojik bir nedenle doktora gittiğimde doktor uygun görüp aldı
4)Diğer (.....)

EK-II:**SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ:**

AÇIKLAMA: Aşağıda kadınların rahim ağzı (servikal) kanser konusundaki tutumlarını içeren ifadeler bulunmaktadır. Aşağıda size bu konu ile ilgili bazı sorular sorulacaktır. Sorularda yanlış ya da doğru denecek cevap yoktur. En iyi cevap sizin kendi fikrinizdir. Bu nedenle her ifadeyi okuyup, üzerinde çok uzun süre düşünmeden size uygun gelen cevabı işaretleyiniz. Hiçbir soruyu mümkün olduğunca boş bırakmamaya özen gösteriniz.

Dilek Özmen

	Tamamen Katlıyorum	Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.					
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.					
3. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.					
4. Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.					
5. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.					
6. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.					
7. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim.					
8. Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.					
9. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.					
10. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.					
11. Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.					
12. Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum.					
13. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım.					

	Tamamen Katlıyorum	Katlıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
14. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.					
15. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.					
16. Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.					
17. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor.					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.					
20. Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					
21. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.					
22. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tam muayenesine gitmeye teşvik eder.					
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırım.					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyile ilişkilerini bozar.					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum.					
29. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.					
30. Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçırım.					

EK-III:**ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ:**

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıklı ifadeyi işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.					
2. Kendimi beğenirim.					
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.					
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7. Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.					
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9. Benim için yararlı olacağımı bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12. Dengeli beslenirim.					
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım					

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
15. Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17. Kararlarımı sonuna kadar uygulırım.					
18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19. Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulırım.					
20. Kendimle dostum.					
21. Kendime iyi bakarım.					
22. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23. Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.					
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25. Yaşam bir zevktir.					
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29. Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30. Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyarım.					
31. Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.					
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissedirim.					
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de hatırlarım.					
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

EK-IV:**GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR:**

1. Prof. Dr. İnci **EREFİ** (Ege Üniversitesi HYO Halk Sağlığı Hem. Emekli Öğretim Üyesi)
2. Prof. Dr. Ayla **BAYIK** (Ege Üniversitesi HYO Halk Sağlığı Hem. Öğretim Üyesi)
3. Prof. Dr. Nuri **BİLGİN** (Ege Ün. Edebiyat Fak. Psikoloji Böl. Öğ. Üyesi) } Yargıçlar
Ar. Gör. Mert **Teközel** } Grubu
Ar. Gör. Türkan **Yılmaz** }
4. Prof. Dr. Erol **ÖZMEN** (Celal Bayar Ün. Tıp Fak. Psikiyatri ABD Öğ. Üyesi)
5. Doç Dr. Afşin **SAYDUYU** (Başkent Ün. Tıp Fak. Psikiyatri ABD Öğ. Üyesi)
6. Doç. Dr. Caner **FİDANER** (Halk Sağlığı Uzmanı-KİDEM)
7. Doç. Dr. Ümit S. **İNCEBOZ** (Celal Bayar Ün. Tıp Fak. Kadın Doğum ABD Öğ. Üyesi)
8. Doç Dr. Selman **LAÇİN** (Celal Bayar Ün. Tıp Fak. Kadın Doğum ABD Öğ. Üyesi)
9. Yrd. Doç. Dr. Aycan **KARAASLAN** (Ege Üniversitesi HYO Psikiyatri Hem. Emekli Öğ. Üyesi)
10. Yrd. Doç. Dr. Engin **ÖNEN** (Ege Üniversitesi Edebiyat Fak. Sosyoloji Böl. Öğ. Üyesi)
11. Yrd. Doç. Dr. M. Murat **DEMİT** (Celal Bayar Ün. Tıp Fak. Psikiyatri ABD Öğ. Üyesi)
12. Uz. Dr. Sultan **ESER** (Halk Sağlığı Uzmanı-KİDEM)

EK-V:

T.C.
MANİSA İLİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Eğitim Şube Müdürlüğü) ,


SAYI :B104ISM4450009/**KONU: Anket Çalışması**

22.07.03* 8309

MERKEZ İLÇE SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞINA
MANİSA

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı A.B.D Doktora öğrencisi;
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğretim Görevlisi Dilek ÖZMEN' in doktora
tezi olarak hazırlayacağı "Sağlık İnanç Modeli" Yaklaşımı ile Kadınların Servikal Kanserin
Erken Tanısına İlişkin Tutumlarını Saptamaya Yönelik Ölçek Çalışmasını Müdürlüğümüze
bağlı Merkezdeki 9 Sağlık Ocağında yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.


Dr. Ziya TAY
Sağlık Müdürü

ÖZGEÇMİŞ

Dilek Özmen 17.07.1962 yılında İzmir’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Manisa’nın Soma ilçesinde, lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda 1980-1985 yılları arasında eğitim görerek mezun oldu. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Üroloji Kliniğinde hemşire olarak göreve başladı. Bir yıl sonra aynı kliniğin sorumlu hemşiresi oldu ve 1994 yılına kadar buradaki görevini sürdürdü.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda 1988 yılında başladığı yüksek lisans eğitimini 1990 yılında tamamladı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme (Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi) Anabilim Dalı’nda 1994 yılında başladığı ikinci yüksek lisans eğitimini 1996 yılında tamamladı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda 1994 yılında araştırma görevlisi olarak göreve başladı, aynı yıl Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü’ne Kalite Koordinatörü olarak 13-b ile görevlendirildi, 1995 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Müdür yardımcılığı görevine getirildi ve 1997 yılına kadar bu görevini sürdürdü. Bu görevinde 1997 yılında ayrılarak Hemşirelik Yüksekokulu’ndaki görevine geri döndü, 1999 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü’sünde halk sağlığı hemşireliği alanında doktora eğitimine başladı ve 1999 yılında öğretim görevlisi kadrosuna atandı. Kısa bir süre sonra bu görevinden ayrılarak doktora eğitimini sürdürmeye devam etti.

Türk Hemşireler Derneği, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği ve Diyabet Hemşireleri Derneği üye olduğu mesleki kuruluşlardır. Ayrıca Atatürkçü Düşünce Derneği’ne de üyedir. Yabancı dili İngilizce olan Dilek Özmen evli ve bir erkek çocuk annesidir.