

**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KADINLARIN PAP-SMEAR TESTİ YAPTIRMA KONUSUNDAKİ  
DAVRANIŞLARININ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ  
KULLANILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Cansel İNCE**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Erol AKTUNÇ**

**ZONGULDAK**

**2019**

**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KADINLARIN PAP-SMEAR TESTİ YAPTIRMA KONUSUNDAKİ  
DAVRANIŞLARININ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ  
KULLANILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Cansel İNCE**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Erol AKTUNÇ**

**ZONGULDAK**

**2019**

## TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başlığı : Kadınların pap-Smear Testi Yaptırma Konusundaki Davranışlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Cansel İNCE

Tez Savunma Tarihi : 11/03/2019

Tez Danışmanı : Prof.Dr. Erol AKTUNÇ

Prof.Dr. Erol AKTUNÇ  
Jüri Başkanı

Prof.Dr. Nejat DEMİRCAN  
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Cemil İshık SÖNMEZ  
Üye



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini, yardımını, anlayışını esirgemeyen değerli hocalarım, başta tez danışmanım Prof. Dr. Erol Aktunç'a, anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Nejat Demircan'a, tanımaktan onur duyduğum değerli hocalarım Doç. Dr. Ayşe Semra Demir Akça ve Dr. Öğr. Üyesi Günter Dilsiz'e;

Tez çalışmam süresince istatistik hesaplamalarımın katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Çağatay Büyükuysal'a;

Uzmanlık eğitimim süresince her türlü içten destekleriyle yanımda olan can arkadaşlarım Dr. Banu Yılmaz ve Dr. Bengü Yıldırım'a;

Gülyüzü ve sorunlarımıza getirdiği samimi çözümleriyle bizlere her daim destek olan abimiz, yazı işleri sorumlumuz Sayın Abdüllatif Kaya'ya;

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki tüm Araştırma Görevlisi arkadaşlarıma, birlikte çalışmış olduğum tüm meslektaşlarıma, tüm personellerimize;

Beni bugünlere getiren canım annem ve babama, her an yanımda olup desteğini bir an eksik hissetmediğim canım kardeşim Sezgin'e, saygı ve şükranlarımı sunarım.

*Dr. Cansel İnce*  
*Zonguldak, 2019*

## ÖZET

**Cansel İnce, Kadınların Pap-Smear Testi Yaptırma Konusundaki Davranışlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi. Zonguldak, 2019.**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastaların ve yakınlarının Pap-Smear testi yaptırma konusundaki davranışlarını değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma 1 Ekim 2018 ile 30 Ekim 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Katılımcılara demografik bilgilerinin yer aldığı soru formu ile Akyüz ve arkadaşları tarafından (2006) geliştirilen Pap-smear testi ve rahim ağzı kanseri için sağlık inanç modeli (SİM) ölçeği verilmiştir. Tüm ölçekler yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurtulmuştur.

**Bulgular:** Araştırmaya 90'ı Olgu, 104'ü Kontrol olmak üzere toplam 194 kişi katılmıştır. Yapılan istatistikler sonucunda iki grup arasında SİM alt boyutları bakımından anlamlı bir fark saptanmıştır.

**Sonuç:** SİM alt boyutları ve olgu kontrol grupları arası fark incelendiğinde sadece duyarlılık alt boyutu açısından anlamlı fark saptanmıştır. Demografik değişkenlerin hiçbiri duyarlılık alt boyutu için anlamlı fark oluşturmamıştır. Olgu grubunun Pap-smear testi yaptırmaya daha duyarlı olduğu saptanmıştır. Sigortası olan ve çalışan kişilerin bu test için duyarlılığı yüksek, engel alt boyutu düşük, sağlık motivasyonu alt boyutu ise yüksek saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Pap-smear testi, rahim ağzı kanseri, sağlık inanç modeli

## ABSTRACT

**Cansel İnce, Assessment of Behavior of Women's Using Pap-Smear Test in Terms of Health Belief Model Scale. Zonguldak, 2019.**

**Aim:** The aim of this study was to evaluate the behaviors of female patients and their relatives who applied to Zonguldak Bülent Ecevit University Family Medicine outpatient clinic for Pap-Smear test.

**Method:** The study was conducted between 1 October 2018 and 30 October 2018. Participants were given a questionnaire with demographic information and a health belief model scale for Pap-smear test and cervical cancer developed by Akyüz et al. (2006). All scales were filled with face to face interview method.

**Findings:** In this study total 194 people were included, of which 90 people were the case group and 104 people were the control group. According to statistical analyses, there was a significant difference between these two groups in terms of health belief model subscales.

**Results:** When the difference between the health belief model subscales and the case-control groups was compared there was a significant difference in terms of sensitivity subscales. None of the demographic variables had a significant difference in the sensitivity subscales. The case group was found to be more sensitive to get the Pap-smear test. Among the people who had insurance and job, the sensitivity of this test was found to be high while the subscale of disability was low and the health motivation subscale was high.

**Keywords:** Pap-smear test, cervical cancer, health belief model

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Serviks Kanseri İçin Risk Faktörleri.....	4
2.1.1. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar.....	4
2.1.2. Üreme ve Cinsel Faktörler.....	4
2.1.3. Parite.....	5
2.1.4. Kombine Oral Kontraseptifler.....	5
2.1.5. Davranışsal faktörler.....	5
2.2. Pap-Smear Testi.....	7
2.3. Serviks Kanserine İlişkin Bilgi ve Farkındalık Düzeyi ile Deneyimler.....	8
2.4. Pap-smear Testinin Uygulanmasında Sağlık İnanç Modeli.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Etik Kurul izni.....	14
3.2. Örneklem.....	14
3.3. Çalışmaya dahil olma kriterleri:.....	14
3.4. Veri Toplama Araçları.....	15
3.4.1. Demografik veri formu.....	15
3.4.2 Pap-smear testi ve rahim ağzı kanseri için sağlık inanç modeli ölçeği.....	16
3.5. İstatistiksel Analiz.....	17
4. BULGULAR.....	18
4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Analizi.....	18
4.2. Olgu ve Kontrol Gruplarının SİM Ölçeği Alt Boyutları Bakımından Karşılaştırılması.....	20

4.3. SİM Ölçeği “Duyarlılık” Alt Boyutuna Etki Etmesi Muhtemel Demografik Değişkenlerin Değerlendirilmesi .....	20
5. TARTIŞMA .....	22
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	27
7. KAYNAKLAR .....	28
8. EKLER.....	39
8.1. Etik Kurul İzin Belgesi.....	39
8.2. Demografik Veri Formu.....	40
8.3. Rahim Ağzı Kanseri ve Pap-smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	41





## SİMGELER VE KISALTMALAR

BEÜN	: Bülent Ecevit Üniversitesi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
WHO/DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
HPV	: Human Papillomavirüs
HIV	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
OKH	: Oral Kontraseptif Haplar
KETEM	: Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi
CIN	: Servikal İntraepitelyal Neoplazi

## TABLULAR LİSTESİ

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
<b>1:</b> Pap-smear ve HPV tarama testleri konusunda T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ve Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği'nin önerileri .....	8
<b>2:</b> Katılımcıların demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	19
<b>3:</b> Olgu ve kontrol gruplarının SİM alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması .....	20
<b>4:</b> Olgu grubundaki katılımcıların "Duyarlılık" alt boyutu puanları ile demografik değişkenler arasındaki bağıntının değerlendirilmesi .....	21

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Serviks kanseri dünya genelinde kadınlar arasında görülen ikinci kanser türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan tahminlere göre her yıl 493000 kişi rahim ağzı kanserine yakalanmakta ve bunların 274000'i ölümlle sonuçlanmaktadır (1). Uterus serviksinde meydana gelen değişiklikler sonucunda oluşan serviks kanseri, genellikle yavaş seyirli olup uzun yıllar asemptomatik kaldığından, sağlıklı bireylerin belli aralıklarla serviks kanserine yönelik tarama tetkiklerini yaptırmaları gereklidir. Serviks kanserine sebep olan pek çok etken olmakla birlikte en sık karşımıza çıkan neden Human Papillomavirüs (HPV) enfeksiyonudur (2). Hastalığın erken evrelerinde tedavi yöntemi cerrahi olup, ileri evrede kemoterapi ve radyoterapi kullanılmaktadır (1). Pap-smear tarama tetkiki, serviks kanseri oluşmadan önce ortaya çıkan prekanseröz lezyonları erkenden açığa çıkarmamızda ve erken evrede yakalanan serviks kanserinin uygun tekniklerle tedavi edilmesinde etkili bir yöntemdir. Gelişmiş ülkelerde bu testin sıklıkla kullanılması nedeni ile ileri evre serviks kanseri görülme sıklığı %50 oranında azaltmıştır (3).

Sağlık davranışlarının açıklanmasında en sık kullanılan kuramsal yaklaşım modeli, Sağlık İnanç Modeli'dir (SİM) (4). SİM, sağlığı koruma davranışının gerçekleştirilmesinde etkili olan bireysel inanç ve değerlerin, bireyden beklenen sağlık davranışını gerçekleştirmesi üzerine olan etkilerini açıklamak için kullanılmaktadır (5). SİM, birincil, ikincil ve üçüncül korunmada bireysel davranışları etkileyen motivasyon ve engellerin ortaya çıkarılmasında geçerli ve güvenilir bir yöntemdir (5).

Tipik olarak yavaş ve sinsi ilerleyen serviks kanseri ile HIV ve diğer servikal bölge patolojileri arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ( 6, 7). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre serviks kanseri Güney Afrika'da en sık görülen kanser türü olarak bildirilmiştir ve her yıl 6742 yeni vaka tespit edildiği belirtilmektedir (2). Ülkemiz de serviks kanseri tüm kanser türleri içinde sıklık bakımından 10. sırada bulunurken tespit edilen vakaların 1/3'ü ölümlle sonuçlanmaktadır. Yapılan çalışmalar serviks kanserine bağlı ölümlerin yıllar geçtikçe arttığını göstermektedir (8). Tüm bu sebeplerle bu hastalığın erken tanısında kullanılan Pap-smear tetkikini

yaptırma ile ilgili bireysel engellerin kaynağını tespit etmek ve ortadan kaldırmak amacıyla çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

Bu çalışmanın amacı, 1 Ekim 2018 ile 31 Ekim 2018 tarihleri arasında hastanemiz Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran kadın hastaların ve bu hastaların kadın cinsiyetteki yakınlarının Pap-smear testi yaptırma konusundaki davranışlarını SİM ölçeğini kullanarak değerlendirmektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Güvenç ve ark. (9) tarafından yapılmış olan SİM ölçeği kullanılarak, ailesindeki herhangi bir bireyde (Katılımcının kendisi hariç), herhangi bir kanser tanısı bulunan ve bulunmayan olgulardan rahim ağzı kanseri ve bu kanserin erken tanı koydurucu yöntemi olan Pap-smear testini bilenler üzerinde önleyici davranışı gerçekleştirme (Pap-smear testini yaptırma) konusunda ölçek parametreleri bakımından fark olup olmadığı değerlendirilecektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

Kanserlerin bazıları hücre bölünmesini destekleyen (onkojenler) hücreleri aktive eden DNA mutasyonlarından kaynaklanabilir. Bazen bu tümör süpresör genlerin inaktivasyonundan kaynaklanır bu da servikal hücrelerin proliferasyonuna neden olur. Serviks kanseri, serviksin doku tabakalarındaki anormal hücre değişikliklerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (10). Hawes ve arkadaşları servikal dokudaki anormal hücre değişikliklerinin yaklaşık %70'lik oranda sebebinin Human Papilloma Virüsüne bağlamaktadır (11). Serviks kanseri genellikle skuamöz hücreleri etkiler. Kanser öncesi lezyonların ilerlemesi genellikle yavaştır ve Pap-smear testi ile kolayca tespit edilebilmektedir (11). Pap-smear testi, DSÖ tarafından serviks kanserinin tarama ve erken tanısı için tavsiye edilen bir tetkiktir. Temel olarak servikte kanser başlangıcı olabilecek hücresel bir değişikliği erken bir dönemde belirleyebildiği ve geniş çaplı uygulamalarda sigorta sistemlerine ve devlete fazla maliyetli olmayışı ile de diğer tetkiklere göre avantajlıdır (2, 8). Gelişmiş pek çok ülkede Pap-smear testi sonucunda serviks kanserine ilişkin ölüm ve insidans oranlarında ciddi azalmalar meydana gelmiştir. Eğer tespit yapılmazsa lezyonlar servikal kansere dönüşebilir ve uterus, yumurtalıklar, mesane, karaciğer gibi diğer organlara yayılabilir (11).

Türkiye'deki gidişatına bakıldığında ise, özellikle son 10 yılda serviks kanserine ilişkin erken tanıya yönelik faaliyetlerde artış görülmektedir. Kanser türü farketmeksizin toplum tabanlı tarama programlarını yürütmeyi Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) üstlenmiştir. Bu merkezlerde pek çok kanser türüne ilişkin tetkik ve müdahaleler yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından bu merkezlerde görev yapan personellerin yetkinliklerinin artırılması ve iletişim becerilerine yönelik eğitimler de hizmet içi eğitimler kapsamında sürmektedir. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından kabul edilip yürürlüğe giren "Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları" protokolü ile 4 yıl içerisinde kadınların %70'inin taranması hedeflenmiştir. Ancak protokolün ilk yılı için kadınların sadece %11,3'ünün başvurduğu belirtilmiştir (5, 12, 13). Bu bulgular hizmetler sunulsa bile kadınların serviks kanserine ilişkin tutumlarında bir değişiklik olmadığı yönünde yorumlanmıştır.

## **2.1. Serviks Kanseri İçin Risk Faktörleri**

Her kanser türü için farklı risk faktörleri bulunduğu gibi ortak bazı risk faktörleri de bulunmaktadır. Serviks kanseri için risk faktörlerinin varlığı, bir kadının yaşamında servikal kansere yakalanma olasılığını artırmasına rağmen, risk faktörlerine maruz kalan tüm kadınların kansere yakalanmadığını belirtmek önemlidir.

### **2.1.1. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar**

1. HPV: Servikal kanser için en önemli risk faktörü cinsel yolla bulaşan HPV'dir (14). Literatürde tanımlı pek çok HPV tipi olmasına rağmen serviks kanseri vakalarının pek çoğu HPV 16 ve 18 tipleri ile görülmektedir. Özellikle HPV 16 tipi insan popülasyonu ile anlamlı ilişki göstermektedir (15). Bu enfeksiyon çoğunlukla cinsel ilişki sırasında bulaşmaktadır ve skuamöz intraepital lezyonlara sebep olmaktadır. Çoğu lezyon immünolojik müdahalelerle/tedavilerle 6-12 ay arasında kaybolmaktadır; fakat çok küçük bir kısmı bu lezyonların devam etmekte ve serviks kanserine sebep olabilmektedir (14).

Pek çok meta analiz en yüksek HPV prevalansının 25'li yaşlarda olduğunu göstermektedir ve bunların büyük bir kısmı cinsel davranışlarla ilişkilendirilmiştir (15, 17). Benzer bir şekilde HPV'nin pik yaptığı bir diğer gelişim dönemi 45'li yaşlar olarak belirtilmiştir (17).

2. Chlamydia trachomatis: Koskela ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada C. trachomatis enfeksiyonu geçirmiş kişilerde servikal skuamöz hücrelerde karsinom riskinin arttığı bulunmuştur (18). C. trachomatis enfeksiyonu özellikle HPV'ye yakalanma riskini artıran faktörlerden biri olarak da karşımıza çıkmaktadır (19).

3. Human immunodeficiency virus (HIV): Yapılan çalışmalar HIV pozitif olan kadınların HPV geçirme riskinin HIV negatif olanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir (20, 21).

### **2.1.2. Üreme ve Cinsel Faktörler**

Bu faktörlerin başında çoklu cinsel partnere sahip olma gelmektedir (22). Liu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada birden fazla cinsel partnere sahip olan kadınların

tek eşli olan kadınlara göre serviks kanserine yakalanma ihtimali artmaktadır (23). Bu risk artışını genel olarak HPV enfeksiyonu riskine atfeden araştırmacılar vardır. Bununla birlikte Liu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, HPV enfeksiyonu kontrol edildikten sonra bile kanser riski hala çok eşli olanlarda daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu nedenle diğer faktörler sabit tutulsa bile çok eşliliğin kanser riskine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir (23). Ayrıca cinsel ilişki için erken yaş, servikal kanser için bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (24, 25).

### **2.1.3. Parite**

Bazı çalışmalar tam süreli gebeliğin servikal kanser riskini artırdığını göstermektedir (26, 27, 28). Ayrıca yüksek parite, kadınlarda kanser riskini artırmaktadır. Serviks kanseri ile yüksek doğum sayısı arasında pozitif bir ilişkiden söz etmek mümkündür. Bunların yanında serviks kanseri ile annenin yaşı arasında da ters bir ilişki saptanmıştır (28). Hildesheim ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise serviks kanserinin doğum sayısının artması ile arttığı bulunmuştur (25).

### **2.1.4. Kombine Oral Kontraseptifler**

Kombine oral kontraseptiflerin kullanımı, serviks kanseri riskinin artmasıyla ilişkili görülmüştür (25, 27). Özellikle kombine oral kontraseptiflerin 5 yıl veya daha fazla süre kullanılması ile kanser riskinin ikiye katlanabileceği bildirilmiştir. Sadece enjeksiyon şeklinde progesteron içeren kontraseptifleri 5 yıl veya daha uzun süre kullananlarda ise invazif serviks kanseri insidansında hafif bir artış bulunmuştur (30). HPV pozitif olan kadınlar arasında yapılan bir araştırmada, 5 yıl veya daha uzun süre oral kontraseptif hapları (OKH) kullananlarda servikal kanser riski 3 kat artmıştır (29)

### **2.1.5. Davranışsal faktörler**

1. Sigara tüketimi: Bugüne kadar yapılan pek çok çalışma sigara içmenin servikal intraepitelyal neoplazi 3 ( CIN 3) ve invazif serviks kanseri için en önemli risk faktörlerinden biri olduğunu göstermiştir. Serviks kanseri ile sigara içilmesi arasında güçlü bir korelasyon bulunmaktadır (28, 33). Büyük örneklemli bir kohort araştırmasında, 10 yıl boyunca sigara içmeye devam edenler ile sigara içmeyi

bırakanlar karşılaştırıldığında, sigarayı 10 yıl boyunca kullanmayanlardaki serviks kanseri riskinin %50 azaldığı görülmüştür (34). Aynı zamanda sigara içmeye başlama yaşının da servikal kanser insidansı ile ilişkili olduğu görülmüştür. Genç yaşta sigaraya başlayanlar, ileri yaşta başlayanlara göre daha fazla servikal kanser riski taşımaktadırlar (28, 32).

Sigara içmenin, tütün ile ilişkili metabolitlerin kanda artmasına neden olarak immün yanıtı tetiklenmesi sonucunda kanser oluşumunu arttırdığı düşünülmektedir. Ayrıca nikotin ve benzer kimyasalların servikal sküamöz hücre DNA'larında bazı hasarlara da neden olabileceği gösterilmiştir (30). Sigara içmenin, serviks epitelinde epigenetik değişikliklere sebep olabileceği ve hem serviksin hem de vücudun diğer tüm hücrelerinde neoplazi patogenezinin katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (31).

2. Obesite: Obezite servikal karsinom riskini artırmaktadır ve aynı zamanda adenokarsinom oluşmasında da rol oynamaktadır (35, 36, 37). Vücut kitle indeksi 30'un üzerinde olan kadınlarda serviks adenokarsinom riski, daha düşük kilolu kadınlara göre 2 kat yüksek bulunmuştur (35).

Periferik adipoz dokuda androjenin östrojene dönüşmesi nedeniyle obezite (özellikle menapoz sonrası) ve cinsiyet hormon düzeyleri arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir (35). Obez kadınların Pap-smear yaptırma sıklığının daha düşük olduğu da bilinmektedir (38). Araştırmacılar obez kadınların daha az Pap-smear testi yaptırma nedenlerine ilişkin bazı hipotezler öne sürmüşlerdir. Bu hipotezlerden biri obez kadınların, olumsuz beden imajları nedeniyle utanmaları ve sağlık hizmeti sunan merkezlere daha az başvurmaları üzerinedir (39). Ayrıca obezite ile ilişkili hastalıklar erken tanı hizmetlerinin uygulanmasını da sınırlandırabilmektedir. Obez kadınlarda Pap-smear uygulanmasındaki teknik problemler ( anatomik problemler ve uygun araç-gereç bulunmaması gibi), etkili erken tanı uygulamalarının gerçekleştirilmesini olumsuz etkileyebilmektedir (39).

3. Beslenme ve diyet faktörleri: Serviks kanserinin patogenezinin beslenmenin rolü son yıllarda giderek artan bir öneme sahiptir. Her ne kadar bu alandaki çalışmalar çelişkili sonuçlar verse de Tomita ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma tokoferol ve yeşil sebze tüketiminin CIN 3 displazi görülme sıklığını %50 oranında



azalttığını bildirmişlerdir (40). Bu nedenle sağlıklı ve dengeli beslenmenin, antioksidanlar aracılığı ile servikal neoplazinin önlenmesinde yararlı olabileceğine dair görüşler vardır. Ghosh ve arkadaşları, C vitamini, folat, E vitamini, beta-karoten, A vitamini alımı ile serviks kanseri oluşumu arasında negatif bir ilişki bulmuşlardır (41).

## **2.2. Pap-Smear Testi**

Pap-smear testi, servikal bölgedeki hücrelerin incelenmesine dayanan bir sitolojik inceleme testidir. Test ilk defa 1939 yılında George Nicholas Papanicolaou tarafından tanımlanmış ve o zamandan bu yana Pap-smear testi olarak anılmıştır. Pap-smear testinin serviks kanserinin erken tanısında en sık kullanılan test olmasının başlıca nedenleri arasında, uygulanma kolaylığı, düşük maliyeti ve hastalar tarafından kolayca kabul edilen bir yöntem olması sayılmaktadır. Pap-smear testinin uygulanması ile serviks kanserine bağlı mortalitede %80'in üzerinde azalma gerçekleşmiştir (42, 43).

Pap-smear testinin uygulanmasına ilişkin bir diğer önemli nokta ise ne sıklıkta yapılacağıdır. Serviks kanseri taraması, uygun yaş gruplarında, uygun aralıklarla ve uygun tekniklerle uygulandığında serviks kanserine ilişkin ölüm oranlarının azalmasında etkili olacaktır (44). Pap-smear testinin, on sekiz yaşından büyük ya da 18 yaşından küçük ama cinsel ilişkide bulunan tüm kadınlarda en az üç yılda bir düzenli aralıklarla yapılması önerilmektedir (45).

Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği serviks kanseri taraması için Pap-smear testi yapılma sıklığını şöyle açıklamaktadır; 21-29 yaş arası kadınlarda 3 yılda bir servikal sitoloji yapılmalıdır. 30-65 yaş arası kadınlarda ise 5 yılda bir servikal sitoloji ve HPV test birlikteliğini içeren co-test veya 3 yılda bir sadece sitoloji yapılmalıdır (46).

Ülkemizdeki koşullar çerçevesinde ise gerçekleştirilebilir hedef, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı tarafından düzenlenmiştir. Kadınlarda 30 yaşında başlayıp 65 yaşında biten bir tarama önerilmektedir (30 ve 65 yaşlar dahil edilmiştir). Taranacak popülasyon, aile

hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak belirlenmiştir. HPV veya Pap-smear testi her beş yılda bir tekrarlanmaktadır. Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama sonlandırılmaktadır (47)

**Tablo 1:** Pap-smear ve HPV tarama testleri konusunda T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ve Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği'nin önerileri

	Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği önerileri	T.C. Sağlık Bakanlığı önerileri
21 yaş altı	Tarama yok	Tarama yok
21-29 yaş	3 yılda bir sadece Pap-smear Testi	Tarama yok
30-65 yaş	5 yılda bir Pap-smear Testi ile birlikte HPV-DNA Testi (co-test) veya 3 yılda bir sadece Pap-smear testi	5 yılda bir Pap-smear testi veya HPV-DNA testi
65 yaş üstü	Tarama yok	Tarama yok

### 2.3. Serviks Kanseri İlişkin Bilgi ve Farkındalık Düzeyi ile Deneyimler

Kadınların serviks kanseri ve tarama uygulamaları konusundaki farkındalıklarını değerlendirmek amacıyla pek çok çalışma yapılmıştır. Amerika'da kadınlarda serviks ve meme kanseri bilincini değerlendiren bir çalışmada kadınların meme kanseri hakkında serviks kanserine göre daha fazla bilgi sahibi oldukları bulunmuştur. Sık görülen yanlış bilgi ve tutumlardan bazıları, menstürasyon sırasında kullanılan tamponların kanser nedeni olarak görülmesi ve histerektomi yapılan kadınların ileride Pap-smear testi yaptırmasına gerek olmadığına ilişkin inançlardır (42). Bu yanlış bilgilerin Pap-smear tarama hizmetlerini gelecekte olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerde kadınların tarama hizmetlerine erişmek için ödeme yapması gerekliliği de önemli bir engeldir.

Lyttle ve Stadelman serviks kanserine ilişkin motivasyon eksikliğinin de testi yaptırma hususunda önemli bir engel olduğunu belirtmektedir. Bu eksiklikleri kapatmak için sağlık alanında çalışan kişiler tarafından eğitim kampanyalarının arttırılması, akraba veya arkadaşlar aracılığı ile sağlık hizmetlerine ulaşım sırasında sosyal desteğin arttırılması gibi bazı önlemler ile bu sorunun ortadan kaldırılabileceği düşünülmektedir. Kadınlar için eğitim kampanyalarının radyo, e posta, televizyon programları, sempozyumlar gibi farklı kanallar ile çeşitlendirilmesi ve her kesimdeki kadına ulaşılması gerektiği düşünülmektedir (42).

Amerika'da yapılan bir çalışmada sağlık profesyonellerinin bilgi, algı ve tutumları değerlendirilmiştir. Yapılan çalışma bu alanda çalışan uzmanların çoğunun serviks kanserine ilişkin risk faktörleri gibi konularda bilgi sahibi olduklarını; ancak hastalara kanser hakkında eğitim bilgilerini sunmada zaman ve kaynak sıkıntısı yaşadıklarını saptamıştır. Araştırmacılar serviks kanseri riskini azaltmaya ilişkin önleyici danışmanlık hizmetlerinin profesyoneller tarafından bir şekilde daha az önemsendiğini düşünmektedir (43). Bu durum ise bu alanda çalışan profesyonellerin ne kadar bilgili olurlarsa olsunlar, hastalarla bilgi paylaşımları az olduğu müddetçe kanser riskini azaltmada, bilgi düzeylerinin yeterli ölçüde kullanılamayacağını göstermektedir (43).

Pek çok ülkede yapılan araştırmalar, pek çok kadının Pap-smear testi ve serviks kanserine ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinde eksiklik olduğunu göstermiştir. Wong ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada tarama hizmetlerinin alımındaki en büyük engelin Pap-smear testi hakkındaki yanlış ve eksik bilgi olduğu belirtilmektedir (44). Wong ve arkadaşlarının 21-56 yaş grubundaki kadınlarda yaptıkları bu çalışmada, birçok kadının serviks kanserini daha önceden duymuş olduğunu, ancak bu kanser türünün önlenbilir olduğunu ve Pap-smear testinin bu kanserin erken tanısındaki önemini bilmedikleri tespit edilmiştir (44). Daha şaşırtıcı olarak ise kadınlara Pap-smear testini duyup duymadıkları sorulmuştur. Kadınların bir çoğu Pap-smear testinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları tespit etmek için yapılan bir tetkik olduğunu belirtmişlerdir. Tüm bu bulgular, serviks kanserinin erken taranmasının önemi konusunda kadınların bilinçlendirilmesi, bilgi ve farkındalıklarının arttırılması için çok şey yapılmasına işaret etmektedir (44).

Nijerya’da yardımcı sağlık personelleri ( hemşireler, ebeler, acil teknisyenleri gibi), kamu çalışanları ve öğrenciler üzerinde yapılan geniş ölçekli bir çalışmada, Pap-smear testi yaptırma oranı sadece %7,1 bulunmuştur. Pap-smear testinin dūřuk oranda yaptırılmasına ilişkin en sık belirtilen sebebinse bilgi eksikliği (%46) ve işlemin kendisinden duyulan korku olduğu bulunmuştur (45). Orta Dođu lkelerinde yapılan bir araştırmada görüşülen kadınların serviks kanserine ve Pap-smear testine ilişkin bilgi eksikliğinin ne ölçüde olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınların büyük bir kısmının serviksin ne olduğunu bilmedikleri görülmüştür (48).

Twinn ve arkadaşları servikal tarama hizmetlerinin ücretsiz olduğu ülkelerde de serviks kanseri taraması için gerekli olan tanı ve tetkiklerin, kadınlar arasındaki yaptırma oranlarının dūřuk olduğunu belirtmişlerdir (49). Bu araştırma serviks kanseri erken tanı hizmetlerinin kullanılmasında, hizmeti alan bireylerin, serviks kanseri erken tanısı konusundaki bilgi düzeyleri ile tarama testini yaptırıp yaptırmama durumu bakımından anlamlı fark bulunmadığını göstermektedir. Bu durum serviks kanseri taraması için kliniklere giden kadınların, önündeki temel problemin bilgi eksikliği olmadığını, daha farklı faktörlerin değerlendirilmesi gerektiğini bildirmiştir (49). Hoque ve ark. sağlık sektörü öğrencileri arasında yaptığı bir çalışmada öğrencilerin serviks kanseri ile ilgili bilgi eksiklikleri olmamasına rağmen test yaptırma oranlarının dūřuk olduğunu, bundaki temel sebeplerin ise korku ve hali hazırda sağlıklı olduklarını dūřnmeleri olduğunu bulmuşlardır (50). Bařka bir araştırmada ise özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sosyo-ekonomik düzeyi dūřuk bireylerin tetkik maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle Pap-smear tetkiki yaptırmadıkları bulunmuştur (48).

#### **2.4. Pap-smear Testinin Uygulanmasında Sağlık İnanç Modeli**

SİM sağlık davranışlarını araştıran bir ereve olarak karşımıza çıkmaktadır. Temel olarak algılanan duyarlılık (perceived susceptibility), algılanan ciddiyyet (perceived severity), algılanan fayda (perceived benefits) ve algılanan engeller (perceived barriers) gibi sağlık davranışlarına etkili olduğu tahmin edilen parametrelerin etki düzeylerini tahmin etmek için geliştirilmiştir (51).

SİM ilk olarak 1950'lerde Amerika'da çalışan bir grup sosyal psikolog tarafından insanların hastalıkları önleme programlarına cevap vermeme ve bunlara katılımdaki başarısızlıkları açıklamak için geliştirilmiştir. Temel araştırma alanı insanların sağlık davranışlarını açıklamaya yöneliktir (51). SİM, bireyin önleyici sağlık davranışlarını tahmin etmek ve koruyucu sağlık uygulamalarına yönelik niyetlerini etkileyen faktörleri belirlemek ve önerilen koruyucu sağlık davranışlarına uyumu öngörmek için kullanılmaktadır (51, 52, 53).

SİM, davranış bilimlerinde yer alan kuramların, sağlık sorunlarına uyarlandığı ilk model olarak karşımıza çıkmaktadır (52).

Modele göre kişinin önerilen sağlık davranışına ilişkin niyeti bazı bileşenlerden oluşmaktadır.

- Algılanan Duyarlılık: Bu boyut bir kişinin herhangi bir hastalığa karşı duyarlı olma algısını ölçmektedir. Başka bir deyişle kişinin herhangi bir hastalığa yakalanma olasılığına ilişkin inancını tanımlamaktadır. Kişinin belirli bir hastalık geliştirmeye daha yatkın olması, önerilen sağlık arama davranışını takip etme olasılığının o kadar yüksek olması anlamına gelmektedir (51). Örneğin, serviks kanseri risk faktörlerini taşıyan bir kişinin uzmanların önerilerine daha fazla dikkat etmesi, kendisine koruyucu faktörler hususunda daha titiz davranması beklenmektedir. Jirojwong ve MacLennan tarafından yapılan bir çalışmada meme kanserine karşı algılanan duyarlılık skoru fazla olan kadınların, gerekli tetkiklere başvurma sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (54). Bu alt boyut kısaca kişinin hastalığa ilişkin algılanan duyarlılığının yükseldikçe, duyarlı olunan hastalığa yönelik koruma ve müdahale yöntemlerine daha fazla başvuracağını ifade etmektedir.
- Algılanan Şiddet/ Ciddiyet: modelin bu bileşeni, hastalığın şiddeti ile ilgili hisleri, inançları ele almaktadır. Bir kişinin hastalığın ciddiyetine ve tedavi edilmesine ilişkin öznel değerlendirmesini ifade eder. Öznel değerlendirme ayrıca tıbbi (ölüm, engelli olma, tıbbi maliyetler) ve sosyal sonuçların ( aile, iş ve sosyal ilişkiler üzerindeki etkileri) değerlendirilmesini de kapsar (51).

Tuong yaptığı bir çalışmada kadınların meme kanserine ilişkin algılanan şiddet puanlarını meme muayenesi eğitimi öncesi ve sonrası şeklinde karşılaştırdığında, kadınlarda meme kanserine ilişkin algılanan şiddetin/ciddiyetin arttığını saptamıştır (55). Jirogwong ve arkadaşları ise Pap-smear testi yaptırma ile serviks kanserine yönelik artmış ciddiyet algısı arasında pozitif korelasyon bulmuştur. Hastalığa ilişkin ciddiyet ne kadar artarsa gerekli müdahalelerinde yaptırılması olasılığı artmaktadır (54).

- Algılanan Fayda: bu bileşen, bir kişinin önerilen koruyucu ve tedavi edici davranışı takip etme niyetinin, davranışın belirli bir hastalıktan kaynaklanan riski azaltmada yararlı olacağına ilişkin inancını ve algısını temsil etmektedir (52, 53). Başka bir ifade ile kişinin algısı sonucunda meydana gelecek olan davranış değişikliğinin hastalığı ne derecede önleyeceğine ilişkin inancıdır. Bu yarar genellikle istendik davranış gerçekleştirilirse hastalığa yakalanma riskinin azalacağı beklentisidir. Bu çalışma için, taramanın serviks kanserine karşı koruyucu bir yöntem olarak kabul edilme derecesi, kadınlar arasında Pap-smear testlerinin sıklığını tahmin etmektedir.
- Algılanan Engeller: bu bileşen ise, önerilen sağlık davranışının olumsuz yönlerini ifade eder. SİM'e göre bazı insanlar sağlıklarına ilişkin davranışları pahalı olması, tehlikeli algılanması, zor ve zaman alıcı olması ya da damgalanma ile sonuçlanacağına dair inançlarından dolayı gerçekleştirilmemektedirler (52). Tüm bu değişkenler kadınların Pap-smear testi yaptırmalarına karşı zorluklar olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Sağlık Motivasyonu: kısaca sağlık motivasyonu, bireyin kendi sağlığına ilişkin beklenen sonuçlara ulaşması ve sağlığını zinde tutmak için yaptığı tutum ve davranışları kapsamaktadır (52).

SİM'e ilişkin bazı çalışmalar yukarıda bahsedilen bileşenler dışında sağlık arama davranışını etkileyen psiko-sosyal değişkenler ve kültürel değişkenlerin de olması gerektiğini önermektedir (52). Bu model çerçevesince en kabul edilen 6. Faktör ise öz-yeterlilik (self- efficacy) olarak kabul görmektedir. Daha sonra Bandura tarafından modele eklenen öz-yeterlilik bileşeni, temel olarak "sağlık arama

davranışını başlatma ve devam ettirmek için gerekli olan motivasyonu başarılı bir şekilde yürütebileceğine ilişkin inanç” olarak tanımlamaktadır.

Yapılan literatür taraması sonucunda SİM pek çok hastalık perspektifinde denenmiştir. Bunların başında koroner kalp hastalıkları (56), hipertansiyon (57) gelmektedir. Ayrıca mamografi ve serviks kanseri taraması çalışmalarında da sıklıkla kullanılan bir modeldir. Çoğu sonuç SİM'in bazı bileşenlerinin gerekli taramaya katılımı öngörmediğini doğrulamaktadır (58, 59, 60, 61).

Model her ne kadar geçtiğimiz 50 yıl boyunca sağlık arama davranışı ile ilişkili kullanılsa da, genel olarak yapılan araştırmalar sağlık arama davranışını %20-40 arasında açıkladığını göstermektedir (62). SİM'i eleştirenler, modelin bileşenlerinin işlevselleştirilmesinin zorluğunu vurgulamış ve model yapısından türetilen ölçüm araçlarının geçerliliğinin sorgulanması gerektiğini belirtmişlerdir (51,52,57).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Etik Kurul izni**

Çalışma, 01-31 Ekim 2018 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi (BEUN) Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM) aile hekimliği polikliniğine çeşitli nedenlerle başvuran 21-65 yaş arasındaki kadın hastalar ve bu hastaların kadın cinsiyetteki yakınları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın etik kurul onayı BEUN İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 12/09/2018 tarih ve 2018-186-12/09 sayılı kararla alınmıştır (Ek-1).

#### **3.2. Örneklem**

Araştırmaya polikliniğimize başvuran ve/veya başvuru sahiplerinin yakını olan toplam 194 kadın birey dahil edilmiştir. Rahim ağzı kanseri ve bu kanserin erken tanı koydurucu yöntemi olan Pap-smear testini bilen bireyler üzerinde çalışma yürütülmüştür. Ailesindeki herhangi bir bireyde (Katılımcının kendisi hariç), herhangi bir kanser tanısı bulunan (Olgu grubu) ve bulunmayan olgular (Kontrol grubu) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik araştırması yapılmış olan Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Güvenç ve ark. 2010) kullanılarak değerlendirilmiştir.

#### **3.3. Çalışmaya dahil olma kriterleri:**

Çalışmanın başladığı tarih itibarı ile katılımcının kendisinde tanı konmuş herhangi bir kanser hastalığının bulunmaması, katılımcının 21-65 yaş arasında olması, kadın olması, okuma-yazma bilmesi, çalışma belgelerini gönüllü olarak doldurmayı kabul etmesi, Pap-smear testinin tanımını ve hangi hastalığın erken tanısını koymada işe yaradığını bilmesi, kendisi veya birinci derece yakınları arasında sağlık personeli bulunmaması, bireylerin çalışmaya dahil olmaları için aranan koşullardır.

Araştırmada yararlanılan anket formları 1 Ekim 2018 ile 31 Ekim 2018 tarihleri arasında Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran kadın hastalar ile bu hastaların kadın cinsiyetteki yakınlarına yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı gözetiminde doldurtulmuştur.



### **3.4. Veri Toplama Araçları**

#### **3.4.1. Demografik veri formu**

Demografik veri formunda, katılımcıların ve/veya birinci derece yakınlarının yaş, Pap-smear yaptırmış olma durumu, aile tipi, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerini anonim olarak sorgulayan 13 soru mevcuttur (Ek-2).

Çalışmamızda kullanılan çekirdek aile ve geniş aile tanımını “Türkiye’de aile yapısı araştırması 2011” araştırmasında tanımlandığı şekliyle sorguladık. Bu kaynağa göre, yalnızca karı-kocadan oluşan ve içinde çocukların bulunmadığı veya karı-koca ve evlenmemiş çocuk(lar)dan oluşan aile tipine çekirdek aile denilmektedir. Bir hane içinde birden çok neslin ve/veya evli çiftin bir arada yaşadığı aile tipine ise geniş aile denilmektedir. Geniş aileler büyük anne ve babaları, ebeveynleri, torunları, evli erkek ve kız kardeşleri kapsayabilir (63).

Katılımcıların medeni durumlarını çalışma sırasında evli ve eşleri ile birlikte oturanlar ve çalışma sırasında bekar, boşanmış, dul veya eşini kaybetmiş olup tek başlarına yaşamına devam edenler şeklinde sınıflandırdık.

Katılımcıların SİM puanlarının sağlık sistemi ile temas sonrasında duyarlılık, ciddiyet, yarar, sağlık motivasyonu alt boyutları bakımından artmış, engeller alt boyutu bakımından azalmış olacağını öngördük. Katılımcıların sağlık sistemi ile temaslarının olup olmadığını kronik ve/veya raporlu ilaç kullandıkları bir hastalıklarının bulunup bulunmadığı ve/veya gebelik öykülerinin bulunup bulunmadığına ait sorularla ile belirledik.

Katılımcıların, katılımcıların eşlerinin, katılımcıların anne ve babalarının çalışma durumunu çalışmanın yapıldığı tarih aralığında herhangi bir işte çalışmış veya emekli olmuş olma ve geçmişte ve halen hiçbir işte çalışmış olmama şeklinde sınıflandırdık.

Katılımcıların, katılımcıların eşlerinin, katılımcıların anne ve babalarının eğitim durumlarını, eğitim aldıkları süreye göre  $\leq 8$  yıl, 9-12 yıl ve  $\geq 13$  yıl şeklinde üç kategoride sınıflandırdık.

Katılımcıların düzenli gelirlerinin olup olmadığını, eğer gelirleri düzenli ise yeterli olup olmadığını sorguladık.

### **3.4.2 Pap-smear testi ve rahim ağzı kanseri için sağlık inanç modeli ölçeği**

Sağlık inanç modeli ölçeği 1997 yılında Champion tarafından meme kanserine ilişkin inançları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. 2011 yılında ise Güvenç ve arkadaşları tarafından rahim ağzı kanserine ilişkin inançları değerlendirmek üzere adaptasyon ve standardizasyon çalışması yapılmıştır (9). Yapılan standardizasyon çalışması sonucunda ölçeğe ilişkin toplam 5 alt boyut tanımlanmıştır. Bu alt boyutlar sırasıyla duyarlılık, ciddiyet, yarar, engel ve sağlık motivasyonudur (Ek-3).

Duyarlılık alt boyutunu değerlendiren 3 madde vardır. Duyarlılık alt boyutu kişinin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Ciddiyet alt boyutu 7 maddeden oluşmaktadır. Bir kişinin ciddiyet alt boyutundan aldığı puan ne kadar yüksek ise hastalığa ve kendi sağlığına ilişkin durumları önem vererek algılama eğilimi o kadar yüksektir. Tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Yarar alt boyutu 8 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyut hastalığın erken tanısı için gereken işlemlerin kişi için ne kadar faydalı olarak algılandığını ifade etmektedir. Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili beklentidir. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Engel alt boyutu 14 maddeden oluşmakta olup kişinin Pap-smear testi yaptırmayı zorlaştırdığını düşündüğü engelleri veya Pap-smear testinin olası yan etkilerini sorgulamaktadır. Sağlık motivasyonu alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır. Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde davranışlarının oluşturulması için genel niyet ve istek durumunu göstermektedir (9).

### 3.5. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 19.0 paket programında yapılmıştır. Örnek genişlikleri hesaplanırken araştırmacının hesaplamada kullanılacak parametrelere ilişkin herhangi bir öngörüsü yada literatürde parametrelerin elde edilebilmesi için kullanılabilir herhangi bir referans çalışma bulunmadığından hesaplamalar sırasında Cohen'nin\* tanımladığı geniş etki büyüklüğü ("large effect size") kullanılmıştır. Çalışma için gerekli örnek genişliği tekrarlı ölçümlerde varyans analizi için effect size = 0,40 olmak üzere %70 test gücünün, %95 güven düzeyinde sağlayacak minimum kişi sayısı 30'dur. Bu örnek genişliği çalışma kapsamında kullanılacak diğer analiz yöntemleri için gereken örnek genişliklerini de kapsamaktadır. İlgili hesaplama G-Power 3.1.9.2 paket programında yapılmıştır.

Kategorik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile; sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ise sayısal verilerin normal dağılıma uymama durumlarına göre ortalama, standart sapma ya da medyan, minimum ve maksimum değerleriyle verilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk's testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenlerin ikili grup karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi veya Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. SİM ölçek alt boyutlarının demografik değişkenlerle arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmadaki tüm istatistiksel analizlerde p değeri için 0.05'in altındaki sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Analizi

Araştırmaya toplam 194 kadın katılmıştır. Olgu ve kontrol grubunda yer alan katılımcıların arasında yaş ortalaması ve eğitim aldıkları süre bakımından anlamlı fark görülmemiştir. Hem olgu (%47) hem de kontrol (%43) grubundaki katılımcılar, çoğunlukla  $\leq 8$  yıl eğitim görmüş bireylerden oluşmaktaydı. Hem olgu (%73) hem de kontrol (%68) grubundaki katılımcılar, çoğunlukla ev hanımlarından oluşmaktaydı. Her iki grup katılımcılar arasında çalışma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Hem olgu (%65) hem de kontrol (%67) grubundaki katılımcılar, çoğunlukla çekirdek aile yapısında yaşayan bireylerden oluşmaktaydı. Her iki grup katılımcılar arasında içinde yaşanılan aile tipi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 2).

Olgu grubundaki katılımcıların sağlık sistemi ile temasları (%60), kontrol grubundaki katılımcılardan (%41) anlamlı olarak daha fazlaydı. Hem olgu hem de kontrol grubundaki katılımcıların, çoğunlukla düzenli ve yeterli bir gelire sahip oldukları görülmekteydi. Her iki grup katılımcılar arasında düzenli bir gelire sahip olma ve bu gelirin aileye yetip yetmeme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Hem olgu hem de kontrol grubundaki katılımcıların, eşlerinin eğitim ve çalışma durumu, katılımcıların annelerinin eğitim ve çalışma durumları ve katılımcıların babalarının eğitim durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü. Ancak katılımcılardan olgu (%97) grubunda bulunan bireylerin babalarının herhangi bir işte çalışmış olma bakımından kontrol (%90) grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı oldukları da tespit edildi (Tablo 2).

**Tablo 2:** Katılımcıların demografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Olgu*	Kontrol**	p
Yaş		37,5 ± 11,6 (n:90)	36,9 ± 12,7 (n:104)	0,507
Pap-smear yaptırma durumu n(%)	Yaptırmış	8 (8,9)	2 (1,9)	0,029
	Yaptırmamış	82 (91,1)	102 (98,1)	
	Toplam	90 (100,0)	104 (100,0)	
Medeni durum n(%)	Evli	75 (83,3)	80 (76,9)	0,267
	Tek başına	15 (16,7)	24 (23,1)	
	Toplam	90 (100,0)	104 (100,0)	
Katılımcının eğitim durumu n(%)	≤8 yıl	42 (47,2)	45 (43,3)	0,625
	9-12 yıl	26 (29,2)	28 (26,9)	
	≥13 yıl	21 (23,6)	31 (29,8)	
	Toplam	89 (100,0)	104 (100,0)	
Katılımcının çalışma durumu n(%)	Çalışmış	24 (26,7)	32 (31,4)	0,474
	Çalışmamış	66 (73,3)	70 (68,6)	
	Toplam	90 (100,0)	102 (100,0)	
Katılımcının aile tipi n(%)	Geniş aile	30 (34,1)	32 (32,7)	0,835
	Çekirdek aile	58 (65,9)	66 (67,3)	
	Toplam	88 (100,0)	98 (100,0)	
Sağlık sistemi ile temas durumu n(%)	Var	54 (60,0)	43 (41,3)	0,010
	Yok	36 (40,0)	61 (58,7)	
	Toplam	90 (100,0)	104 (100,0)	
Düzenli gelir sahibi olma n(%)	Var	66 (74,2)	70 (68,0)	0,346
	Yok	23 (25,8)	33 (32,0)	
	Toplam	89 (100,0)	103 (100,0)	
Yeterli gelir sahibi olma n(%)	Var	47 (59,5)	46 (56,8)	0,729
	Yok	32 (40,5)	35 (43,2)	
	Toplam	79 (100,0)	81 (100,0)	
Katılımcının eşinin eğitim durumu n (%)	≤8 yıl	29 (42,6)	35 (50,0)	0,683
	9-12 yıl	24 (35,3)	22 (31,4)	
	≥13 yıl	15 (22,1)	13 (18,6)	
	Toplam	68 (100,0)	70 (100,0)	
Katılımcının eşinin çalışma durumu n(%)	Çalışmış	64 (95,5)	67 (94,4)	0,757
	Çalışmamış	3 (4,5)	4 (5,6)	
	Toplam	67 (100,0)	71 (100,0)	
Katılımcının annesinin eğitim durumu n(%)	≤8 Yıl	72 (92,3)	87 (94,6)	0,433
	9-12 Yıl	6 (7,7)	4 (4,3)	
	≥13 Yıl	0(0,0)	1 (1,1)	
	Toplam	78 (100,0)	92 (100,0)	
Katılımcının annesinin çalışma durumu n(%)	Çalışmış	10 (12,0)	11 (10,7)	0,769
	Çalışmamış	73 (88,0)	92 (89,3)	
	Toplam	83 (100,0)	103 (100,0)	
Katılımcının babasının eğitim durumu n(%)	≤8 yıl	73 (84,9)	80 (80,8)	0,765
	9-12 yıl	11 (12,8)	16 (16,2)	
	≥13 yıl	2 (2,3)	3 (3,0)	
	Toplam	86 (100,0)	99 (100,0)	
Katılımcının babasının çalışma durumu n(%)	Çalışmış	80 (97,6)	91 (90,1)	0,043
	Çalışmamış	2 (2,4)	10 (9,9)	
	Toplam	82 (100,0)	101 (100,0)	

\*Kendisi haricinde ailesindeki herhangi bir bireyde herhangi bir kanser tanısı bulunan katılımcılar

\*\*Kendisinde veya ailesindeki herhangi bir bireyde herhangi bir kanser tanısı bulunmayan katılımcılar

#### 4.2. Olgu ve Kontrol Gruplarının SİM Ölçeği Alt Boyutları Bakımından Karşılaştırılması

Olgu ve kontrol gruplarının SİM alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması sonucunda iki grubun sadece “Duyarlılık” alt boyutunda birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı puanlar aldığı görülmüştür (Tablo 3). Olgu grubunda yer alan ve ailesinde herhangi bir kanser tanısı almış birey bulunan katılımcılar, Pap-smear testi yaptırmada daha duyarlı görülmektedir. Ancak hem olgu hem de kontrol grubu karşılaştırıldığında serviks kanserini ve sonuçlarını ciddiye alma, bu kanserin erken tanısı için Pap-smear testi yaptırmayı yararlı bulma, Pap-smear testi yaptırmada algılanan engeller ve bu testi yaptırmada konusundaki motivasyon alt boyut puanları bakımından anlamlı bir fark görülmemiştir.

**Tablo 3:** Olgu ve kontrol gruplarının SİM alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırılması

Ölçek alt boyutu	Olgu * Median (Min-Max)	Kontrol ** Median (Min-Max)	p
Duyarlılık	9 (3-13)	8 (3-12)	0.028
Ciddiyet	21 (7-35)	22 (7-33)	0.664
Yarar	32.5 (8-40)	32 (8-40)	0.118
Engeller	33 (14-70)	34 (14-68)	0.580
Sağlık motivasyonu	11 (3-52)	9 (3-15)	0.090

\*Kendisi haricinde ailesindeki herhangi bir bireyde herhangi bir kanser tanısı bulunan katılımcılar

\*\*Kendisinde veya ailesindeki herhangi bir bireyde herhangi bir kanser tanısı bulunmayan katılımcılar

#### 4.3. SİM Ölçeği “Duyarlılık” Alt Boyutuna Etki Etmesi Muhtemel Demografik Değişkenlerin Değerlendirilmesi

Olgu ve kontrol grupları arasında SİM ölçeği “Duyarlılık” alt boyutu bakımından izlenen anlamlı farkın ortaya çıkmasıyla demografik değişkenlerin ne oranda etki ettikleri analiz edilmiştir. Yapılan karşılaştırmalarda, katılımcının yaşı, medeni durumu, aile tipi, sağlık sistemi ile temas edip etmeme durumu, düzenli ve/veya yeterli gelir sahibi olup olmama durumu, katılımcıların kendilerinin eğitim düzeyi ve iş sahibi olma durumları ile birlikte katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyleri

“Duyarlılık” alt boyutundaki farka etki etme bakımından değerlendirilmiştir (Tablo 4).

Katılımcıların eşlerinin çoğunlukla iş sahibi olmaları, annelerinin çoğunlukla ev hanımı olması, anne ve babalarının büyük çoğunluğunun  $\leq 8$  yıl süre ile eğitim görmüş olmaları, katılımcıların babalarının çoğunlukla herhangi bir işte çalışmış olmaları nedeniyle “Duyarlılık” alt boyutuna etkileri bakımından bu demografik değişkenlerle ilgili istatistiksel analiz yapılamamıştır. (Tablo 4)

**Tablo 4:** Olgu grubundaki katılımcıların “Duyarlılık” alt boyutu puanları ile demografik değişkenler arasındaki bağıntının değerlendirilmesi

	“Duyarlılık” alt boyutu*	p
Yaş	-0,011	0,925
Medeni durum	-0,038	0,733
Aile tipi	0,049	0,668
Sağlık sistemi ile temas	0,120	0,282
Düzenli gelir sahibi olma	-0,039	0,730
Yeterli gelir sahibi olma	-0,108	0,362
Katılımcıların eğitim düzeyi	0,015	0,892
Katılımcıların iş sahibi olma durumu	-0,134	0,232
Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu	-0,095	0,463

\*Spearman korelasyon katsayısı

## 5. TARTIŞMA

Genel popülasyonda Pap-smear testi yaptırma oranları ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu ülkelerden bazılarında kadınların Pap-smear testi yaptırma oranları şu şekildedir: İspanya: %69,14 (64), Amerika Birleşik Devletleri: %93 (65), Kuzey Kore: %74,15 (64), Türkiye: %36,17 (66)'dır.

Aydın ve arkadaşları tarafından (2015) yapılan bir araştırmada kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların Pap-smear testi yaptırma oranlarına bakılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre değerlendirilen kadınların %63,8'inin Pap-smear testi yaptırdığı saptanmıştır (67). Buna benzer olarak hekimlerde, hemşirelerde de Pap-smear testinin yapılma oranını araştıran araştırmalar vardır. Genel olarak bakıldığında hemşirelerin Pap-smear testi yaptırma oranları Türkiye için %23 ile %49 arasında değişmektedir (69, 70). Hekimlere bakıldığında ise Işık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %33 olarak bulunmuştur. Bu oranlar gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında Türkiye'de kadınların rahim ağzı kanserine yönelik bilgi düzeylerinin düşük, tutumlarının ise olumsuz yönde olabileceğine işaret etmektedir.

SİM, koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında ve belirleyicilerinin öngörülmesinde kullanılan bir değer-beklenti modelidir (71). Hastalıktan korunma ve tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak için 1950'lerde geliştirilmiştir (72). Bu modele göre hastalığın önlenmesi bir değer, koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesi ise beklenti olarak görülmektedir (71). SİM'i oluşturan 5 bileşen, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engeller ve sağlık motivasyonudur (71).

Pap-smear testi yaptırma konusunda bireysel davranışlara etkili olan faktörler arasında bireyin eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sağlık güvencesine sahip olması, serviks kanseri ve bunun önleyici yöntemi olan Pap-smear testi ile ilgili bilgi sahibi olması ve kültürel faktörler sayılmaktadır (73, 74, 75, 76). Mevcut çalışmada ise Pap-smear testini bilen bireylerin, önleyici sağlık davranışını gerçekleştirme sıklığı bakımından eğitim, gelir düzeyi, aile tipi ve ebeveynlerin eğitim ve çalışma durumlarından etkilenmeksizin yetersiz davranış içinde oldukları görüldü.



Pap-smear testinden haberdar olup bu testin ne amaçla yapıldığını bilen orta yaşlı kadın bireylerin dahil edildiği çalışmamızda, kendisi hariç ailesinde herhangi bir bireyin kanser hastalığı tanısı olan katılımcılardan oluşan olgu grubu ile, ailesinde herhangi bir kanser hastalığı tanısı bulunmayan katılımcılardan oluşan kontrol grubundaki deneklerin, Pap-smear yaptırma oranları ve SİM ölçeği alt boyut puanları karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızdaki katılımcılar çoğunlukla ilköğretim düzeyinde eğitim almış, çekirdek aile yapısında yaşayan, düzenli ve yeterli gelire sahip, ev hanımlarından oluşmaktaydı. Hem olgu hem kontrol grubundaki katılımcıların anne, baba ve eşleri çalışma ve eğitim durumu bakımından özdeştiler.

Olgu grubundaki deneklerin Pap-smear yaptırma oranları, kontrol grubundaki deneklere göre anlamlı oranda yüksekti. SİM ölçeği alt boyutlarından sadece “Duyarlılık” boyutundaki farkın olgu grubundaki bireyler lehine anlamlı oranda yüksek olduğu, diğer alt boyutlar bakımından gruplar arasında fark bulunmadığı görüldü.

Çalışmamızda olgu grubunda Pap-smear yaptırma oranı (%8,9), kontrol grubundaki orandan (%1,9) anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda olgu grubunun “Duyarlılık” puanı da kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek bulunduğundan olgu grubundaki bireylerin SİM ölçeğine göre serviks kanserine yakalanma ihtimali konusunda daha duyarlı ve önleyici yöntem olan Pap-smear testini yaptırmaya daha istekli olduklarını söyleyebiliriz.

Beklendiği gibi, olgu grubundaki bireylerin sağlık sistemi ile temas durumu kontrol grubundaki bireylerden anlamlı olarak daha fazlaydı. Ancak olgu grubundaki katılımcıların sadece %8,9’u, tüm çalışma katılımcılarının ise (n=194) sadece %5’i Pap-smear testi yaptırmıştı. Ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda bildirilenlere göre kadınların pap-smear yaptırma oranı %12-50 arasında değişmektedir (77, 78, 79, 80). Bizim çalışmamızda, sağlık sistemi ile temas etme sıklığı yüksek olan olgu grubunun Pap-smear testi yaptırma oranında genel popülasyona göre izlenen düşüklük, sağlık hizmet sunumunda rol alan görevlilerin hizmet talep edenleri pap-smear tarama programı konusunda her fırsatta daha fazla bilgilendirmeye çaba sarf etmeleri

gerektiğini düşündürdü. Literatür bilgileri ışığında kadınların sağlıklı olduklarını hissettiklerinde, kanama veya akıntı şikayetleri bulunmadığında Pap-smear testini yaptırmama eğiliminde oldukları bildirilmektedir (83). Aile hekimliği polikliniğimize herhangi bir nedenle başvuran kadın hasta ve bu hastaların kadın yakınlarının Pap-smear yaptırma konusunda başvuru nedeninden bağımsız olarak aydınlatılmaları gerektiği de görüldü.

Mevcut çalışmada, Pap-smear testi yaptıran ve yaptırmayan bireylerin sayısının çok az olması nedeni ile bu bireylerin SİM ölçeği parametreleri bakımından farklarını istatistiksel olarak değerlendirmek mümkün olmadı. Ancak benzer popülasyonu kullanan ileriki çalışmalarda testi yaptıran ve yaptırmayan bireylerin ölçek parametreleri bakımından değerlendirilmelerinin yararlı olacağı söylenebilir. Böylece pap-smear tarama testi yaptırmaya konusunda mevcut olan engeller daha net olarak ortaya konabilir.

SİM alt boyutlarının demografik değişkenlerle ilişkisini inceleyecek olursak, ilk olarak örneklem grupları arasında SİM alt boyutlarından alınan puanlar karşılaştırılmıştır. Yakınında kanser tanısı olan birey(ler) ile olmayanların SİM alt boyutlarından aldığı puanlar karşılaştırıldığında, duyarlılık alt boyutu anlamlı çıkmıştır. Yakınında kanser tanısı olan bireyler olmayanlara göre Pap-smear testi yaptırmaya daha duyarlıdır. Gruplar arası diğer boyut puanları karşılaştırıldığında ciddiyet algısı hariç sağlık motivasyonu, fayda ve engel alt boyutları olgu grubu lehine ortalamalar yüksektir. Aslında bu beklenen sonuçtur. Yakınında kanser tanısı olan bireyler Pap-smear testini daha yararlı olarak algılamakta ve bu testi yaptırmaya yönelik maddi, toplumsal engelleri daha düşük algılamaktadır.

Alt boyutlar arasında ki ilişkilere bakıldığında en yüksek ilişki sağlık motivasyonu ile yarar algısı arasındadır. Yani katılımcılar Pap-smear testini ne kadar faydalı olarak algılıyorsa, Pap-smear testini yaptırmaya ilişkin sağlık motivasyonları o kadar artmaktadır. Bu durum özellikle bilgi eksikliğinden kaynaklı Pap-smear testi yaptırmayan kadınlara yönelik, bu testin tanı ve teşhiste ne kadar önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Kolutek ve Avcı'nın 2015 yılında 153 kadın ile ev ziyareti şeklinde yaptığı eğitimlerde hem meme hem de rahim ağzı kanserine ilişkin bilgi düzeylerinin arttığı, kadınların %80'inin kendi meme muayenesini yapabilir

hale geldiği, Pap-smear testine ilişkin tutumların olumlu yönde arttığı gösterilmiştir (84).

İkinci olarak ciddiye ve duyarlılık arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Sonuç olarak katılımcıların rahim ağzı kanserine ilişkin hastalığı ciddiye alma düzeyleri ne kadar yüksek ise o kadar testi yaptırmaya duyarlı oldukları bulunmuştur.

Bir diğer korelasyon, engel algısı ile yarar algısı arasında olmuştur. İki değişken arasında anlamlı ve olumsuz yönde korelasyon saptanmıştır.

Gruplar arası farka bakıldığında tüm alt boyutların medeni duruma göre farklılaşmadığı, tüm puan türleri bakımından hem evlilerin hem de bekarların ortalamalarının yakın olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Pap-smear testi yaptırmaya ilişkin ilk çalışmalarda evli kadınların Pap-smear testini daha fazla duydukları, bu yüzden bekar kadınlara göre daha fazla Pap-smear testine duyarlı olduklarına ilişkin erken dönem çalışmaları mevcut olsa da (85, 86, 87), özellikle artık bilgiye daha kolay ulaşabilme, internetin yaygınlaşması, sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve sağlık politikalarının kapsayıcılığı arttığı gibi sebeplerle evliler ve bekarlar arasında Pap-smear testi yaptırma arasında son çalışmalarda anlamlı fark saptanmamıştır (73).

Daha sonra katılımcıların SİM alt boyutlarında ki puanlar ortalamalara göre karşılaştırılmıştır. Buna göre 13 yıl ve üstü eğitim alanların, hem 9-12 yıl eğitim alanlara hem de 8 yıl ve daha az eğitim alanlara göre Pap-smear testini yaptırmaya daha duyarlı olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Benzer şekilde Nguyen ve arkadaşlarının 2006 yılında 1566 kadın üzerinden yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin Pap-smear testine ilişkin duyarlılık düzeyiyle doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır. Yazarlar, düşük eğitim düzeyinde olan kadınların, yüksek eğitim görmüş kadınlara göre Pap-smear testi yaptırma oranlarının yaklaşık 8-9 kat daha az olduğunu bulmuşlardır (73).

Diğer alt boyutlara bakıldığında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça ciddiye algısı doğrusal bir şekilde artmaktadır ( $p>0,05$ ). Yarar alt boyutuna bakıldığında ise 8 yıl ve daha az eğitim görenler ile 13 yıl ve daha fazla eğitim gören kadınların Pap-smear testine ilişkin yarar algısının ciddi ve anlamlı bir

farka sahip olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Benzer sonuçlar engel algısı ve sağlık motivasyonu içinde geçerlidir.

Pap-smear testi yaptırmaya ilişkin diğer bir risk faktörü ise çalışma durumudur. Tüm alt boyutlarda çalışan katılımcıların Pap-smear testine yönelik tutumları daha olumludur. Literatüre bakıldığında bu durumun daha çok maddi imkanlarla ilişkili olduğu düşünölmüştür. Maddi imkanları yeterli olmayan kadınların Pap-smear testini daha az yaptırdıkları dolayısıyla tutumlarının daha olumsuz olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (73). Bu bilgi ile benzer olarak sağlık sigortasına sahip olma durumları ile Pap-smear testine ilişkin tutumlara da bakılmıştır. Sağlık sigortasına sahip olan kadınların Pap-smear testine karşı daha duyarlı oldukları, Pap-smear testinin faydalı olduğuna ilişkin algının yüksek olduğu, engel algısının daha düşük olduğu ve kendi sağlıklarına ilişkin motivasyonlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Aile hekimliği polikliniğimize başvuran kadınlardan serviks kanserini ve bu kanserin önleyici tanı yöntemi olan pap-smear testini bilenlerin Pap-smear testi yaptıırma oranları ÷lke ortalamasının altındadır.
- SİM ölçek parametreleri bakımından olgu ve kontrol grubu arasında sadece “Duyarlılık” alt ölçeği bakımından anlamlı fark vardı.
- Çalışmamızda sorgulanan demografik değişkenlerden hiçbiri “Duyarlılık” alt ölçeğine etki etmemiştir.
- Çalışmamızda olgu grubundaki bireylerin pap-smear yaptıırma oranlarına demografik değişkenlerden hiçbiri anlamlı ölçüde etki etmemiştir.
- Çalışmamızda olgu grubundaki bireyler serviks kanserine karşı daha duyarlıydı.
- Çalışmamızda olgu grubunda bulunan bireylerin pap-smear yaptıırma sıklığı anlamlı oranda daha yüksekti.
- Ailesinde herhangi bir kanser tanısı almış bireylerin Pap-smear testi yaptıırma konusunda motivasyonu daha yüksektir.
- Pap-smear testi hakkında bilgi sahibi olan bireylerin bu testi yaptıırma konusundaki motivasyonları, iş sahibi olma, gelir düzeyinin yeterli olması, ebeveynlerinin eğitim ve gelir düzeyinden etkilenmemektedir.
- Aile hekimliği polikliniğimize başvuran kadınlara Pap-smear testi konusunda motivasyon artırıcı açıklamalarda bulunulması gereklidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Parkin DM, Freddie B, Ferlay J and Paola P. Global cancer statistics. *Cancer J Clin* 55(2):74-108, 2002.
2. WHO/ICO HPV Information Centre. Human Papillomavirus and Related Cancers. 10.10.2018 tarihinde <https://www.unav.edu/documents/16089811/16216616/HPVReport2010.pdf> adresinden erişilmiştir.
3. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2009. 7.10.2018 tarihinde <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2009/cancer-facts-and-figures-2009.pdf> adresinden erişilmiştir.
4. Glanz K, The health belief model. Ed:Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, Health Behavior and Health Education. pp. 45-65, Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2008.
5. Grubbs LM, Tabano M. Use of sunscreen in health care professionals: the health belief model. *Cancer Nursing* 23(3): 164-167, 2000.
6. Leroy V, Ladner J, De Clercq A, Meheus A, Nyiraziraje M, Karita E and Dabis, F. Cervical dysplasia and HIV type 1 infection in African pregnant women: a cross sectional study, Kigali, Rwanda, the pregnancy and HIV study group (EGE). *Sex Transm Inf* 75(2):103-106, 1999.
7. Tate DR, Anderson RJ. Recrudescence of cervical dysplasia among women who are infected with the human immunodeficiency virus: A case-control analysis. *Am J Obstet Gynecol* 186(5): 880-882, 2002.
8. WHO. All cancers (excluding non-melanoma skin cancer) estimated incidence, mortality and prevalence worldwide. 11.10.2018 tarihinde <http://gco.iarc.fr/today/data/pdf/fact-sheets/cancers/cancer-fact-sheets-29.pdf> adresinden erişilmiştir.
9. Güvenç G, Akyüz A, Açikel CH. Health belief model scale for cervical cancer and Pap-smear test: Psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 67(2): 428-437, 2011.

10. Smeltzer SC, Bare BG. Handbook for Brunner & Suddarths Texbook of Medical-Surgical Nursing 10th Edition. Philadelphia: Lippincott. 9.10.2018 tarihinde <http://file.zums.ac.ir/ebook/381HandbookforBrunnerandSuddarth'sTextbookofMedical-SurgicalNursing,12thEdition-Suzann.pdf> adresinden erişildi.
11. Hawes SE, Critchlow CW, Faye Niang MA, Diouf MB, Aissatou D, Touré P, Kasse AZ, Dembele B, Sow P, Coll-Seck A, Kuypers J, & Kiviat N. Increased Risk of High-Grade Cervical Squamous Intraepithelial Lesions and Invasive cancer among African Women with Type 1 and 2 Infections. *Journal of Infectious Diseases* 188: 555-563, 2003.
12. American Cancer Society. Cervical Cancer Health Guide: Can Cervical Cancer Be Prevented. 5.10.2018 tarihinde <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/prevention.html> adresinden erişilmiştir.
13. Wardak S. Human Papillomavirus (HPV) and cervical cancer. *Medycyna Doswiadczalna i Mikrobiologia* 68-73, 2016.
14. Bruni L, Diaz M, Castellsagué M, Ferrer E, Bosch F. X, & de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: Meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *The Journal of Infectious Diseases* 202(12): 1789–1799, 2010. <https://doi.org/10.1086/657321>
15. Zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: From basic studies to clinical application. *Nature Reviews. Cancer* 2(5): 342–350, 2002. <https://doi.org/10.1038/nrc798>
16. De Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, and Bosch F X. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human, papillomavirus DNA in women with normal cytology: A meta-analysis, *The Lancet Infectious Diseases* 7(7): 453–459, 2007. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(07\)70158-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(07)70158-5)
17. Crosbie E, Einstein J, M H Franceschi S, and Kitchener, H C. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 382(9895): 889–899, 2013. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60022-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60022-7)

18. Koskela P, Anttila T, Bjørge T, Brunsvig A, Dillner J, Hakama M, . . . Lenner P. Chlamydia trachomatis infection as a risk factor for invasive cervical cancer. *International Journal of Cancer* 85(1): 35–39, 2000. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0215\(20000101\)85:1<35::AID-IJC6>3.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0215(20000101)85:1<35::AID-IJC6>3.0.CO;2-A)
19. Silva J, Cerqueira F, and Medeiros R. Chlamydia trachomatis infection: Implications for HPV status and cervical cancer. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 289(4): 715–723, 2014. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-3122-3>
20. Ferrante J M, Fyffe D C, Vega M L, Piasecki A K, Ohman-Strickland P A, and Crabtree B F. Family physicians' barriers to cancer screening in extremely obese patients. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 18(6): 1153–1159, 2010. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.481>
21. Palefsky J. Human papillomavirus infection in HIV-infected persons. *Topics in HIV medicine: a publication of the International AIDS Society. USA* 15: 130-133, 2007.
22. Castellsagué X, Bosch F X, and Muñoz N. The male role in cervical cancer. *Salud pública de méxico* 45: 345-353, 2003.
23. Liu Z -C, Liu W -D, Liu Y-H, Ye X-H, and Chen S-D. Multiple sexual partners as a potential independent risk factor for cervical cancer: A meta-analysis of epidemiological studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 16(9): 3893–3900, 2015. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.9.3893>
24. Louie K, De Sanjose S, Diaz M, Castellsague X, Herrero R, Meijer C, Bosch F. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *British Journal of Cancer* 100(7): 1191–1197, 2009. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604974>
25. Hildesheim A, and Wang S S. Host and viral genetics and risk of cervical cancer: A review. *Virus Research* 89(2): 229–240, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0168-1702\(02\)00191-0](https://doi.org/10.1016/S0168-1702(02)00191-0)



26. Kim J-Y, and Kang H-T. Association between Socioeconomic Status and Cancer Screening in Koreans over 40 Years in Age Based on the 2010–2012 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Korean Journal of Family Medicine* 37(5): 287–292, 2016. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2016.37.5.287>
27. Munoz N, Hernandez-Suarez G, Mendez F, Molano M, Posso H, Moreno V, Munoz A. Persistence of HPV infection and risk of high-grade cervical intraepithelial neoplasia in a cohort of Colombian women. *British Journal of Cancer* 100(7): 1184–1190, 2009. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604972>
28. González A, Colin D, Franceschi S, Goodill A, Green J, Peto J, Skegg D. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: Collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *International Journal of Cancer* 118(6): 1481–1495, 2006. <https://doi.org/10.1002/ijc.21493>
29. Vanakankovit N, and Taneepanichskul S. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer. *Medical journal of the Medical Association of Thailand* 91(7): 2008.
30. Cancer, I. C. E. S. C. Cervical cancer and hormonal contraceptives: Collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 370(9599): 1609– 1621, 2007. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61684-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61684-5)
31. Moreno V, Bosch F X, Muñoz N, Meijer C J, Shah K V, Walboomers J M, Franceschi S, Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: The IARC multicentric case-control study. *Lancet* 359(9312): 1085–1092, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08150-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08150-3)
32. Fonseca-Moutinho J A. Smoking and cervical cancer. *ISRN Obstetrics and Gynecology* 2011.

33. Roura E, Castellsagué X, Pawlita M, Travier N, Waterboer T, Margall N, Gram I T. Smoking as a major risk factor for cervical cancer and pre-cancer: Results from the EPIC cohort. *International Journal of Cancer* 135(2): 453–466, 2014. <https://doi.org/10.1002/ijc.28666>
34. Ma Y, Collins S, Young L S, Murray P G, and Woodman C B. Smoking initiation is followed by the early acquisition of epigenetic change in cervical epithelium: A longitudinal study. *British Journal of Cancer* 104(9): 1500–1504, 2011. <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.113>
35. Lacey J V, Swanson C A, Brinton L A, Altekruse S F, Barnes W A, Gravitt P E, Mortel R. Obesity as a potential risk factor for adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. *Cancer* 98(4): 814–821, 2003. <https://doi.org/10.1002/cncr.11567>
36. Lee J K, So K A, Piyathilake C J, and Kim M K. Mild obesity, physical activity, calorie intake, and the risks of cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer. *PLoS One* 8(6): e66555, 2013. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066555>
37. Poorolajal J, and Jenabi E. The association between BMI and cervical cancer risk: A meta-analysis. *European Journal of Cancer Prevention* 25(3): 232–238, (2016). <https://doi.org/10.1097/CEJ.000000000000164>
38. Ludman E J, Ichikawa L E, Simon G E, Rohde P, Arterburn D, Operskalski BH, Jeffery R W. Breast and cervical cancer screening: Specific effects of depression and obesity. *American Journal of Preventive Medicine* 38(3): 303–310, 2010. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.10.039>
39. Friedman A M, Hemler J R, Rossetti E, Clemow L P, and Ferrante J M. Obese women's barriers to mammography and Pap-smear: The possible role of personality. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 20(8): 1611–1617, 2012. <https://doi.org/10.1038/oby.2012.50>

40. Tomita L Y, Costa M C, Andreoli M A A, Villa L L, Franco E L, and Cardoso M A. Diet and serum micronutrients in relation to cervical neoplasia and cancer among low-income Brazilian women. *International Journal of Cancer* 126(3): 703–714, 2010. <https://doi.org/10.1002/ijc.24793>
41. Ghosh C, Baker J A, Moysich K B, Rivera R, Brasure J R, and McCann S E. Dietary intakes of selected nutrients and food groups and risk of cervical cancer. *Nutrition and Cancer* 60(3): 331–341, (2008). <https://doi.org/10.1080/01635580701861769>
42. Lyttle N, & Stadelman K. Assessing Awareness and Knowledge of Breast and Cervical Cancer among Appalachian Women. *Preventing Chronic Diseases. Public Health Research, Practice, and Policy* 3(4): 1-7, 2006.
43. Tessarro I, Herman C, Shaw J, & Giese E. Cancer prevention knowledge, attitudes, and clinical practice of nurse practitioners in local public health departments in North Carolina. *Cancer Nursing and International Journal* 19(4): 269-274, 1996.
44. Wong L.P, Wong Y.L, Low W.Y, Khoo E.M, and Shuib R. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap-smear: a qualitative study. *Singapore Med J.* 50 (1): 49-53, 2009.
45. Ezem B.U. Awareness and Uptake of Cervical Cancer Screening in Owerri, South-Eastern Nigeria. *Annals of African Medicine* 6 (3): 94-98, 2007.
46. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. ACOG Practice Bulletin No 157: Serviks Kanserinde Tarama ve Önleme-Çeviri Özeti 2018. 01.03.2019 tarihinde [www.trsgo.org/1/haber/63/acog-practice-bulletin-no-157-serviks kanserinde tarama-ve-onleme-ceviri-ozet](http://www.trsgo.org/1/haber/63/acog-practice-bulletin-no-157-serviks-kanserinde-tarama-ve-onleme-ceviri-ozet) adresinden erişilmiştir.
47. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları 2017. 01.03.2019 tarihinde <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari-listesi/483-serviks-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> adresinden erişilmiştir.

48. Abrahams N, Wood J, & Jewkes R. Cervical Screening in Montagu District: Women's experiences, coverage and barriers to uptake. Report: Cersa-Women's Health MRC, Tygerberg 1996.
49. Twinn S, Shiu A.T, & Holroyd E. Women's Knowledge about Cervical Cancer and Cervical Screening Practice: A pilot study of Hong Kong Chinese Women. *Cancer Nursing* 25(5): 377-384, 2002.
50. Hoque M, Hoque E, & Kader S. Evaluation of cervical cancer screening program at a rural community of South Africa. *East African Journal of Public Health* 5(2): 111-116, 2008.
51. Strecher V.J, Champion V L, & Rosenstock I. M. The Health Belief Model and health behaviour. In Gochman, D. S. (Ed.). *Handbook of health behaviour research: Vol I. Personal and social determinants*. New York and London: Plenum Press 1997.
52. Strecher V.J, & Rosenstock, I. M. The Health Belief Model. In Glanz, K., Marcus-Lewis, F., & Rimer, B. K. (Eds.), *Health behaviour and health education: theory, research, and practice*. (2nd Ed.). San Francisco: Jessey-Bass Publishers 1997.
53. Murray M, & McMillan C. Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. *British Journal of Clinical Psychology* 32: 87-100,1993.
54. Jirojwong S, Maclennan R, Manderson L. Health beliefs and Pap smears among Thai women in Brisbane. *Asia Pac J Public Health* 2001; 13(1): 20-3. doi:10.1177/ 101053950101300105.
55. Tuong-Vi, H. (2007). Anderson Cancer Center, Houston, TX. Effects of an educational intervention on breast cancer screening and early detection in Vietnamese American Women. *Oncology Nursing Forum*, 34 (2), 481.
56. Mirotznik J, Ginzler E, Zagon G, & Baptiste A. Using the health belief model to explain clinic appointment-keeping for the management of a chronic disease condition. *Journal of Community Health* 23(3): 195-211, 1998.

57. Davis D. T, Bustamante A, Brown C. P, Wolde-Tsadik G, Savage E. W, Cheng X, & Howland L. The urban church and cancer control: a source of social influence in minority communities. *Public Health Reports* 109(4): 500-507, 1994.
58. Fulton J. P, Buechner J. S, Scott H. D, DeBuono A, Feldman J P, Smith R. A, & Kovenock D. A study guided by the Health Belief Model of the predictors of breast cancer screening of women ages 40 and older. *Public Health Reports*, 106(4): 410-421, 1991.
59. Bernstein-Hyman R, & Baker S. Constructing of the Hyman-Baker mammography questionnaire, a measure of health belief model variables. *Psychological Reports*.71(3): 1203-1213, 1992.
60. Cockburn J, Murphy B, Schofield P, Hill D. J, & Borland R. Development of a strategy to encourage attendance for screening mammography. *Health Education Quarterly* 6: 279-290, 1991.
61. Suarez L, Nichols D. C, Pulley L, Brady C. A, & McAlister A. Local health departments implement a theory-based model to increase breast and cervical cancer screening. *Public Health Reports* 108(4): 477-483, 1993.
62. Özgül N. The State of Cervical Cancer in Turkey and Cervical Cancer Screening Studies, *Cancer Control in Turkey*, Ankara, Başak Matbaacılık 379-384, 2010.
63. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması, Ankara, Afşaroğlu Matbaası 48-49, 2011.
64. Işık O, Çelik M, Keten HS, Dalgacı AF, Yıldırım Fatış. Kadın doktorların Pap Smear testi konusundaki bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Cukurova Med J*2016;41(2):291-298 DOI:10.17826/cutf.208422,2016.
65. Sirovich BE, Welch HG. The Frequency of Pap Smear Screening in the United States. *J Gen Intern Med.* 2004 Mar;19(3):243-250. DOI:10.1111/j.1525-1497. 2004. 21107.x, 2004.

66. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları ile Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006;48:25-29, 2006.
67. Aydın D, Ekmez M, Göksedef BP, Hasanova M, Aşık H, Çetin A. Polikliniğe başvuran kadınların Pap-smear farkındalığı ve yaptırma sıklığı, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 4; 127-130, 2015.
68. Dunn R.A, Tan A.K.G. Cervical cancer screening in Malaysia: Are targeted interventions necessary?, *Social Science & Medicine* 71: 1089-1093, 2010.
69. Tuncer M, Özgül N, Olcayto E.Ö, Gültekin M, Erdin B. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı 2009.
70. Uluocak T, Bekar M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kansere İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 1: 50-57, 2012.
71. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The Health Belief Model. Eds: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education*. 3rd edition. San Fransisco: Jossey- Boss; 2002. p. 45-66.
72. Hochbaum GM. Public Participation in Medical Screening Programs: A Sociopsychological Study. PHS publication no. 572. Washington D.C.: Government Printing Office; 1958. p. 36.
73. Nguyen TT, McPhee SJ, Nguyen T, Lam T, Mock J. Predictors of cervical Pap Smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. *Am J Prev Med*. 2002;23(3):207-214.
74. Kesic V, Markovic M, Matejic B, Topic L. Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. *Gynecol Oncol*. 2005;99(1):222- 225.
75. Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Prev Med*. 2004;38:192-197.

76. Markovic M, Kesic V, Topic L, Matejic B. Barriers to cervical cancer screenings: a qualitative study with women in Serbia. *Soc Sci Med.* 2005;61(12):2528-2535.
77. Akyuz A, Guvenc G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap Smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gulhane Med J.* 2006;48:25-29.
78. Esin MN, Bulduk S, Ardiç A. Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women. *J Cancer Educ.* 2011;26(3):510-515.
79. Özmen D. Developing a scale to examine attitudes toward early diagnosis of cervical cancer by using Health Belief Model as a theoretical framework. Doctorate Dissertation, Ege University Health Science Institution. Izmir, Turkey. 2004.
80. Yücel U. Evaluating the effectiveness of training given to women concerning the risk factors of and prevention from the cervical cancer. Master Dissertation, Ege University Health Science Institution. İzmir, Turkey. 2006
81. Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap Smear: a qualitative study. *Singapore Med J.* 2009;50(1):49-53.
82. Hewitt M, Devesa SS, Breen N. Cervical cancer screening among us women: Analyses of the 2000 national health interview survey. *Prev Med.* 2004;39(2):270-278.
83. Bal MD, Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği İle Değerlendirilmesi. *MUSBED* 4(3):133-138,2014.
84. Kolutek R, Avcı İA. Eğitim ve Evde İzlemin, Evli Kadınların Meme ve Serviks Kanseri ile İlgili Bilgi Düzeylerine ve Uygulamalarına Etkisi. *J Breast Health* 2015;11:155-62.
85. Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal Kanserlerin Erken Tanısında Pap-smear Testinin Önemi, *Sted* 14(1): 1-4, 2005.

86. Ozan H. Pap-smear: Ne zaman? Nasıl? Kimden?, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Uzmanlık Sonrası Eğitim ve G¼ncel Gelişmeler 2: 35-40, 2005.
87. Boyle P, Levin B. D¼nya Kanser Raporu 2008, D¼nya Sağlık ¼rg¼t¼ Uluslar arası Kanser Araştırma Kurumu Lyon, 2008.
88. Hoque E, Hoque M. Knowledge of and attitude towards cervical cancer among female university students in South Africa. South Afr J Epidemiol Infect 2009;24(1):21-24.
89. Jirojwong S, Maclennan R. Health beliefs, perceived self-efficacy, and breast self-examination among Thai migrants in Brisbane. Journal of Advanced Nursing. 2003; 41(3): 241-249



## 8. EKLER

### 8.1. Etik Kurul İzin Belgesi



**T.C.**  
**ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**  
**Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

**TOPLANTI TARİHİ** : 12/09/2018  
**TOPLANTI NO** : 2018/17

**KARARLAR :**

- 9- Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2018-186-12/09 Protokol no'lu "Kadınların Pap-Smear Testi Yaptırma Konusundaki Davranışlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

**A S L I G İ B İ D İ R**

**Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ**  
**Zonguldak B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**

## 8.2. Demografik Veri Formu

Kadınların, pap-smear testi yaptıрма konusundaki davranış özelliklerinin sağlık inanç modeli ölçeği kullanılarak değerlendirilmesi adlı çalışma için demografik verilerin toplanmasına yardımcı ankettir.

Demografik Veri Formu					
Yaş :	Aile tipi		Medeni durum		
	Çekirdek Geniş		Evli Bekar Boşanmış Dul		
Ailenizde herhangi bir kanser tanısı alan birey var mı?  Evet Hayır	Şu ana kadar sizde tanı konmuş bir kanser hastalığı var mı?  Evet Hayır		Pap-smear testini şimdiye kadar duydunuz mu?  Evet Hayır	Pap smear testi ne amaçla yapılır?  Ailenizde sağlık çalışanı var mı?  Evet Hayır	
	Sizin ve aile bireylerinizin eğitim durumları ile ilgili aşağıdaki boşluklardan uygun olanlara işaret koyunuz.				Düzenli ilaç kullandığımız kronik bir hastalığınız var mı?  Evet Hayır
	Katılımcı	Eşi	Anne	Baba	
İlköğretim					
Ortaöğretim					
Lise					
Üniversite					
Yüksek lisans					
Doktora					
Sizin ve aile bireylerinizin çalışma durumlarınız ile ilgili aşağıdaki boşluklardan uygun olanlara işaret koyunuz.				Hiç gebeliğiniz oldu mu?  Evet Hayır	
	Katılımcı	Eşi	Anne		Baba
Çalışıyor/emekli					
Çalışmıyor					
Düzenli bir geliriniz var mı? Evet Hayır					
Düzenli bir geliriniz varsa bu gelir sizce yeterli mi? Evet Hayır					

### 8.3. Rahim Ağzı Kanseri ve Pap-smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

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

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
2. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissediyorum					
4. Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur					
5. Rahim ağzı kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar					
6. Rahim ağzı kanserini düşünmekten korkarım					
7. Rahim ağzı kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım					
8. Rahim ağzı kanseri olmak eşimle, erkek arkadaşımın ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaratabilir					
9. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir					
10. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam					
11. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim					
12. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir					
13. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım					
14. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm					
15. Sağlığım için dengeli beslenirim					
16. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım					
17. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim					
18. Simir(Pap-smear)/HPV testi yaptırmak, rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır					
19. Düzenli olarak yaptırdığım simir (Pap-smear) testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir					
20. Bana göre simir(Pap-smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur					
21. Düzenli olarak simir(Pap-smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinden ölme riskimi azaltacaktır					
22. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle simir(Pap-smear) testi yaptırmaktan korkarım					
23. Ne yapılacağını bilmediğim için simir(Pap-smear) testi yaptırmaktan korkarım					
24. Simir(Pap-smear) testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum					
25. Simir (Pap-smear) testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım					
26. Simir (Pap-smear) testi yaptırmak çok fazla zaman alır					
27. Simir(Pap-smear) testi yaptırmak çok ağrılıdır					
28. Sağlık personeli simir(Pap-smear)/HPV testi yaptırırken kaba davranır					
29. Yıllık olarak simir(Pap-smear) testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam					
30. Yaşamımda simir(Pap-smear) testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var					
31. Belirli aralıklarla simir(Pap-smear) testi yaptırmak için çok yaşlıyım					
32. Simir testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok					
33. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, simir(Pap-smear) testi yaptırmak bunu engellemez					
34. Simir(Pap-smear) testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim					
35. Simir(Pap-smear) testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam					