

2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ

L. ÇEKİ

T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**21-65 YAŞ ARASI KADINLARIN SERVİKS KANSERİNE  
YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ SAĞLIK İNANÇ  
MODELİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Leman ÇEKİ**

Tez Danışmanı

**Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR**

Ortak Tez Danışmanı

**Dr. Öğr. Üyesi Celalettin ÇEVİK**

**BALIKESİR-2019**

**T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**21-65 YAŞ ARASI KADINLARIN SERVİKS KANSERİNE  
YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞLARININ SAĞLIK İNANÇ  
MODELİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Leman ÇEKİ**

**TEZ SINAV JÜRİSİ**

**Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR**  
Uludağ Üniversitesi- Başkan

**Doç. Dr. Sibel ERGÜN**  
Balıkesir Üniversitesi- Üye

**Dr. Öğr. Üyesi Celalettin ÇEVİK**  
Balıkesir Üniversitesi- Üye

**Dr. Öğr. Üyesi Kevser TARI SELÇUK**  
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi – Üye

**Dr. Öğr. Üyesi Sevde AKSU**  
Balıkesir Üniversitesi- Üye

Tez Danışmanı  
**Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR**

**BALIKESİR-2019**



T.C.  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TEZ KABUL VE ONAY**

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan


**“21-65 Yaş Arası Kadınların Serviks Kanserine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Sağlık  
İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi”**

başlıklı tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Tez Savunma Tarihi: 16 /07 / 2019**

**TEZ SINAV JÜRİSİ**

**Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR**  
Uludağ Üniversitesi  
Başkan

  
**Doç. Dr. Sibel ERGÜN**  
Balıkesir Üniversitesi  
Üye

  
**Dr. Öğr. Üyesi Celalettin ÇEVİK**  
Balıkesir Üniversitesi  
Üye

  
**Dr. Öğr. Üyesi Kevser TARI  
SELÇUK**  
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi  
Üye

  
**Dr. Öğr. Üyesi Sevde AKSU**  
Balıkesir Üniversitesi  
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi, sınav jüri komisyonu tarafından imzalanarak

16/07/2019 tarihinde teslim edilmiştir.

  
**Prof. Dr. İzzet KARAHAN**  
Enstitü Müdürü

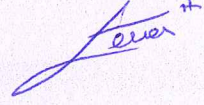


## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim (09/08/2019).

Leman Çeki

İmza





## TEŞEKKÜR

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca benden desteğini esirgemeyen, bana yol gösteren, çalışmalarım sırasında bana sabır gösteren danışman hocam Sayın Doç. Doç. Dr. Aysel Özdemir'e, tezimin yürütülmesinde bilimsel katkılarından dolayı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Celalettin Çevik, Doç. Dr. Hicran Yıldız ve Doç. Dr. Neriman Akansel hocalarıma, istatistik hesaplamaları konusunda büyük bir özveriyle yardımcı olan Sayın hocam Doç. Dr. Güven Özkaya'ya, çalışmamda benden her türlü desteğini esirgemeyen uzman hemşire Eda Ünal'a, veri toplama aşamasında bana yardımcı olan başta Dr. Şebnem Aşgun ve Ebe Gülsüm Kandemir olmak üzere tüm Yelki Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına, çalışmalarım boyunca destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan canım aileme sonsuz teşekkürler ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iv</b>
<b>SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>v</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>7</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>11</b>
2.1. Serviks (Rahim Ağız) Kanseri .....	11
2.1.1. Serviks'in Yapısı.....	11
2.1.2. Serviks Kanseri .....	11
2.1.3. Epidemiyolojisi .....	12
2.1.4. Risk Faktörleri.....	13
2.1.5. Fiziopatolojisi.....	17
2.1.6. Klinik Belirti ve Bulguları .....	18
2.1.7. Tanı Yöntemleri ve Tedavi .....	19
2.2. Tarama ve Önleme .....	23
2.2.1. Dünya'da Serviks Kanserinin Taranması ve Önlenmesi .....	27
2.2.2. Türkiye'de Serviks Kanserinin Taranması ve Önlenmesi .....	27
2.2.3. Serviks Kanseri Tarama ve Önleme Çalışmalarında Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü .....	28
2.3. Sağlık Davranış Modelleri .....	29
2.3.1. Sağlık İnanç Modeli .....	29
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Hipotezi.....	32
3.3. Araştırmanın Yer ve Zamanı.....	33
3.4. Araştırmanın Evren ve Örnekleme .....	33
3.5. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması .....	34
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	34
3.6.1. Bağımlı Değişkenler .....	34
3.6.2. Bağımsız Değişkenler .....	35
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	35

3.8. Etik Açıklamalar .....	36
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>37</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>54</b>
5.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Özellikler .....	54
5.2. Katılımcıların Üreme Sistemine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler .....	57
5.3. Serviks kanserine ilişkin özellikler .....	58
5.4. Serviks Kanseri belirtilerine İlişkin Bilgi Düzeyi .....	61
5.5. Risk Faktörleri Hakkındaki Bilgi düzeyi .....	62
5.6. Serviks Kanserinden Korunmaya İlişkin Bilgi .....	63
5.8. Katılımcıların SİMÖ Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tartışılması .....	65
5.9. Katılımcıların SİMÖ Puanlarının Üreme Sistemine İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tartışılması .....	69
5.10. Katılımcıların SİMÖ Puanlarının Bilgi Düzeylerine Göre Tartışılması .....	73
5.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları .....	77
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>78</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>80</b>
<b>EK-1. ETİK KURUL ONAYI .....</b>	<b>91</b>
<b>EK-2. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN ONAYI .....</b>	<b>94</b>
<b>EK-3. YELKİ 3 NOLU ASM 3513006 NOLU BİRİM ARAŞTIRMA İZİN ONAYI .....</b>	<b>96</b>
<b>EK-4. KATILIMCI BİLGİLENDİRME ONAM FORMU .....</b>	<b>97</b>
<b>EK-5. ANKET FORMU .....</b>	<b>100</b>
<b>EK-6. ÖLÇEK KULLANMA İZİN ONAYI .....</b>	<b>105</b>
<b>EK-7. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>106</b>

## ÖZET

### 21-65 Yaş Arası Kadınların Serviks Kanserine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Sağlık İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi

Araştırma, 21-65 yaş arası kadınların serviks kanserine yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi için anatik tipde yapılmıştır. Araştırmanın evreni Güzelbahçe 3 numaralı Yelki Aile Sağlığı Merkezi (ASM) 3513006 numaralı aile hekimliği birimine kayıtlı bulunan 1193 kadından oluşturulmuştur. Araştırmanın örnekleme %5 hata ve 0,5 olasılık yöntemi ile (n) 291 kişi olarak hesaplanmıştır. Veriler 1 Aralık 2017- 1 Mart 2018 tarihleri arasında ASM'ye çeşitli nedenlerle başvuran, örnekleme kriterlerine uygun, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu ve "Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" kullanılmıştır. Katılımcılarla yapılan yüz yüze görüşmenin süresi ortalama 30-35 dakika sürmüştür. Verinin istatistiksel analizi SPSS 23.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Çalışmanın anlamlılık düzeyi  $\alpha=0,05$  olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların Rahim Ağzı kanseri ve Pap smear testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında; duyarlılık ortalama puanı  $8,06\pm 3,32$ , önemseme ortalama puanı  $23,36\pm 7,31$ , yarar ortalama puanı  $34,23\pm 5,79$ , sağlık motivasyon ortalama puanı  $9,84\pm 3,33$ , engeller ortalama puanı  $25,98\pm 10,45$  olarak saptanmıştır. Katılımcıları serviks kanseri *bilgi düzeyi* ile yarar motivasyon algısı ve engel algısı puanları arasında, serviks kanseri *risk faktörleri bilgi düzeyleri* ile yarar motivasyon algısı, sağlık motivasyonu algısı ve engel algısı puanları arasında, serviks kanseri *önlenebilir olma bilgi düzeyleri* ile yarar motivasyon algısı, sağlık motivasyonu algısı ve engel algısı puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilere göre sağlığı sürdürmeyi, geliştirmeyi, hastalıklarını erken saptamayı önemsemenin, sağlık düzeylerini geliştirmek amacıyla yeni bilgiler araştırmanın ve pap smear tarama testi hakkında bilgi sahibi olmanın kadınların servikal kanserinin erken tanısına ilişkin tarama testlerine katılımı etkilediği saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Pap smear, sağlık inanç modeli, serviks kanseri



## ABSTRACT

### **Assessment of the Knowledge and Behaviors of Women aged between 21 and 65 about Cervical Cancer based on the Health Belief Model**

This analytical study assessed the knowledge, attitudes, and behaviors of women aged between 21 and 65 about cervical cancer based on the Health Belief Model. The study population included 1193 women registered at the family practice unit number 3513006 of Güzelbahçe Yelki Family Medical Center (FMC) number 3. The study sample was calculated to be (n) 291 individuals for a 5% error and 0.5 probability. Data were collected from women who visited the FMC for various reasons between December 1, 2017 and March 1, 2018, met the inclusion criteria, and agreed to participate in the study. A personal information form developed by the researchers based on the related literature and the “Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test” were used as data collection tools. Face-to-face interviews with the participants took approximately 30-35 minutes. The data were analyzed using SPSS 23.0 program. The significance level was accepted as  $\alpha=0.05$ .

The subscale scores of participants on the Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test were as follows: the mean susceptibility score was  $8.06\pm 3.32$ , mean seriousness score was  $23.36\pm 7.31$ , mean benefit score was  $34.23\pm 5.79$ , mean health motivation score was  $9.84\pm 3.33$ , and mean obstacles score was  $25.98\pm 10.45$ . A statistically significant difference was found between the participants’ **knowledge level** of cervical cancer and perception of benefit and obstacles scores. In addition, a statistically significant difference was found between the participants’ **knowledge level of risk factors** of cervical cancer and perception of health motivation and obstacles scores. Similarly, a statistically significant difference was found between the participants’ **knowledge level of preventing** cervical cancer and perceptions of benefit, health motivation, and obstacles scores.

The study found that caring about maintaining and improving health and preventing diseases, searching for new information to improve health, and having knowledge about Pap smear screening tests affected women’s participation in screening tests for the early diagnosis of cervical cancer.

**Keywords:** Pap smear, health belief model, cervical cancer.

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
AİDS	: Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CIN 1	: Hafif Derece Servikal İntraepitelyal Neoplazi
CIN 2	: Orta Derece Servikal İntraepitelyal Neoplazi
CIN 3	: Ağır Servikal İntraepitelyal Neoplazi
CYBH	: Cinsel yolla bulaşan hastalık
DSÖ/WHO	: Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization
HPV	: Human Papüllama Virüs
FİGO	: International Federation of Gynecology and Obstetrics (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu)
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SİMÖ	: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UAÖÇ	: Ulusal Anne Ölümleri Çalışması

## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcılara ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (n=291). ....	37
<b>Tablo 4.2.</b> Katılımcıların üreme sistemine ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=291).....	38
<b>Tablo 4.3.</b> Katılımcıların serviks kanserine ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=291). ....	39
<b>Tablo 4.4.</b> Katılımcıların serviks kanseri belirtilerine ilişkin bilgi dağılımı (n=291). ....	40
<b>Tablo 4.5.</b> Katılımcıların serviks kanseri risk faktörleri hakkındaki bilgi durumlarının dağılımı (n=291).....	41
<b>Tablo 4.6.</b> Katılımcıların serviks kanserinden korunmaya ilişkin bilgi dağılımı (n=178). ....	42
<b>Tablo 4.7.</b> Katılımcıların Pap smear taraması konusundaki bilgi durumlarının dağılımı (n=291).....	43
<b>Tablo 4.8.</b> Katılımcıların serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanlarının dağılımı (n=291).....	44
<b>Tablo 4.9.</b> Katılımcıların SİMÖ puanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması (n=291). ....	45
<b>Tablo 4.10.</b> Katılımcıların SİMÖ puanlarının cinsel sağlık ve doğurganlık özelliklerine göre karşılaştırılması (n=291). ....	47
<b>Tablo 4.11.</b> Katılımcıların SİMÖ puanlarının üreme sistemine ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması (n=291). ....	48
<b>Tablo 4.12.</b> Katılımcıların SİMÖ puanlarının serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeylerine göre karşılaştırılması (n=291).....	50
<b>Tablo 4.13.</b> Katılımcıların serviks kanseri bilgi düzeyine göre serviks kanseri belirtilerine ilişkin bilgi düzeyi. ....	52
<b>Tablo 4.14.</b> Katılımcıların Pap smear yaptırma ve Pap smear testi yaptırma nedenlerini bilme durumlarının menopozla ilişkisi (n=291).....	53

# 1. GİRİŞ

## Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser önemli kronik hastalıklardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2018 yılı verilerinde kanser nedeniyle 9,6 milyon kişinin hayatını kaybettiği ifade edilmektedir (WHO, 25 Mayıs 2019). Türkiye'de 2016-2017 yılları arasında gerçekleşen ölümler sırasıyla: dolaşım sistemi hastalıkları (%39,8), neoplaziler (%19,7) ve solunum sistemi hastalıkları (%11,9) şeklinde tespit edilmiştir (TÜİK, 11 Mayıs 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2018).

Günümüzde kanserli bireylerin sayısının artması dünya genelinde önemli bir hastalık yükü oluşturmaktadır. 2010 yılında kanserin tüm dünyadaki tahmini ekonomik maliyeti yıllık bazda toplam 1,16 trilyon ABD (Amerika Birleşik Devletleri) dolarıdır. Kanser yükü, kanserin erken teşhisi ve kanserli hastaların tedavisi yoluyla da azaltılabilmektedir (WHO, 25 Mayıs 2019). DSÖ'nün verilerine göre kanser türlerinin %30-50'si önlenabilir niteliktedir. Kansere neden olan risk faktörlerinin %30-50 oranında azaltılması, eğitim ve erken tarama testlerinin yaygınlaştırılması gibi kanıta dayalı mevcut önleme stratejilerinin uygulanmasının kanserin önlenmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir (Kokkun, 2014; WHO, 25 Mayıs 2019).

DSÖ'ye göre yoksulluk ve sosyo-ekonomik yetersizlikler, hastalık ve ölümlerin önemli bir nedenidir (İflazoğlu, 2015). Kansere bağlı gerçekleşen ölümlerin yaklaşık %70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (WHO, 25 Mayıs 2019). Yoksulluğun neden olduğu sağlık sorunlarından en fazla etkilenen grup olan kadınlarda görülen kanser sıklığı ve çeşidi ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2017 verilerinde kadınların ölümünün %15,1'nin iyi ve kötü huylu tümörlere bağlı gerçekleştiği tespit edilmiştir (TÜİK, 11 Mayıs 2019). Gelişmiş ülkelerde meme ve kolorektal kanserler daha sık görülürken, gelişmekte olan ülkelere göre meme ve serviks kanserleri daha sık görülmektedir (Globocan, 2012; İflazoğlu, 2015). Kadının sosyo-ekonomik durumunun yetersiz olması bireylerin hijyen davranışlarını olumsuz etkilemekte, bulaşıcı hastalıklar, malnütrisyon, anemi gibi sağlık problemlerine yatkınlık oluşturmaktadır.

Sosyal güvencesi olmayan kadınların ise koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma, tanı ve tarama programlarına katılımları yetersiz düzeydedir (Öztürk, 2017). Tıbbi tedavi ücretsiz olsa bile, ulaşım güçlükleri, duyarsızlık, korku, mantık dışı tutumlar ya da yanlış kültürel inançlar gibi olumsuz etkenler kanser tanılmasını zorlaştırmakta ve tanıda gecikmelere yol açmaktadır (Sönmez, 2011).

Kadınlara verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi ülkelerin kalkınma düzeyinin en önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Çeşitli uluslararası kuruluşlar, ülkelerin kalkınmışlık düzeyini belirlemek için kadınlara verilen sağlık hizmetlerini incelemekte ve bu alandaki politikaları bir gösterge olarak ele almaktadır (Koç ve ark., 2006).

Kadın üreme organlarında meydana gelen kanserler jinekolojik kanserler olarak adlandırılmakta ve kadınlarda önemli morbidite ve mortalite sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (Esencan, 2009; Uçar ve Bekar, 2010; Öztürk, 2017). Jinekolojik kanserler yaratmış olduğu maddi ve manevi yükün fazlalığı ile birçok kanserden farklılık göstermektedir. Bu sebeple jinekolojik kanserlerin yol açtığı mortalite ve morbiditenin azaltılması, kanser kontrolüne yönelik stratejilerin geliştirilmesinin önemini daha da arttırmaktadır (Eroğlu ve Koç, 2014).

Serviks kanseri tüm dünyada önemli bir kadın sağlığı sorunudur (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). 2004 yılında DSÖ liderliğinde toplanan Dünya Sağlık Asamblesi serviks kanserlerinin önlenmesini üreme sağlığı açısından en önemli 5 konudan biri olarak seçmiştir (Bayçelebi, 2011). Globocan 2018 verilerine göre tüm dünyada 500.000'den fazla yeni serviks kanseri vakası saptanırken, serviks kanserlerin neden olduğu ölüm sayısının 310.000'den fazla olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmada en yüksek serviks kanseri oranına sahip ülke Svaziland iken onu Malawi takip etmiştir (Bray ve ark., 2018). 2015 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu raporundaki verilere göre ise Türkiye'de kadınlarda serviks kanseri insidansı 10.000 de 4,5 olarak raporlanmıştır(T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018).

İnsani gelişim oranlarının en yüksek ve en düşük olduğu ülkelerde serviks kanseri görülme oranlarında belirgin farklılıklar görülmektedir (Bray ve ark., 2018). Bu durumun en önemli nedeni insanı gelişmişlik düzeyi düşük ülkelerdeki kadınların koruyucu sağlık hizmetlerine ve tarama testlerine ulaşımının kısıtlı olmasıdır.

Çeşitli riskli davranış biçimleri serviks kanserine yakalanma riskini artırsa da bu risklere sahip birçok kadında serviks kanseri gelişmemekte ya da bu risk



faktörlerinden herhangi birini taşımayan kadınlarda nadiren serviks kanseri gelişmektedir (The American Cancer Society, 18 Şubat 2019).

Serviks kanseri risk faktörleri değiştirilebilir/önlenebilir ve değiştirilemez/önlenebilir faktörler olarak ele alınmalıdır (The American Cancer Society, 18 Şubat 2019). Serviks kanseri için değiştirilemez faktörler arasında kadının yaşı, sahip olduğu ırkı, 15 yaşından önce menarş ve aile öyküsü yer alırken; değiştirilebilir/önlenebilir risk faktörleri arasında tütün mamulü kullanımı ve maruz kalma (pasif içicilik) , oral kontraseptiflerin (OK) uzun süre kullanımı, HPV enfeksiyonu başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyona sahip olma, erken yaşta başlayan cinsel deneyim ve erken yaşta gebelik gibi birçok faktör yer almaktadır (Abike ve ark., 2011; Sönmez, 2011; Savaş Çimke, 2016; Karaoğlan, 2016; Uyanıkoğlu ve ark., 2016; Wichachai ve ark., 2016).

Human papilloma virüsü (HPV) bütün dünya genelinde en yaygın cinsel yolla bulaşan hastalık olup serviks kanserinin en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Özellikle HPV tip 16 ve 18 serviks kanseri ve diğer anogenital kanserlerin gelişiminde önemli rol oynadığı saptanmıştır. Yaygın serviks kanseri koruma programları ise primer koruma (aşılama) ve sekonder koruma (tarama) programları olarak değerlendirilmektedir (Eryeşil, 2015).

Servikal hücrelerdeki meydan gelen değişikliklerin invaziv kansere dönüşmesi 2-15 yıl sürmektedir. Sekonder koruma yöntemi olan Pap smear; servikste kanser öncüsü olabilecek lezyonların hücresel değişikliklerini invaziv kansere dönüşmeden belirleyebilen, ucuz, kolay uygulanabilir tarama yöntemlerinden biridir. Pap smear testinin yaygın olarak kullanılmaya başlanması serviks kanserinin görülme oranını önemli ölçüde azalmasını sağlamıştır. Fakat serviks kanserinin etkin tarama yöntemlerine rağmen görülme sıklığında istenilen düzeyde azalma olmaması aşı ile korunmayı gündeme getirmiştir. Aşının, HPV enfeksiyonunun gelişmesine engel olarak serviks kanseri insidansını düşüreceğine ve böylece çok pahalıya mal olan serviks kanserinin azaltacağına inanılmaktadır (Bayçelebi, 2011; İflazoğlu 2015; Tung ve ark., 2017; Wichachai ve ark., 2016).

Türkiye’de serviks kanserine yönelik yürütülen tarama programının kapsayıcılığı %20 civarındadır. Bu durum sağlık hizmet sunumundaki aksaklıkların (uzman sayısı, uzmanların ilgisizliği) ötesinde kadınların konuya ilgisinin olmayışından, sahip oldukları geleneksel kültürel değer ve inançlarından, içinde buldukları sosyal ortamdan, sahip oldukları kadercı bakış açılarından, cinsel

davranışlar hakkındaki inançlarından, sağlık sistemi ile ilgili önceki olumsuz deneyimlerinden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde hedef kadın nüfusunun yalnızca 1/5'inin tarama programı kapsamına alınması tarama davranışlarında olumlu değişimin sağlanması adına gerekli girişimlerin ivedilikle planlanması gerektiğini göstermektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, 2013)

İlk kez Rosenstock tarafından kullanılan daha sonra da Becker ve arkadaşlarının çalışmalarıyla genişletilen sağlık inanç modeli (SİM) kişinin, sağlığa ilişkin eylemlerini sağlık davranışlarına karşı hissettikleri; inanç, değer ve tutumlarının etkilediğini savunmaktadır. Kişiyi neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamak ve sorun yaratabilecek davranışları tahmin etmek için sistematik bir yöntem olan SİM'den yararlanarak sorun olarak görülen bu inanç ve tutumlar saptanırsa, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri o kişi için daha uygun olarak belirlenebilecektir (Johnson ve ark., 2008; Gözüm ve Çapık, 2014).

Bu çalışma kapsamında kadınların serviks kanseri tarama testine katılım düzeylerini etkileyen faktörlerin saptanarak gerekli sağlık davranışını geliştirme faaliyetlerine dikkat çekmek, kadınların serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeylerini arttırmak ve önleme çalışmalarına katılımları arasındaki ilişkiyi saptamak planlanmıştır. Bu araştırmada kadınların serviks kanseri tarama programlarına katılımlarının teşvik edilmesi beklenmektedir. Bu sayede ülkemizin ve bireylerin sağlık harcamaları düşecek, kadınların ve ailelerinin refahı ve mutluluğu artacaktır.

Çalışmanın hipotezlerini “H1: Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanları ile serviks kanseri **bilgi düzeyi** arasında ilişki vardır.”, “H2: Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanları ile serviks kanseri **risk faktörleri bilgi düzeyleri** arasında ilişki vardır.”, “H3: Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanları ile serviks kanseri **belirtileri bilme düzeyleri** arasında ilişki vardır.” ve “H4: Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanları ile serviks kanseri **önlenebilir olma bilgi düzeyleri** arasında ilişki vardır.” oluşturmaktadır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Serviks (Rahim Ağzı) Kanseri**

#### **2.1.1. Serviks'in Yapısı**

Serviks yetişkin kadınlarda uterusun alt kısmını meydana getiren, uterus ve vajinayı birleştiren üreme sistemimizin bir parçasıdır. Çapı apekte 2.5 tabanda 3 cm'dir Kadının yaşı, doğum sayısı ve hormonal durumu, serviksin büyüklüğü ve şeklini belirlemektedir (Coşkun, 2016). Endoservikal kanal internal os ile uterusu, external os ile vajinaya açılır. Serviksin iç ve dış kısmındaki yüzey iki farklı tip doku (skuamöz epitel ve kolumnar epitel) ile döşenmiştir. Bu iki epitelin birleşme noktasına skuamo kolumnar junction (SCJ) denilmektedir. Prekanseroz lezyonların %90'ı bu bölgede meydana gelmektedir (Acar, 2014). Ektoservikte ortaya çıkan invazif servikal tümörlerin büyük çoğunluğunu (%75'ini) skuamöz hücreli karsinomlar oluşturmaktadır. Buna karşılık endoserviksten kaynaklanan tümörlerin adenokarsinom olma olasılığı daha yüksektir (Small ve ark., 2017).

#### **2.1.2. Serviks Kanseri**

Kadın üreme organlarında görülen malign hastalıklar jinekolojik kanserler olarak adlandırılmaktadır. Jinekolojik kanserler tüm ülkelerde önemli morbidite ve mortalite sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (Gül ve ark., 2007; Esencan, 2009; Uçar ve Bekar, 2010; Öztürk, 2017). Jinekolojik kanserler toplumda yol açtığı ölüm ve hastalık yükünün yanı sıra kadının kadınlık algısını, doğurganlığını, cinsel yaşamını ve aile yapısını olumsuz yönde etkilemektedir. Kaygı, çaresizlik, depresyon, umutsuzluk, öfke, suçluluk, şok gibi duygulara neden olmakta, kadının benlik imgesi ve benlik saygısında bozulmalara yol açmaktadır (İflazoğlu, 2015).

Sağlık Bakanlığı'nın 2013 sağlık istatistikleri raporlarına göre genital organ kanserleri kadınlarda görülen tüm kanserler içinde dördüncü sırada yer almaktadır (Uçar ve Bekar, 2010; T.C: Sağlık Bakanlığı, 2014 ). 2008 verilerine göre; tüm dünyada kadınlarda görülen kanserler içerisinde serviks kanseri tüm kadın

kanserlerinin %6'sını oluşturan önemli bir kadın sağlığı sorunudur (T.C: Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu , 2016; Uçar ve Bekar, 2010). DSÖ liderliğinde 2004 yılında toplanan Dünya Sağlık Asamblesi, serviks kanserlerinin önlenmesini üreme sağlığı açısından en önemli 5 konudan biri olarak seçmiştir (Bayçelebi, 2011).

### **2.1.3. Epidemiyolojisi**

Serviks kanseri tüm dünyada kadın sağlığına yönelik en büyük tehditlerden biridir (Esencan, 2009). Serviks kanserinin görülme oranı incelendiğinde ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişkenlik gösterdiği saptanmıştır (Uçar ve Bekar, 2010).

Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2018 verilerinde serviks kanserinin tüm dünyada %6,6 insidansı ile 4. sırada yer aldığı raporlanmıştır (Bray ve ark., 2018). Serviks kanseri insidansı cinsiyet, eğitim, maddi koşullar, yaşam koşulları, sağlık hizmeti ve bu hizmete ulaşmada yaşanan sosyal eşitsizlikler nedeniyle farklılıklar göstermektedir (Kurtoğlu ve Gürz 2014). Serviks kanseri, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ters orantılı olarak değişmektedir. Ülkeler arasındaki bu dengesiz dağılımının en önemli nedenlerinin başında sosyoekonomik durum gelmektedir. Serviks kanseri insidansı insani gelişme düzeyi yüksek olan ülkelerde 10,4 iken insani gelişme düzeyi orta/düşük ülkelerde 18,2 olarak tespit edilmiştir. Aynı rapora göre insani gelişmişlik düzeyi ve mortalite arasındaki bağlantı düzeyi ise daha da büyük bir görünüm seyretnmektedir. Gelişmiş ülkelerde serviks kanserinin neden olduğu mortalite 4,1 iken orta/düşük insani gelişmişlik düzeyine sahip olan ülkelerde mortalite 12,0'dır. Aynı rapora göre en yüksek insidansa sahip ülke bir Güney Afrika ülkesi olan Svaziland (43,1) iken en yüksek mortalite oranına sahip ülke ise bir Doğu Afrika ülkesi olan Malawi (%30,0) olarak raporlanmıştır (The American Cancer Society, 11 Mayıs 2019; Bray ve ark. 2018).

Türkiye serviks kanseri insidansının en düşük olduğu Batı Asya grubu ülkeleri içinde yer almaktadır. Türkiye'de ve Dünya'da serviks kanseri insidansını belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Türkiye Birleşik Veri Tabanı 2014 verilerine göre Türkiye'de 25-49 yaş gruplarındaki kadınlarda serviks kanseri %3,6 ile 4. sırada, 50-69 yaş gruplarındaki kadınlarda ise 2,3 ile 9. sırada yer almaktadır. Tüm yaş gruplarında kadınlarda en sık görülen 10 kanserin standardize edilmiş hızları incelendiğinde serviks kanseri 10. sırada yer almaktadır. Aynı araştırmaya göre 2014

yılında Türkiye’de serviks kanseri insidansı 100.000 kişide 4,0 olarak raporlanmıştır (Şencan ve ark., 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

2015 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu raporundaki verilere göre ise Türkiye’de kadınlarda serviks kanseri insidansı 10.000 de 4,5 olarak raporlanmıştır. Kadınlarda en sık görülen 10 kanser türünün toplam kanser içindeki dağılımı içindeyse %2.5 ile 9. sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Globacan 2018 Türkiye verilerine göre uterus serviks kanseri insidansı yeni tespit edilen kanserler arasında 18. sırada yer almaktadır. Kümülatif insidansı 0,74 olarak raporlanmıştır (Eryeşil, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017; IACR, 2019).

#### **2.1.4. Risk Faktörleri**

Tüm kadınlar serviks kanseri yönünden risk altında olsa da bireysel risk faktörleri ve olumsuz sağlık davranışları riski artırmaktadır. Fakat bu risk faktörlerine sahip birçok kadında serviks kanseri gelişmemektedir ya da bu risk faktörlerinden herhangi birini taşımayan kadınlarda nadiren serviks kanseri gelişmektedir (The American Cancer Society, 28 Şubat. 2019). Örneğin; serviks kanseri için önemli bir risk faktörü olan Human Papilloma Virüsü (HPV) enfeksiyonunun incelendiği Anderson ve ark (2013)’ın İngiltere ve İrlanda’da yapmış oldukları çalışmada servikal anormallikleri olmayan kadınların yaklaşık %12’sinin yüksek riskli HPV tiplerinden etkilendiği gösterilmiştir.

Serviks kanseri risk faktörleri değiştirilebilir/önlenebilir ve değiştirilemez/önlenebilir faktörler olarak ele alınmalıdır (The American Cancer Society, 28 Şubat 2019). Serviks kanseri için değiştirilemez faktörler arasında kadının yaşı, sahip olduğu ırkı, 15 yaşından önce menarş ve aile öyküsü yer alırken; değiştirilebilir/önlenebilir risk faktörleri arasında tütün mamulü kullanımı ve maruz kalma (pasif içicilik), oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımı, HPV enfeksiyonu başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyona sahip olma, erken yaşta başlayan cinsel deneyim ve erken yaşta gebelik gibi birçok faktör yer almaktadır (Abike ve ark., 2011; Sönmez, 2011; Karaoğlan, 2016; Uyanikoğlu ve ark., 2016; Wichachai ve ark., 2016). Serviks kanseri değiştirilebilir bu risk faktörlerinin bilinmesi, öncü lezyonların invaziv kansere dönüşme süresinin 2-15 yılı bulması ve tarama imkânı olması ile korunabilir nadir kanserlerden biridir. İngiltere’de yapılan bir araştırmada serviks



kanseri vakalarının % 99,8'inin önlenebilir olduğu ifade edilmiştir (Brown ve ark., 2018). Değiştirilebilir risk faktörlerinin kadınlar tarafından bilinmesi hazırlayıcıların önlenmesi, bu faktörlere sahip kadınları düzenli Pap testleri yaptırmalarına teşvik etmek ve tarama ve önleme çalışmalarına katılımlarını sağlamak açısından önemlidir (The American Cancer Society, 28 Şubat. 2019).

### ***Değiştirilemez Risk Faktörleri***

*Yaş:* Değiştirilemez risk faktörü olan yaş serviks kanseri için önemli bir faktördür. Serviks kanserinin yaşa özgü insidans oranları 15-19 yaşlarında keskin bir şekilde artar iken 35-50 yaş grubundaki kadınları en üst seviyede etkilemektedir (Nabavizadeh ve ark., 2016; Parsa ve ark., 2017; Cancer Research UK, 11. Mart. 2019; Arbyn ve ark. 2010).

*Irk:* Irk ile serviks kanseri arasında önemli bir ilişki vardır. Siyah ırka sahip kadınlar beyaz ırk kadınlara göre daha yüksek serviks kanseri insidansı ve mortalitesine sahiptir (Yoove ark., 2017).

*Diğer Değiştirilemez Risk Faktörleri:* Araştırmaları halen devam etmekte olan değiştirilemez risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörleri; 15 yaştan önce menarşın başlaması, anne ya da kız kardeşte servikal kanser öyküsünün olmasıdır (Kanbur ve Çapık 2011).

### ***Değiştirilebilir Risk Faktörleri***

*Viral Enfeksiyonlar:* Son dönemlerde cinsel ilişki ile geçen virüsler jinekolojik kanserlere neden olma açısından dikkat çekmeye başlamış ve çeşitli araştırmalara konu olmuştur. Bunlar arasında Herpes Simplex Tip 2 virüsünün ilk başlarda serviks kanserleri açısından risk faktörü olduğu ifade edilmiştir. Ancak daha sonraki yıllarda bu enfeksiyonun hastalığın oluşumunda yardımcı faktör olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır. Servikal kanserli vakalarda yapılan bazı çalışmalarda geçmiş veya mevcut klamidya enfeksiyonunun varlığı tespit edilmiştir. Bu veri doğrultusunda klamidya enfeksiyonunun servikal kanserlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

En önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden biri olan HPV enfeksiyonu serviks kanseri için majör risk faktörü olarak gösterilmektedir (Uluocak and Bekar, 2012; The American Cancer Society, 28 Şubat 2019.). HPV'nin neden olduğu

kondilomlardan/lezyonlardan ilk kez Celsus yazılarında bahsetmiştir. Daha sonraları Yunan ve Romalı hekimler sigiller ve tedavileri hakkında çalışmalar yapmış, cinsel geçişli olduğuna dair şüphelerinden bahsetmişlerdir (Örenli, 2015).

HPV yaklaşık olarak 120 tipten oluşmaktadır. Genital sigillerin sorumlu esas alt tipleri 6 ve 11 iken (%90) yapılan çalışmalarda serviks kanseri gelişiminin %71'inden sorumlu olan HPV 16 ve HPV 18 başta olmak üzere HPV 31, HPV 33, HPV 45, HPV 51, HPV 52, HPV 53'ün serviks kanserleri ile kuvvetli bir ilişkisinin olduğu ortaya konulmuştur (World Health Organization, 2007; Sönmez, 2011; İflazoğlu, 2015). Bosh ve ark. (1995)'nin yapmış oldukları çalışmada servikal tümörlerin %93'ünde HPV DNA saptanmıştır. Günümüzde yapılan çalışmalarda da serviks kanseri olgularında HPV DNA'sına rastlanma oranları benzerlik göstermektedir. Serviks kanseri vakalarında HPV varlığının %99,7 olduğu gösterilmiştir. Ayrıca HPV enfeksiyonu penis, vulva ve vajina kanserinin %40'ına, anüs kanserinin %90'ına, ağız kanserinin ise %3'üne neden olmaktadır (Ozan ve ark., 2011). HPV kaynaklı görülen bu kanserler ve birçok hastalığın HPV'nin eradikasyonu sonucunda azalacağı tahmin edilmektedir (Savaş Çimke, 2016).

Kadınların çoğu yaşamlarının bir döneminde HPV enfeksiyonu ile karşılaşmaktadırlar. Enfeksiyonun en yaygın şekilde görüldüğü dönem cinsel aktivitenin başlamasından sonradır (Small ve ark., 2017). HPV çoğunlukla direkt cilt temasla, vajinal veya anal seks, nadir olarak da oral-genital, el-genital ve genital-genital temas ile geçmektedir. Ayrıca anneden bebeğe doğum sırasında da bulaşabilmektedir (Sönmez 2011). HPV enfeksiyonları genellikle asemptomatik seyrederek ve %90'ı ise tedavi gerektirmeden iki yıl içinde düzelmektedir. Fakat önemli bir azınlıkta, enfeksiyon kalıcıdır ve düzelmeyen enfeksiyon olgularında virüs genomik düzensizliğe yol açan ana DNA'ya entegre olur ve enfeksiyon CIN 1'e ilerler (World Health Organization, 2007; Çeşmeci ve ark., 2015; Egawa ve ark., 2015).

*Erken Yaşta Cinsel İlişki, Seksüel Partner Sayısı:* Cinsel aktivite ile serviks kanseri arasında yakın ilişki vardır. İlk cinsel ilişkiye girme yaşının küçük olması serviks kanseri riskini artırmaktadır. 16 yaşından önce ilk koitusun yaşanması erken yaşlarda HPV'ye karşı immün cevabın yetersiz kalması nedeniyle serviks kanseri etiolojisinde önemi rol oynamaktadır. Bireyin üç ya da daha fazla cinsel partner sayısı olması ya da çok eşli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişkide bulunması özellikle Human Papilloma Virüs tip 16-18, Herpes Simpleks tip II ve HIV gibi cinsel yolla geçen hastalığa yakalanma riskini artırması nedeniyle serviks kanserinin oluşumuna

katkıda bulunduğu yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur (Sönmez, 2011; Makuza ve ark., 2015; Khan ve ark., 2016).

*Parite:* Üç ve daha fazla sayıda doğum yapmak, kürtaj ve düşük nedeniyle doğum travmalarının oluşması, ilk gebelik ve doğum yaşının 20 ve altında olmasının hormonal değişimlere sebep olması nedeniyle serviks kanserine yol açtığı düşünölmektedir. Ülkemizde Pınar ve ark. (2009)'nın yaptığı bir çalışmada polikliniğe başvuran serviks kanserli kadınların büyük oranda erken yaşta evlendikleri (%53,3) ve 3'ten fazla çocuğa sahip oldukları (%86,7) tespit edilmiştir. Ayrıca serviks kanserli olguların %66,7'sinin en az bir düşüğü, % 33,3'ünün ise 2 kürtajı bulunmaktadır (Pınar ve ark., 2009; Sönmez, 2011; İflazoğlu, 2015).

*Sosyo-Ekonomik Durum:* Bireylerin sosyo-ekonomik durumlarının kötü olması, sağlık hizmetlerine, tarama testlerine ulaşmasının güçleşmesine neden olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerine ulaşamayan yoksul kadınları daha da riskli hale getirmektedir. Pınar ve ark. (2008)'nin yaptığı çalışmada 45 serviks kanserli olgunun %80'inin düzenli olarak jinekolojik kontrollere gitmedikleri saptanmıştır. Sosyo-ekonomik durumu düşük bireylerin yetersiz hijyen davranışlarının enfeksiyon ajanları ile karşılaşma olasılığını arttırdığı için bu durum da kadınların serviks kanserine yakalanması için önemli bir etkidir. Hijyen davranışlarına ek olarak düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kadınların sebze-meyveye erişiminin kısıtlı olması, sebze-meyveden fakir beslenmesi de diğer bir etken olarak gösterilmektedir (The American Cancer Society, 28 Şubat 2019). Karoten, C vitamini alımının kötü olması ve folat yetmezliği serviks kanserine yakalanma riskini artırmaktadır. Ayrıca A vitamini eksikliğinin de serviks kanseri için risk faktörü olduğu düşünölmektedir (Sönmez, 2011).

*Kötü Genital Hijyen:* Serviks kanserine yakalanan kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda kadınların genital ve menstrüel hijyene ilişkin uygulamalarının yeterli olmadığı, hijyenik olmayan ped kullanma ve vajinal duş yapma gibi enfeksiyonlara yakalanma risklerini artırıcı yanlış bazı uygulamalarda buldukları saptanmıştır (Sönmez, 2011).

*Sigara:* Sigara içerisindeki nikotinin serviks hücrelerinde lokal immünolojik hasarlara neden olabileceği ve bunun sonucunda da enfeksiyonlara yatkınlığı artırabileceği düşünölmektedir. Ayrıca bu durumun onkolojik HPV'nin kalıcı olmasına sebep olabileceği düşünölmektedir (Sönmez, 2011).

Uzun süre Oral Kontraseptif (OK) Kullanımı: 1968–2004 yılları arasında çeşitli doğum kontrol yöntemleri kullanan 25 ila 39 yaş arasındaki 17032 kadın üzerinde yapılan geniş çaplı bir kohort çalışmasında serviks insidansı ile OK kullanım süresi arasında güçlü bir pozitif ilişki saptanmıştır (Vessey ve Painter, 2006). Yapılan çeşitli çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre doğum kontrol yöntemlerinden yararlanan kadınların serviks kanserleri risk puanlarının hiçbir doğum kontrol yöntemi kullanmayan kadınlara nazaran yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür. Kondom ve benzeri yöntemleri kullanarak gebelikten korunmanın ise serviks kanserleri riskini azalttığı belirtilmektedir (Coker ve ark., 1992; Sönmez, 2011).

*Diğer Faktörler:* Yapılan araştırmalarda bireylerin sahip oldukları ırk ile serviks kanseri arasında bir ilişki saptanmıştır. Siyah ırk kadınlarda, beyaz ırk kadınlara kıyasla servikal invaziv karsinoma görülme oranı iki kat fazladır (Sönmez, 2011).

Yapılan araştırmalarda sigara içen kadınların servikal mukusunda tütün yan ürünleri bulunmuştur. Araştırmacılar sigaranın serviks hücrelerinin DNA'sına zarar verdiğine ve serviks kanseri gelişimine katkıda bulunabileceğini ifade etmektedir. Sigara içmek ayrıca bağışıklık sisteminin HPV enfeksiyonlarıyla mücadelede daha az etkili olmasına neden olur (The American Cancer Society, 28 Şubat 2019). Alkol kullanımı, intrauterin dönemde DES (diethylstilbestrol) ile karşılaşma bireyin önceden başka kanser tanısı alması anne ya da kız kardeşte servikal kanser öyküsünün olması ve eğitim düzeyinin düşük olması serviks kanseri riskini artıran diğer faktörlerdir. Bağışıklık sistemi, kanser hücrelerini tahrip etmede ve onların büyümesini ve yayılmasını yavaşlatmakta önemlidir. İmmüsupresyon (İmmüsupresif ilaç kullanan organ nakli hastaları, HIV pozitif tüm hastalar vb.) neoplazilerin normalde olduğundan daha hızlı bir şekilde istilacı bir kansere dönüşmesine sebep olabilir (Who 2002; Vatansever 2010; The American Cancer Society n.d.)The American Cancer Society, 28 Şubat 2019; Şahin, 2009; Bayçelebi, 2011; Sönmez, 2011; Kanbur ve Çapık, 2011; Kokkun, 2014; İflazoğlu, 2015; Örenli, 2015; Khan ve ark., 2016) .

### **2.1.5. Fizyopatolojisi**

HPV enfekte edeceği bölgeye bir sıyrık aracılığıyla geçer. Deri ve mukoz membranların squamoz epitel hücrelerini enfekte ederek ortalama 3 aylık bir inkübasyon periyodundan sonra virüs DNA'sının hücre DNA'sına entegre olarak

epitelyal proliferasyona neden olur ve kondilom gelişir (Koçtürk 2010; Yurtsev 2011). Neoplazinin ciddiyeti HPV'nin genotipinin yüksek riskli olup olmamasına göre değişir. Bazı HPV tiplerinin genomu yıllar boyu entegre olmamış nükleer epizom şeklinde persistan kalabilir ya da kanserleşmeye başlayan hücreler serviksin derin kısımlarına ya da komşu organlara yayılım gösterdiğinde başlamaktadır (Koçtürk, 2010; Wichachai ve ark., 2016).

### 2.1.6. Klinik Belirti ve Bulguları

Servikal kanserler erken dönemde asemptomatiktir ya da hastalığa özgü olmayan bazı semptomlar sergiler. Bunlar;

- Düzensiz, sızıntı şeklinde lekelenme tarzı vajinal kanama (kanama cinsel birleşme sonrasında belirgin hale gelebilir),
- Adet döngüsü dışı ara kanama,
- Menapoz sonrası kanama,
- Menstruasyonun uzaması, kanamanın artması,
- Postkoital kanama ya da koitus sırasında kanama,
- Defekasyonda kanama.

Servikal kanserlerin geç dönem belirtileri ise;

- Tümör kitlesindeki beslenme bozukluğuna bağlı gelişen nekroz sonucu kanla karışık, pis kokulu, et suyu görünümünde akıntı,
- Kanser, serviks sınırları dışına taşması nedeniyle gelişen pelvis içinde künt ağrılar,
- İnfiltrasyon kitlesinin sinirlere yaptığı baskı sonucu alt ekstremitelerde ve sırtta şiddetli ağrılar
- Üreterlere infiltrasyon sonucu hidronefroz, pyelitis, pyelonefrit ve üremi,
- İdrarda veya rektal kanama
- Tümör kitlesindeki enfeksiyon sonucu sepsis ve peritonitis, son dönemde kaşeksiye varan kilo kaybı, anemi,
- Metastaz yaptığı diğer organlarda sarılık, hematemez, ağrı gibi çeşitli semptomlar
- Lenf dolaşımının engellenmesine bağlı alt ekstremitede ödem görülebilir (ACAR, 2014; Örenli, 2015).



### 2.1.7. Tanı Yöntemleri ve Tedavi

Serviks kanserinin tanısında fizik muayene, sitoloji, kolposkopi ve biyopsiden yararlanılır.

#### *Fizik Muayene*

Servikal mukoza epitelinin premalign ve malign lezyonlarının büyük çoğunluğunda etiyolojik ajanın HPV olduğu epidemiyolojik ve laboratuvar verileri ile desteklenmiştir. Tüm vakaların %95-100'ünde HPV saptanabilmektedir. Serviks kanserinin tanısında inspeksiyon ile siğillerin görülmesi tanı koydurucudur (Yurtsev, 2011).

#### *Sitoloji*

Pap smear testi serviksin prelinik lezyonlara tanı koymada kolay uygulanabilen, duyarlılık-seçicilik yönünden oldukça başarılı, ekonomik ve hastalarca kolaylıkla kabul gören bir testtir (Selvi 2006; Vatansever 2010). Papsmear, hormonal durumun, vajinal ve servikal enfeksiyonların değerlendirilmesi, genital kanserlerin tedavisi ve sonrasında tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Örenli 2015). Bu test sayesinde henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif lezyonlar kolaylıkla saptanabilmektedir (Vatansever, 2010).

Servikal tanı metodu olan 'Pap-smear' testi jinekolojik muayene sırasında vajinal spekulum yerleştirildikten sonra özel spatula aracılığıyla skuamokolumnar kavşaktan, spatula saat yönünde ve saat yönünün tersine 360 derece çevirerek örnekleme şeklinde uygulanır. Alınan örnek lama yayılarak fikse edilip boyandıktan sonra sitoloji laboratuvarına gönderilir. Mikroskop altında incelenen bu hücrelerde kanser belirtilerinin olup olmadığına bakılmak suretiyle Pap smear testi yapılır (Selvi 2006; Kanbur and Çapık 2011).

Pap smear tarama testi serviks kanserinin belirtileri ortaya çıkmadan %90-95'e varan doğrulukla saptanmasını sağlamaktadır. Fakat Pap smear testi yanlış negatiflik oranları %0-94 arasında değişmektedir (Kanbur and Çapık 2011). Bu nedenle Pap smear testi sonucu pozitif bulunduğu zaman kolposkopi, biyopsi, endoservikal küretaj,

konizasyon gibi daha ileri değerlendirme yöntemlerine başvurulması gerekir (Koss, 1993; Bayçelebi, 2011).

Yanlış pozitiflik; smear alma tekniğinde hata, fiksasyonda hata, eritrosit varlığı, boyama hatası, patoloğun değerlendirme hatası gibi nedenlerden kaynaklı olabilir. Hataları azaltmak amacıyla uygulamada:

- Test öncesi en az 48 saatlik cinsel perhiz uygulanması,
- Test adet döngüsünün 10-18. günleri arasında yapılması,
- Testten önceki 48 saat içinde vajinal duş, vajinal tampon, vajinal kontraseptif veya ilaç kullanılmaması,
- Servikal bir cerrahinin ve bir önceki smear testinin üzerinden en az 3 ay geçmiş olması,
- Doğum sonrası en az 6-8 haftalık süre boyunca tarama amacıyla smear almaktan kaçınılması hususlarına dikkat edilmesi tavsiye edilmiştir (Örenli, 2015; American Cancer Society, 4 Ağustos 2019).

Pap smear testi uygulanırken;

- Pap smear örneği ile hastanın adı, soyadı, yaşı ve/veya doğum tarihi, menstruel durumu, son adet tarihi, histerektomi, gebelik, postpartum, oral kontraseptif kullanımı veya hormon replasman tedavisi, intrauterin araç kullanımı, önceki anormal sitoloji veya biyopsi sonuçları, önceki tedaviler veya cerrahi girişimler, risk durumu ve önceki patolojik sitoloji ve histopatoloji bulguları, örneğin alındığı yer (serviks, vajen) belirtmeli.
- Steril veya tek kullanımlık spekulum kullanılmalı.
- Zorunluluk olmadığı sürece kayganlaştırıcı kullanılmamalı (çok gerekli olursa ılık su kayganlaştırıcı olarak kullanılabilir.).
- Plastik spatula kullanılmalıdır.
- Test sırasında ilk olarak spatula ile vajen ve ektoserviks örneği alınmalı, ardından spatula 360 derece dönüşle kullanılmalıdır.
- Smear alınan sahanın dışında şüpheli bölge varsa bu bölgeden ayrıca smear alınır.
- Camın uzun kısmına yarısına kadar tek hamlede sürülmeli.
- Daha sonra camın diğer yarısına fırça yuvarlanarak örnek yayılmalıdır.
- Alınan örnek hemen fiske edilmelidir. Fiksasyon bu amaçla üretilmiş spreylerle yapılmalı, sprey camdan 15-25 cm uzaklıkta uygulanmalıdır (Örenli, 2015).

## ***Kolposkopi***

Kolposkopi yönteminin amacı serviks üzerinde ya da servikal kanalda bulunan lezyonların tanımlanması, prekanseröz serviks lezyonlarının varlığının araştırılması ve anormal Pap smear testi sonucunda biyopsi yapılacak alanların tespit edilmesidir.

Vajinaya spekulum yerleştirildikten sonra servikal mukus silinir ve önce fiziki muayene yapılır, Serviksten Pap smear için örnek alınır. Daha sonra servikse %3-5'lik asetik asit uygulanır. Bunun akabinde servik çıplak gözle incelenir (Yurtsev, 2011; Arabacı, 2012). Basit ve ucuz bir test olması, hemen sonuç vermesi nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde Pap smeare alternatif bir yöntemdir. Asetik asit testi prekanseröz servikal lezyonların çoğunu doğru saptamakla birlikte, bunların önemli bir kısmı yalancı pozitifdir. Bundan dolayı Pap testinin uygulanamadığı yerlerde tarama yöntemi olarak kullanılabilir (Arabacı, 2012).

## ***Servikal Biopsi***

Eğer sitoloji ve kolposkopi testistinde patolojik bulgular saptanmış ise biopsi yapılır. Biopsi kolposkop altında patolojik bölgelerden alınır.

Serviks kanseri evrelemesi klinik olarak yapılan tek kanser olma özelliği taşımaktadır (Şahin, 2009). Evrelemesinde FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) ve TNM ismi verilen ve birbirine oldukça benzeyen iki sistem kullanılmaktadır.

Servikal kanserler için en yaygın kullanılan sistem International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) tarafından geliştirilmiş olan evreleme sistemidir. Bu sistem tümör büyüklüğü ve hastalığın yayılımını temel alan bir sistemdir (Small et al. 2017). Tümörün büyüklüğü ve yayılımı klinik olarak birçok inceleme ile değerlendirilerek, hastalık evreleri I'den IV'e kadar kategorize edilmiştir (Bayçelebi, 2011; Bhatla ve ark., 2018).

Bir diğer kullanılan evreleme sistemi ise Amerikan Ortak Kanser Komitesi (AJCC) TNM evreleme sistemidir. Bu sistem 3 aşamadan oluşmaktadır:

T; ana (primer) tümörün servikse ve yakın dokulara olan yayılımını açıklar.

N; serviksin yakınındaki lenf düğümlerine yayılmış kanseri gösterir.

M; kanserin serviks yakın olmayan diğer organlar veya lenf düğümleri gibi uzak bölgelere (metastaz yapmış) yayılıp yayılmadığını gösterir (The American Cancer Society, 15 Kasım 2018).

Serviks kanserinin tedavisinde belirli bir standart olmamakla birlikte erken evre serviks kanseri hastalarının tedavisi için genellikle **cerrahi önerilmektedir**.

Tedavi planlanırken hastanın yaşı, lezyonun yaygınlığı ve çocuk sahibi olma düşüncesi gibi birçok faktör göz önüne alınmaktadır. Ayrıca uygulanacak tedavinin kür sağlama oranı daha yüksek, mortalite ve morbiditesinin daha düşük olması gerekmektedir (Selvi, 2006; Small ve ark., 2017).

Serviks kanserinin tedavisinde kullanılan bazı yöntemler; elektrokoterizasyon, krioterapi laser vaporezasyonu, laser konizasyonu sıcak ve soğuk konizasyon, genç ve çocuk sahibi olmayan hastalarda kullanılan loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (LEEP) şeklinde sayılabilir (Selvi, 2006). Bu yöntemlere ek olarak; histerektomi, radyoterapi, kemoradyoterapi gibi yöntemler de kullanılmaktadır.

### ***Histerektomi***

Tüm tedavi metotları arasında en yüksek başarı oranına sahip olanıdır. Histerektomi çocuk isteği olmayan, kalıcı kontrasepsiyon isteyen, düzenli kontrollerle istekli olmayan ve histerektomi gerektiren ek patolojisi olan olgularda uygulanan bir tedavi şeklidir (Selvi, 2006). SHAPE çalışmasında 2 cm'den küçük servikal tümörlere sahip erken evre serviks kanseri hastalarında basit histerektomi ve pelvik düğüm diseksiyonu basit ve etkili bir çözüm olarak değerlendirilmektedir. Cerrahi tedaviye ek olarak; radyasyon tedavisi, kemoterapi tedaviye dahil edilebilir (Savaş Çimke, 2016; Small ve ark., 2017).

### ***Radyoterapi***

Serviks kanserinin ileri evrelerinde radyoterapi standart tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Tedavi planı genellikle lokal lenf nodlarını tedavi etmeye ve tümörü küçültmeye yönelik olarak uygulanır. Fakat ilerlemiş hastalığı olan hastalarda, tedavi süresinin 8 hafta ile sınırlı tutulması önemlidir. Uzun süreli tedaviler mortaliteyi artırmaktadır. Ayrıca tedavinin gecikmesi ve/veya tedavinin kesintiye uğraması engellenmelidir (Savaş Çimke, 2016; Small ve ark., 2017; Cibula ve ark., 2018).

## ***Kemoradyoterapi***

Son yıllarda yapılan araştırmalar tedavi başarı oranını artırmak ve yaşam süresini uzatmak amacıyla radyoterapi ile kemoterapi tedavisi uygulanmasının kanserli hasta açısından avantajlı olduğu ortaya konulmuştur (Savaş imke, 2016; Small ve ark., 2017).

Uygulanan tedaviler sonrasında hasta gözetim altında tutulması yineleyen hastalığın erken saptanmasında önemlidir. İki negatif sonuç elde edilinceye kadar 6 ayda bir sitoloji veya kolposkopi-sitoloji birlikte takip edilmelidir. Hastanın eğitilmesi ve desteklenmesi gereklidir (Savaş imke, 2016; Cibula ve ark., 2018).

## ***Terapötik Aşılar***

Geleneksel tedavi yöntemlerinin yanı sıra serviks salgısında antikor miktarını artırarak, virüsün buradan içeri girmesinin immunolojik olarak önlediğini gösteren klinik deneylerde umut verici sonuçlar gözlemlenmiştir. Bu sayede terapötik HPV aşıları malign hastalığın gelişmesini engelleyici etki yaratmaktadır (Vatansever, 2010; Yurtsev, 2011; Small ve ark., 2017).

### **2.2. Tarama ve Önleme**

Serviks kanseri etyopatogenezi açısından bazı prekanseröz aşamalardan geçtikten sonra belirli bir sürede invaziv kanser haline gelmektedir. Serviks kanseri önlenebilir birçok risk faktörünün bilinmesi ve tarama imkânı olması nedeniyle korunma imkânı bulunan nadir kanserlerden birisidir. Servikal kanserin etkili bir tarama programı ile premalign aşamasında yakalanması ve tedavi edilmesi, insidans ve mortaliteyi düşürmek açısından oldukça önemlidir (Kokkun, 2014; Savaş imke, 2016).

Servikal kanserden korunma programlarında primordial, primer, sekonder ve tersiyer korunmadan bahsedilmektedir.

*Primordial korunma*; toplumu sosyal, ekonomik ve kültürel yönden kalkındırarak hastalıklarda rol oynayan etmenlerin etkisini azaltmak ya da ortadan kaldırmayı kapsamaktadır.

*Primer korunma*; kanserle ilişkili olduğu bilinen madde ve alışkanlığın kanser tanısı konmadan önce önlenmesini ifade etmektedir. Bilişsel ve teknolojik olmak üzere 2 temel üzerine şekillenmektedir; Teknolojik kısmı aşılamaı içerirken, bilişsel etkinlikler sağlık eğitimini içermektedir. Servikal kanserlerde sağlık eğitimi, özellikle karsinojenlerden uzak durmayı, riskli seksüel davranışları azaltmayı ya da önlemeyi içermektedir (Kokkun, 2014; Savaş Çimke, 2016).

Servikal kanserden *sekonder korunma* erken tanı ve tedavi etkinliklerinde yoğunlaşmakta, prekanseroz lezyonların invaziv hale gelmeden tedavi edilmesi esasına dayanmaktadır. Sekonder korumada amaç asemptomatik hastaları erken teşhisi ve risk altında olan grupların taranması amaçlanmaktadır. Kadınların yıllık jinekolojik muayene olması; HPV enfeksiyonuna bağlı gelişen lezyonların saptanmasında, mortalite ve morbiditeyi azaltmada sitolojik temelli servikal kanser tarama programları etkin bir yaklaşımdır (Kokkun, 2014; Savaş Çimke, 2016).

*Tersiyer koruma* ise klinik bulgu sonrasında hastalığın yönetimi ve tedavisi için uygun yöntemleri kullanmayı, sakatlıkları azaltmayı, rehabilitasyonlarını ve palyatif bakım uygulamalarını kapsamaktadır (Kokkun, 2014; Savaş Çimke, 2016).

### **HPV Aşısı**

Servikal kanserden global olarak yüksek mortalite oranı önleme, erken tanı, etkili tarama ve tedavi programlarını içeren kapsamlı bir yaklaşımla azaltılabilir (WHO, 2017). Özellikle günümüzde HPV ve servikal kanser ilişkisinin yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular ışığında servikal kanser aşısıyla önlenebilen tek kanser türüdür ve primer korumanın en önemli basamağını oluşturmaktadır. HPV aşısı tek başına kanser riskini %43 azaltırken, aşı ve Pap smear testinin kombine şekilde kullanılması ise kanser olma riskini %60 azalttığı rapor edilmiştir. Servikal kanserden korunma yöntemi olarak aşılar gelişmiş ülkelerde yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Savaş Çimke, 2016). Aşı servikal anormalliklerin, yüksek riskli enfeksiyon insidansının hatta servikal anormalliklerin azalmasını sağladığına dair güçlü kanıtlara sahiptir (Small ve ark., 2017).

HPV enfeksiyonu geçirmiş kadınların %50-60'ında antikor gelişse de immünizasyonun koruyuculuğu ve süresi bilinmemektedir. Rekombinan teknoloji kullanılarak virüs benzeri partiküllerden üretilen HPV aşısı aşılanan bireylerin tümünde, antikor cevabı oluşmakta olup bu oluşan antikor cevabı doğal enfeksiyona

göre çok daha yüksek düzeydedir (Kokkun, 2014). Fakat DSÖ, servikal kansere karşı en uygun maliyetli halk sağlığı tedbiri olduğunu belirtmektedir (WHO, 2016). Aşı sonrası oluşan bu antikör cevabının adölesan yaş grubunda (özellikle 15 yaş altı) daha ileri gruplara nazaran daha yüksek düzeylerde olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Bu nedenle HPV aşısı için uygulanması önerilen zaman 9-15 yaş arasındır (Örenli, 2015).

Halen kullanımda olan HPV aşuları kuadrivalan aşı ve bivalan aşı'dır (Small ve ark., 2017). Kuadrivalan HPV aşısı tip 6, 11, 16 ve 18'i içermekteyken daha yeni bir aşı olan Gardasil 9 ise kuadrivalan aşıya ek olarak HPV'nin beş alt tipine (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) karşı koruma sağlamaktadır. Ayrıca Gardasil 9 servikal, vulvar, vajinal ve anal kanserlere karşı %90 koruma sağlamakta ve diğer aşılardan farklı olarak hem erkeklerde hem kadınlarda genital siğillere karşı korumada etkin olduğu belirtilmektedir (Savaş Çimke, 2016). Bivalan HPV aşısı ise tip 16 ve 18'e karşı geliştirilmiştir (Small ve ark., 2017).

Orijinal aşılama rejimleri; 0, 2 ay ve 6 ay boyunca verilen 3 doza dayandırılmıştır. Kuadrivalan aşı ilk dozdan sonra 2 ve 6. aylarda uygulanırken bivalan aşı ilk dozdan sonra 1 ve 6. aylarda uygulanmaktadır. Son zamanlarda, ikinci dozun ilk dozdan 6 ay ila 12 ay sonra verilmesi koşuluyla 2 dozun 3 doz kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin; Birleşik Krallık'ta 3 doz rejiminin yerini 2 doz rejimi almıştır (Small ve ark., 2017).

Serviks kanserinde erken tanı Pap smear testi ile konulmaktadır. Kesin tanı için ise biyopsi incelenmesi gerekmektedir. Pap smear, birçok ülkede toplum tabanlı servikal kanser tarama programlarında ideal bir tarama testi olarak kullanılmaktadır (Kokkun, 2014).

Serviks kanseri başta olmak üzere genital kanserlerin taramasında tanı ve tedavinin vazgeçilmez bir aşaması olan "Pap-smear" tarama testi kanser taramaları içinde en erken yaygınlaşma gösteren taramadır (Mumcu, 2014). İlk kez 1930'lu yıllarda Yunan doktor George Papanicolaou tarafından tanımlanmıştır (Örenli, 2015). Bu tarama yöntemi, ucuz ve kolay uygulanır olması nedeniyle yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra birçok ülkede yaygın biçimde uygulanmaya başlanmıştır (Mumcu, 2014). Pap smear taramasının yaygınlaşması ile birlikte servikal lezyonların tanısında artış meydana gelmiştir. Bu nedenle mortalite oranları azalırken insidansında kısa bir dönem artmayla beraber düzenli Pap smear taramalarıyla servikal kanser insidansı önemli ölçüde azalmıştır (Bayçelebi, 2011).

2002’de Amerikan Kanser Derneği’nin (AKD) yayımladığı kılavuza göre servikal sitoloji temel tarama yöntemi olarak tavsiye edilmekte iken, 2012’de yayımlanan kılavuzda servikal sitolojiye ek olarak servikal kanser gelişiminde en önemli risk faktörü olan HPV varlığının araştırıldığı HPV DNA testinin de kullanılması önerilmektedir. Genel olarak HPV testleri sitoloji testlerine kıyasla daha yüksek sensitiviteye sahipken, spesifiteleri daha düşük olması nedeniyle yanlış pozitif sonuçları önlemek için pozitif sonuca sahip hasta kolposkopiye yönlendirilmektedir (Kokkun, 2014; Öztürk, 2017).

Servikal kanser, taramada Pap smear testinin başlanma zamanı, tarama sıklığı ve sonlandırılma zamanı ile ilgili tartışmalar devam etmektedir (The American Cancer Society, 15 Kasım 2018).

AKD’nin ve American Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG) önerilerine göre kadınlar ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra veya ilk cinsel birleşme yaşında bağımsız bir şekilde 21 yaşından itibaren serviks kanseri tarama testi yaptırmaya başlamalı, 30 yaşına kadar her yıl yılda bir kez Pap smear testi yaptırmalıdır. 21-29 yaş grubundaki kadınların HPV-DNA testi taraması yaptırmasına gerek yoktur. Bununla birlikte 30 yaşından büyük kadınlarda ise ardışık 3 smear sonucunun negatif olduğu durumlarda en az 2-3 yılda bir Pap Smear testi tekrarlanmalıdır. Fakat tercih edilen tarama sıklığı yolu, 5 yılda bir HPV testi ile birleştirilmiş Pap Smear testi uygulamasıdır. Bu uygulamaya “co-test” adı verilir (The American Cancer Society, 28 Şubat 2019; Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018). Ancak HIV pozitif, bağışıklık yetersizliği olan, inutero DES (diethylstilbestrol)’e maruz kalan, organ transplantasyonu yapılmış olanlar kadınlar, kemoterapi veya kronik kortikosteroid tedavisi alanlarda tarama sıklığı artırılmalıdır. Fakat servikal kanser tarama sıklığı ne olursa olsun her kadına yılda bir kez pelvik muayene yapılmalıdır (Tokgöz, 2009; Uçar ve Bekar, 2010).

AKD’nin görüşüne göre; kadınlar 65-70 yaşına gelmiş ve son 10 yılda düzenli tarama yaptırmış veya benign endikasyonlarla histerektomi geçirmiş ise yüksek gradeli servikal intraepitelyan neoplazi (CIN) öyküsü yok ise taramalar sonlandırılabilir (Uçar ve Bekar, 2010; The American Cancer Society, 11 Mayıs 2019).



### **2.2.1. Dünya’da Serviks Kanserinin Taranması ve Önlenmesi**

Pap Smear testinin uygulanması ülkelere göre değişiklikler göstermektedir. Serviks kanseri hızları oldukça düşük olan Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi tarama yaşını 21 olarak önermektedir (Selvi, 2006; Öztürk, 2017).

AKD ise tarama programı için kadınların cinsel aktiviteye başladıktan üç yıl sonra veya en geç 21 yaşında tarama yaptırmalarını tavsiye etmektedir. Fakat HIV enfeksiyona sahip olan veya immünyüpresif tedavi alan kadınların ilk yıl 6 ayda bir, sonuçları negatif ise yılda bir tarama yaptırmaları ve taramayı tekrarlamaları önerilmektedir. 1993 yılında yapılmış bir araştırmada % 9’u hiçbir zaman Pap smear kullanmadığı bildirilmiştir (Calle ve ark., 1993). Sirovich ve Welch (2004)’in yapmış olduğu çalışmada Amerikalı kadınların büyük çoğunluğunun (%93) yaşamları boyunca en az bir Pap smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. Az gelişmiş ülkelerde ise bu oran sadece %5’tir (Öztürk, 2017).

İtalya’da ve Belçika’da Pap smear testi tarama evrenini 25-64 yaş arasındaki kadınlar oluşturmakta ve taramalar 3 yılda bir yapılmaktadır. Servikal kanser insidansında en büyük azalmayı yakalayan etkin ve bir şekilde tarama yapılan Finlandiya’da smear 30-60 yaşları arasında 5 yılda bir alınmakta ve tarama hedef gruptaki kadınların %98’i yaşamları boyunca en az bir kez smear aldırılmaktadır. Danimarka’da 25-59 yaşları arasındaki kadınlara 2 yılda bir smear uygulanması önerilmektedir. Buradaki kadınların 650 000’i her yıl smear yaptırmaktadır (Öztürk, 2017). Sidney’de yapılan bir çalışmada ise kadınların %83’ünde Pap smear testi yapılmış olduğu belirlenmiştir (Mooney-Somers ve ark., 2015).

### **2.2.2. Türkiye’de Serviks Kanserinin Taranması ve Önlenmesi**

Ulusal bir tarama programının uygulanması bu hastalıkla ilgili mortalite, morbidite ve sağlık maliyetini azaltacaktır (Uçar ve Bekar, 2010). Türkiye ulusal tarama programı oluşturulması amacıyla 2007’de Sağlık Bakanlığı tarafından “Serviks Kanseri Tarama Standartları Genelgesi” ve “Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları” yayınlanmıştır (Uçar ve Bekar, 2010).

Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartlarına göre ulusal toplum tabanlı serviks kanseri taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı

Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülür. Hpv dna / Pap-smear testi ASM veya TSM'de (KETEM) görevli, bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından uygulama yapılır ((T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, 29 Temmuz 2019).

Türkiye'de uygulanan servikal kanser tarama programında; 30 yaşında tarama programına başlanır. 60 yaşına kadar her beş yılda bir tekrarlanır. 65 yaşında beş yılda bir tekrarlanır. Son iki testi negatif olanlar programdan çıkartılır (Kanbur ve Çapık 2011; Örenli, 2015).

### **2.2.3. Serviks Kanseri Tarama ve Önleme Çalışmalarında Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

21. Yüzyıl Sağlık Hedefleri sağlığı geliştirme kavramına vurgu yapmaktadır. Sağlığı geliştirme hemşireliğin sağlığı koruma-geliştirme ve danışmanlık rolünün bir parçası olup önemi giderek artmaktadır (Yardım ve ark., 2007; Bahar ve Açıl 2014; Savaş Çimke, 2016).

Hemşireler genellikle kadın olmaları, toplumla yakın ilişkilerinin bulunması, ulaşılabilir bir konumda olmaları ve toplumla uzun zaman geçiren bir meslek grubu niteliğini taşıması ile kadınların koruyucu sağlık davranışları kazanmalarında ve tarama programları hakkında farkındalıklarının artırılmasında kilit rol üstlenmektedirler. Sağlık personeli tarafından, kadınlara Pap Smear testinin ne amaçla, hangi sıklıkta yapılması gerektiğinin ve öneminin anlatılması gerekir. Bunun yanı sıra bu konuda sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve kadınların serviks kanseriyle ilgili bilinçlendirilmeleri de düzenli Pap Smear yaptırmaları açısından yararlı olacaktır (Akyüz ve ark., 2006; Tokgöz, 2009; Savaş Çimke, 2016)

Hemşireler jinekolojik kanserler ile ilgili yeterli bilgiye sahip olup etraflı bir tanılama, risk belirleme ve bireyin kansere yatkınlığı konusunda gerekli donanıma sahip olmalıdırlar. Özellikle danışmanlık verirken partner sayısının az sayıda tutulması, CYBH, kondom kullanımı, riskli yaşam davranışlarının belirlenmesi ve yönetimi, HPV dahil diğer infeksiyonlara maruz kalınması ve servikal kanserden korunma ile ilgili etkili bir danışmanlık hizmeti yürütülmelidir (Tokgöz, 2009; Savaş Çimke, 2016).

Ayrıca primer ve sekonder korumanın yanı sıra tersiyer korunma programı kapsamında ebe ve hemşireler komplikasyonların önlenmesinde, semptom kontrolünü

sağlanmasında önemli yere sahiptir. Ebe/hemşirelerin sunmuş oldukları izlem ve eğitim hizmetleri sayesinde sakatlıkları azaltılması mümkün hale gelmektedir (Kanbur ve Çapık, 2011).

### **2.3. Sağlık Davranış Modelleri**

Model bir kavram ya da fikri anlamının kuramsal bir yoludur. Hemşirenin holistik (bütüncül) bir görüşle bakımı planlaması önemlidir. Modeller davranışın hemşireler tarafından belli bir sistematik, tutarlı ve hasta merkezi şekilde anlaşılmasını sağlamakta bakımın planlanmasında bir rehber olarak kullanılmaktadır. Modellerin profesyonel uygulamada bir araç olarak kullanılması hemşirenin sorunu tanımlamasını ve bilinçli klinik kararlar vermesini kolaylaştırır ve hemşireye geniş bir bakış açısı sağlar (Çavuşoğlu, 2015; Bulduk ve ark., 2015; Demirbağ, 2016).

#### **2.3.1. Sağlık İnanç Modeli**

Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilen Sağlık İnanç Modeli (SİM) bireyin sağlık inanç ve davranışları üzerindeki etkileri anlamayı hedeflemiş olsa da hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır. Modelin oluşumunda Lewin ve Becker'in sosyo-psikolojik kuramından yararlanılmıştır. Rosenstock ve ark. (1988)'na göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. SİM koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılan bir modeldir. Model kişiyi sağlığını etkileyen davranışları yapmaya ya da yapmamaya teşvik eden ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamakta kullanılmaktadır (Rosenstock ve ark., 1988; Nahcivan ve Seçginli, 2003; Sönmez, 2011).

SİM, sağlığı korumada birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak adlandırılan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. SİM'in dört ana yapısı; algılanan duyarlılık, önemseme, yarar motivasyonu, sağlık motivasyonu ve engel algılarından oluşmaktadır. Bu alt boyutlar bireylerin sağlık hakkındaki algıları, tutumları ve sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir (Güvenç ve ark., 2010; Sulat ve ark., 2018).

### ***Duyarlılık Algısı***

Bu alt boyut sağlıklı davranışları benimsemede insanlar üzerinde oldukça güçlü bir etki yaratmaktadır. Kişi kendisinin belli koşullarda hassas ve incinebilir olduğunu ve hastalığa yakalanabileceğini hissetmesi, hastalığın bir tehdit olarak algılanması sonucunu doğurur. Duyarlılık alt boyutunda bireye ait demografik değişkenler, psikososyal değişkenler, sosyoekonomik değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenler etkin role sahiptir. Bazı durumlar duyarlılık algısını, bireyin kendisinin de hastalığa yakalanabileceği düşüncesini artırmaktadır (Sönmez, 2011; Bulduk ve ark., 2015). Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltmak için davranışı gösterme olasılığı da artmaktadır (Aydoğdu ve Bahar 2011; Arabacı, 2012). Yapılan çalışmalarda, duyarlılık alt boyutu algısının artması ile sağlık davranışının olumlu yönde etkilendiği ve bireyin aldığı sağlık eğitimin duyarlılık algısını artırmada etkili olduğu belirtilmektedir (Ersin 2012).

### ***Önemseme Algısı***

Önemseme hastalığının kişide yaratacağı zorluklar veya o kişinin genel olarak hayatındaki etkileri ile ilgili sahip olduğu inançlardan kaynaklanmaktadır. Bu inançlar bireyin sahip olduğu geçmiş deneyim ya da bilgilere dayanmaktadır. Bireylerin tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Bu sonuçlar hastalığın ölüm, sakatlık, sosyal kayıplar gibi durumlar olabilir.

Hastalığı önemseme algısı; aşılma, düzenli muayene yaptırma, kanser tarama programlarına katılma gibi davranışlarla doğrudan ilişkilidir (Sönmez, 2011; Arabacı, 2012; Aydoğdu ve Bahar, 2011; Bulduk ve ark., 2015).

### ***Yarar Motivasyon Algısı***

Koruyucu sağlık davranışlarının uygulanması davranışın bireye sağlayacağı yarar ile davranışın uygulamada karşılaştığı sorunlar arasındaki dengeye bağlıdır. Bireyin, davranışın uygulanması sonucunda; hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması ve sağlığın sürdürülmesinde etkinlik sağlayacağı inancı, koruyucu sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Bireyin sergileyeceği koruyucu davranışın sağlığına olan yararını bilmesi gerekir. Yarar algısının pekiştirilmesi için bireylere

koruyucu davranışların yaşam süresi ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilmelidir (Sönmez, 2011; Aydoğdu ve Bahar, 2011; Arabacı, 2012; Bulduk ve ark., 2015).

### ***Sağlık Motivasyonu Algısı***

Sağlık motivasyonu algısı, sağlığın sürdürülmesi, geliştirilmesi ve sağlık davranışlarını kazanmak için bireyin harekete geçmesini sağlayan genel niyet ve istek durumunu göstermektedir (Demiröz Bal, 2014; Kolaç, 2018).

### ***Engel Algısı***

Bireyin hastalığın önlenmesini, sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini sağlayan bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Geçmiş deneyim ve kulaktan dolma bilgiler sonucu elde edilen düşünce kalıpları, sağlık davranışının "güvensiz, karmaşık, yüksek maliyetli, ağırlı, zahmet ve utanma verici" olabileceği görüşüne neden olabilmekte ve kişinin koruyucu sağlık davranışlarını sergileme oranını azaltmaktadır (Sönmez, 2011; Arabacı, 2012; Bulduk ve ark., 2015). Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır (Aydoğdu ve Bahar 2011).

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, 21-65 yaş arası kadınların serviks kanserine yönelik bilgi ve davranışlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi için analitik tipte yapılmıştır.

### 3.2. Araştırmanın Hipotezi

H1: Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanları ile serviks kanseri *bilgi düzeyi* arasında ilişki vardır.

- a. Önemseme
- b. Duyarlılık
- c. Yarar motivasyonu
- d. Sağlık motivasyonu
- e. Engeller

H2: Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanları ile serviks kanseri *risk faktörleri bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.

- a. Önemseme
- b. Duyarlılık
- c. Yarar motivasyonu
- d. Sağlık motivasyonu
- e. Engeller

H3: Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanları ile serviks kanseri *belirtileri bilme düzeyleri* arasında ilişki vardır.

- a. Önemseme
- b. Duyarlılık
- c. Yarar motivasyonu
- d. Sağlık motivasyonu
- e. Engeller

H4: Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanları ile serviks kanseri *önlenebilir olma bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.

- a. Önemseme
- b. Duyarlılık
- c. Yarar motivasyonu
- d. Sağlık motivasyonu
- e. Engeller

### **3.3. Araştırmanın Yer ve Zamanı**

Araştırmanın verileri İzmir'in Güzelbahçe ilçesine bağlı Güzelbahçe 3 Nolu Yelki Aile Sağlığı Merkezi (ASM) 3513006 numaralı aile hekimliği biriminde (AHB) 1 Aralık 2017 -1 Mart 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırma verilerinin toplanmasında Aile Sağlığı Merkezine başvuran 21- 65 yaş arası kadınlar yaşa göre tabakalı örnekleme yapılarak seçilmiştir. Araştırmanın evrenini (N) 1193 kişi oluşturmaktadır. Bu çalışmada Raosoft örnekleme yöntemi kullanılarak G-Power istatistik analizi ile %5 hata ve 0,5 olasılık yöntemi ile kişi sayısı (n) 291 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- Güzelbahçe 3 Nolu Yelki ASM 3513006 numaralı AHB'ye kayıtlı olmak
- 1 Aralık 2017 -1 Mart 2018 tarihleri arasında AHB'ye başvurmuş olmak
- Kadın olmak
- 21-65 yaş aralığında olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Bilişsel yeterliliğe sahip olmak

### **3.5. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması**

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan 34 sorudan oluşan anket formu ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Güvenç ve ark. (2010) tarafından yapılan ‘‘Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’’ ile toplanmıştır (Güvenç ve ark., 2010). Anket soruları hazırlanırken soruların katılımcılar tarafından daha anlaşılabilir olmasını sağlamak amacıyla serviks kanseri yerine rahim ağzı kanseri ifadesi kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünde kadınların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik 11 soru yer alırken anketin ikinci bölümünde olguların üreme sistemine ilişkin özelliklerini tanımlamaya yönelik 13 soru yer almaktadır. Anketin üçüncü bölümü ise katılımcıların serviks kanserine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik sorular içermektedir. Çalışmada kullanılmış olan ‘Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ 35 sorudan oluşmakta olup 5 alt boyutu mevcuttur. Bu alt boyutlar duyarlılık (3 soru), önemseme (7 soru), yarar motivasyon (8 soru), sağlık motivasyonu (3 soru) ve engellerdir (14 soru). Kişilere sorulmuş olan soruların toplam sayısı 69’dur. Katılımcılarla Yelki 3 nolu ASM de gerçekleştirilen yüz yüze görüşmenin süresi ortalama 30-35 dakika sürmüştür.

### **3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **3.6.1. Bağımlı Değişkenler**

Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı özellikleri; yaş, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, sigara kullanımı, menopoz durumu, hastalık öyküsü, aile geçmişi, önlemeye yönelik tedbirleri bilme düzeyi, risk bilgi düzeyi durumu, belirti bilgi düzeyi durumu şeklinde sıralanmaktadır.



### 3.6.2. Bağımsız Değişkenler

Serviks kanserine ilişkin sağlık inancı,  
İstatistik analizlerin bağımlı ve bağımsız değişkenlerle ilişkilendirilerek tanımlanması:

- Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin serviks kanseri ve sağlık inancına etkisi,
- Bireylerin ürogenital sistem özelliklerinin serviks kanseri ve sağlık inancına etkisi,
- Bireylerin serviks kanserine ilişkin özelliklerine göre serviks kanseri ve sağlık inanç düzeylerinin tespiti şeklinde sıralanmaktadır.

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verinin istatistiksel analizi SPSS 23.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılmayan veri için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ve Pearson Ki-kare testi ile incelenmiştir. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare testi, Fisher'in Kesin Ki-kare testi ve Fisher-Freeman-Halton testi kullanılmıştır. Anlamli bulunan sonuçların ikili karşılaştırması için çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni testi uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi  $\alpha=0,05$  olarak belirlenmiştir.

Çalışmada kullanılan Rahim Ağzı Kanseri ve Pap smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin testin değerlendirilmesinde 5'li likert tipi ölçekleme- "1. kesinlikle katılmıyorum", "2. katılmıyorum", "3. kararsızım", "4. katılıyorum", "5. tamamen katılıyorum" yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin 5 alt boyutu mevcuttur her boyut ayrı ayrı değerlendirilmiş, tek bir toplam puanda birleştirilmemiştir. Her birey için alt ölçek sayısı kadar puan elde edilir. Puanların yükselmesi duyarlılık ve önemsemenin ve motivasyonun arttığını; yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir. Bireyin engel algısı puanının yüksek olması ise, Pap smear yaptırmayla ilgili engellerinin yüksek olduğunu gösterir.

### **3.8. Etik Açıklamalar**

Araştırmanın planlanması aşamasında Güvenç ve ark. (2010) tarafından yapılan “Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin kullanımı için araştırmacılardan izin alınmıştır (Ek-6). Ayrıca Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu (Ek-1), takiben İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek-2) ve Yelki 3 nolu ASM 3513006 nolu Aile Hekimliği Biriminden (Ek-3) araştırma için gerekli izinler alınmıştır. Anketler uygulanmadan önce katılımcı kadınların yazılı olarak izinleri alınmıştır (Ek-4).



## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Katılımcılara ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (n=291).

Özellikler	(Ort±Ss)	Min.-Max
Yaş	40,69±11,72	21-65
Boy	162±6,23	140-178
Kilo	69,82±13,47	39-120
BKİ	26,37±4,85	13,49-41,02
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Medeni durum</b>		
Evli	253	86,9
Bekar	18	6,2
Ayrılmış	17	5,8
Diğer	3	1,0
<b>Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer</b>		
Şehir	6	2,1
İlçe	276	94,8
Köy	9	3,1
<b>Sosyal güvence</b>		
Evet	262	90,0
Hayır	29	10,0
<b>Öğrenim durumu</b>		
Okuryazar değil	9	3,1
Okuryazar	6	2,1
İlkokul mezunu	106	36,4
Ortaokul mezunu	32	11,0
Lise mezunu	79	27,1
Yüksekokul/üniversite mezunu	59	20,3
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	267	91,8
Geniş	19	6,5
Tek kişilik aile	2	0,7
Diğer	3	1,0
<b>Algılanan ekonomik durum</b>		
Çok iyi	4	1,4
İyi	72	24,7
Orta	197	67,7
Kötü	18	6,2
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	179	61,5
İşçi	22	7,6
Memur	25	8,6
Serbest meslek	34	11,7
Diğer	31	10,7
<b>Sigara içme durumu</b>		
Evet	74	25,4
Hayır	217	74,6
<b>Toplam</b>	<b>291</b>	<b>100</b>

Tablo 4.1’de Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması (Ort±Ss) 40,69±11,72, boy ortalaması (Ort±Ss) 162±6,23 cm, vücut ağırlığı ortalaması (Ort±Ss) 69,82±13,47 kg ve BKİ (Beden kitle indeksi) ortalaması (Ort±Ss) 26,37±4,85’tir. Araştırmaya katılan kadınların %86,9’u evli, %94,8’i ilçede yaşamakta ve %90,0’ının sosyal güvencesi olduğu görülmektedir. Katılımcıların %36,4’ünün ilkokul mezunu, %91,8’inin çekirdek aile mensubu olduğu, %61,5’inin çalışmadığı ve %67,7’sinin algılanan ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %25,4’ünün sigara içtiği saptanmıştır.

**Tablo 4.2.** Katılımcıların üreme sistemine ilişkin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=291).

Üreme Sistemine İlişkin Değişkenler	X±Ss	
İlk adet yaşı	13,49±1,95	
İlk cinsel ilişki yaşı	21,99±4,58	
İlk gebelik yaşı (n=265)	23,20±4,85	
Gebelik sayısı (Canlı/Ölü,doğum Düşük ve kürtaj dâhil) (n=265)	2,60±1,60	
Kürtaj sayısı	1,69±1,37	
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Kürtaj yaptıрма durumu</b>		
Evet	78	26,8
Hayır	213	73,2
<b>Menopoz durumu</b>		
Evet	87	29,9
Hayır	204	70,1
<b>Üreme sistemi ile ilişkili hastalık geçirme durumu</b>		
Evet	38	13,1
Hayır	253	86,9
<b>Üreme sistemi ile ilgili operasyon geçirme durumu</b>		
Evet	17	5,8
Hayır	274	94,2
<b>Toplam</b>	291	100

Tablo 4.2’de katılımcıların ilk adet yaşı ortalaması (Ort±Ss) 13,49 ± 1,95, ilk cinsel ilişki yaşı ortalaması (Ort±Ss) 21,99±4,58, ilk gebelik yaşı ortalaması (Ort±Ss) 23,20 ± 4,85’tir. Katılımcıların gebelik sayısı ortalaması (Ort±Ss) 2,60±1,60, kürtaj ortalaması (Ort±Ss) 1,69 ± 1,37 olup %26,8’inin en az 1 kez kürtaj yaptırdığı saptanmıştır. Katılımcıların %29,9’unun menopoz dönemine girdiği, %13,1’i üreme sistemiyle ilişkili hastalık geçirdiği ve %5,8’inin üreme sistemiyle ilgili operasyon geçirdiği belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.** Katılımcıların serviks kanserine ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=291).

Serviks kanserine ilişkin özellikler	n	%
<b>Serviks kanseri geçirme durumu</b>		
Evet	7	2,4
Hayır	284	97,6
<b>Serviks kanserini geçiren kişinin yakınlık durumu</b>		
Yok	261	89,7
1. derece yakın	7	2,4
2. derece yakın	6	2,1
Komşu/arkadaş	14	4,8
Diğer	3	1,0
<b>Serviks kanseri konusundaki bilgi düzeyi</b>		
Çok İyi	12	4,1
İyi	37	12,7
Orta	116	39,9
Kötü	126	43,3
<b>Serviks kanseri konusundaki bilgi kaynağı</b>		
Aile/Arkadaş	26	15,7
Sosyal Medya	48	28,9
Sağlık Personeli	92	55,4
<b>Son 5 yıl içinde Pap smear yaptırma durumu</b>		
Evet	139	47,8
Hayır	152	52,2
<b>Pap smear testinin neden yapıldığını bilme durumu</b>		
Evet	217	76,9
Hayır	65	23,1
<b>Serviks kanserinin önlenabilir olma durumu</b>		
Evet	178	61,2
Hayır	3	1,0
Bilmiyorum	110	37,8
<b>Pap smear testinin yaşla birlikte yapılış sıklığındaki değişimi bilme durumu</b>		
Evet	94	32,3
Hayır	28	9,7
Bilmiyorum	169	58,0
<b>Toplam</b>	<b>291</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.3'te katılımcıların serviks kanseri öyküsüne bakıldığında; %2,4'ünün kendisinde, %2,4'ünün 1. derece yakınında ve %2,1'inin 2. derece yakınında serviks kanseri öyküsü olduğu görülmüştür.

Katılımcıların **Serviks kanseri** konusunda bilgi düzeyleri incelendiğinde; %4,1'inin çok iyi, %12,7' sinin iyi, %39,9'unun orta ve %43,3'ünün kötü düzeyde bilgisinin olduğunu ifade ettikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların serviks kanseri hakkındaki bilgi kaynakları, %55,4' ü sağlık personeli, %28,9'u sosyal medya ve %15,7' si aile/arkadaşı olduğunu belirttiği saptanmıştır. Katılımcıların %47,8'inin son beş yıl içinde Pap smear taraması yaptırdığı, %76,9 'u Pap smear testinin yapılma nedenini bildiğini ifade etmiştir.

Katılımcıların %61,2'sinin serviks kanserinin önlenabilir olduğunu ve %32,3'ünün Pap smear testinin yaşla birlikte yapılış sıklığında değişim olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır.

**Tablo 4.4.** Katılımcıların serviks kanseri belirtilerine ilişkin bilgi dağılımı (n=291).

Serviks kanserleri belirtileri	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Normal dışı kanama (âdet dönemi dışında)	124	42,6	16	5,5	151	51,9
Cinsel ilişki sırasında kanama	84	28,9	21	7,2	186	63,9
Rutin pelvik muayene sırasında kanama	62	21,3	22	7,6	207	71,1
Âdet döneminde, normalden daha fazla ve daha uzun süren kanama	99	34,0	18	6,2	167	59,8
Menopozdan sonra aralıklı kanama	97	33,3	17	5,8	177	60,8
Olağandışı ve sürekli vajinal akıntı (renk, koku ve miktar açısından)	109	37,5	10	3,4	172	59,1

Tablo 4.4'te katılımcıların serviks kanseri belirtileri hakkındaki bilgi düzeyleri incelendiğinde; %42,6'sının adet dönemi dışında meydana gelen kanamaların, %28,9'unun cinsel ilişki sırasındaki kanamanın, %21,3'ünün rutin pelvik muayene sırasındaki kanamanın, %34,0'ının âdet döneminde normalden daha fazla ve daha uzun süren kanamanın, %33,3'ünün menopozdan sonra aralıklı kanamanın ve %37,5'inin olağandışı ve sürekli vajinal akıntının serviks kanseri belirtisi olduğunu ifade ettiği saptanmıştır (Tablo 4.4).

**Tablo 4.5.** Katılımcıların serviks kanseri risk faktörleri hakkındaki bilgi durumlarının dağılımı (n=291).

Serviks kanseri için risk faktörleri	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
Erken yaşta (13-15 yaş) cinsel ilişkiye başlama	90	30,9	15	5,2	186	63,9
Çok eşlilik	140	48,1	9	3,1	142	48,8
Sık vajinal enfeksiyona, özellikle HPV ve herpes virüsüne yakalanma	125	43,0	7	2,4	159	54,6
İlk gebelik yaşının $\leq 20$ yaş altı ve $\geq 30$ yaş üstü olması	60	20,6	28	9,6	203	69,8
Annelerine, gebelikleri sırasında düşük yapmalarını önlemek için dietilstilbesterol (DES) verilen kadınlar	45	15,5	13	4,5	233	80,1
HIV ya da AIDS'li kadınlar	113	38,8	7	2,4	171	58,8
Organ nakli (sözelimi böbrek nakli) yapılan kadınlar	31	10,7	53	18,2	207	71,1
Uzun süre ve genç yaştan itibaren doğum kontrol hapı alan kadınlar	86	29,6	29	10,0	176	60,5
1. derece yakınında (anne/kardeş) rahim ağzı kanseri öykü olan kadınlar	141	48,5	7	2,4	143	49,1
İleri yaşta cinsel ilişki olan kadınlar	42	14,4	36	12,4	213	73,2
Genital siğil olan kadınlar	97	33,3	9	3,1	185	63,6
İlk adet yaşının 15'ten küçük olması	43	14,8	52	17,9	196	67,4
Sebze ve meyveden fakir beslenen kadınlar	73	25,1	34	11,7	184	63,2
Kötü perine (üreme organı) hijyeni olan kadınlar	119	40,9	8	2,7	164	56,4
Tedavi edilmemiş diğer vajinal enfeksiyonların olması,	129	44,3	3	1,0	159	54,6
HPV aşısı yaptırmamış kadınlar	94	32,3	8	2,7	189	64,9
Bağışıklık sisteminin zayıf olması	98	33,7	16	5,5	177	60,8
Korunmasız (kondomsuz/prezervatifsiz) cinsel ilişki	101	34,7	20	6,9	170	58,4

Tablo 4.5'te katılımcıların serviks kanseri için risk faktörleri hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde; %30,9'unun erken yaşta (13-15 yaş) cinsel ilişkiye başlamanın, %48,1'inin çok eşli cinsel yaşantıya sahip olmanın, %43,0'ının HPV olmak üzere sık sık vajinal enfeksiyona yakalanmanın, %20,6'sının ilk gebelik yaşının 20 yaşından az ve 30 yaşından fazla olmanın, %15,5'inin fetal dönemde DES'a maruz kalmanın, %38,8'inin HIV ya da AIDS'li olmanın, %10,7'sinin organ nakli yaptırmamış kadınların, %29,6'sının uzun süre ve erken yaştan itibaren OK kullanmanın, %48,5'inin 1. derece yakınında rahim ağzı kanseri öyküsünün olmasının, %14,4'ünün ileri yaş cinsel ilişkisinin, %33,3'ünün genital siğile sahip olmanın, %14,8'inin ilk âdet yaşının 15'ten küçük olmanın, %25,1'inin sebze ve meyveden fakir beslenmenin, %40,9'unun kötü perine hijyeninin, %44,3'ünün tedavi edilmemiş vajinal enfeksiyonların, %32,3'ünün HPV aşısı yaptırmamış kadınların, %33,7'sinin zayıf bağışıklık sistemine sahip olmanın, %34,7'sinin korunmasız cinsel ilişkisinin serviks kanserini arttırdığını ifade ettiği saptanmıştır (Tablo 4.5).

**Tablo 4.6.** Katılımcıların serviks kanserinden korunmaya ilişkin bilgi dağılımı (n=178).

Serviks kanseri korunma	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	n	%	n	%	n	%
1. Sigarayı bırakmak	113	63,5	32	18,0	33	18,5
2. Düzenli Pap smear kontrolü	158	88,8	4	2,2	16	9,0
3. Kilo vermek	119	66,9	21	11,8	38	21,3
4. Cinsel partner sayısını azaltmak	139	78,1	4	2,2	35	19,7
5. HPV aşısını yaptırmak	111	62,4	4	2,2	63	35,4
6. Cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmak	118	66,3	7	3,9	53	29,8
7. İleri yaşta cinsel ilişkiden kaçınmak	61	34,3	36	20,2	81	45,5
8. Genç yaşta cinsel ilişkiden kaçınılması	75	42,1	21	11,8	82	46,1
9. Dengeli beslenmek	122	68,5	16	9,0	40	22,5
10. Genital hijyene dikkat etmek	151	84,9	4	2,2	23	12,9
11.5 yıldan fazla doğum kontrol hapını kullanmak	82	46,1	14	7,8	82	46,1
12. 3 ve üzerinde doğum yapmamak	59	33,1	30	16,9	89	50,0

Tablo 4.6'da katılımcıların serviks kanserinden korunmaya ilişkin bilgi durumlarının dağılımına bakıldığında; %63,5'inin sigarayı bırakmanın, %88,8'inin düzenli Pap smear kontrolü yaptırmanın, %66,9'unun kilo vermenin, %78,1'inin cinsel partner sayısını azaltılmasının, %62,4'unun HPV aşısı yaptırmanın, %66,9'unun cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmanın, %34,3'ünün ileri yaşta cinsel ilişkiden kaçınmanın, %42,1'inin genç yaşta cinsel ilişkiden kaçınmanın, %68,5'inin dengeli beslenmenin, %84,9'unun genital hijyene dikkat etmenin, %46,1'inin 5 yıldan uzun süre OK kullanılmamasının, %33,1'inin 3 ve üzerinde doğum yapmamanın serviks kanserinden koruduğunu ifade ettiği tespit edilmiştir (Tablo 4.6).



**Tablo 4.7.** Katılımcıların Pap smear taraması konusundaki bilgi durumlarının dağılımı (n=291).

<b>Pap smear tarama testi hedef popülasyon</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ergenliğe girdikten sonra</b>		
Evet	27	9,3
Hayır	49	17,0
Bilmiyorum	213	73,7
<b>21 yaşından sonra</b>		
Evet	56	19,4
Hayır	25	8,6
Bilmiyorum	208	72,0
<b>Menopozdan sonra</b>		
Evet	80	27,7
Hayır	4	1,4
Bilmiyorum	205	70,9
<b>Son iki tarama testi negatif gelen 30 yaşındaki kadınlara</b>		
Evet	78	27,0
Hayır	1	0,3
Bilmiyorum	210	72,7
<b>Son iki tarama testi negatif gelen 65 yaşındaki kadınlara</b>		
Evet	58	20,1
Hayır	12	4,1
Bilmiyorum	219	75,8
<b>Pap Smear testi ne zaman yapılır?</b>		
Her zaman	28	9,7
Âdet kanaması biter bitmez	15	5,2
Adet görürken	11	3,8
Adet döngüsünün 10-18. günleri arası	71	24,6
Bilmiyorum	166	56,7
<b>Toplam</b>	<b>291</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.7’de katılımcıların Pap smear tarama testi hedef popülasyonuna ilişkin doğru cevap düzeylerine bakıldığında; %9,3’nün ergenliğe girdikten sonra, %19,4’ünün 21 yaşından sonra, %27,7’sinin menopozdan sonra, %27,0’ının son iki tarama testi negatif gelen 30 yaşındaki kadınlara ve %20,1’inin son iki tarama testi negatif gelen 65 yaşındaki kadınlara yapıldığını ifade ettiği görülmüştür. Katılımcıların Pap smear taramasının menstrual siklusuna göre yapılma zamanına ilişkin bilgi dağılımı incelendiğinde; %56,7’sinin bu konu ile ilgili bilgisinin olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 4.8.** Katılımcıların serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanlarının dağılımı (n=291).

<b>Alt boyutlar</b>	<b>Ort± Ss</b>	<b>Minimum-Maksimum</b>
<b>Duyarlılık</b>	8,06±3,32	3,00-15,00
<b>Önemseme</b>	23,36±7,31	6,00-30,00
<b>Yarar</b>	34,23±5,79	20,00-40,00
<b>Sağlık motivasyon</b>	9,84±3,33	3,00-15,00
<b>Engeller</b>	25,98±10,45	14,00-56,00

Tablo 4.8’de katılımcıların serviks kanseri ve Pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında; duyarlılık Ort. puanı 8,06±3,32, önemseme Ort. puanı 23,36±7,31, yarar Ort. puanı 34,23±5,79, sağlık motivasyon Ort. puanı 9,84±3,33, engeller Ort. puanı 25,98±10,45 olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.9.** Katılımcıların SİMÖ puanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması (n=291).

	Duyarlılık		Önemseme		Yarar motivasyonu		Sağlık motivasyonu		Engeller	
	3,00-15,00		6,00-30,00		20,00-40,00		3,00-15,00		14,00-56,00	
	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>Yaş*</b>	-0,033	0,572	-0,140	<b>0,017</b>	-0,037	0,532	0,133	<b>0,023</b>	0,058	0,321
<b>BKİ*</b>	-0,002	0,977	-0,038	0,523	-,118	<b>0,045</b>	-0,040	0,502	0,099	0,092
<b>Yaş grupları</b>										
21-30 yaş arası	7,95±3,06		24,62±5,85		33,65±4,97		9,36±2,89		27,93±10,48	
31-40 yaş arası	8,54±3,54		24,2±6,94		35,17±5,25		9,56±3,45		23,6±9,33	
41-50 yaş arası	7,57±3,41		23,03±7,82		34,69±5,81		9,91±3,68		24,59±8,21	
51+	7,98±3,19		21,53±8,18		33,26±6,84		10,52±3,19		28,21±12,45	
<b>KW</b>	2,753		4,896		4,337		5,064		8,827	
<b>p</b>	0,431		0,180		0,227		0,167		<b>0,032</b>	
<b>Medeni durum</b>										
Evli	8,043±3,313		23,41±7,40		34,19±5,82		9,86±3,40		25,66±10,39	
Bekar	9,05±2,81		23,05±5,75		32,5±5,49		9,0±2,473		29,27±10,06	
Ayrılmış	6,882±3,479		21,76±3,47		36,52±4,74		10,23±3,11		24,88±10,31	
<b>KW</b>	3,791		0,930		4,928		2,136		2,152	
<b>p</b>	0,150		0,628		0,085		0,344		0,341	
<b>Yaşanılan yer</b>										
Şehir	7,666±2,422		23,5±5,394		35,333±7,474		12,166±2,562		31,0±9,295	
İlçe	8,061±3,36		23,315±7,357		34,250±5,751		9,728±3,350		25,855±10,490	
Köy	8,555±2,603		24,777±7,677		33,0±6,461		11,777±1,922		26,777±10,207	
<b>KW</b>	0,680		0,7		0,981		6,743		2,223	
<b>p</b>	0,712		0,705		0,612		<b>0,034</b>		0,329	
<b>Meslek</b>										
Çalışmıyor	8,16±3,27		24,04±6,96		33,86±5,93		9,62± 3,17		26,74±10,86	
İşçi	7,36±4,00		21,31±7,35		33,13±4,72		9,95±3,04		27,86±10,06	
Memur	8,96±3,67		21,56±7,96		36,36±4,23		10,12±3,72		20,36±8,55	
Serbest meslek	8,14±3,37		23,0±8,34		34,08±6,59		9,02±4,12		25,58±8,95	
Diğer	7,22±2,56		22,74±7,41		35,58±5,51		11,70±2,54		25,25±10,27	
<b>KW</b>	4,634		3,792		6,867		12,474		10,487	
<b>p</b>	0,327		0,435		0,143		<b>0,014</b>		<b>0,033</b>	
<b>Eğitim düzeyi</b>										
Okuryazar değil	9,33±3,16		25,11±5,92		8,66±3,16		8,66±3,16		39,33±9,57	
Okuryazar	9,83±1,32		25,50±3,50		9,83±3,92		9,83±3,92		27,33±7,89	
İlk okul mezunu	8,39±3,22		24,55±5,94		9,27±2,94		9,27±2,94		28,04±10,41	
Ortaokul mezunu	7,62±4,09		25,18±6,84		9,46±3,63		9,46±3,63		23,81±9,90	
Lise mezunu	7,88±3,13		22,37±7,69		9,86±3,64		9,86±3,64		25,70±10,45	
Yüksekokul/üniversite mezunu	7,59±3,39		21,06±8,99		11,22±3,05		11,22±3,05		21,67±8,68	
<b>KW</b>	7,371		8,363		14,357		14,357		28,664	
<b>P</b>	0,194		<b>0,024</b>		<b>0,013</b>		<b>0,013</b>		<b>0,001</b>	
<b>Sosyal güvence</b>										
Var	8,21±3,29		23,43±7,28		34,29±5,78		9,91±3,22		25,69±10,51	
Yok	6,75±3,38		22,72±7,68		33,72±5,92		9,17±4,16		28,65±9,64	
<b>Z</b>	2960		3579,5		3575,5		3408		3014	
<b>P</b>	<b>0,043</b>		0,609		0,595		0,360		0,067	
<b>Aile tipi</b>										
Çekirdek aile	8,07±3,37		23,42±7,44		34,14±5,84		9,75±3,41		25,80±10,32	
Geniş aile	7,79±3,03		22,79±5,28		34,63±5,51		11,00±2,26		29,11±12,07	
<b>Z</b>	2534		2262,5		2436,5		1975,5		2155	
<b>P</b>	0,994		0,430		0,769		0,105		0,271	
<b>Sigara kullanımı</b>										
Evlet	7,47±3,54		23,10±8,04		35,01±5,66		9,45±3,50		24,87±9,19	
Hayır	8,27±3,22		23,45±7,06		33,96±5,82		9,97±3,26		26,36±10,84	
<b>t</b>	-1,792		-0,348		1,343		-1,144		-1,148	
<b>P</b>	0,074		0,728		0,180		0,253		0,253	

\*=Pearson Ki-kare testi    KW=Kruskal Wallis Testi    Z= Mann-Whitney U    t =testi

Tablo 4.9'da katılımcıların SİMÖ ve yaş ilişkisi incelendiğinde duyarlılık, yarar motivasyon ve engeller alt boyutlarında anlamlılık mevcut değilken; önemseme sağlık motivasyonu alt boyutlarında anlamlılık mevcuttur.

SİMÖ ve BKİ ilişkisi incelendiğinde duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu ve engeller alt boyutları istatistiksel olarak anlamlılık yokken, yarar motivasyonu alt boyutu anlamlı bulunmuştur.

Katılımcıların serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ puanlarında yaş ile ilişkili özelliklerin etkisi incelendiğinde duyarlılık, önemseme, yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu algısı alt boyutu ve SİMÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ), engel alt boyutu ve SİMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlılığın mevcut olduğu görülmüştür. 21-30 yaş aralığındaki ve 51 yaş ve üzeri yaş grubundaki kadınların engeller algısı diğer gruplardan yüksektir ( $p<0,05$ ).

Katılımcıların medeni durumu ve SİMÖ alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Kadınların yaşamlarının büyük çoğunluğunu geçirdikleri yer ve SİMÖ duyarlılık, önemseme, yarar motivasyon ve engel algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemekte iken ( $p>0,05$ ) yaşamlarının büyük bölümünü ilçede geçiren olguların sağlık motivasyonu algısı diğer gruplardaki kadınlara göre anlamlı derece düşük olarak bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Katılımcıların meslekleri, serviks kanseri ve SİMÖ puanlarına göre duyarlılık, önemseme ve yarar motivasyon algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). SİMÖ engeller algısı puan ortalamaları ise memur kadınlarda diğer meslek mensubu bireylere göre düşük bulunmuş; sağlık motivasyonu algısı ise memur ve diğer meslek mensubu mensuplarında daha yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Kadınların eğitim düzeyleri ve SİMÖ duyarlılık alt boyutu puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yokken ( $p>0,05$ ) önemseme, yarar motivasyonu, sağlık motivasyonu ve engeller algıları arasında anlamlılık mevcuttur ( $p<0,05$ ). Kadınların eğitim seviyesi arttıkça SİMÖ, yarar ve sağlık motivasyonu algıları puan ortalamalarının arttığı, SİMÖ önemseme ve engel algıları puan ortalamalarının azaldığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların sosyal güvencesinin bulunması ve SİMÖ önemseme, yarar motivasyon, sağlık motivasyonu ve engel algı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir

fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ) duyarlılık alt boyutu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Sosyal güvencesi olan bireylerin duyarlılıkları daha yüksektir ( $p<0,05$ ).

Kadınların aile tipi ve SİMÖ duyarlılık, önemseme, yarar motivasyonu, sağlık motivasyonu ve engel algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark mevcut değildir ( $p>0,05$ ).

Çalışmaya katılan kadınların sigara kullanma alışkanlıkları ve SİMÖ arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.10.** Katılımcıların SİMÖ puanlarının cinsel sağlık ve doğurganlık özelliklerine göre karşılaştırılması (n=291).

	Duyarlılık		Önemseme		Yarar motivasyonu		Sağlık motivasyonu		Engeller	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
İlk adet yaşı*	-0,110	0,61	-0,014	0,815	0,121	<b>0,039</b>	0,148	<b>0,012</b>	-0,028	0,636
İlk cinsel ilişki yaşı*	-0,051	0,400	-0,021	0,733	0,121	<b>0,045</b>	0,200	<b>0,001</b>	-0,186	<b>0,002</b>
İlk gebelik yaşı*	-0,041	0,508	0,003	0,967	0,100	0,105	0,068	0,267	-0,157	<b>0,011</b>
Gebelik sayısı *	0,067	0,277	0,011	0,852	-0,220	<b>&lt;0,001</b>	-0,064	0,300	0,213	<b>&lt;0,001</b>

\*Pearson Ki-kare testi

Tablo 4.10'da katılımcıların ilk âdet yaşı SİMÖ korelasyonları incelendiğinde yarar motivasyonu ve sağlık motivasyonu ile anlamlı ilişkisi olup bu ilişki pozitif yönlüdür.

İlk cinsel ilişki yaşı ile SİMÖ korelasyonları incelendiğinde yarar motivasyonu, sağlık motivasyonu ve engeller alt boyutları ve SİMÖ arasında anlamlılık mevcutken ilişki yarar motivasyonu ve sağlık motivasyonu doğru yönlü, engel algısı için ters yönlü ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir.

SİMÖ ve ilk gebelik yaşı ilişkisi incelendiğinde engel alt boyutlarında anlamlılık olduğu ve ilişkinin ters yönlü olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.11.** Katılımcıların SİMÖ puanlarının üreme sistemine ilişkin özelliklere göre karşılaştırılması (n=291).

	Duyarlılık 3,00-15,00	Önemseme 6,00-30,00	Yarar motivasyon 20,00-40,00	Sağlık motivasyonu 3,00-15,00	Engeller 14,00-56,00
<b>Gebelik sayısı</b>					
3'ten az	8,12±3,45	23,45±7,61	35,16±5,35	9,86±3,50	24,66±9,79
3 ve daha fazla	7,96±3,17	23,57±6,78	32,46±6,43	9,73±3,17	28,36±11,43
<b>Z</b>	7724	7870	6017,5	7590,5	6427
<b>p</b>	0,791	0,993	<b>0,001</b>	0,628	<b>0,014</b>
<b>Kürtaj yaptırma durumu</b>					
Evet	7,82±3,49	23,6±7,74	33,26±6,26	10,03±3,11	27,85±10,95
Hayır	8,15±3,26	23,27±7,17	34,58±5,58	9,77±3,41	25,3±10,2
<b>t</b>	7842,5	7695	7327,5	8118	7109
<b>p</b>	0,449	0,334	0,115	0,765	0,059
<b>Üreme sistemi ile ilişkili hastalık geçirme durumu</b>					
Evet	8,65±4,28	22,02±9,29	35,78±5,25	10,44±3,77	23,36±11,50
Hayır	7,97±3,16	23,54±6,97	33,99±5,85	9,76±3,25	26,34±10,25
<b>Z</b>	4402,5	4469	3885,5	4333	3589,5
<b>p</b>	0,407	0,507	0,055	0,341	<b>0,013</b>
<b>Üreme sistemi ile ilişkili operasyon geçirme durumu</b>					
Evet	5,58±2,71	16,47±9,78	36,00±5,72	11,76±3,28	25,47±12,22
Hayır	8,22±3,30	23,79±6,93	34,12±5,78	9,72±3,30	26,02±10,35
<b>Z</b>	1276,5	1256,5	1833,5	1620	2076,5
<b>p</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	0,132	<b>0,034</b>	0,451
<b>Serviks kanseri geçirme durumu</b>					
Evet	7,71±2,92	20,71±7,86	33,0±5,35	9,85±3,62	26,42±11,34
Hayır	8,07±3,33	23,42±7,30	34,26±5,80	9,84±3,33	25,97±10,45
<b>Z</b>	926	790,5	857,5	946,5	973
<b>p</b>	0,748	0,353	0,526	0,828	0,924
<b>Smear taraması yaptırma durumu</b>					
Evet	8,11±3,55	23,08±7,84	34,62±5,79	10,10±3,31	24,64±9,62
Hayır	8,02±3,10	23,61±6,81	33,87±5,78	9,60±3,33	27,21±11,04
<b>t<sup>a</sup></b>	10539,0	10191,0	9817,0	9550,50	9209,50
<b>p</b>	0,971	0,602	0,287	0,154	0,058
<b>Menopoz durumu</b>					
Evet	7,97±3,25	21,64±8,21	33,37±6,72	10,49±3,27	28,93±12,19
Hayır	8,10±3,35	24,09±6,78	34,59±5,32	9,56±3,32	24,73±9,36
<b>t</b>	-0,307	-2,452	-1,502	2,196	2,868
<b>p</b>	0,759	<b>0,015</b>	0,135	<b>0,029</b>	<b>0,005</b>
<b>Yakınlarında serviks kanseri geçiren kişi bulunma durumu</b>					
Yok	7,93±3,35	23,16±7,42	34,02±5,84	9,82±3,35	25,83±10,60
Birinci derece yakın	9,85±2,26	26,42±2,57	33,85±6,79	8,71±3,19	31,85±10,68
İkinci derece yakın	10,50±2,50	28,50±3,44	36,66±5,04	8,66±4,41	25,50±3,61
Komşu arkadaş	8,21±3,01	23,28±7,93	36,0±4,52	10,42±2,13	26,42±10,32
<b>KW</b>	5,800	5,051	2,751	2,526	2,644
<b>P</b>	0,122	0,168	0,432	0,471	0,450

Z= Mann-Whitney U KW= Kruskal Wallis Testi t=t testi

Tablo 4.11'de katılımcıların geçirilmiş gebelik sayısı ve SİMÖ; duyarlılık, önemseme ve sağlık motivasyonu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ); yarar motivasyonu ve engeller arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark mevcuttur ( $p<0,05$ ). 3'ten az gebelik sayısı yaşayan kadınların yarar motivasyon algısı puanları 3 ve üzerinde gebelik sayısı olan kadınlardan daha yüksek,

engeller algısı puanı ise daha düşük olarak bulunmuştur. Yarar motivasyonu algısı ile ters yönlü; engel algısı alt boyutu ile ise pozitif yönlü ilişki mevcuttur.

SİMÖ ve kürtaj yaptırma durumları arasında duyarlılık, önemseme, yarar motivasyon, sağlık motivasyonu ve engel algısı alt boyutları puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur( $p>0,05$ ).

Katılımcıların Pap smear taraması yaptırma durumları ve SİMÖ duyarlılık, önemseme, yarar motivasyon, sağlık motivasyonu ve engel algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kadınların menopoz durumları ve SİMÖ duyarlılık ve yarar motivasyon alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamış ( $p>0,05$ ) iken önemseme, sağlık motivasyonu ve engel algısı alt boyutlarında anlamlı fark mevcuttur ( $p<0,05$ ). Sağlık motivasyonu algısı menopoza girmiş kadınlarda; önemseme alt boyutu menopoz dönemine girmemiş kadınlarda daha yüksek olarak saptanmış iken engel algısı alt boyutu menopoz dönemine girmiş bireylerde menopoz dönemine henüz girmemiş bireylere göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

Katılımcıların üreme sistemi ile ilgili hastalık öyküsü ve SİMÖ duyarlılık, önemseme, yarar motivasyon, sağlık motivasyonu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ) engeller algısı istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Üreme sistemi ile ilişkili hastalık geçiren kadınlarda engeller algısının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda üreme sistemi ile ilişkili operasyon öyküsü ve SİMÖ yarar motivasyon ve engeller arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ) duyarlılık, önemseme ve sağlık motivasyonu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Üreme sistemi ile ilişkili operasyon geçiren bireylerin duyarlılık ve önemseme alt boyutları operasyon geçirmeyen bireylere kıyasla daha düşük olarak bulunmuştur. Sağlık motivasyonu alt boyutu puanı ise operasyon geçiren bireylerde daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların serviks kanseri öyküsü ve SİMÖ alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların çevrelerindeki serviks kanseri geçiren kişi bulunma durumu ve SİMÖ alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.12.** Katılımcıların SİMÖ puanlarının serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeylerine göre karşılaştırılması (n=291).

	Duyarlılık	Önemseme	Yarar motivasyonu	Sağlık motivasyonu	Engeller
	3,00-15,00	6,00-30,00	20,00-40,00	3,00-15,00	14,00-56,00
<b>Algılanan bilgi düzeyi durumu</b>					
Çok iyi	9,33±3,79	23,58±8,65	35,66±4,67	10,0±3,51	21,25±9,16
İyi	7,70±3,13	23,10±6,98	34,83±4,99	10,40±3,05	25,18±9,97
Orta	7,87±3,46	23,06±8,16	36,87±4,61	10,05±3,55	21,93±7,99
Kötü	8,23±3,20	23,69±6,48	31,49±5,90	9,46±3,17	30,40±11,02
<b>KW</b>	3,191	0,268	53,889	3,327	39,782
<b>p</b>	0,363	0,966	<0,001	0,344	<0,001
<b>Serviks kanseri risk faktörlerini bilme düzeyi</b>					
Hiç	8,34±3,14	23,80±6,35	31,28±5,82	9,15±3,09	30,35±11,89
Az	8,80±2,57	24,10±5,58	32,72±5,66	9,07±2,85	26,65±8,43
Orta	7,83±3,57	23,49±8,73	37,01±3,90	10,54±3,78	21,87±7,56
Çok	7,29±3,69	21,77±8,18	37,87±3,89	10,89±3,10	21,67±7,64
<b>KW</b>	7,271	3,540	74,882	17,234	34,313
<b>p</b>	0,064	0,316	<0,001	0,001	<0,001
<b>Serviks kanseri belirtilerini bilme düzeyi</b>					
Hiç	8,44±3,23	23,87±6,89	32,21±6,11	9,41±3,02	30,07±11,48
Az	7,73±3,22	22,53±8,43	35,57±4,43	9,95±4,26	23,66±8,36
Orta	7,16±2,94	22,66±5,92	35,34±5,48	10,16±3,05	23,92±7,12
Çok	8,22±3,79	23,40±8,41	36,96±4,47	10,47±3,37	20,03±7,61
<b>KW</b>	6,383	3,259	31,853	5,415	40,701
<b>p</b>	0,094	0,353	<0,001	0,114	<0,001
<b>Serviks kanseri önlenilebilirlik durumunu bilme durumu</b>					
Evet	7,83±3,46	23,26±7,89	36,21±4,88	10,24±3,34	23,71±9,03
Hayır	8,45±3,06	23,59±6,18	31,09±5,70	9,25±3,19	29,74±11,54
<b>Z</b>	8587	9553	4826,5	8139	6891
<b>p</b>	0,069	0,729	<0,001	0,015	<0,001
<b>Pap smear testinin neden yapıldığını bilme durumu</b>					
Biliyor	7,99±3,34	23,32±7,57	35,80±5,18	9,98±3,42	23,39±9,07
Bilmiyor	8,23±3,44	23,41±6,83	29,60±4,95	9,63±3,01	33,83±10,45
<b>Z</b>	6705,5	6940,5	2719	6592,5	3241,5
<b>p</b>	0,533	0,846	<0,001	0,422	<0,001
<b>Pap smear testinin menstrual siklusuna göre hangi dönemde yapıldığını bilme durumu</b>					
Evet	7,95±3,52	23,94±6,94	33,27±5,81	9,57±3,28	27,59±10,83
Hayır	8,09±3,27	21,46±8,18	37,12±4,77	10,76±3,31	20,74±7,04
<b>Z</b>	7431	6114	4619	5983,5	4825,5
<b>p</b>	0,602	0,008	<0,001	0,004	<0,001
<b>Pap smear öncesi hazırlık bilgi düzeyi durumu</b>					
Hiç	8,15±3,31	23,76±7,11	33,20±5,77	9,46±3,36	27,64±11,12
1 doğru yanıt	7,43±3,54	22,45±8,75	35,35±6,35	10,59±3,42	24,70±9,33
2 doğru yanıt	8,14±1,46	22,71±4,82	33,0±7,87	9,57±3,59	25,14±8,87
3 doğru yanıt	8,36±3,15	23,92±6,95	37,39±3,54	10,78±2,94	21,02±7,15
4 doğru yanıt	7,68±3,99	19,50±7,32	36,31±4,92	10,25±3,08	22,37±7,54
<b>KW</b>	2,491	6,135	24,050	7,281	13,398
<b>p</b>	0,646	0,189	<0,001	0,122	0,009
<b>Rahim ağzı kanseri bilgi kaynağı</b>					
Aile- arkadaş	7,88±3,59	24,50±7,72	38,03±4,42	11,34±3,79	25,00±6,54
Sosyal medya	7,72±3,76	22,95±8,70	35,29±5,11	9,22±3,58	21,37±8,00
Sağlık personeli	8,07±3,18	22,85±7,52	22,85±7,52	10,17±3,20	22,77±9,45
<b>KW</b>	0,961	1,050	7,372	7,200	5,713
<b>p</b>	0,618	0,591	0,025	0,027	0,057

Z= Mann-Whitney U KW= Kruskal Wallis Testi t=t testi



Tablo 4.12’de kadınların bilgi düzeyi durumları ve SİMÖ duyarlılık, önemseme ve sağlık motivasyonu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ), yarar motivasyon ve engeller arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bilgi düzeyi kötü olan katılımcıların yarar motivasyon algısı alt boyutu puanı ortalaması diğer gruplardan düşük olarak bulunmuş olup; engel algısı alt boyutu puanları ise bilgi düzeyi arttıkça azalma göstermiştir.

Risk faktörü bilgi düzeyi ve SİMÖ, duyarlılık ve önemseme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ), yarar motivasyon, sağlık motivasyonu ve engeller arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bilgi düzeyi azaldıkça yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu algısı puanları azalmakta; engel algısı puanları artmaktadır.

Katılımcıların belirtileri bilme düzeyi ve SİMÖ duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ), yarar motivasyonu ve engeller arasında anlamlı bir fark mevcuttur ( $p<0,05$ ). Katılımcıların belirtileri bilme düzeyi durumu arttıkça yarar motivasyon algısının artmakta engeller algısı alt boyutları puanının ise azalmakta olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların puanlarında önlenebilirlik bilgi düzeyi durumu ve SİMÖ duyarlılık ve önemseme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yokken ( $p>0,05$ ), sağlık motivasyonu, yarar motivasyonu ve engeller arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Rahim ağzı kanseri önlenebilir yanıtını veren olguların yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu algısı alt boyutu diğer olgularda daha yüksek olarak bulunmuş olup önlenemez yanıtını veren katılımcıların engeller alt boyutu puanı önlenebilir yanıtını veren bireylere göre yüksek olarak bulunmuştur

Katılımcıların Pap smear testinin yapılma nedenini bilme düzeyi durumu ve SİMÖ; duyarlılık, önemseme ve sağlık motivasyonu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ), yarar motivasyonu ve engeller arasında anlamlı bir fark olduğu verisi elde edilmiştir ( $p<0,05$ ). Yarar motivasyon alt boyut puanları Pap smear testinin neden yapıldığını bilen katılımcılarda daha yüksek olarak saptanmıştır. Neden yapıldığını bilmeyen bireylerin ise engel algılarının diğer bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların Pap smear testinin menstrual siklusu göre hangi dönemde yapıldığını bilme durumu ve SİMÖ duyarlılık arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ), önemseme, yarar motivasyonu, sağlık motivasyonu ve

engeller arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur ( $p<0,05$ ). Önemseme ve engeller algısı puanları doğru yanıt veren olgularda daha yüksek olarak bulunmuşken yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu algılarına yanlış yanıt veren olguların daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların bilgi kaynakları ve SİMÖ duyarlılık, önemseme ve engel algıları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamışken ( $p>0,05$ ), yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu arasında anlamlı bir fark mevcuttur ( $p<0,05$ ). Hem yarar motivasyon hem de sağlık motivasyonu algı puanları bilgi kaynağı aile ve arkadaş olan olguların diğer bilgi kaynaklarından bilgi edinmiş bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.13.** Katılımcıların serviks kanseri bilgi düzeyine göre serviks kanseri belirtilerine ilişkin bilgi düzeyi.

<i>Serviks kanseri bilgi düzeyi</i>	<i>Serviks kanseri belirtileri bilgi düzeyi</i>								Test Değeri	p
	Hiç		Az		Orta		Çok			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Çok iyi	3	25,0	3	25,0	0	0,0	6	50,0	114,966*	<0,001
İyi	5	13,5	6	16,2	12	32,4	14	37,8		
Orta	27	23,3	26	22,4	28	24,1	35	30,2		
Kötü	102	81,0	10	7,9	10	7,9	4	3,2		

\*Pearson Ki-kare testi

Tablo 4.13'te katılımcıların serviks kanseri bilgi düzeyi çok iyi olanların %50'sinin serviks kanseri belirtileri bilgi düzeyi çok olarak belirtilmiştir. Buna karşın bilgi düzeyi kötü olanların %81'inin belirtiler hakkında bilgi düzeyi hiç olarak belirtilmiştir. Bilgi düzeyi arttıkça belirtileri bilme durumu da artmaktadır.

**Tablo 4.14.** Katılımcıların Pap smear yaptırma ve Pap smear testi yaptırma nedenlerini bilme durumlarının menopozla ilişkisi (n=291).

	Menopoz durumu Evet		Menopoz durumu Hayır		Test değeri	p
	(n)	%	(n)	%		
<b>Pap-Smear testi yapılma nedenlerini bilme durumu</b>						
Evet	63	54,81	154	71,2	1,609*	0,443
Hayır	24	46,19	48	23,8		
<b>Pap-Smear testi yaptırma durumu (Son 5 yıl içinde)</b>						
Evet	42	48,3	97	47,5	0,013**	0,910
Hayır	45	51,7	107	52,5		
<b>Pap smear testi menstrual siklus dönemine göre yapılma zamanı</b>						
Her zaman	13	14,9	15	7,4	9,330**	0,053
Âdet kanaması biter bitmez	4	4,6	11	5,4		
Adet görürken	0	0	11	5,4		
Başlangıçtan 10-18 günler	18	20,7	53	26,2		
Bilmiyorum	52	59,8	112	55,4		
<b>Pap smear testi öncesi yapılacak hazırlıkları bilinme durumu</b>						
0	61	70,1	129	63,2	4,202*	0,374
1	12	13,8	25	12,3		
2	3	3,4	4	2		
3	8	9,2	33	16,2		
4	3	3,4	13	6,4		

\*Fisher'in kesin Ki-kare Testi

\*\*Pearson Ki-kare Testi

Tablo 4.14'te katılımcıların Pap smear testinin neden yapıldığını bilme oranlarına bakıldığında menopoz dönemindeki kadınların %54,81'inin, menopoz dönemine girmemiş kadınların %71,2'sinin bu konu ile ilgili bilgisinin olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ).

Pap smear testi yaptırma durumu ve menopoz dönemine girme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Pap smear testi menstrual siklus dönemine göre yapılma zamanı bilgisi ve menopoz dönemine girmiş olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktur ( $p>0,05$ ).

Pap smear testi öncesi hazırlıkları bilme durumu göre menapoza girme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Kanser önemli kronik hastalıklardan biridir. DSÖ'nün 2015 yılı verilerinde kanser nedeniyle 8,8 milyon kişinin hayatını kaybettiği ve her 6 ölümden 1'inin kanser ve kansere bağlı komplikasyonlardan dolayı gerçekleştiği ifade edilmektedir ("WHO | Cancer" 2018). Kadın üreme organında meydana gelen kanserler jinekolojik kanserler olarak adlandırılmakta ve kadınlarda önemli morbidite ve mortalite sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (Esencan, 2009; Uçar ve Bekar, 2010; Öztürk, 2017). Jinekolojik kanserler tedavide maddi ve manevi yükünün fazlalığı ile birçok kanserden farklılık göstermektedir. Bu sebeple jinekolojik kanserlerin yol açtığı mortalite ve morbiditenin azaltılması kanser kontrolüne yönelik stratejilerin geliştirilmesinin önemini daha da artırmaktadır. Bireylerin sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi ve kanser riskleriyle beraber ele alınması sorunun bütüncül olarak tanımlanmasını mümkün kılacaktır.

Çalışmamızda 21-65 yaş arasındaki kadınların (n=291) serviks kanserine ilişkin bilgi ve davranışlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesinin sonuçları literatür bilgileriyle tartışılacaktır.

### 5.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Özellikler

Kanserler genelde yaşlılarda sık görülmekle birlikte serviks kanseri, çoğunlukla 35 ile 50 yaş arasındaki genç kadınları etkilemektedir (Arbyn ve ark. 2010). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun yapmış olduğu çalışmada serviks kanserine yakalanan vakaların yaş ortalaması 48,7 olup çoğunluğu ileri evrede teşhis edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

Servik kanserine ilişkin yapılmış çalışmalarda yaş ortalamaları  $43,36 \pm 7,47$  ile  $33,95 \pm 9,02$  arasında değişmektedir (Öztürk, 2017; Vatansever, 2010; Reis ve ark., 2012; Ranabhat ve ark., 2014). Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalaması ise  $40,69 \pm 11,72$ 'dir. Daha önce yapılmış çalışmalardaki yaş ortalamalarına benzerlik

göstermektedir. Çalışmaya dâhil olan kadınların yaş ortalaması serviks kanseri için riskli yaş grubu içerisinde. Bu yaş grubundaki kadınlarda serviks kanseri açısından bilgi, tutum ve davranışların erken teşhis ve tedavi açısından önemi büyüktür. Bu yaş grubundaki kadınların üreme sistemine ilişkin özelliklerinin, sağlık üzerine etkileri ve serviks kanseri gelişimine katkısı açısından iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaşla beraber serviks kanseri riskini artıran faktörler konusunda kadınların bilinçlendirilmesi ve bu riskler konusunda gerekli önlemlerin alınması, kanserden korunma ve erken teşhis ve tedavi için gereklidir. Halk sağlığı hemşiresi olarak sağlığın korunması sürecinde bu yaş grubundaki kadınlara sağlığı koruyucu ve geliştirici uygulamaların öğretilmesi ve yapılmasının desteklenmesi oldukça önemlidir.

Servik kanserine ilişkin yapılmış çalışmalarda bireylerin %84,0 ile %97,4 arasında evli olduğu saptanmıştır (Reis ve ark., 2012; Acar, 2014; Makuza ve ark., 2015; Örenli, 2015). Bizim çalışmamızda kadınların %86,9'u evlidir. Bu durum literatür ile uyumludur. Kadınlarda evlilik oranının yüksek olmasının, çok eşlilik ve güvensiz cinsel birlikteliğin risk olarak azalmasına olumlu katkı sağlayacağı sonucuna varılabilir.

Ranabhat ve ark. (2014) tarafından yürütülen çalışmada kadınların %32,5'inin kentlerde yaşadığı ve kentlerde yaşayanların %22,8'inin, kırsalda yaşayanların %13,7'sinin Pap smear testini yaptırdığı bulunmuştur. Bizim çalışmamıza katılan kadınların %2,1'i kentlerde yaşamakta olup son 5 yılda Pap smear testi yaptırma oranı %47,8'dir. Bu oran Ranabhat ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmadan yüksektir. Bu durumun araştırmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun kırsal alanda yaşamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Kırsal alanda yaşamak, öğrenim ve ekonomik durum gibi sosyo-demografik özellikleri etkileyen önemli bir faktördür (Akyüz ve ark. 2006). Ayrıca kırsal alanlarda kültürel olarak sağlık anlayışının ve toplumsal cinsiyet algısının kadınlara yönelik sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeyi olumsuz etkilediği unutulmamalıdır. Kırsal alanda sunulan sağlık hizmetinde sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir.

Yapılmış çalışmalarda kadınların sosyal güvenceye sahip olma oranları %55,7 ile %96,6 (Kietpeerakool ve ark., 2009; Pınar ve ark., 2009; Örenli, 2015; Wichachai ve ark., 2016) arasında değişim göstermektedir. Akyüz (2006) yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olan kadınlarda Pap smear testini yaptırma oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Akyüz ve ark., 2006). Bizim çalışmamıza katılanların

%90'ının sosyal güvencesi vardır. Bu durum yapılmış çalışmalarda elde edilen sonuçlarla uyumludur. Sosyal güvence durumunun yüksek olmasının Pap smear yaptırma oranını yükseltebileceği düşünülmektedir. Zira bireylerin sosyal güvencesinin olmasının, sağlık hizmetlerine ulaşmayı olumsuz etkileyebilecek parasal harcamaların etkinliğini azaltabileceği düşünülmektedir.

Serviks kanserin sıklığını etkileyen faktörlerden biri de kadınların eğitim seviyesidir (Muñoz ve ark., 2002). Öztürk'ün (2017) yapmış olduğu çalışmaya göre eğitim seviyesi düşük olan kadınların serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olma oranlarında azalma olduğunu göstermiştir. Bizim çalışmamıza katılanların %36,4'ünün ilkökul düzeyinde eğitime sahip olduğu, %2,1'inin okuryazar ve %3,1'inin okuryazar olmadığı saptanmıştır. Bu veriler serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olmayanların oranının yüksek olacağı şeklinde yorumlanabilir. Bu yüzden kadınların eğitim seviyesinin yükseltilmesinin bu hastalığın sıklığının azaltılmasında önemli olacağı düşünülmelidir.

Çeşitli çalışmalar ekonomik durumun erken teşhis amacıyla kullanılan Pap smear testini yaptırma ve servik kanseri hakkındaki bilgi düzeyini etkilediği ve aralarında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğunu göstermiştir (Datta ve ark., 2006; İflazoğlu, 2015; Öztürk, 2017). Bizim çalışmamıza katılan kadınların %6,2'si ekonomik durumlarını kötü olarak ifade etmiştir. Bu durum Pap smear testini yaptırma ve bilgi düzeyi konusunda istenilen düzeye ulaşmayı etkileyen bir risk olarak değerlendirilmektedir. Kadınların ekonomik seviyesinin sağlık olanaklarına ulaşma açısından önemli olduğu ve ekonomik durumun sağlık risklerini artırdığı sonucuna ulaşılabilir. Çünkü ekonomik koşulların düzeyi, bireye olumlu veya olumsuz alışkanlıkları kazandıran bir faktördür. Bu faktör birçok hastalığın oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Sağlık kurumlarına ulaşmayı da etkileyen bu faktör, kişinin sosyal güvencesinin olup olmamasıyla da bu hizmetlerden yararlanmasını etkilemekte ve hastalık sıklığını artırabilmektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %61,5'i çalışmayan bireylerden oluşmakta olup %43,3'ü serviks kanseri konusunda bilgi düzeyini kötü olarak ifade etmiştir. Öztürk (2017)'ün yapmış olduğu çalışmada kadınların çalışmamış olmasının serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olmayı azalttığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızdan elde edilen sonuç bu araştırmayı destekler niteliktedir. Çalışmayan bir birey olmak sosyo-ekonomik düzeyde bağımlı olmaya yol açarken, toplumsal kalıplara uymayı da zorunlu kılmaktadır. Bu durum bireyselleşemeyen ve kendi kararlarında bağımlı olan,

kendisine sunulan imkânlar kadar ihtiyaçlarını karşılayan bireyler şeklinde yorumlanabilir. Bu da sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerini sunarken herkese ulaşması konusunda dikkat etmesi gereken bir durum olarak düşünülmelidir.

Serviks kanserine ilişkin yapılan çalışmalarda bireylerin sigara tüketiminin serviks kanseri için yardımcı bir faktör olduğu belirlenmiştir (Eluf-neto 1993; Fonseca-moutinho 2011). Prospektif kohort tasarımlı bir çalışmada servikal neoplazi riskinin aktif veya pasif sigara içiciliği ile ilişki olduğu saptanmıştır (Trimble ve ark., 2005). Bizim çalışmamızda sigara içen kadın oranı %25,4'tür. Bu durum serviks kanseri açısından riskli faktörlerden bir olan sigaraya aktif veya pasif maruz kalma konusunda kadınların eğitimine dikkat edilmesini gerektirmektedir.

## 5.2. Katılımcıların Üreme Sistemine İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Çalışmamızda ilk gebelik yaşı ortalaması  $23,20 \pm 4,85$ , gebelik sayısı ortalaması  $2,60 \pm 1,60$ , kürtaj yaptırma ortalaması  $1,69 \pm 1,37$  ve kürtaj yaptırma oranı %26,8'dir (Tablo 4.2). Pınar ve ark. (2009)'nın yaptığı bir çalışmada serviks kanserli kadınların büyük oranda erken yaşta evlendikleri (%53,3) ve 3'ten fazla çocuğa sahip oldukları (%86,7) tespit edilmiştir. Ayrıca serviks kanserli olguların %66,7'sinin en az bir düşüğü, %33,3'ünün ise iki kez kürtaj yaptırdığı saptanmıştır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar standart sapmanın altı ve üstüne bakılarak değerlendirildiğinde erken gebelik, gebelik sayısının üçten fazla olması, kürtaj sayısının ikiden yüksek olduğu şeklinde değerlendirilmelidir. Bu sonuçlar Pınar ve ark. (2009)'nın yaptığı çalışmaya benzerlik göstermektedir. Kadınların evlilik yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı, ilk gebelik sayısı ve kürtaj yaptırma durumu serviks kanserinden korunmada önemlidir. Bu veriler kadın ve erkek sağlığının korunması için gençlere cinsellikle ilgili doğru bilgilerin erken yaştan itibaren verilmesi, aile planlaması konusunda bilinçlendirilmeleri ve eğitimlerin sürekli olmasını gerektiği şeklinde yorumlanabilir.

Serviks kanserine ilişkin yapılmış çalışmalarda ilk cinsel ilişki yaşı değişiklik göstermektedir. Serviks kanserine ilişkin yapılmış yerli ve yabancı çalışmalarda ilk cinsel deneyim yaşınının 18-20 arasında olduğunu göstermektedir (Kietpeerakool ve ark., 2009; Pınar ve ark., 2009; Acar, 2014; Makuza ve ark., 2015). Literatürde yapılan çalışmalara göre 16 yaşından önce ilk koitusun yaşanması, erken yaşlarda HPV'ye karşı immun cevabın yetersiz kalmasına neden olduğu için serviks kanserine yakalanmada önemli bir risk artırıcı olarak ifade edilmektedir (Sönmez, 2011; Makuza

ve ark., 2015; Khan ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda ilk koitus yaşı ortalaması 21,99±4,58'dir. Bu yaş ortalamasının altında kalan bireyler serviks kanseri için riskli olan erken yaşta koitus yaşadığı şeklinde yorumlanabilir. Erken yaşta cinsellik yaşamak toplumlara göre kız ve erkek cinsiyet arasında farklılık gösterebilir. Bizim toplumumuzda erken yaşta evlilik dışı cinsel deneyimin yaşanması bireylerin utanma ve damgalanması gibi depresyona yol açan ve bireyin kendisini değersiz hissettiren bir duruma yol açabilir. Ailelerin ve toplumun cinsel kimlik kazanımında gençlerin yanında olması ve sağlık çalışanlarının da bu konularda gençleri bilinçlendirmesi gerekmektedir.

### **5.3. Serviks kanserine ilişkin özellikler**

Çalışmamızda katılımcıların serviks kanserine ilişkin özelliklerine bakıldığında; %2,4'ünün kendisinde, %2,4'ünün 1. derece yakınında ve %2,1'inin 2. derece yakınında serviks kanseri öyküsü olduğu ve %29,9'unun menopoza girdiği saptanmıştır (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalarda bireylerin ailelerinde serviks kanseri görülme oranları %3,8 ila %5,7 arasında (Reis ve ark., 2012; Hacıhasanoğlu Aşlar ve ark., 2015) tespit edilmiş olup çalışmamızdaki oranlarla da benzerlik göstermektedir. Bu benzerliklerin nedeni ilk evlenme yaşı, doğurganlık oranı, ilk âdet yaşının 15'ten küçük olması, genetik yapı gibi özelliklerin yanında sağlık hizmetlerinin aynı şekilde sunulması ve kültürel özelliklerin benzerliğinden kaynaklanıyor olması da mümkündür (Reis ve ark., 2012; Hacıhasanoğlu Aşlar ve ark., 2015). Kadınların üreme sağlığını etkileyen faktörler doğumla ilgili olduğu kadar, içinde bulunduğu ekonomik koşullar ve sosyo-kültürel yapı da bunda etkilidir. Bu etkenlerin kadınların hastalık ve ölümlerle karşılaşma sıklığını artırdığı sonucuna varılabilir. Bu yüzden kadınlara yönelik bu konularda yapılacak hizmetlerin planlanmasında multifaktörel etkilere dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Yapmış olduğumuz çalışmada araştırmaya katılan bireylerin %43,3'ü serviks kanseri konusunda bilgi düzeyini kötü olarak ifade etmiştir. Ayrıca son beş yılda Pap smear testi yaptırma oranı da %47,8 ve Pap smear testinin yapılma nedenini bilme oranı %75,1'dir. Bir konu hakkında bilgi sahibi olmak, ne yapacağını bilmek ve hatta karşılaşılması muhtemel sorunların önlenmesi açısından önemlidir. Bu yüzden bireylerin hata yapmasının önlenmesi ve sağlıklarını koruması için bilgilendirilmeye ihtiyaçları vardır.



McMullin ve ark. (2005) yapmış oldukları çalışmada Pap smear testi yaptırmada sağlık çalışanından bilgi almanın önemli olduğunu, sağlık çalışanından bilgi alındığı durumlarda daha düzenli Pap smear testi yaptırıldığını belirtmişlerdir (McMullin ve ark., 2005). Literatürde yapılmış çeşitli çalışmalarda kadınların Serviks kanseri ve Pap smear testini temel bilgi kaynağının çoğunlukla doktor ve ebe/hemşire gibi sağlık hizmeti sağlayıcılarının olduğu saptanmıştır (Lam ve ark., 2003; Doğan, 2008; Esencan, 2009; Kietpeerakool ve ark., 2009; Ak ve ark., 2010; Eke ve ark., 2010; Gücük ve ark., 2011; Gümüş ve Çam, 2011; Urasa ve Darj, 2011; Acar, 2014; Karaoğlan, 2016). Sağlık personeline ek olarak serviks kanserine ilişkin diğer bilgi kaynaklarının medya ve aile-arkadaş çevresi olduğu tespit edilmiştir (Şahin, 2009; Kolutek ve Aydın Avcı, 2015). Çalışmamızda katılımcıların bilgi kaynakları dağılımları incelendiğinde %55,4 ile sağlık personelinin en yüksek düzeyde bilgi kaynağı olduğu, bunu sırasıyla %28,9 ile sosyal medya, %15,7 ile aile arkadaş takip etmiştir. Yapılmış çalışmalar ve çalışmamızın sonuçları bireylerin farklı yollarla bilgiye ulaştığını göstermektedir. Bilginin doğru kaynaklardan ulaşılabilir olmasının yanında kalıcılığı artırmak için kültür ve dini inançlara ters düşmeyen, ekonomik olarak ulaşılabilir eğitim kılavuzlarıyla da desteklenmesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

Serviks kanserinden korunmada önemli ve vazgeçilmez bir yöntem olan Pap smear tarama testinin yapılma nedeninin bilinme oranları incelendiğinde; katılımcıların %75,1'inin Pap smear tarama testini bildiği bulunmuştur. Bu bulgu Karaoğlan (2016)'ın çalışmasıyla (%75,95) benzerlik göstermektedir. Sönmez (2011)'in çalışmasında ise katılımcı kadınların Pap smear testinin neden yapıldığını bilme oranı (%89) çalışmamıza göre oldukça yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3). Tarama testleri erken tanı ve teşhis amacıyla kullanılmaktadır. Tarama testlerinin neden yapıldığını bilmek, bu testlerin yapılmasını artıran bir faktör olarak düşünülmekte olup risklerin saptanmasında bireysel farkındalığın kazanılması açısından da önemli bir gösterge olarak yorumlanabilir.

Serviks kanseri tüm malign tümörlerden farklı olarak tarama ile etkili şekilde kontrol edilebilen bir kanser türüdür (Arbyn ve ark., 2010). Serviks kanseri risk grupları ve yaş grupları doğrultusunda kadınların değerlendirilmesi gereken bir kanserdir. Bu yüzden kadınların olası riskler doğrultusunda bilinçlendirilmesi, bu kanser türünden korunma ve tedavi edilebilirliği etkilediği konusunda farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Çeşitli araştırmalarda Pap smear yapma

oranları incelendiğinde farklı ülkelerde ve etnik gruplarda değişiklik olduğu bildirilmektedir.

Farklı ülkelerde yapılmış araştırmalarda Pap smear yaptırma durumu farklılık göstermektedir. Örneğin; Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada (Aldohaian ve ark., 2019) bu oran % 26, Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise (Montgomery ve ark., 2015) ise %5 olarak bulunmuştur. Lee-Lin ve ark. (2007)'nin ABD'de yaptıkları çalışmada %84, Abotchie ve Shokar (2009)'ın Gana'da 20-35 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada %12, Byrd ve ark. (2007)'nin Amerika'da göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada %81, Urasa ve Darj (2011)'in Tanzanya'da 137 hemşire ile yaptıkları çalışmada %15,4 olup Acar (2014)'in Türkiye'de yapmış olduğu çalışmada ise bu oran %48,7 olarak bildirilmiştir.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılarak Pap smear yaptırma durumları incelendiğinde; bu oranların gelişmiş ülke olan Amerika'da % 81,0 (Byrd ve ark., 2007), orta gelişmişlik düzeyi olan Vietnam'da %68,0 (Vi ve ark., 2005), düşük gelişmişlik düzeyi olan Gana'da %12,0 (Abotchie ve Shokar, 2009) ve gelişmekte olan ülke olarak Hindistan'da %5,0 olduğu saptanmıştır (Montgomery ve ark., 2015).

Ülkemizde yapılmış çalışmalarda Pap smear yaptırma oranları farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların bölgesel ve örneklem seçimi yanında yıllara göre de değiştiği görülmektedir.

Yıllara göre Pap smear yaptırma oranları; 2007 yılında Gül ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışma Pap smear testini yaptırma oranı %19,4'tür. 2008 yılında yapılmış çalışmalardan ikisinde Pap smear yaptırma oranı % 27,1 (Oran ve ark., 2008) ve %56,6 olarak bulunmuştur. 2009 yılında Esencan (2009)'ın yaptığı çalışmada Pap smear yaptırma oranı %20'dir. 2010 yılında yapılmış bir çalışmada Pap smear testi yaptırma oranı %19,4'tür (Ak ve ark., 2010). 2011 yılında yapılmış çalışmalarda % 20,8 (Gümüş ve Çam, 2011) ve % 29,0 (Esin ve ark., 2011) olarak bulunmuştur. 2012 yılında Reis ve ark. (2012)'nin çalışmasında bu oran %29,5'tir. 2014 yılında Demirci Bal (2014)'in çalışmasında %30,3'tür. 2015 yılında Hacıhasanoğlu Aşilar ve ark. (2015) %23,8, Örenli (2015) %26,9 ve Büyükkayacı Duman ve ark. (2015) %66,1 oranında Pap smear testinin yaptırıldığı saptamışlardır.

Bölgesel ve örneklem farklılığı olan çalışmalara göre Pap smear yaptırma durumları; Doğan (2008)'in kadın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada % 19,5, Ozan ve ark. (2011)'nin Güneydoğu Anadolu bölgesinde farklı meslek grubu kadınlarla

yaptığı çalışmada %11,0, Tokgöz (2009)'ün gebelerle yaptığı çalışmada %25,2 gibi oranlar saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda da bu oran %47,8'dir. Bu çalışmalardaki oransal farklılıklar yıllara, bölgelere ve örnekleme bağlı olarak açıklansa da önemli olan sonuç Pap smear yaptırma oranlarının düşük olmasıdır. Bu oranlar serviks kanserinin erken teşhis edilmesi konusunda yetersiz kalındığının bir göstergesi olarak ele alınmalıdır.

#### **5.4. Serviks Kanseri belirtilerine İlişkin Bilgi Düzeyi**

Kadınların serviks kanserinden korunması ve hastalığın erken teşhis edilmesi için gerekli bilgilere sahip olunması gerekir. Bu yüzden kadınların serviks kanserinin belirti ve bulgularını bilmesi gereklidir. Kadınların bu konularda kendilerini değerlendirmeleri ve sağlık kuruluşlarına başvurmaları hastalıklardan korunmayı ve bu hastalığın tedavi edilebilir olmasını sağlayacaktır. Serviks kanseri belirtilerinin her kadında aynı şekilde görülmemesi ya da hiç görülmemesi durumları vardır. Fakat buna rağmen erken teşhis için akıntı, cinsel ilişki sonrası kanama, ara kanaması gibi belirtilerin önemli olduğu ve kadınların kontrollerini yapmasının önemli olduğu unutulmamalıdır (Nazlıcan ve ark., 2010).

Karaoğlu (2016) tarafından yapılan çalışmada kadınların %84,48'i rahim ağzında yara, %64,22'si geçmeyen vajinal akıntı, %56,47'si alt bölgeden gelen kanama, %38,36'sı menopoz sonrası kanama ve %37,93'ü birleşme sonrası kanamanın serviks kanseri belirtisi olabileceğini ifade ettiği saptanmıştır. Baran (2013)'ün çalışmasında ise %78,0 oranında kilo kaybının serviks kanseri belirtisi olarak değerlendirdikleri sırasıyla akıntı miktarının artması, birleşme sonrası ağrı ve cinsel birleşme sonrası kanamanın olması şeklinde ifade edildiği bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda en yüksek düzeyde bilinen belirti %42,6 ile âdet dönemi dışında görülen kanamalardır. Daha sonra sırasıyla olağandışı ve sürekli vajinal akıntı (%37,5), âdet döneminde normalden daha fazla ve daha uzun kanama (%34,0), menopozdan sonra aralıklı kanama (%33,3), cinsel ilişki sırasında kanama (%28,9), rutin pelvik muayene sırasında kanama (%21,3) takip etmektedir (Tablo 4). Yapılmış çalışmalara göre bilme düzeyleri düşük olarak tespit edilmiştir. Bu durum çalışmaya katılan bireylerin serviks kanseri belirtilerini tanımlamada yetersiz oldukları şeklinde yorumlanabilir.

## 5.5. Risk Faktörleri Hakkındaki Bilgi düzeyi

Serviks kanserinin gelişmesine neden olan literatürce belirlenmiş birçok olumsuz sağlık davranışı ve risk faktörü vardır. Bu risk faktörleri; kadının yaşı, sahip olduğu ırkı, 15 yaşından önce menarş olması, aile öyküsü, tütün mamulü kullanımı ve maruz kalma (pasif içicilik), oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımı, HPV enfeksiyonu başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyona sahip olma, erken yaşta başlayan cinsel deneyim ve erken yaşta gebelik yer almaktadır (Sönmez 2011; Abike ve ark. 2011; Savaş Çimke 2016; Karaoğlan 2016; Wichachai, ve ark. 2016).

Kietpeerakool ve ark. (2009) tarafından serviks kanseri riskini artıran faktörlere ilişkin bireylerin bilgi düzeyleri araştırılmıştır. Katılımcıların %14,4'ü HPV enfeksiyonunun, %48,0'ı sigara içmenin, %70,1'i birden fazla cinsel partnerin bulunmasının, %62,4'ü erken yaşta seksin, %29,4'ü kombine kontraseptif hapları kullanmanın, %69,2'si cinsel yolla bulaşan hastalığa sahip olmanın serviks kanseri riskini artırdığını ifade ettikleri tespit edilmiştir. Schmotzer and Reding (2013)'in yaptıkları çalışmada serviks kanseri ve HPV'ye ilişkin verilere bakıldığında; bireylerin %95,5'inin HPV semptomları olmasa bile HPV'yi partnerine bulaştırabileceğini, %96,5'inin HPV'nin cinsel yolla bulaşabileceğini, %98'inin HPV'nin serviks kanserine neden olabileceğini ifade ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Abudukadeer ve ark. (2015)'nin çalışmasında servikal kanser risk faktörlerini bilme oranı %18,0 olarak saptanmıştır. En çok bilinen risk faktörleri de %7,0 HPV, %2,24 aile öyküsü ve %2,08 birden fazla cinsel partnere sahip olmak şeklinde bulunmuştur. Hayatları boyunca en az bir kez Pap smear taraması yapan birey oranı ise %33'tür.

Karaoğlan'ın (2016) çalışmasında kadınlar tarafından serviks kanseri risk faktörleri; %91,81 cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirmiş olmak, %91,38 akıntılı bir hastalığı olup tedavi olmamak, %90,95 birden fazla cinsel partneri olmak, %87,50 ailesinde rahim ağzı kanseri olmak, %85,78 daha önce kanser öyküsü geçirmiş olmak, %68,97 30 yaş ve üzeri olmak, %53,88 beş yıldan fazla süreyle doğum kontrol hapı kullanmak ve %46,12 çok sayıda gebelik geçirmiş olmak şeklinde belirtilmiştir. Kadınlar en fazla (%91,81'i) cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirmiş olmanın rahim ağzı kanseri için risk faktörü olduğunu, en az ise çok gebe kalmanın serviks kanseri için risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir.

Arabacı ve Özsoy (2012)'un çalışmasında kadınların serviks kanseri ile ilgili risk faktörlerine ilişkin bilgileri incelendiğinde en fazla birden fazla cinsel partner

olması ve genital hijyen eksikliği yanıtını verdikleri, Sönmez (2011)'in çalışmasında çoğunluğu (%86) birden fazla cinsel partner olması, erken yaşta cinsel ilişkiye başlamanın ve yanlış genital hijyen alışkanlığı yanıtı verdikleri saptanmıştır. Çalışma sonucumuz diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.5). Servikal kanser için tanımlanan risk faktörlerinin bilinmesi, kadınları servikal kanserden koruması ve bu faktörler açısından davranış geliştirmesine yol açacak olması bakımından önemlidir.

### **5.6. Serviks Kanserinden Korunmaya İlişkin Bilgi**

Örenli (2015)'nin yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %3,3'ünün prezervatif kullanılmasını, %7,3'ünün HPV aşısı yaptırmış olmayı, %3,8'inin tek eşli cinsel hayata sahip olmayı, %6'sının düzenli olarak Pap smear testi yaptırmış olmayı, %14,7'sinin kişisel hijyeni ve %9,8'inin düzenli doktor kontrolüne gitmeyi serviks kanserinden korunma yöntemi olarak bildiği görülmüştür. Başka bir çalışmada bireylerin %64,7'sinin Pap smear yaptırmanın serviks kanserini önlediğini belirtmişlerdir (Kietpeerakool ve ark., 2009). Bizim çalışmamızda katılımcıların %88,8'inin düzenli Pap smear kontrolü yaptırmayı, %84,9'unun genital hijyene dikkat etmeyi, %78,1'inin cinsel partner sayısını azaltmayı, %68,5'inin dengeli beslenmeyi, %66,9'unun kilo vermeyi, %66,9'unun cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmayı, %63,7'sinin sigarayı bırakmayı serviks kanserinden korumada etkili olduğunu belirttikleri görülmüştür (Tablo 4.6). Literatür bilgisiyle uyumlu olarak cinsel risk faktörleri yanında, dengeli beslenme, kilo verme, sigarayı bırakma gibi faktörlerin serviks kanserinden korunmada etkili olduğu söylenebilir.

Pap smear testini kimlerin yaptırabileceğinin araştırıldığı çalışmalara bakıldığında;

Örenli (2015) yaptığı çalışmada kadınların %38,5'inin Pap smear testini yaptırması gereken kişileri bilmediği, %32,2'sinin ise her yaş grubundaki kadının Pap smear testini yaptırması gerektiğini belirttikleri saptanmıştır.

Karaoğlan (2016)'ın çalışmasında kadınların %62,07'sinin Pap smear testinin hangi sıklıkta yaptırılması gerektiğini bildiği, testi yaptıran kadınların ise %35,34'ünün doğru sıklıkta yaptırdığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada 41 yaş ve üzeri kadınların Pap smear testini yaptırma zamanını doğru bilme düzeyleri, diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre daha düşük bulunmuştur.

Hacıhasanoğlu Aşlar ve ark. (2015) ve Karaoğlan (2016)'nın yaptığı çalışmalarda yaş ve Pap smear testi yaptırmaya başlama zamanlarını bilme durumları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir.

Bizim çalışmada Pap smear tarama testi hedef popülasyonuna ilişkin katılımcıların %9,3'nün ergenliğe girdikten sonra, %19,4'ünün 21 yaşından sonra, %27,7'sinin menopozdan sonra, %27,0'sinin son iki tarama testi negatif gelen 30 yaşındaki kadınlara ve %20,1'inin son iki tarama testi negatif gelen 65 yaşındaki kadınlara yapıldığını ifade ettiği görülmüştür. Yapılan araştırmalar ve bizim çalışmamız kadınların hedef popülasyon konusunda düşük oranlarda bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Bu durum sağlık taramaları konusunda kadınların yeterli bilgiye sahip olmadıkları şeklinde yorumlanabilir (Tablo 4.7).

Pap smear testinin hangi sıklıkta ve ne zaman yapılmasının araştırıldığı çalışmalara bakıldığında;

Tokgöz (2009)'ün çalışmasında kadınların Pap smear testini yaptırma sıklığını %38,8 oranda bildiği belirlenmiştir(Tokgöz 2009). Özdemir ve Bilgili (2010)'nin çalışmasında ise hemşirelerin %74,3'ünün Pap smear testinin hangi sıklıkla yaptırılması gerektiğini bilmedikleri tespit edilmiştir. Karaoğlan (2016)'ın çalışmasında kadınların %56,03'ü Pap smear testinin âdet bittikten 5-6 gün sonra yaptırılması gerektiğini, %23,28'i test öncesi 24 saat cinsel ilişkide bulunulmaması gerektiğini, %18,97'si test için 24 saat önce doğum kanalına fitil koyulmadan gidilmesi gerektiğini ve %18,97'si testten önce doğum kanalının yıkanmaması gerektiğini belirtmiştir (Karaoğlan 2016). Arabacı ve Özsoy (2012)'un çalışmasında kadınların âdetli olmamak ve cinsel ilişkide bulunmamak yanıtını verdikleri saptanmıştır (Arabacı ve Ozsoy, 2012).

Araştırmamızda kadınların Pap smear taramasının menstrual sıklusa göre yapılma zamanına ilişkin bilgi dağılımı incelendiğinde; %56,7'sinin bu konu ile ilgili bilgisinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.7). Çalışmada literatürle uyumlu olarak bireylerin Pap smear testini kimler yaptırmalı ve ne zaman yapılması gerekir konusundaki bilgi düzeyleri düşük oranda bulunmuştur. Bu çalışmamızdaki kadınların kırsal alanda yaşıyor olmasının bilmeme oranını literatürden daha yüksek olmasına yol açtığı düşünülmektedir. Çalışmamız örneklem ve bölgesel farklılıkların hizmet sunumunda dikkat edilmesi gereken bir özellik olduğunu destekler niteliktedir.

## 5.8. Katılımcıların SİMÖ Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tartışılması

Bireylerin sağlık davranışları; sahip oldukları inanç, değer ve tutumlarına göre farklılaşmaktadır. Sorun olarak görülen inanç ve tutumların saptanması, sağlık eğitimin kişiye daha uygun olarak belirlenmesi ve uygulanmasında rehberlik sağlamaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014).

Yapılmış çeşitli çalışmalardan elde edilen veriler doğrultusunda bireylerin serviks kanserine ilişkin sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları incelendiğinde duyarlılık, önemseme, yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu alt boyutları arasında pozitif yönlü, engel algısı boyutu arasında ise ters yönlü ilişki mevcuttur. Bireylerin modelden aldıkları puanların yükselmesi, duyarlılık ve önemsemenin ve motivasyonun arttığını; yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir. Bireyin engel algısı puanının yüksek olması ise, Pap smear yaptırmayla ilgili engellerinin yüksek olduğunu göstermektedir (Güvenç ve ark., 2010; Ahmed ve ark., 2018).

Yapılmış çalışmalara bakıldığında; kadınların “Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden” aldıkları puan ortalamaları; duyarlılık algısı alt boyutu ortalamaları  $7,8 \pm 2,4$  ile  $8,2 \pm 2,4$ , önemseme/ciddiyet algısı puan ortalamaları  $22,5 \pm 6,5$  ile  $24,47 \pm 5,63$ , yarar ve motivasyon algısının puan ortalamaları  $29,20 \pm 6,46$  ile  $31,91 \pm 5,74$ , sağlık motivasyonu algısı puan ortalamaları  $9,38 \pm 2,62$  ile  $10,3 \pm 2,5$  aralığında, engel algısı alt boyut puanları ise  $36,2 \pm 9,8$  ile  $41,60 \pm 11,90$  arasında değerlerde olduğu tespit edilmiştir (Bal, 2014; Gökgöz ve Aktaş, 2015; Hacıhasanoğlu Aşlar ve ark., 2015; Yanikkerem ve ark., 2018). Yapılmış olduğumuz çalışmada duyarlılık, önemseme ve sağlık motivasyonu algıları alt boyutları literatürle benzerlikler göstermekteyken; yarar motivasyonu algısı yapılmış olan diğer çalışmalardan yüksek, engel algısı ise düşük çıkmıştır. Bu durum bizim çalışmamıza katılım sağlayan bireylerin sağlıklarını sürdürmeye ve geliştirmeye yönelik yeni bilgileri araştırdıkları ve sağlığı geliştirici aktiviteler yapmaya önem verdikleri şeklinde yorumlanabilir. Engel algısının düşük olması ise sağlık kuruluşlarına ulaşımın kolay olması, bilgi kaynağı (%55,4) oranında sağlık personelinin kullanılıyor olması ve verilen etkili sağlık eğitimi çalışması sonucu Pap smear testi hakkındaki ön yargıların azalmasının sonucu olduğunu düşündürmektedir (Tablo 4.8).

Literatürde *yaş* ve SİMÖ arasındaki ilişki incelendiğinde Garcés-palacio ve ark. (2018)'nin yapmış oldukları çalışmada yaş grupları ve SİM alt boyut puanları arasında anlamlılık saptanmamıştır. Fakat Yanikkerem ve ark. (2018)'nin yapmış oldukları çalışmada katılımcıların *yaşları* ile engel ve duyarlılık alt boyutları anlamlı bulunmuştur. Söz konusu çalışmada 30 yaşından küçük ve 41 yaşından büyük kadınların 31-40 yaş arası kadınlara göre engel algılarının yüksek olduğu, duyarlılık algısının düşük olduğu bulunmuştur. Aldohaian ve ark. (2019)'nin yapmış oldukları çalışmada 40 yaş ve üzeri grupta yer alan kadınların yarar motivasyon algılarının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenirken Acar (2014)'in yapmış olduğu çalışma 15-19 yaş arasındaki kadınların yarar algısı puanlarının diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda yalnızca yaş grupları ile SİMÖ engel algısı alt boyutunda anlamlılık mevcuttur. 21-30 yaş arası ve 51 yaş ve üzeri yaş grubu için engel algısını 31-50 yaş arasındaki bireylere göre yüksek olarak bulunmuştur. 30-51 yaş grubunda engel algılarının diğer alt gruplara göre düşük çıkmasının nedenin bireylerin serviks kanseri tarama programı hedef yaş grubu içinde bulunması nedeniyle kadınların sağlık eğitimi düzeyinin yükselmesinin sağlanarak kadınların tarama testine katılım engelleri olarak görülen faktörlere ilişkin olumlu değişimlerin sağlandığı düşünülmektedir (Tablo 4.9).

Yapılan literatür taramasında bireylerin **BKİ** ve sağlık inanç modelinin değerlendirilmesi hakkında çalışmaya ulaşılamamıştır. Bizim çalışmamızda ise bireylerin BKİ ve yarar motivasyon algılarının ters yönlü ilişkili olduğu bulunmuştur. Bireylerin BKİ'si arttıkça yarar motivasyon puanı azalmaktadır. Bireylerde kilo alımı sağlıksız beslenme alışkanlığı olarak değerlendirilmektedir. Bu durumdaki bireyler sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye yönelik eylemlerinde yetersiz kalmakta ve sağlıklarını önemsemeyi bırakmaktadır. Kilolu bireylerin sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunmaları için motive edilmeleri gerekmektedir. Beden algısı ve saygısı bozulan bireylerin motivasyonlarının düştüğü, bunun kilo alımını desteklediği ve bu durumun birbirini olumsuz etkileyen kısır bir döngü oluşturduğu düşünülmektedir (Tablo 4.9).

Çalışmamızda *medeni durum* ve sağlık inanç modeli alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Çalışmamız bu parametreyle Reis ve ark. (2012) ile Acar (2104)'in yapmış olduğu çalışmalar ile benzeşmektedir (Tablo 4.9).

Yapılan literatür taramasında bireylerin **yaşanılan yer ve sağlık inanç modelinin** değerlendirilmesi hakkında oldukça kısıtlı çalışmaya ulaşılmıştır. Şahiner



(2012)'in 3 ilde yapmış olduğu çalışmada kadınların SİMÖ duyarlılık, önemseme ve sağlık motivasyonu algılarının yaşadıkları illere göre farklılıkların mevcut olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Trabzon'da yaşamlarını sürdüren kadınların, Ankara ve Malatya illerinde yaşayan kadınlara kıyasla rahim ağzı kanseri SİMÖ duyarlılık alt boyut algıları daha yüksektir. Malatya'da yaşayan kadınların, Trabzon'da yaşayan kadınlara göre rahim ağzı kanserini önemseme alt boyutu algısı daha yüksek olarak bulunmuştur. Sağlık motivasyon algısı ise Malatya'da yaşamlarını sürdüren kadınların, Ankara ve Trabzon'da yaşamakta olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada, şehirde yaşayan kadınların sağlık motivasyonu ortalamalarının ilçe ve köyde yaşayan kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Şehirde yaşayan kadınların eğitim durumlarının yüksek olması, sağlığı koruyucu ve geliştirmeye yönelik eğitim ve tarama programlarına erişiminin daha kolay olması, sağlığını korumaya yönelik egzersiz ve dengeli beslenme gibi sağlık davranışlarına ayıracak zaman ve imkanlarının olması sayesinde sağlık motivasyonu puanlarını artırdığı düşünülmektedir (Tablo 4.9).

Acar (2014) ve Bal (2014)'in yapmış oldukları araştırmalara göre katılımcıların **çalışma durumu** ve SİMÖ alt boyutlarından yarar motivasyon algısı ve sağlık motivasyonu puanları çalışan kişilerde yüksek olarak bulunmuşken engeller algısı puan ortalamaları çalışmayan kişilerde daha yüksek olarak bulunmuştur. Egelioğlu ve ark. (2016)'nın yapmış oldukları çalışmada ise duyarlılık ve yarar motivasyonu algısı puanları çalışan kadınlarda yüksek iken engel algısı puanı çalışmayan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Çalışan kadınların serviks kanseri ve sağlık motivasyonu, duyarlılık puanları işsiz kadınlara göre yüksek bulunmuşken algılanan engel puanları işsiz kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Yanikkerem ve ark., 2018). Shirazi ve ark. (2018)'nin yapmış oldukları çalışmada, ev hanımlarında duyarlılık ve önemseme alt boyutu daha düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da sağlık motivasyon algısının en yüksek bulunduğu grup memurlar, engeller algısının en yüksek olduğu meslek grubu işçilerden oluşmaktadır. Bu durum bireylerin eğitim seviyesindeki farklılığın bir sonucu olarak geliştiği şeklinde yorumlanabilir. Memurlarda sağlık motivasyon algısının yüksek olması, memur kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin kolay olduğu, sağlığını korumaya yönelik egzersiz ve dengeli beslenme gibi sağlık davranışlarını gerçekleştirecek ekonomik imkanların daha iyi olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca bireylerin sahip oldukları çalışma koşullarının da bunu

gerçekleştirmeye katkı sağlayarak sağlık motivasyonu puanlarını artırdığı düşünülmektedir (Tablo 4.9).

Eğitim düzeyinin Pap smear testi SİM'ye etkisinin incelendiği çalışmaların taraması sonucu benzer veriler elde edilmiştir (Acar, 2014; Bal, 2014; Yanikkerem ve ark., 2018). Acar (2014)'ın yapmış olduğu araştırmaya göre bireylerin *eğitim durumu* arttıkça yarar algısı ve sağlık motivasyonu puanı ortalamaları artış göstermektedir. Engeller alt boyutu algısı puanlarıysa eğitim düzeyi arttıkça azalmaktadır. Bal (2014) tarafından yapılmış araştırmada Acar (2014)'ın yapmış olduğu çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bal (2014)'ın çalışmasına göre 8 yıllık temel eğitimden fazla eğitim düzeyine sahip olan kadınların yarar motivasyonu sağlık motivasyonu algıları 8 yıldan fazla eğitim gören kadınlarda daha yüksektir. Engel algısı ise 8 yıl ve daha az eğitim düzeyine sahip kadınlarda daha yüksektir. Yanikkerem ve ark. (2018)'nın yapmış oldukları çalışmada yarar motivasyon algısı en düşük ortalamaya sahip grup okuryazar/okuryazar olmayan bireyler olduğu bulunmuştur. Engeller alt en yüksek engel algısına sahip grup okuryazar/okuryazar olmayan kişilerin oluşturduğu gruptur. Sağlık motivasyonu puanları ise eğitim seviyesi arttıkça artmaktadır. Shirazi ve ark. (2018)'nin yapmış olduğu çalışmada bireylerin duyarlılık önemseme ve yarar motivasyon algıları eğitim düzeyiyle ters ilişkidir. Egelioğlu Çetişli ve ark. (2016)'nın yapmış olduğu çalışmada tüm boyutlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Önemseme, duyarlılık, yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu alt boyutları ile doğru yönlü ilişkili iken engel algısı alt boyutu ilişkisinin ise ters yönlü olduğu bulunmuştur. En yüksek engel algısına sahip olgular ilkokul mezunu kadınlar iken en düşük engel algısı puanları lise mezunu kadınlarda görülmektedir. Çalışmamızda da literatürle benzerlikler taşıyan sonuçlar elde edilmiştir (Önemseme, yarar motivasyon, sağlık motivasyonu, algıları eğitim düzeyi arttıkça artış göstermektedir. Engel algısı alt boyutu ise ters yönlü ilişki göstermektedir.). Bu veriler doğrultusunda eğitim düzeyi yüksek kadınların tarama testlerine katılımında daha istekli oldukları düşünülmektedir. Bu durumum eğitim düzeyi yüksek olan kadınların serviks kanserinin hayatlarını önemli ölçüde sıkıntıya sokacağını eş ya da partnerleriyle ilişkilerinde sorunlar yaratacağını inandıkları, hastalıkların önlenmesi için Pap smear testini önemsedikleri ve Pap smear tarama testi hakkında bilgi sahibi oldukları, kadercı bir yaklaşımdan uzak oldukları, sağlığı geliştirecek aktivitelere önem verip sağlıkları için yeni araştırmalar yaptıkları şeklinde yorumlanabilir (Tablo 4.9).

Yanikkerem ve ark. (2018)'nin yapmış oldukları çalışmada *Sağlık sigortası* ve SİMÖ engel algısı anlamlılık mevcuttur. Sigortası olmayan kadınların engel algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Shirazi ve ark. (2018)'nin yapmış oldukları çalışmada sağlık sigortasına sahip olma ve sağlık inanç modeli arasında ilişki bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda ise diğer çalışmalardan farklı olarak sağlık sigortası olan bireylerin duyarlılık alt boyutunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Duyarlılık algısının yüksek çıkması, kadınların kendilerini serviks kanseri riskli grup içinde görmelerinin ve erken tanı davranışlarını ihmal etmemeleri gerektiği inancında olmalarının bir göstergesi olabilir (Tablo 4.9).

Yanikkerem ve ark. (2018)'nin yapmış olduğu çalışmada *aile tipi* ve SİMÖ puanları çekirdek tip aile yapısına sahip kadınların engel algısı daha düşük bulunmuştur. Yanikkerem ve ark. (2018)'nin çalışmasından farklı olarak bizim çalışmamızda aile tipi ve SİMÖ alt boyutları arasında anlamlılık yoktur (Tablo 4.9).

*Sigara* kullanan kadınların serviks kanseri risk ve SİMÖ duyarlılık algısı puanları sigara içmeyen kadınlara göre yüksek bulunmuştur (Acar, 2014). Aldohaian ve ark. (2019)'nin çalışmasında sigara kullanımı ve yarar motivasyon algısı arasında anlamlılık mevcutken sigara kullanmayan bireylerin yarar motivasyon algısı daha yüksek olarak bulunmuştur (Aldohaian ve ark., 2019). Shirazi ve ark. (2018)'nin çalışmasında ise sigara kullanımı arasında SİMÖ arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda da Shirazi ve ark. (2018)'nin yapmış olduğu çalışma gibi istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 4.9).

### **5.9. Katılımcıların SİMÖ Puanlarının Üreme Sistemine İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tartışılması**

Yapılan literatür taramasında bireylerin ilk adet yaşı ve sağlık inanç modelinin değerlendirilmesi hakkında çalışmaya ulaşılamamıştır. Yapmış olduğumuz çalışmada SİMÖ yarar motivasyonu ve sağlık motivasyonu alt boyutu doğru yönlü anlamlılık göstermiştir. İlk adet yaşı normal ortalamanın üstünde olan bireyler çözüm aramak için sağlık kuruluşlarından yararlanması ve yarar görmesinin bir sonucu şeklinde yorumlanabilir (Tablo 4.10).

Aldohaian ve ark. (2019)'nin yapmış olduğu çalışmada *ilk evlilik yaşı* ve SİMÖ arasında anlamlılık mevcut değilken bizim çalışmamızda yarar motivasyonu, sağlık

motivasyonu ve engel algıları istatistiksel açıdan anlamlıdır. Engeller alt boyutu ve ilk ilişki yaşının ters ilişkili olduğu, yarar motivasyonu ve sağlık motivasyonunun ilk ilişki yaşı arttıkça artış gösterdiği bulunmuştur. İlk cinsel ilişki yaşı yüksek olan bireyler sağlık problemini erken tespit etmeyi ve sağlıklarını sürdürmeyi sağlayacak aktiviteleri önemsedikleri (fiziksel aktivite ve beslenme vb.) ve yaptıkları düşünülmektedir. İlk cinsel ilişki yaşının yüksek olması kadınların eğitim seviyelerinin yükselmesi, erken evliliklerin oluşmaması ailelerin çocuklarına yönelik olumlu sağlıklı davranış geliştirdiklerini de göstermektedir. Bireylerin sağlıkları konusunda bilgi edinmelerinde dini, kültürel ve mahremiyet/utanma gibi düşüncelerin uygulamayı önleyici düşüncelere sahip olmadıkları değerlendirilmektedir. Bu durumun sebebi olarak ülkemizde genellikle ilk cinsel ilişki yaşı ve evlilik yaşının aynı olması ve geç evlenen bireylerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4.10).

Reis ve ark. (2012)'nin yaptıkları araştırmada *ilk doğum yaşı* 18'den küçük olan bireylerin önemseme alt boyut algıları incelendiğinde 18 yaşından sonra doğum yapmış bireylere göre daha yüksek bulunduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise bireylerin ilk gebelik yaşı ve engel algısı arasında anlamlılık mevcutken bireylerin gebelik yaşı arttıkça engel algısı ters yönlü ilişki göstermektedir. Bu durumun sebebi olarak ilk gebelik yaşı yüksek olan bireylerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4.10).

Acar (2014)'in yapmış olduğu çalışmada kadınların *gebelik sayısı* ile SİMÖ alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yanikkerem ve ark. (2018)'nin yapmış olduğu çalışmada ise yarar motivasyon ve engeller algıları anlamlı bulunmuş, yarar motivasyon algısı en düşük grup üç ve daha fazla çocuk sahibi olan kadınlarken en yüksek yarar motivasyon algısına sahip grup iki çocuk sahibi olan kadınlardan oluşmaktadır. Engel algısının en yüksek olduğu kadın grubu iki ve üzerinde çocuğa sahip olan kadınlarken en düşük grup iki çocuğa sahip kadınlardan oluşmaktadır. Bizim yaptığımız çalışmada ise bireylerin gebelik sayıları ve yarar motivasyon ilişkisinin ters yönlü engel algısının ise doğru yönlü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10). Gebelik sayısını üçten az ve üç ve daha fazla olmak üzere iki gruba ayırıp incelediğimizde ise gebelik sayısı üçten az olan kadınların yarar motivasyon algıları daha yüksek, engel algıları ise daha düşüktür (Tablo 4.11). Bu durumun kadınların sahip olunan çocuk sayısı attıkça kendine ve sağlığına ayıracağı

vaktin kısılmasından ve önem sıralamasının değişmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yanikkerem ve ark. (2018)'nin yapmış oldukları çalışmada kadınların düşük yapma oranı ve SİMÖ arasındaki ilişki incelendiğinde yarar motivasyon alt boyutu algılarının düşük yapmayan bireylere göre daha düşük engel algısınına daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada ise kadınların kürtaj yaptırma ve sağlık inancı arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.11).

Acar (2014)'in yapmış olduğu çalışmada bireylerin anormal Pap smear tarama testi öyküsü olma durumu incelendiğinde anormal Pap smear öyküsü olan kadınların duyarlılık alt boyutu puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda üreme sistemi ile ilgili hastalık geçirmiş olma durumu ve SİMÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde herhangi üreme sistemi ile ilgili hastalık geçirmemiş kadınların engel algılarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum kadınların tarama testlerine ulaşım, uygulanma yöntemi hakkında bilgi sahibi olmama ve korkmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir. Aynı zamanda bireylerin engel algısının yüksek olması tarama testlerine katılma oranlarında düşmeye neden olup var olan hastalıkların tanınmasını geciktirebilir (Tablo 4.11).

Yapılan literatür taramasında bireylerin üreme sistemi ile ilgili operasyon geçirme durumu ve sağlık inanç modelinin değerlendirilmesi hakkında çalışmaya ulaşamamıştır. Yapmış olduğumuz çalışmadan elde ettiğimiz verilere göre bireylerin üreme sistemi ile ilgili operasyon geçirme durumu ve sağlık inanç modeli duyarlılık, önemseme ve sağlık motivasyonu algısı alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunduğu tespit edilmiştir. Üreme sistemi ile ilgili operasyon geçiren kadınların duyarlılık ve önemseme alt boyutları daha düşük sağlık motivasyon algısı ise daha yüksek olarak bulunmuştur. Üreme sistemi ile ilgili operasyonlar arasında total histerektomi operasyonun da yer alması bireylerin duyarlılık ve önemsesinin düşük olarak bulunmasına neden olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.11).

Yapılan literatür taramasında bireylerin serviks kanseri geçirme durumu ve sağlık inanç modelinin değerlendirilmesi hakkında çalışmaya ulaşamamıştır. Bizim yaptığımız çalışmada da bireylerin serviks kanserine yakalanmasının ve sağlık inancını etkilemediği tespit edilmiştir (Tablo 4.11). Bu durumun nedeni örnekleminin sadece %2,4'ün serviks kanseri yaşamış kadınlarda oluşması olabileceğini düşündürmektedir.

Acar (2014)'ın yapmış olduğu çalışmada Pap smear testi *yaptırma durumu* SİMÖ engel, yarar ve sağlık motivasyonu algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir. SİMÖ yarar ve sağlık motivasyonu algısı puan ortalamaları daha önce Pap smear testi yaptırmayan kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Daha önce Pap smear testi yaptırmayan kadınların SİMÖ engel algısı puan ortalamaları test yaptıran kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulunurken, Yanikerem ve ark. (2018)'nin çalışmasında test yaptırma ve yarar motivasyon algısı anlamlı çıkmıştır test yaptıran bireylerin yarar motivasyon algısı daha yüksektir. Bal (2014)'ın yapmış olduğu çalışmada Pap Smear testi yaptıran kadınların Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt gruplarından ciddiyet, yarar/motivasyon ve sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması yüksek iken, engel puan ortalaması düşük olarak bulunmuş, bizim yaptığımız çalışmada ise katılımcıların Pap smear taraması yaptırma durumları ve SİMÖ duyarlılık, önemseme, yarar motivasyon, sağlık motivasyonu ve engel algısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.11).

Yapılan literatür taramasında bireylerin menopoz durumu ve sağlık inanç modelinin değerlendirilmesi hakkında çalışmaya ulaşılamamıştır. Yapmış olduğumuz çalışmada ise menopoza girmiş olan kadınların sahip oldukları önemseme alt boyutu puanları daha düşükken sağlık motivasyonu ve engel alt boyutları daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu durum menopozdaki bireylerin kendilerini risk altındaki yaş grubu içerisinde görmemelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Menopoz dönemindeki kadınların sağlıklarını geliştirecek sağlık davranışlarını geliştirmeye yönelik davranışlarının uygulamada yetersiz olduğu, testi yaptırmayı ihmal ettikleri ve teste ulaşım ve test hakkında bilgilerinin az olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.11).

Acar (2014)'ın yapmış olduğu çalışmada *ailede jinekolojik kanser* varlığı SİMÖ engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir. Ailesinde jinekolojik kanser olmayan kadınların SİMÖ engel algısı puanları diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Garcés-palacio ve ark. (2018)'nin yapmış olduğu çalışmada ise ailesinde serviks kanseri olan bireylerin duyarlılık algısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Aldohaian ve ark. (2019)'nin çalışmasında ailede serviks kanseri hikayesi olması ve SİMÖ arasında anlamlılık yokken Egelioğlu Çetişli ve ark. (2016)'nın araştırmasında ailelerinde jinekolojik kanser hikayesi olan kadınların duyarlılık ve yarar motivasyonu algıları ailelerinde jinekolojik kanser olmayan kadınlardan yüksekken engel algıları daha düşüktür. Bizim yaptığımız

çalışmada ise bireylerin aile ve çevrelerinde serviks kanseri olan bireylerin olması ve SİMÖ arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır. Bu durumun nedeninin katılımcıların tamamına yakınının (%89,7) yakınlarında serviks kanserine yakalanan bireyin olmaması olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.11).

#### 5.10. Katılımcıların SİMÖ Puanlarının Bilgi Düzeylerine Göre Tartışılması

Bireylerin sahip oldukları bilgi düzeyi durumu, risk faktörleri bilgi düzeyi durumu, belirtilerini bilme durumu ve önlenebilirlik durumunu bilgi düzeyi hakkında yapılmış çalışma sayısı oldukça kısıtlı olarak bulunmuştur. Yanikkerem ve ark. (2018)'nin yapmış olduğu çalışmada bireylerin servikal kanser *bilgi düzeyi durumu* engeller ve sağlık motivasyonu alt boyutlarında anlamlı bulunmuştur. Bilgisi olmayan kadınlarda engel algısı puanı yüksekken; yarar motivasyon algısı bilgi sahibi kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Bizim yapmış olduğumuz çalışmadaysa Pap smear testi SİMÖ ve bireylerin ifadesine göre bilgi düzeyi durumu karşılaştırıldığında yarar motivasyon ve engel algısı alt boyutlarında anlamlılık olduğu bulunmuştur. Bu durum H1c (Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ yarar motivasyon algısı puanları ile serviks kanseri *bilgi düzeyi* arasında ilişki vardır.) / H1e (Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ engel algısı puanları ile serviks kanseri *bilgi düzeyi* arasında ilişki vardır.) hipotezlerini doğrulamaktadır. (Tablo 4.12). Bilgilerinin kötü düzeyde olduğunu ifade eden katılımcıların yarar motivasyon algısı puanları diğer kategorilerden düşükken engel algısı alt boyutu ise diğer kategorilerden yüksek olarak bulunmuştur. Nedeni bireylerin sağlıklarını sürdürmede Pap smear testinin önemini bilmemelerinden kaynaklanabilir. Bilgisi az olan kadınların kötü sonuç çıkacağı endişesiyle, utandıkları, ücret ödemek istemedikleri için test yaptırmaktan kaçındığı düşünülmektedir. Bireyler tarafından serviks kanseri *risk faktörlerinin bilinme durumu* ve SİMÖ arasında yarar motivasyon, sağlık motivasyonu ve engel algısı alt boyutları açısından anlamlı bulunmuştur. Bu durum H2c (Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ yarar motivasyon algısı puanları ile serviks kanseri *risk faktörleri bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.) /H2d (Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ sağlık motivasyonu algısı puanları ile serviks kanseri *risk faktörleri bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.) /H2e (Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ engel algısı puanları ile serviks kanseri *risk faktörleri bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.) hipotezlerini

doğrulamaktadır (Tablo 4.12). Bireylerin risk faktörlerini bilme düzeyleri arttıkça yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu ortalama değerleri artarken engel alt boyutu puanlarında azalma görülmektedir. Bu durum risk faktörlerini bilmeyen kadınların yeni sağlık davranışlarını öğrenmeye açık olmadıklarını ve Pap smear testi yaptırmaktan çeşitli nedenlerle (utanma, korku, maddi yetersizlikler... vb.) kaçındıklarını düşündürmektedir. Kadınların serviks kanseri **belirtilerinin bilinme durumu** ve SİMÖ arasında yarar motivasyon ve engel algısı alt boyutları açısından anlamlı bulunmuştur. Bu durum H3c (Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ yarar motivasyon puanları ile serviks kanseri **belirtileri bilme düzeyleri** arasında ilişki vardır.) / H3e (Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ engel algısı puanları ile serviks kanseri **belirtileri bilme düzeyleri** arasında ilişki vardır.) hipotezlerini doğrulamaktadır. Bireylerin belirtileri bilme düzeyi arttıkça yarar motivasyon boyutu ortalama puanları artarken engel alt boyutu puanlarında azalma görülmektedir (Tablo 4.12). Serviks kanseri belirtileri bilmeyen kadınların sağlıklarını geliştirmeye yönelik davranışlar sergilemede yetersiz olduklarını ve Pap smear testi yaptırmaktan çeşitli nedenlerle (utanma, korku, maddi yetersizlikler...vb.) kaçındıklarını düşündürmektedir. Çalışmamızda kadınların serviks kanseri **önlenebilirlik durumunu bilme düzeyi** ve SİMÖ arasında yarar motivasyon, sağlık motivasyonu ve engel algısı alt boyutları açısından anlamlı bulunmuştur. Serviks kanserinin önlenebileceğini ifade eden kadınların yarar motivasyonu ve sağlık motivasyonu ortalama değerleri önlenebilir yanıtını veren kadınlardan daha yüksek olarak bulunmuşken engel alt boyutu puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durum H4c (Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ yarar motivasyon puanları ile serviks kanseri **önlenebilir olma bilgi düzeyleri** arasında ilişki vardır.) / H4d (Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ sağlık motivasyonu puanları ile serviks kanseri **önlenebilir olma bilgi düzeyleri** arasında ilişki vardır.) H4e (Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ engel algısı puanları ile serviks kanseri **önlenebilir olma bilgi düzeyleri** arasında ilişki vardır.) hipotezlerini doğrulamaktadır. Serviks kanserinin önlenebileceğini düşünen bireylerin yeni sağlık davranışlarını öğrenmeye açık oldukları, sağlıkları için yeni bilgiler araştırdıkları, serviks kanserinin tanısı için Pap smear testini önemsedikleri ve Pap smear testi yaptırmaktan çekinmedikleri düşünülmektedir (Tablo 4.12). Yapılan çalışmalar serviks kanseri ve Pap testi hakkında bilgisi olmayan ve farkındalığı zayıf olan kadınların Pap testi yaptırmaktan kaçındıklarını göstermektedir (Oranratanaphan ve ark., 2010; Jia ve ark., 2013). Jia ve ark. (2013) serviks kanseri hakkında bilgisi olan



kadınların taramaya daha istekli olduğunu göstermiştir. Tarama düzeylerinin artırılması serviks kanseri insidansının azaltılması için bireylere verilecek serviks kanserine yönelik eğitimler oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık personelinin taramalarla kolaylıkla önlenebilen bir kanser olan serviks kanserine yönelik verilen eğitime ağırlık vermesi serviks kanseri insidansını düşürmekte oldukça etkili olacaktır.

Acar (2014)'ın yapmış olduğu çalışmada daha önce Pap smear testini duyan kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, SİMÖ yarar ve sağlık motivasyonu algıları puan ortalamaları daha önce smear testini duymayan kadınlara göre yüksek, engel algısı ise daha düşük bulunmuştur. Bal (2014)'ın yapmış olduğu çalışmada Pap smear testinden haberdar olan bireylerin yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu algıları yüksekken engel algısı puanları düşük olarak bulunmuştur. Yanikerem ve ark. (2018)'nin yapmış olduğu çalışmada Pap smear testini duyan kadınların yarar motivasyonu, engel, duyarlılık algıları anlamlı bulunmuş olup, yarar algısı ve duyarlılık algısı Pap smear testini duyan kadınlarda yüksek bulunmuşken engel algısı duymayan kadınlarda yüksektir. Egelioğlu Çetişli ve ark. (2016)'nın yapmış olduğu çalışmada bireylerin duyarlılık, sağlık motivasyonu, yarar motivasyonu algıları açısından doğru yönlü ilişki mevcutken ve engel algıları açısından ters yönlü ilişki olduğu ifade edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise literatürle benzer olarak yarar motivasyon algısı **neden yapıldığını bilen** kişilerin yüksek bulunmuşken engel algısı neden yaptırıldığı bilen bireylerde daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.12). Pap smear testini duymuş olan kadınların motive edici faktörlerin fazla olması bilginin davranışa dönüşümü sırasında kilit rol almaktadır. Pap smear testinin neden yapıldığını bilme düzeyi yüksek olan bireylerin sağlık sorunlarını tespit etmeyi istedikleri, buna yönelik olarak düzenli Pap smear testi yaptırmanın serviks kanserinden ölme riskini azaltacağı düşüncesine sahip oldukları söylenebilir.

Yapılan literatür taramasında bireylerin Pap smear tarama testini ne zaman yapılacağını bilme durumu ve sağlık inanç modelinin değerlendirilmesi hakkında çalışmaya ulaşılamamıştır. Pap smear testinin menstrual siklusa göre hangi dönemde yapılacağını doğru bilen kadınların önemseme ve engel algısı puanları yüksekken yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu algıları hangi dönemde yapılacağını bilmeyen katılımcılardan düşük olarak bulunmuştur (Tablo 4.12). Pap smear tarama testinin ne zaman yapılacağını bilen kadınların sağlıklarını geliştirmeye yönelik davranışları araştırdıkları, sağlıklarını koruyucu aktivitelerde buldukları ve düzenli Pap smear testinin servikal kanseri önleyip erken tespitini sağlayan davranışlar sergiledikleri

görülmektedir. Testin ne zaman yapılacağını bilmeyen kadınların utanma, korku, maddi yetersizlikler gibi durumlardan kaynaklı olarak Pap smear testi yaptırmaktan kaçındıkları düşünülmektedir.

Aldohaian ve ark. (2019)'nın yapmış olduğu çalışmada bilgi kaynağı ile SİMÖ karşılaştırılmasında engeller alt boyutu; medyadan bilgi edinen kadınların en yüksek olduğu, sonrasında ise sağlık profesyonellerinden bilgi alanlar olduğu, en düşük engel algısının ailesinden bilgi alanlar olduğu görülmektedir. Egelioğlu Çetişli ve ark. (2016)'nın yapmış olduğu çalışmada katılımcıların bilgi kaynakları ve SİMÖ sağlık motivasyonu yarar ve engel algıları arasında anlamlılık mevcuttur. Bilgi kaynağı sağlık personeli olan kadınların sağlık motivasyonu ve yarar motivasyonu algıları yüksekken, engel algısı puanı diğer bireylerden düşük olarak belirlenmiştir. Bizim yaptığımız çalışmada ise serviks kanseri bilgi kaynakları ve SİMÖ yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu alt boyutlarında anlamlılık mevcuttur. Bilgi kaynağı aile ve arkadaş olan bireylerin yarar motivasyon ve sağlık motivasyonu algıları daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 4.12). Kadınlar, bilgi kaynağı olarak büyük oranda (%55,4) sağlık personeli göstermelerine rağmen, bilgi kaynağını aile ve arkadaş çevresi olarak ifade etmektedir. Katılımcıların sağlık motivasyonu ve yarar motivasyonunun diğer parametrelerden yüksek olmasının nedeni olarak kadınların üreme sistemine ilişkin durumların yabancılarla paylaşmak istememesinden kendilerini yakın hissettikleri kişilerle paylaşmanın daha olumlu sonuçlar oluşturduğu düşünülmektedir. Ayrıca dini, kültürel ve sağlık çalışanının cinsiyet özelliğinin kadınların kendisini ifade etmelerini engelleyen bir durum oluşturabildiği sonucuna varılabilir.

Yapılmış yerli ve yabancı çalışmalar incelendiğinde bireylerin serviks kanseri belirtileri bilgi düzeyi durumu ve serviks kanseri bilgi düzeyi durumu hakkında yapılmış çalışmaya ulaşım kısıtlı kalmıştır. Yaptığımız çalışmada bireylerin serviks kanseri belirtileri bilgi düzeyi durumu ve serviks kanseri bilgi düzeyi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlılığın olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza katılan kadınların serviks kanseri bilgi düzeyi çok iyi olanların %50'sinin serviks kanseri belirtilerini bilme düzeyinin çok iyi olduğu bulunmuştur. Fakat bilgi düzeyi kötü olan olguların %82'sinin belirtiler hakkındaki bilgi düzeyi hiç olarak belirtilmiştir. Bilgi düzeyi arttıkça belirtileri bilme durumu da artma göstermektedir. Bu durum katılımcıların kendilerini doğru ifade ettiklerini ve serviks kanseri konusunda bilgi düzeyleri ile serviks kanseri belirtilerini bilmenin pozitif yönlü olduğunu göstermektedir (Tablo

4.13). Bu yüzden serviks kanserinden korunmak için kadınların bu konularda bilgilendirilmesine çok büyük ihtiyaç vardır.

Yapılan literatür taramasında menopoz durumu ve Pap smear tarama testi yaptırma durumu, yaptırma nedenleri, yapılma zamanı, test öncesi yapılacak hazırlıkları bilme durumu hakkında karşılaştırmaya ulaşamamıştır. Bizim çalışmamızda da menopoza girmiş olma ya da olmama ile yukarıdaki parametreler arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.14).

### **5.11. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Araştırma sadece bir AHB de uygulanması nedeniyle elde edilen bulgu, sonuç ve genellemeler, araştırmanın evreni için geçerlidir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda;

H1c hipotezi olan “Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ yarar motivasyon puanları ile serviks kanseri *bilgi düzeyi* arasında ilişki vardır” ve H1e hipotezi olan “Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ engel algısı puanları ile serviks kanseri *bilgi düzeyi* arasında ilişki vardır” hipotezleri kabul edilmiştir. Bilgilerinin çok iyi düzeyde olduğunu ifade eden katılımcıların yarar motivasyon algısı puanları ( $35,66 \pm 4,67$ ) diğer kategorilerden yüksekken engel algısı alt boyutu ( $21,25 \pm 9,16$ ) ise diğer kategorilerden düşüktür.

H2c hipotezi olan “Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ yarar motivasyon algısı puanları ile serviks kanseri *risk faktörleri bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.” H2d hipotezi olan “Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ sağlık motivasyonu algısı puanları ile serviks kanseri *risk faktörleri bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.”, H2e hipotezi olan “Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ engel algısı puanları ile serviks kanseri *risk faktörleri bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.” hipotezleri kabul edilmiştir. Risk faktörleri bilgilerinin çok olduğunu ifade eden katılımcıların yarar motivasyon ( $37,87 \pm 3,89$ ) ve sağlık motivasyonu algısı ( $10,89 \pm 3,10$ ) puanları diğer kategorilerden yüksekken engel algısı alt boyutu ( $21,67 \pm 7,64$ ) ise diğer kategorilerden düşüktür.

H3c hipotezi olan “Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ yarar motivasyon puanları ile serviks kanseri *belirtileri bilme düzeyleri* arasında ilişki vardır.” ve H3e hipotezi olan “Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ engel algısı puanları ile serviks kanseri *belirtileri bilme düzeyleri* arasında ilişki vardır.” hipotezleri kabul edilmiştir. Belirtileri bilme düzeyi çok olan kadınların yarar motivasyon boyutu ortalama puanları ( $36,96 \pm 4,47$ ) diğer kategorilerden yüksekken, engel alt boyutu puanları ( $20,03 \pm 7,61$ ) daha düşüktür.

H4c hipotezi olan “Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ yarar motivasyon puanları ile serviks kanseri *önlenebilir olma bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.”, H4d hipotezi olan “Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ sağlık motivasyonu puanları ile serviks kanseri *önlenebilir olma bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.” ve

H4e hipotezi olan “Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ engel algısı puanları ile serviks kanseri *önlenebilir olma bilgi düzeyleri* arasında ilişki vardır.” hipotezleri kabul edilmiştir. Serviks kanserinin önlenebileceğini düşünen bireylerin yarar motivasyonu (36,21±4,88) ve sağlık motivasyonu (10,24±3,34) algısı ortalama puanları önlenemez yanıtını veren katılımcıların ortalamalarından daha yüksek; engeller alt boyutu algısı puanı (23,71±9,03) ise daha düşüktür.

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda öneriler;

Çalışmamızda kadınların konu hakkında bilgi sahibi olmasının, tarama testlerinin uygulanabilirliğini artırdığı, cinsiyete özgü sağlık hizmetlerinden yararlanmayı engelleyen kültürel, dini ve cinsiyet gibi özelliklerin etkisinin ise azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kadınların serviks kanseri tanı yöntemleri ve risk faktörleri konusunda sağlık eğitimlerine verilen önceliğin artırılması bu eğitimlerin donanımlı sağlık personeli tarafından verilmesi, bireylerin çevreden duymuş oldukları yanlış bilginin önüne geçilmesi açısından önemlidir.

Kadınların serviks kanseri tarama testleri için başvurmaları gereken kurum ve kuruluşlar konusunda eğitilmeli ve risk altında popülasyonun yaş grupları doğrultusunda sağlık problemlerine yönelik gereksinimlerine uygun tarama hizmetlerinin sunulması yaygın hale getirilmelidir.

Maddi durumu yetersiz ve sosyal güvencesi olmayan bireylerinde servikal kanser tarama programlarından ücretsiz bir şekilde yararlanabileceği konusunda farkındalık artırılmalıdır.

Verilen sağlık hizmeti bireyin mahremiyetini koruyucu ve güven verici şekilde uygun ortamda verilmelidir.

Kadınlar verilen sağlık hizmetinin meslek etiği çerçevesinde sağlandığı ve sağlık hizmetini sunan sağlık personeli, ciddiyet kimliği ile değil mesleki kimliği ile değerlendirilmesinin önemi konusunda eğitilmelidir.

Taramaya katılmayı artırmaya yönelik; telefon ile hatırlatma, grup eğitimleri, broşür verilmesi gibi hizmetler kullanılmalıdır.

Bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik çeşitli aktivite ve olumlu yaşam biçimi değişimleri desteklenmelidir.

Bu araştırma sınırlı bir gruba uygulanmış olup bu nedenle çalışmanın daha geniş bir popülasyonla uygulanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

Abike F, Bingöl B, Kılıç GS, Dünder İ, Tapısız ÖL. Servikal kanser ve tümör belirteçleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2011, 1:1–9.

Abotchie, PN., Navkiran KS. Cervical cancer screening among college students in Ghana: knowledge and health beliefs.” *Int J Gynecol Cancer*, 2009, 19(3):412–416. <https://doi.org/10.1111/IGC.0b013e3181a1d6de.Cervical>.

Abudukadeer A, Azam S , Mutailipu AZ, Qun L,Guilin G, Mijiti S. Knowledge and attitude of Uyghur women in Xinjiang province of China related to the prevention and early detection of cervical cancer. *World Journal Of Surgical Oncology*, 2015, 13(110):1–7. <https://doi.org/10.1186/s12957-015-0531-8>

Acar GB. Reprodüktif Dönemdeki Kadınların Serviks Kanseri Taramasına Yönelik Sağlık İnanışları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2014.

Ahmed SRH, Esa AMS, El-zayat OSM. Health belief model-based educational program about cervical cancer prevention on women knowledge and beliefs. *Egyptian Nursing Journal*, 2018, 15(1):39–49. <https://doi.org/10.4103/ENJ.ENJ..>

Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda papsmear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2010, 2(2):1–4.

Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gulhane Medical Journal*, 2006, 48(1):25–29.

Aldohaian AI, SA Alshammari SA, DM Arafah DM. Using the health belief model to assess beliefs and behaviors regarding cervical cancer screening among Saudi women: a cross-sectional observational study. *BMC Women’s Health*, 2019, 19(1):1–12. <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0701-2>.

Alkış Koçtürk S. Menopoz Öncesi ve Sonrası Kadınlarda İnsan Papilloma Virüs (HPV) DNA’sının Araştırılması. Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş: T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi. 2010.

Anderson L, O’Rorke M, Jamison J, Wilson R, Gavin A. Prevalence of human papillomavirus in women attending cervical screening in the UK and Ireland: new data from Northern Ireland and a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology*, 2013, 85:295–308. <https://doi.org/10.1002/jmv>.

Arabacı, Z. *Kadınların Pap Smear Testi Deneyimlerinin Betimlenmesi: Nitel Bir Çalışma*. İzmir, 2012.

Arabacı Z, Ozsoy S. The pap-smear test experience of women in Turkey : a qualitative

study the pap-smear test experience of women in Turkey : A Qualitative Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012, 13. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.11.5687>.

Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan N, Wiener H, Herbert A, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. second edition-summary document. *Annals of Oncology*, 2010, 21(3):448–58. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp471>.

Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014, 7(1):59–67. <http://www.deuhyoedergi.org>.

Bal MD. Kadınların pap smear testi yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 2014, 4(3):133-138 6p. <https://doi.org/10.5455/musbed.20140711031132>.

Bayçelebi, G. Trabzon Bölgesinde Risk Gruplarının Kansere Erken Tanısına Yönelik Tarama Testlerini Yaptırma Oranları. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2011.

Bhatla N, Daisuke A, Daya N ve Sharma R. “FIGO Cancer Report 2018 Cancer of the Cervix Uteri.” *Gynecology Obstetrics*, 2018. 143: 22–36. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12611>.

Bosch F, Manos M, Munoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, M. H. Schiffman, Moreno V, Kurman R, Shan KV. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *Journal of the National Cancer Institute*, 1995, 87(11).

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Rebecca LS, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2018. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.

Brown KF, Rungay H, Dunlop C, Ryan M, Quartly F, Cox A, Deas A. Elliss-Brookes L, Gavin A ve ark. The fraction of cancer attributable to modifiable risk factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and the United Kingdom in 2015. *British Journal of Cancer*, 2018, 118(8):1130–41. <https://doi.org/10.1038/s41416-018-0029-6>.

Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardiç E. Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015. 5(1):28–34.

Büyükkayacı Duman N, Yüksel Koçak D, Albayrak SA, Topuz Ş, Yılmazel G. Knowledge and practices breast and cervical cancer screening among womens over age of 40. *Journal of Academic Research in Nursing*, 2015, 1(1):30–38. <https://doi.org/10.5222/jaren.2015.030>.

Byrd, TL., Chavez R, Wilson KM. Barriers and facilitators of cervical cancer screening among hispanic women. *Ethnicity and Disease*, 2007, 17(1):129–34.

Calle EE, Flanders WD, Thun MJ, Martin LM. Demographic predictors of mammography and pap smear screening in US women. *American Journal of Public Health*, 1993, 83(1):53–60. <https://doi.org/10.2105/AJPH.83.1.53>.

Cancer Research UK. *Cervical Cancer Incidence Statistics*. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer/incidence#heading-One>. (11 Mart 2019).

Çavuşoğlu, H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Hicran Çavuşoğlu (editör). 2015. 12. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Basımevi.

Çeşmeci Y, Köylü B, Sulaiman J, Sancak E, Şenel S, Baki HE, Karataş K, Zık S. İnternlerin gözünden hpv enfeksiyonları ve hpv aşısı. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2015, 3:85–92.

Cibula D, Pötter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Meder CH, Köhler C, ve ark. The European Society of gynaecological oncology/european society for radiotherapy and oncology/European society of pathology guidelines for the management of patients with cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 2018, 28(4):641–55. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000001216>.

Coker AL, Hulka BS, Mccann MF, Walton LA. Barrier Methods of Contraception and Cervical İntraepithelial Neoplasia, Contraception. 1992.

Coşkun, AM. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. 2016.

Datta, GD, Graham AC, Kawachi I, Subramanian SV, Palmer JR., Rosenberg L Individual-, neighborhood-, and state-level socioeconomic predictors of cervical carcinoma screening among U.-S. black women: a multilevel analysis. *American Cancer Society*, 2006, 106(3):664–69. <https://doi.org/10.1002/cncr.21660>.

Demirbağ, BC. *Sağlığı Koruma ve Geliştirme*. İçinde: Demirbağ, BC (editör). *Sağlığı Koruma ve Geliştirme*. Amasra: Göktuğ Yayıncılık, 2016.

Doğan, M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: T.C. Cumhuriyet Üniversitesi, 2008.

Egawa N, Egawa K, Griffin H, Doorbar J. Human papillomaviruses; epithelial tropisms, and the development of neoplasia. *Viruses*, 2015, 7(7):3863–90. <https://doi.org/10.3390/v7072802>.

Egelioglu Çetişli N, Top ED, Işık G. Cervical cancer and pap smear test health beliefs and health- promoting lifestyle of women in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 2016, 9 (2):630–639.

Eke, NO, Ezeama C, Eke CO, Eleje GU, Akabuike JC, Ezebialu Iu. Knowledge of cervical cancer and its screening amongst female workers in Nnewi, Nigeria. *Afrimedical Journal*, 2010, 1(1):31–36.

Eluf-neto J. Cigarette smoking and cervical cancer US should lift its blockade on



medicines for Cuba breaking down drug company barriers. *BMJ Clinical Research*, 1993, 307. <https://doi.org/10.1136/bmj.307.6900.384-b>.

Eroğlu K ve Koç, G. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 77–90.

Ersin F. Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.

Eryeşil, N. Risk Toplumunda Kitle Medyasının Rolü Rahim Ağzı Kanseri Riski ve HPV Aşısının Haberleştirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İletişim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. Galatasaray Üniversitesi, 2015.

Esencan TY. Jinekolojik erken tanı yöntemlerinin kullanımında kadınların tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2009, 40(2):63–66.

Fonseca-moutinho A. Smoking and cervical cancer. *ISRN Obstetrics and Gynecology* 2011. <https://doi.org/10.5402/2011/847684>.

Garcés-palacio IC, Ramos-jaraba SM, Rubio-león DC. Health beliefs associated with the follow-up of pap smear abnormalities among low-income women in Medellín, Colombia. *J Canc Educ*, 2018, 33:417–23. <https://doi.org/10.1007/s13187-017-1172-0>.

GLOBOCAN 2012.  
[http://globocan.iarc.fr/old/bar\\_dev.asp?population1=131901&population2=110902&sex=2&statistic=1&number=20&>window=1&grid=1&color1=5&color1e=&color2=4&color2e=&submit=Execute](http://globocan.iarc.fr/old/bar_dev.asp?population1=131901&population2=110902&sex=2&statistic=1&number=20&>window=1&grid=1&color1=5&color1e=&color2=4&color2e=&submit=Execute) . 12 Mayıs 2018.

Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların serviks kanseri ve pap smear testi yaptırma durumlarına yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2015, 3(2):11–22.

Gördes Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4(1):34–40. <http://www.deuhyoedergi.org>.

Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2014. 7(3):230–237.

Gücük S, Alkan S, Arıca S, Ateş A. Van ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi polikliniğine başvuranların pap smear konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011, 10(5):527–532.

Gül P, Algier L, Çolak M, Abbasoğlu A. Hemşirelerin serviks kanseri ve Hpv aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2007, 10(4):94–98.

Gümüş Babacan A, Çam O. Kadınların serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Nobel Medicus*, 2011. 7(3):46–52. <http://www.nobelmedicus.com/Content/1/21/46-52.pdf>.

Güvenç G, Aygül A, Akçikel CH. Health belief model scale for cervical cancer and pap smear test: psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 67(2):428–37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05450.x>.

Hacıhasanoğlu Aşlar R, Köse S, Yıldırım A. Kadınların servikal kanser ve ‘pap smear’ testine ilişkin bilgi, inanç ve davranışları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 2015, 7(2):102–11. <https://doi.org/10.5336/nurses.2014-42620>.

IACR. Globocan 2018 Turkey. *International Association of Cancer Registries*. 2019.

İflazoğlu, F. Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 2015.

Jia Y, Li S, Yang R, Zhou H, Xiang Q, Hu T, Zhang Q, Chen Z, Ma D, Feng L. Knowledge about cervical cancer and barriers of screening program among women in wufeng county, a high-incidence region of cervical cancer in China. *PLoS ONE*, 2013, 8(7):2–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067005>.

Johnson, CE, Mues KE, Mayne SL, Kiblawi AN. Cervical cancer screening among immigrants and ethnic minorities: a systematic review using the health belief model. *Journal Of Lower Genital Tract Disease*, 2008, 12(3):232–41. <https://doi.org/10.1097/LGT.0b013e31815d8d88>.

Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe / hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011, 61–72.

Karaoğlu D. Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Erken Tanı Yöntemleri İlişki Bilgi ve Uygulamalarını Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi, 2016.

Khan MJ, Massad LS, Kinney W, Gold MA, Mayeaux EJ, Darragh TM, Castle PE, Chelmow D, Lawson HW and Huh WK. A common clinical dilemma: management of abnormal vaginal cytology and human papillomavirus test results. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 2016, 20(2):364–70.

Kietpeerakool C, Phianmongkhon Y, Jitvacharanun K, Siriratwatakul U and Srisomboon J. Knowledge, Awareness, and Attitudes of Female Sex Workers toward HPV Infection, Cervical Cancer, and Cervical Smears in Thailand. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 107(3):216–19. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.07.023>.

Kokkun M. Malatya İl Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Ulusal Kanser Tarama Programlarındaki Taramalar Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya: T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.

Kolaç, Nuran. Postmenopoz Dönemdeki Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Temelli Kısa

Görüşmelerin Osteoporozdan Korunma Bağlı, Tutum ve Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Haliç Üniversitesi. 2018.

Kolutek R, Avcı IA. Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. *Journal of Breast Health*, 2015, 11(4):155–162. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2015.2647>.

Koss, LG. Cervical (Pap) smear: new directions. *CANCER Supplement*, 1993, 71(4): 1406–12. <https://doi.org/10.1002/cncr.2820710405>.

Kurtoğlu, E, Alper Gürz A. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*, 2014, 7(4):1-4.

Lam TK, McPhee JS, Mock J, Wong C, Doan HT, Nguyen T, Lai QK, Ha-Iaconis T, Luong TN. Encouraging Vietnamese-American women to obtain pap tests through lay health worker outreach and media education. *Journal of General Internal Medicine*, 2003, 18(7):516–524.

Lee-Lin F, Pett M, Menon U, Lee S, Nail L, Mooney K, Itano J. Cervical cancer beliefs and pap test screening practices among chinese american immigrants. *Oncology Nursing Forum*, 2007, 34(6):1203–1209. <https://doi.org/10.1188/07.ONF.1203-1209>.

Makuza JD, Nsanzimana S, Muhimpundu MA, Pace LE, Ntaganira J, Riedel DJ. Prevalence and risk factors for cervical cancer and pre-cancerous lesions in Rwanda. *Pan African Medical Journal*, 2015, 22(26):1–8. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.26.7116>.

Mavi Aydoğdu, SG, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV cervical cancer and HPV. *Androloji Bülteni*, 2018, 20:25–29. <https://doi.org/10.24898/tandro.2018.62533>.

Mcmullin JM, Alba ID, Cha LR, Hubbell FA. Influence of beliefs about cervical cancer etiology on pap smear use among Latina immigrants. *Ethn Health*, 2005, 10 (1): 3–19. <https://doi.org/10.1080/1355785052000323001>.

Montgomery MP, Dune T, Shetty PK, Shetty AK. Knowledge and acceptability of human papillomavirus vaccination and cervical cancer screening among women in Karnataka, India. *Journal of Cancer Education*, 2015, 30(1):130–37. <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0745-4>.

Mooney-Somers J, Douglas C, Deacon RM. Pap smear rates among Australian community-attached lesbian and bisexual women: some good news but disparities persist. *The University of Sydney*. 2015. <https://doi.org/10.1071/sh14210>.

Mumcu H, Kırk Yaş ve Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri: T.C. Erciyes Üniversitesi, 2014.

Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, Shah KV, Meijer CJLM, Bosch FX ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı Çok Merkezli Servikal Kanser Çalışma Grubu. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet (London, England)*, 2002. 359(9312):1093–1101. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08151-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08151-5).

Nabavizadeh N, Burt LM, Mancini BR, Morris ZS, Walker AJ, Miller SM, Bhavsar B, Mohindra P, Kim Kharofa MB. Results of the 2013-2015 association of residents in radiation oncology survey of chief residents in the United States. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 2016, 94(2):228–34. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2015.10.014>.

Nahcivan, NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıyayönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inan modelinin kullanımı. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7(1):1–6.

Nazlıcan E, Akbaba M, Koyuncu H, Savaş N, Karaca B. Hatay İli Kisecik Bölgesinde 35 – 40 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9(5):471-474.

Oran NT, Ozturk HC, Senuzun F, Durmaz RA. Health promotion lifestyle and cancer screening behavior: a survey among academician women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP* 2008, 9(3):515–518.

Oranratanaphan S, Amatyakul P, Iramaneerat K, Srithipayawan S. Knowledge, attitudes and practices about the pap smear among medical workers in Naresuan University Hospital. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2010, 11(6):1727–1730.

Örenli G. İlk Öğretim İkinci Kademedede Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Annelerinin Rahim Ağzı Kanseri ve Hpv Aşısı Konusunda Bilgi Tutum Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak: T.C. Bülent Ecevit Üniversitesi, 2015.

Ozan H, Çetinkaya Demir B, Atik Y, Gümüş E, Özerkan K. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastaların human papilloma virüs ve Hpv aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011, 37(3):145–48.

Özcan C, Kılıç S, Gülmez H. .Türkiye’de okul sağlığı ve yasal durum. *Ankara Medical Journal*, 2013, 13(2):71–81.

Özdemir Ö, Bilgili N. Bir Eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin meme ve serviks kanserlerinin erken tanısındaki bilgi ve uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9(966):605–612.

Öztürk, Y. Pap Smear testi Yaptırmamış Kadınların Bu Teste Yönelik Farkındalıklarının Ve Testi Yaptırmama Nedenlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2017.

Parsa P, Sharifi F, Shobeiri F, Karami M. effects of group counseling based on health belief model on cervical cancer screening beliefs and performance of rural women in kaboudrahang, Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2017, 18:1525–1530. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.6.1525>.

Pınar, G, Algier L, Doğan N, Kaya N. Jinekolojik Kanserli Bireylerde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Uluslar Arası Hematoloji Dergisi*, 2008, 18(4):1–3.

Pınar G, Topuz Ş, Doğan N, Algier L. Başkent üniversitesi birinci sınıfta okuyan kız öğrencilerin serviks kanseri ve korunmaya yönelik bilgi ve uygulamaları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2009, 12(3):66–73.

Ranabhat S, Tiwari M, Dhungana G, Shrestha R. Association of knowledge, attitude and demographic variables with cervical pap smear practice in Nepal, *Asian Pac J Cancer Prev*, 2014. 15: 8905–8910.

Reis N, Bebis H, Kose S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2012, 13:1463–1470.

Rosenstock IM., Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 1988, 15(2):175–83. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>.

Savaş Çimke, V. Farklı Meslek Gruplarındaki Kadınların Hpv, Servikal Kanseri ve Pap Smear Testi Bilgi Düzeyi ile Davranışlarını Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: T.C. Mersin Üniversitesi, 2016.

Schmotzer GL, Reding KW. Knowledge and beliefs regarding human papillomavirus among college nursing students at a Minority-Serving Institution. *Journal of Community Health*, 2013, 38(6):1106–14. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9720-y>.

Selvi, M. Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları ile Pratisyen Hekimlerin Pap Smear Alma Sıklığının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2006.

Shirazi S, Mehraban Z, Namdar A, Mehdi M. Assessment of preventive behavior for cervical cancer with the health belief model. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2018, 19: 2155–63. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.8.2155>.

Sirovich BE, Welch HG. The Frequency of pap smear screening in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, 2004, 19(3):243–50. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.21107.x>.

Small W, Bacon MA, Bajaj A, Chuang LT, Fisher BJ, Harkenrider MM, Jhingran A, ve ark., Cervical Cancer: A Global Health Crisis. *Wiley Online Library*, 2017, 123(13):2404–12. <https://doi.org/10.1002/cncr.30667>.

Sönmez Y. Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi, 2011.

Sulat, JS, Prabandari YS, Sanusi R, Hapsari ED, Santoso B. The validity of health belief model variables in predicting behavioral change. *Health Education*, 2018, 118 (6), 499-512.

Şahin, D. Kırklareli Devlet Hastanesi'nde Çalışan Sağlık Personelinin ve Hastaneye Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanseler Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: T.C. Trakya Üniversitesi, 2009.

Şencan İ, Keskinlik B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Zayıfoğlu Karaca, M ve ark. *TÜRKİYE Kanseler Kontrol Planı 2013 - 2018*. T. C. Sağlık Bakanlığı Kanselerle Savaş Dairesi Başkanlığı. Cilt. 1, 2015.

T.C. Sağlık Bakanlığı. *21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek*. Yardım N, Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Aydın S, Ünüvar N (editörler). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2007.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanseler Kontrol Planı 2013-2018. Özkan S, Keskinlik B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca MZ, Utku EŞ, Hacıkamiloğlu E, Turan H, Dede İ (editörler). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanselerle Savaş Dairesi Başkanlığı; 2013

T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Kanseler İstatistikleri*. Gültekin M, Boztaş G, Şimşek Utku E, Kavak Ergün A, Sevinç A, Tütüncü S, Dündar S, Seymen E. (editörler) Şencan İ, İnce GN. Ankara:. 2016.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Kanseler İstatistikleri*. Şencan İ, Keskinlik B. (editörler). Ankara, 2017.

T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. <https://www.hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/483-serviks-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>. (29 Temmuz 2019).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü. Türkiye kanseler istatistikleri 2015. İter H, Keskinlik B. (editörler). Ankara, 2018.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*. Başara BB, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA (editörler). Ankara, 2018.

The American Cancer Society. Cervix statistics. [https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?\\_ga=2.242238530.1963831989.1522526548-893062143.1522526548#!/cancer-site/Cervix](https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_ga=2.242238530.1963831989.1522526548-893062143.1522526548#!/cancer-site/Cervix). (31 Mart 2018).

The American Cancer Society. Cervical cancer stages. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/staged.html>. (15 Kasım 2018).

The American Cancer Society. The Pap (Papanicolaou) Test. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/pap-test.html>.(4 Ağustos 2019)

The American Cancer Society. What are the risk factors for cervical cancer? <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html#references> (28 Şubat 2019).

The American Cancer Society. The American cancer society guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/cervical-cancer-screening-guidelines.html> (11 Mayıs 2019).

Tokgöz, T. Gebe Kadınların Pap Smear Testi Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2009.

Trimble CL, Genkinger JM, Burke AE, Hoffman SC, Helzlsouer KJ, Diener-West M, Comstock GW and Alberg AJ. Active and passive cigarette smoking and the risk of cervical neoplasia. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105(1):174–181.

Tung W, Lu M, Granner M. Perceived benefits and barriers of cervical cancer screening among chinese american women. *Oncology Nursing Forum*, 2017, 44(2). <https://doi.org/10.1188/17.ONF.247-254>.

TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24572> (11 Mayıs 2019).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Kanser Kontrol Programı*. 2016.

Uçar T, Bekar M. Türkiye’de ve Dünyada jinekolojik kanserler. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2010, 13(3):55–60.

Uluocak T, Bekar M. Kadın sağlık çalışanlarının servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2012, 2:50–57.

Urasa M, Darj E. Knowledge of cervical cancer and screening practices of nurses at a Regional Hospital in Tanzania. *African Health Sciences*, 2011, 11(1):48–57.

Uyanıkoğlu H, Numanoğlu C, Güllük A. Servikal kanser taramasında asetikasit sonrası inspeksiyon ile servikal smearin karşılaştırılması. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2016, 13(1):1–8.

Vatansever, G. Sağlık Çalışanlarının Human Papilloma (HPV) Aşısı ve HPV ile Serviks Kanseri Hakkında Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2010.

Vessey M, Painter R. Oral contraceptive use and cancer. findings in a large cohort study, 1968-2004. *British Journal of Cancer*, 2006, 95(3):385–89. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603260>.

WHO. 2002. Screening for cervical cancer in developing countries. *World Health Organization*. <https://doi.org/10.4103/0019-509X.64704>.

WHO. Cancer. 2018. <https://www.who.int/cancer/en/> (25 Mayıs 2019).

Wichachai S, Songserm N, Akakul T. Effects of application of social marketing theory and the health belief model in promoting cervical cancer screening among targeted women in Sisaket Province, Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*,

2016, 17: 3505–3510.

World Health Organization. Human Papillomavirus and HPV Vaccines: Technical Information for Policy-Makers and Health Professionals. *Initiative for Vaccine Research Department of Immunization, Vaccines and Biologicals World Health Organization*. 2007. [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862007000900018&script=sci\\_arttext%5Chttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Human+papillomavirus+and+HPV+vaccines:+technical+information+for+policy-makers+and+health+professionals#0](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862007000900018&script=sci_arttext%5Chttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Human+papillomavirus+and+HPV+vaccines:+technical+information+for+policy-makers+and+health+professionals#0). (11 Mayıs 2019).

Yanikkerem E, Karakuş Selçuk A, Esmeray N. Women’s attitude and beliefs about cervical cancer and pap smear test by using the health belief model. *International Journal of Cancer and Clinical Research*, 2018, 5(2):1–9.

Yoo W, Sangmi K, Huh WK., Dilley S, Coughlin SS, Partridge EE, Chung Y, Dicks V, Lee JK, Bae S. Recent trends in racial and regional disparities in cervical cancer incidence and mortality in United States. *PLoS ONE*, 2017, 12(2):1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172548>.

Yurtsev, E. Ergen Kızlar ve Annelerinin HPV Aşısına İlişkin Bilgi ve Görüşleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın: T. C. Adnan Menderes Üniversitesi, 2011.



## EK-1. ETİK KURUL ONAYI

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSİZ OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.  
Sayı : 2058

23.11.2017

Sayın Yard.Doç.Dr.Aysel ÖZDEMİR,

Kurulunuz tarafından 23.11.2017 tarih ve 3663-GOA protokol numaralı 2017/27-13 karar numarası ile görüşülen "21-65 Yaş Arası Kadınların Serviks Kanseri Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışların Sağlık İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL  
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE  
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

## EK-1. Etik Kurul Onayı (Devam)

### DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43 etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3663-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/> YÜKSEKLİSANS <input checked="" type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	21-65 Yaş Arası Kadınların Serviks Kanserine Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Sağlık İnancına Göre Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Aysel ÖZDEMİR Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

EK-1. Etik Kurul Onayı (Devam)

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/27-13	Tarih:23.11.2017
	Yard.Doç.Dr.Aysel ÖZDEMİR'in sorumlusu olduğu "21-65 Yaş Arası Kadınların Serviks Kanserine Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Sağlık İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
<b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Banu
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılıyordu
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Nejat
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılıyordu
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ayşe
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Müge
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	S.Özkardeşler
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Sülen
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Bilge
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Sefa
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılıyordu
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	M.Aylin
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Murat
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılıyordu
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Mehmet Erhan

## EK-2. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİN ONAYI



T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 77597247-619  
Konu : Araştırma İzinleri Hk.

BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
( Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü )

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Yrd. Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR'in sorumluluğunda Yüksek Lisans Öğrencisi Leman ÇEKİ'nin hazırlamış olduğu "21-65 Yaş Arası Kadınların Serviks Kanseri Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Sağlık İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi" konulu araştırma başvuru dosyası incelenerek, çalışmanın Müdürlüğümüze bağlı Güzelbahçe 3 Nolu Yelki Aile Sağlığı Merkezine başvuran 21-65 yaş arası kadınlara uygulanması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Uzm. Dr. Bediha SALNUR  
İl Sağlık Müdürü

### EKLER:

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1 Sayfa)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

Faks No:0 232 483 3639

e-Posta:leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge ve Sağlık İnovasyon Birimi

Bilgi için:Leyla KARLIDAG

Unvan:Uzman

Telefon No:0 232 441 8111/325

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 69b6e7d6-40f7-4d63-bf40-0b038b35ae06 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-2. İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Onayı (Devam)



T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİHİ ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2018/15	19.01.2017 61076054	05.02.2018	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/ Sorumlu Araştırmacı “Yrd.Doç.Dr. Aysel ÖZDEMİR” danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Leman ÇEKİ tarafından kurulumuza sunulan “21-65 Yaş Kadınların Serviks Kanseri Yönelik Bilgi ,Tutum ve Davranışlarının Sağlık İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi” adlı araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile “KABUL” kararı verilmiştir.

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye

Adı Soyadı

Uzm.Dr. Songül NUHOĞLU

Üye

Adı Soyadı

Uzm.Dr.Leyla Sündüs

ARSLAN

Komisyon Başkanı

Adı Soyadı

Dr. Zeynep SOFUOĞLU

Kurum Yöneticisi

Adı Soyadı

Uzm.Dr. Bediye SALNUR

Mühür/İmza

İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 Konak/ İZMİR  
Tel: ( 0232) 441 81 11 Faks : ( 0232 )483 36 39  
E-posta adresi : izmir.arge@saglik.gov.tr

Bilgi için Dr. Zeynep SOFUOĞLU  
Dahili :325

**EK-3. YELKİ 3 NOLU ASM 3513006 NOLU BİRİM ARAŞTIRMA İZİN  
ONAYI**

**T.C.  
GÜZELBAHÇE KAYMAKAMLIĞI  
TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ  
YELKİ 3 NOLU ASM  
3513006 NOLU AHB**

**SAYI:**

**KONU: Yüksek Lisans Tez çalışması**

**Yrd. Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR ve Hemşire Leman Çeki "21-65 Yaş Arası Serviks Kanseriine Yönelik Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Sağlık İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi" adlı yüksek lisans tezini Etik Kurul izin belgesinin gelmesi durumunda Güzelbahçe 3 nolu ASM 3513006 nolu AHB sinde araştırma yapması uygundur.**

**Bilgilerinize arz olunur.**

**Dr. Emine Şebnem AŞGUN**  
Güzelbahçe 3 Nolu Yelki ASM  
3513006 Nolu AHB  
Dip. No: 19301  
Sertifika No: 2019/100 ÇKYS: 195156

**Dr.Emine Şebnem AŞGUN**  
Güzelbahçe 3 nolu ASM 3513006 nolu AHB

## EK-4. KATILIMCI BİLGİLENDİRME ONAM FORMU

### *BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU*

**LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ**

Sizi Aysel ÖZDEMİR ve Leman ÇEKİ tarafından yürütülen “21-65 Yaş Arası Kadınların Serviks Kanserine Yönelik Bilgi, Tutum Ve Davranışların Sağlık İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi” başlıklı ankete dayalı yüksek lisans tez araştırmasına davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırmamızda öngörülen bir risk yoktur. Sizlerden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan bir ücret talep edilmeyecek araştırmanın tüm masrafları araştırmacılar tarafından karşılanacaktır. İsteddiğiniz an araştırmadan ayrılabilirsiniz. Size ait tüm bilgilerin gizli tutulacaktır, araştırma sonucunda elde edilecek bilgilerin yayınlanması durumunda kimlik bilgileriniz asla açıklanmayacaktır. Çalışma ile ilgili ek bilgi için Aysel ÖZDEMİR (224 29 42 472) ve Leman ÇEKİ (5058334815)'ye başvurabilirsiniz.

Araştırma Sorumlusu

Yrd. Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR

#### **Araştırmanın Amacı:**

Dünyada kadınlar arasında en sık rastlanan dördüncü kanser türü serviks kanseridir. Az gelişmiş ülkelerde ise ikinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2015 yılı verilerine göre; servikal kanserden ölen 270.000 kadının %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (“WHO | Cervical Cancer” 2017). Türkiye 2014 yılı Birleşik veri tabanının göre; kadınlarda en sık görülen kanserler arasında servikal kanserler 10. sırada yer almaktadır, Yaş grupları arasında farklı oranlarda olup en fazla 25-49 yaş grubunda olduğu ve 4. sıra yer aldığı görülmektedir. Servikal kanserin görülme sıklığı bu yaş grubunun üstüne çıktığı zaman giderek azaldığı tespit edilmiştir (Aygün ve ark., 2015). Gelişmekte olan ülkelerde etkili taramanın sınırlı olması nedeniyle hastalıklar tanımlanamamakta ve ilerlemiş evrelerde tespit edilmektedir Bu yüzden tedavisi şansını azaltan bu durumlar, ölümlerin artmasına yol açmaktadır (“WHO | Improving Access to Health Products for People Co-Infected with HIV and HPV: Unitaïd Board Passes Resolution” 2017). Tarama programlarının etkin yapılması ve

HPV (Human Papillomavirus)'e karşı aşılamanın yapılması durumunda serviks kanser nedeniyle oluşan ölümleri en az %70 azaltacağı belirtilmektedir. WHO servikal kansere karşı 9-13 yaş grubundaki kız çocukların aşılmasını önermektedir. Ülkelerin bazıları her iki cinste genital kanserleri önlemek için aşılama programları başlatmıştır. HPV aşılama tek başına servikal kanserin önlenmesi için yeterli olmayıp etkili taramalarla birlikte yürütülmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle HPV aşısının tanıtıldığı ülkelerde tarama programlarının geliştirilmesi veya güçlenmesine ihtiyaç vardır ("WHO | Human Papillomavirus (HPV) and Cervical Cancer" 2016). Hindistan ve İran'da yapılan çalışmalarda Pap smear tarama testinden kadınların haberdar olma oranları %12,06 ve %84,5 olarak tespit edilmiştir (Rani, Singh, and Thapa 2015, (Ashtarian ve ark., 2017). Türkiye'de yapılmış bazı çalışmalarda kadınların daha önceden Pap smear taraması yaptırma oranları %51,32 ile %63,8 arasında değiştiği görülmektedir (Akyüz ve ark., 2006; Gökgöz ve Aktaş, 2015; Sivri Aydın ve ark., 2015). Aygün ve ark. yaptığı bir çalışmada 15 yaş ve üzeri kadınların %77,9'unun smear testi yaptırmadığı tespit edilmiştir (Aygün et al. 2015). İngiltere'de servikal kansere yakalanan kadınların %47'sinin son 5 yılda hiç tarama yaptırmadığı ya da hiç tarama yapılmamış kadınlardan oluştuğu saptanmıştır (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2016). Bu araştırmadan da anlaşıldığı gibi taramalar servikal kanserin önlenmesinde ve koruyucu sağlık hizmetinin etkin bir şekilde sunulmasının son derece önemli olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmanın amacı kadınların serviks kanseri tarama ve önleme çalışmalarına katılımlarını etkileyen sağlık inanç durumlarını tespit etmek amacıyla planlanmış olup düzeltilebilecek faktörler açısından önlemlerin alınmasına katkıda bulunmak için planlanmıştır. Bu sayede ülkemizin ve bireylerin sağlık harcamalarını düşürecek ve kadınların ve ailelerinin refahını ve mutluluğunu artıracaktır.

### **İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:**

Araştırmanın verileri 34 sorudan oluşan anket formu ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Güvenç ve ark. (2010) tarafından yapılan "Rahim Ağzı Kanseri Ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" ile toplanacaktır. Ölçek 35 sorudan ve 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm rahim ağzı kanserine karşı duyarlılığı (3 soru), ikinci bölüm rahim ağzı kanserini önemsemeyi (7 soru), üçüncü bölüm Pap smear yarar ve motivasyonunu (8 soru), dördüncü bölüm sağlık motivasyonunu (3 soru), beşinci bölüm ise Pap smear engellerini (14 soru) ölçmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1'den 5'e kadar değişen 5'li likert tipi ölçekleme- "kesinlikle katılmıyorum" (1), "katılmıyorum" (2), "kararsızım" (3), "katılıyorum" (4), "tamamen katılıyorum" (5) yöntemi kullanılacaktır. Ölçeğin her boyutu ayrı ayrı değerlendirilecek ve tek bir toplam puanda birleştirilmeyecektir. Her birey için alt ölçek sayısı kadar puan elde edilecek. Puanların yükselmesi duyarlılık ve önemsemenin ve motivasyonun arttığını; yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını anlamına gelmektedir. Araştırmanın verileri Güzelbahçe 3 numaralı Yelki Aile Sağlığı Merkezi (ASM) 3513006 numaralı aile hekimliği birimine (AHB) başvuran kişilerden yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanacaktır. Kişilere sorulacak soruların toplam sayısı 69 dur. Katılımcılarla yapılacak yüz yüze görüşmenin süresi ortalama 30-35 dakika sürecektir.



Gönüllüden biyolojik materyal alınmayacaktır. Araştırmanın evrenini Aile Sağlığı Merkezine başvuran 21- 65 yaş arası kadınlar (N) 1193 kişi oluşturmaktadır. Kadınlar yaş gruplarına göre tabakalı örnekleme yapılarak seçilecektir. Bu çalışmada  $\alpha= 0.05$  için  $p=0.5$ ,  $q=0.5$  ve  $d=0,05$  olarak alındığında örnekleme alınacak kişi sayısı (n) 291 olarak hesaplanmıştır. 21-65 yaş arası kendini ifade etme problemi olmayan, onamları alınmış kişiler oluşturacaktır. Araştırmaya katılan bireylere kişisel bilgileri içeren anket formu ve ‘Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’ verileri araştırmacı tarafından yüz yüze anket yöntemi kullanılarak doldurulacaktır.

Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırma kapsamına alınacaktır. Bu çalışmasının gerçekleştirilebilmesi Güzelbahçe 3 numaralı Yelki Aile Sağlığı Merkezi (ASM) 3513006 numaralı aile hekimliği biriminden izin alınmıştır.

Gönüllülük kriterleri:

- Güzelbahçe 3 Nolu Yelki ASM 3513006 numaralı AHB’e başvurmak
- Kadın olmak
- 21-65 yaş aralığında olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- İletişim kurabilmek

Araştırmanın Süresi: 3 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 291

Araştırmanın Yapılacağı Yer: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu İzmir/Güzelbahçe 3 Nolu Yelki Aile Sağlığı Merkezi 3513006 numaralı Aile Hekimliği Birimi

**Gönüllü beyanı**

Ad Soyad

Telefon numarası:

İmza:

**Araştırmacı**

Ad Soyad

İmza:

**Tanıklık eden kişi**

Ad Soyad:

## EK-5. ANKET FORMU

21-65 YAŞ ARASI KADINLARIN SERVİKS KANSERİNE YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARIN SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

- 1) Yaşınız
- 2) Medeni durumu: 1. Evli 2. Bekar 3. Ayrılmış 4. Diğer (.....)
- 3) Yaşamakta olduğunuz yer: 1.Şehir 2.İlçe 3.Köy
- 4) Sosyal güvenceniz var mı? 1. Evet 2. Hayır
- 5) Sigara kullanımı: 1. Evet (Miktar.....) 2. Hayır
- 6) Eğitimi düzeyiniz: 1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlkokul mezunu  
4.Ortaokul mezunu 5.Lise mezunu 6.Yüksekokul/Üniversite mezunu
- 7) Aile tipiniz :1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3. Tek kişilik aile 4. Diğer (*belirtiniz*)
- 8) Ailenizin gelir durumu size göre nasıl: 1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü
- 9) Mesleğiniz? 1.Çalışmıyor 2.İşçi 3.Memur 4.Serbest meslek 5.Diğer(*belirtiniz*)
- 10) Boy:..... cm
- 11) Kilo:.....kilogram
- 12) İlk adet yaşınız:
- 13) İlk cinsel ilişki yaşınız:
- 14) İlk gebelik yaşınız:
- 15) Gebelik sayınız (Canlı, Ölü, Düşük ve kürtaj dahil):
- 16) Hiç kürtaj oldunuz mu?1. Evet 2. Hayır
- 17) 17 soruya cevabınız evet ise kaç kez:.....
- 18) Menopoz durumu 1. Evet 2. Hayır
- 19) Üreme sisteminizle ilgili bir hastalık geçirdiniz mi? 1. Evet(*belirtiniz*)..... 2. Hayır
- 20) Üreme sisteminizle ilgili bir operasyon geçirdiniz mi? 1. Evet (*belirtiniz*)..... 2. Hayır
- 21) Rahim ağzı kanseri hikâyeniz var mı? 1. Var 2.Yok
- 22) Yakınlarınızda rahim ağzı kanseri hikâyesi olan var mı işaretleyiniz. (*Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz*)  
1. Yok 2. 1. derece yakınım( anne/ kız kardeş) 3. 2. Derece akraba (kuzen/ hala/ teyze vb.)  
4. Komşu/ arkadaş 5. Diğer (*belirtiniz*).....
- 23) Rahim ağzı kanseri hakkın bilginizin size göre nasıl işaretleyiniz. 1.Çok iyi 2.İyi  
3.Orta 4.Bilgim yok
- 24) Son 5 yıl içinde pap smear testi yaptırdınız mı?1. Evet 2. Hayır
- 25) Rahim ağzı kanseri hakkındaki bilginizi nerelerden öğrendiniz? (24. Soruya yanıtınız bilginiz var ise cevaplayın)  
1.Aile ve arkadaş çevremden 2.Sosyal Medya 3.Sağlık personelinde

26) Aşağıdaki ifadelerden Rahim ağzı kanserlerinin belirtisi olarak bildiklerinizi işaretleyiniz?

	<input type="checkbox"/> 1. Evet	<input type="checkbox"/> 2. Hayır	<input type="checkbox"/> 3.Bilmiyorum
Normal dışı kanama (âdet dönemi dışında)			
Cinsel ilişki sırasında kanama			
Rutin pelvik muayene sırasında kanama			
Âdet döneminde, normalden daha fazla ve daha uzun kanama			
Menopozdan sonra aralıklı kanama			
Olağandışı ve sürekli vajinal akıntı (renk, koku ve miktar açısından)			

27) Aşağıda verilenlerden rahim ağzı kanseri için risk faktörü olarak bildiklerinizi işaretleyiniz.

	<input type="checkbox"/> 1. Evet	<input type="checkbox"/> 2. Hayır	<input type="checkbox"/> 3.Bilmiyorum
1.Erken yaşta (13-15 yaş) cinsel ilişkiye başlayan kadınlar			
2.Çok eşlilik			
3.Sık vajinal enfeksiyona, özellikle HPV ve herpes virüsüne yakalanan kadınlar			
4.İlk gebelik yaşının $\leq 20$ yaş altı ve $\geq 30$ yaş üstü olan kadınlar			
5.Annelerine, gebelikleri sırasında düşük yapmalarını önlemek için dietilstilbesterol (DES) verilen kadınlar			
6.HIV ya da AIDS'li kadınlar			
7.Organ nakli (sözgelimi böbrek nakli) yapılan kadınlar			
8.Uzun süre ve genç yaştan itibaren doğum kontrol hapı alan kadınlar			
9.1.Derece yakınında (anne/kardeş) rahim ağzı kanseri öykü olan kadınlar			
10.İleri yaşta cinsel ilişki olan kadınlar			
11.Sigara kullanan kadınlar			
12.Genital siğil olan kadınlar			
13. İlk adet yaşının 15'den küçük olması			
14.Sebze ve meyveden fakir beslenen kadınlar			
15. Kötü perine(üreme organı) hijyeni olan kadınlar			
16.Tedavi edilmemiş diğer vajinal enfeksiyonların olması,			
17.HPV aşısı yaptırmamış kadınlar			
18.Bağışıklık sisteminin zayıf olması			
19.Korunmasız(Kondomsuz/prezervatifsiz) cinsel ilişki			

28) Rahim ağzı kanseri önlenbilir mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum

29) 28 soruya Cevabınız Evet ise alınacak önlemler nelerdir?

	<input type="checkbox"/> 1. Evet	<input type="checkbox"/> 2. Hayır	<input type="checkbox"/> 3.Bilmiyorum
1. Sigarayı bırakmak			
2. Düzenli Pap smear kontrolü			
3. Kilo vermek			
4. Cinsel partner sayısını azaltmak			
5. HPV aşını yaptırmak			
6. Cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmak			
7. İleri yaşta cinsel ilişkiden kaçınmak			
8. Genç yaşta cinsel ilişkiden kaçınılması			
9. Dengeli beslenmek			
10. Genital Hijyene dikkat etmek			
11.5 yıldan fazla doğum kontrol hapını kullanma			
12. 3 ve üzerinde doğum yapmamak			

30) Pap smear taraması sizce kimlere yapılır işaretleyiniz.

	<input type="checkbox"/> 1. Evet	<input type="checkbox"/> 2. Hayır	<input type="checkbox"/> 3.Bilmiyorum
1. Ergenliğe girdikten sonra			
2. 21 yaşından sonra			
3. Menopozdan sonra			
4. Son iki tarama testi negatif gelen 30 yaşındaki kadınlara			
5. Son iki tarama testi negatif gelen 65 yaşındaki kadınlara			

31) Pap smear Tarama testinin sıklığı yaşla birlikte değişir mi?

1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum

32) Pap smear Tarama testinin neden yapıldığını biliyor musunuz? 1. Evet

2. Hayır

33) Pap smear Tarama testi için en uygun zaman ne zamandır?

1. Her zaman yapılabilir 2. Âdet kanaması biter bitmez 3. Âdet görürken

4. Son âdet kanamasının başlangıcından sonraki 10.-18. günler arası 5. Bilmiyorum

34) Pap smear Tarama testi öncesinde nasıl hazırlık yapılmalıdır işaretleyiniz?

1. en az 48 saat cinsel perhiz yapılmalıdır 2. En az 24 saat süreyle vajinal duş yapılmamalıdır

3. En az 48 saat süreyle vajinal krem ya da ilaç kullanılmamalıdır.

4. Asetik asitin uygulandığı kolkoskopi sonrasında en az 24 saat geçmiş olması

# RAHİM AĞZI KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

(Güvenç, Akyüz, and Akçikel, 2010)

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
<b>Rahim Ağzı Kanserine karşı duyarlılık</b>					
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					
<b>Rahim Ağzı kanserini önemseme</b>					
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					
<b>Pap Smear Yarar ve Motivasyon</b>					
11. Simir (Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır					
12. Düzenli olarak yaptırdığım simir (Pap smear) testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir					
13. Bana göre simir (Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur					
14. Düzenli olarak simir (Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinden ölme riskimi azaltacaktır					
15. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim					
16. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir					

17.	Sağlığımı için yeni bilgileri araştırırım					
18.	Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm					
<b>Sağlık Motivasyonu</b>						
19.	Sağlığım için dengeli beslenirim					
20.	Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım					
21.	Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim					
<b>Pap Smear Engeller</b>						
22.	Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle simir (Pap smear) testi yaptırmaktan korkarım					
23.	Ne yapılacağı 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) 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 yaşıyım					
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					

## EK-6. ÖLÇEK KULLANMA İZİN ONAYI



leman ceki <cekileman@gmail.com>

**Fw: İlt:**

3 ileti

**Gulden GUVENC** <guvengulden@yahoo.com>  
Alıcı: "cekileman@gmail.com" <cekileman@gmail.com>

29 Eylül 2017 22:18

Sayın LEMAN,  
Geliştirmiş olduğumuz "Rahim Ağzı Kanseri ve Pap smear Testi Sağlık İnanç Modeli" adlı ölçeği "21-65 yaş arası kadınların serviks kanserine yönelik bilgi, tutum ve davranışların sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi" adlı yüksek lisans tez çalışmanızda kullanmanız uygundur

ÖLÇEK EKTEDİR  
İYİ ÇALIŞMALAR DİLİYORUM

Doç.Dr. Gülten GÜVENÇ



## EK-7. ÖZGEÇMİŞ

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
Adı Soyadı	: Leman ÇEKİ
Doğum tarihi	: 01.01.1995
Doğum yeri	: İzmir
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: İstasyon mahallesi Fatın Rüştü Zorlu Caddesi no: 9 daire:2 Alaşehir/Manisa
Tel	: 05058334815
Faks	:
E-mail	: cekileman@gmail.com
<b>EĞİTİM</b>	
Lise	: Seferihisar Asil Nadir Çok Programlı Lisesi (2008-2012)
Lisans	: Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu (2012-2016)
Yüksek lisans	: Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (2016-)
Doktora	:
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
İngilizce	:
<b>ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR:</b>	