

TC.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**REPRODÜKTİF DÖNEMDEKİ KADINLARIN SERVİKS
KANSERİ TARAMASINA YÖNELİK SAĞLIK
İNANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Gökçe Banu ACAR

DANIŞMAN
Doç. Dr. Gül PINAR

Ankara, 2014

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Tez Adı
REPRODÜKTİF DÖNEMDEKİ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMASINA
YÖNELİK SAĞLIK İNANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tez Yazarının Adı
Gökçe Banu ACAR

Yüksek Lisans Tezi

Tez Savunma Sınav Tarihi
03.01.2014

Tez Danışmanı Adı
Doç. Dr. Gül PINAR

Jüri Üyelerinin Adı
Doç. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER
Doç. Dr. Gül PINAR
Yrd. Doç. Dr. Sena KAPLAN

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans/Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Tezi Onaylayanın Adı
Enstitü Müdürü
Doç. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığımı tasdik ederim.

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. (03-01-2014)

İmza

Gökçe Banu ACAR

TEŐEKKÖR

Arařtırmanın planlanması ve yűrűtűlmesinde, bilgi ve tecrűbeleri ile her tűrlű yardım ve desteęini, danıřmanlıęını esirgemeyen tez danıřmanım Doę. Dr. Gűl Pınar'a, tez çalıřmam boyunca yardımlarını eksik etmeyerek maddi ve manevi destek olan aileme, saygı ve Őukranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Soruları.....	4
1.4. Araştırmanın Hipotezi.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Serviks Anatomisi.....	5
2.2. Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Serviks Kanserinin Belirtileri.....	6
2.3.1. Erken Dönem Belirtiler	6
2.3.2. Geç Dönem Belirtiler.....	6
2.4. Serviks Kanserinde Risk Faktörleri.....	7
2.4.1. Bireyin Davranışıyla ilgili Risk Faktörleri.....	7
2.4.2. Sosyo-demografik Risk Faktörleri.....	11
2.5. Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tarama.....	11
2.5.1. Pap Smear Testi.....	13
2.5.2. Türkiye’de Serviks Kanseri Erken Tanı ve Tarama Standartları.....	17
2.6. Serviks Kanserden Korunma.....	18
2.7. Sağlık İnanç Modeli (SİMÖ).....	21
2.8. Serviks Kanserinden Korunma ve Erken Tanıda Hemşirenin Rolü.....	26
3. MATERYAL VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	29

3.3. Araştırmanın Evreni.....	29
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	29
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	30
3.5.1. Bağımsız Değişkenler.....	30
3.5.2. Bağımlı Değişkenler.....	30
3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	30
3.6.1. Bireysel Tanılama Formu.....	31
3.6.2. Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.....	31
3.7. Verilerin Analizi.....	32
3.8. Bütçe.....	33
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	33
3.10. Çalışma Takvimi	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Kadınların Demografik Özellikleri.....	35
4.2. Kadınların Obstetrik ve Tıbbi Öyküsü.....	39
4.3. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine Yönelik Tutumları.....	42
4.4. Kadınların Serviks Kanseri Riskli Davranışları ve Serviks Kanseri ile Pap Smear Testi Bilgi Düzeyleri	49
4.5. Kadınların SİMÖ Puan Ortalamaları ile Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizleri.....	52
5. TARTIŞMA.....	71
5.1. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular ile Etkileyen Faktörler.....	71
5.2. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular ile Etkileyen Faktörler.....	79
5.3. Kadınların Serviks Kanseri Riskli Davranışlarına İlişkin Bulgular ve Etkileyen Faktörler.....	85
5.4. Kadınların SİMÖ Puan Ortalamaları ile Etkileyen Faktörlerinin İleri Analizine İlişkin Bulgular.....	90
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	95
6.1. Sonuçlar.....	95
6.2. Öneriler.....	98
7. KAYNAKLAR.....	100
8. EKLER.....	113

EK-1. BİREYSEL TANILAMA FORMU	113
EK-2. SERVİKS KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SİMÖ	119
EK-3. ÖLÇEK İZİN BELGESİ	123
EK-4. ETİK KURUL RAPORU	124
EK-5. ÖZGEÇMİŞ	125

ÖZET

Reproduktif Dönemdeki Kadınların Serviks Kanseri Taramasına Yönelik Sağlık İnanışları ve Etkileyen Faktörler

Bu çalışma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran reproduktif dönemdeki kadınların serviks kanseri taramasına yönelik sağlık inanışları ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Hedeflenen örnek hacmini hesaplamak için Basit Rastgele Örneklem Formülü kullanılmıştır. Örneklem, madde bazında %95 güvenle en az 267 hesaplanmış ve 300 denekle çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın sonuçları, bireysel tanılama formu, serviks kanseri ve Pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeği (SİMÖ) kullanılarak elde edilmiştir.

Normallik testi sonunda, gruplar arasında farklılık incelenirken ikili gruplarda normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda ise normal dağılmayan değişkenlerde Bonferroni düzeltilmeli Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki değerlendirilirken ise Ki-kare analizi kullanılmıştır. Gruplar arası farklılık incelenirken $p \leq 0.05$ alınmıştır.

Araştırma sonunda kadınların %75.0'inin Pap smear testini duyduğu, %48.7'sinin daha önce Pap smear testi yaptırdığı bulunmuştur. Pap smear yaptıran kadınların %51.4'ünün testi düzensiz aralıklarla yaptırdıkları bulunmuştur. Kadınların Pap smear testini büyük oranla (%51.7) sağlık personelinin duydukları belirlenmiştir. Kadınların Pap smear yaptırmama nedenleri arasında, herhangi bir şikayetin olmaması (%28.3) ve testle ilgili yeterli bilgiye sahip olmama (%21.0) yer almıştır.

Çalışmamızda kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ alt boyutlarından aldıkları ölçek alt boyut puan ortalamalarının 7.7 ± 2.3 ile 33.5 ± 9.3 arasında değiştiği bulunmuştur. Kadınların SİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde yarar ve engel algılarının yüksek, duyarlılık ve sağlık motivasyonu algılarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda, kadınların özellikle üreme sağlığı/cinsel sağlık ile ilgili tarama testlerini yaptırmama nedenleri ve sağlık inançlarının değerlendirildiği araştırmalara ağırlık verilmesi, sağlık kurumlarında kadınları erken tanıya yönlendirecek ortamların oluşturulması, beklenen koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirmeyi engelleyen algıların belirlenerek azaltılması yönünde girişimlerin yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, reproduktif dönem, risk faktörleri, serviks kanseri, sağlık inanışları, sağlık inanç modeli.

ABSTRACT

Perspectives of Women in Reproductive Period for Cervical Cancer Scans and the Factors Influencing Their Perspectives

This study is a descriptive one which has been performed in order to assess the health perspectives of women in the reproductive period for the cervical cancer scans, who apply to the Yıldırım Beyazıt University Atatürk Education and Research Hospital, Maternity Polyclinic and the factors influencing their perspectives. In this study, Simple Random Sampling Formula has been adopted to calculate the volume of the targeted sample. The item has been calculated to be minimum 267 with 95% confidence and was completed with minimum 300 subjects.

Results of the research were obtained through individual diagnosis form and cervical cancer and Pap smear test health belief model scale (HBMS). Results of the normality test, the differences between the groups were examined and Mann Whitney U test was used for the variables not distributed normally in binary groups. For the groups with more than two subjects not have variables distributed normally Kruskal Wallis H Test amended by Bonferroni was used. Assessment of categorical variables Chi-Square test analyzes was used. The relevance level was used to be $p \leq 0.05$ in the examination of the differences between the groups.

As a result of the study, it was found out that 75.0% of the women heard Pap smear test before, 48.7 % had undergone Pap smear test. 51.4% of the women who has undergone Pap smear test expressed that they had the test with irregular periods. Most of the women stated that they heard about the smear test from the health staff (51.7%). Having no health complaints (28.3%) and not having adequate information about the test (21.0%) were among the reasons for not undergoing the Pap smear test.

It was found that the lower dimension average scores of the women obtained from the cervical cancer and Pap smear test HBMS varied from 7.7 ± 2.3 to 33.5 ± 9.3 . When the lower dimension average scores of women from the HBMS were

examined, the perception of usefulness was high but the sensitivity and health motivations were low.

As a result of the research, it was suggested that the researches oriented for the reasons of women for not undergoing reproductive health / sexual health scanning tests and assessing the health perspectives of women were given more importance, the platforms which direct women to early diagnosis at the health centers were formed, the perspectives which hindered the expected protective health attitude were determined and the needed actions were taken to minimize these factors.

Keywords: Level of knowledge, reproductive period, risk factors, cervical cancer, health perspectives, health belief model.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: Amerikan Kanser Derneği ve Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji
ACS	: Amerikan Kanser Birliği
AIDS	: Acquired immunodeficiency syndrome
ASC	: Atipik skuamöz hücreler
ASCUS	: Atypical squamous cells of undetermined significance
CYBH	: Cinsel yolla bulaşan hastalık
CIS	: Karsinoma in situ
CIN	: Servikal intraepitelyal neoplazi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DES	: Diethylstilbestrol
HPV	: Human papilloma virüs
HSIL	: High-grade squamous intraepitelial lesions
HIV	: İnsan immün yetmezlik virüsü
IARCH	: International agency for research on cancer
ICN	: International Council of Nursing
KETEM	: Kanseri erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi
LSIL	: Low-grade squamous intraepitelial lesions
OKS	: Oral kontraseptif
PAP SMEAR	: Papanicolaou smear
SİMÖ	: Sağlık inanç modeli ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Bethesda sistemi, Papanicolau sistemi ve CIN sisteminin karşılaştırması.....	16
Şekil 2.2. Sağlık İnanç Modeli.....	23
Şekil 3.1. Çalışma Takvimi.....	34
Şekil 4.1. Kadınların Yaşlarına Göre Dağılımı.....	35
Şekil 4.2. Kadınların Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	36
Şekil 4.3. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	37
Şekil 4.4. Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.....	38
Şekil 4.5. Kadınların Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımı.....	38
Şekil 4.6. Kadınların İlk Cinsel İlişki Yaşlarının Dağılımı.....	39
Şekil 4.7. Kadınların İlk Doğum Yaşlarının Dağılımı.....	40
Şekil 4.8. Kadınların Gebelik Sayılarının Dağılımı.....	41
Şekil 4.9. Kadınların Doğum Sayılarının Dağılımı.....	41
Şekil 4.10. Kadınların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı.....	42
Şekil 4.11. Kadınların Pap Smear Testini Duyma Durumuna Göre Dağılımı.....	43
Şekil 4.12. Kadınların Bilgi-Eğitim İsteklerine Göre Dağılımı.....	44
Şekil 4.13. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı.....	45
Şekil 4.14. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Sıklığına Göre Dağılımı.....	45
Şekil 4.15. Kadınların Pap Smear Testini Duydukları Kaynakların Dağılımları.....	46
Şekil 4.16. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Nedenlerinin Dağılımları.....	47
Şekil 4.17. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırmama Nedenlerinin Dağılımı.....	48

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi SİMÖ.....	32
Tablo 4.1. Kadınların Yaşlarına Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4.2. Kadınların Medeni Durumlarına Göre Dağılım.....	36
Tablo 4.3. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4.4. Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.5. Kadınların Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.6. Kadınların İlk Cinsel İlişki Yaşlarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.7. Kadınların İlk Doğum Yaşlarının Dağılımı.....	39
Tablo 4.8. Kadınların Gebelik Sayılarının Dağılımı.....	41
Tablo 4.9. Kadınların Doğum Sayılarının Dağılımı.....	41
Tablo 4.10. Kadınların Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı.....	42
Tablo 4.11. Kadınların Pap Smear Testini Duyma Durumuna Göre Dağılımı....	43
Tablo 4.12. Kadınların Bilgi-Eğitim İsteklerine Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.13. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Göre Dağılımı.....	45
Tablo 4.14. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Sıklığının Dağılımları.....	44
Tablo 4.15. Kadınların Pap Smear Testini Duydukları Kaynakların Dağılımları.....	46
Tablo 4.16. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Nedenlerinin Dağılımları.....	47
Tablo 4.17. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırmama Nedenlerinin Dağılımı....	48
Tablo 4.18. Kadınların Serviks Kanseri Risk Puanlarının Dağılımı.....	49
Tablo 4.19. Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörlerinin Dağılımları.....	50
Tablo 4.20. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Bilgi Puanlarının Dağılımı.....	51
Tablo 4.21. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Bilgi Durumlarının Dağılımı.....	51

Tablo 4.22. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi SİMÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	53
--	----

TABLolar DİZİNİ (devam)

Tablo 4.23. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Risk ve Bilgi Puan Dağılımları.....	53
Tablo 4.24. Kadınların Yaş Gruplarına Göre SİMÖ Puan Dağılımları.....	54
Tablo 4.25. Kadınların Medeni Durumlarına Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları.....	55
Tablo 4.26. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları.....	56
Tablo 4.27. Kadınların Çalışma Durumlarına Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları	57
Tablo 4.28. Kadınların Aylık Gelir Durumlarına Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları.....	58
Tablo 4.29. Kadınların Gebelik Sayılarına Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları	59
Tablo 4.30. Kadınların Doğum Sayısına Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları	60
Tablo 4.31. Kadınların Kronik Hastalık Durumlarına Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları.....	61
Tablo 4.32. Kadınların Pap Smear Testini Duyma Durumuna Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları.....	62
Tablo 4.33. Kadınların Erken Tanıyla İlgili Bilgi İsteme Durumlarına Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları	63
Tablo 4.34. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları	64
Tablo 4.35. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Sıklığına Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları	65
Tablo 4.36. Kadınların Pap Smear Öyküsüne Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları	66

Tablo 4.37. Kadınların Ailesindeki Kansere Öyküsüne Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları	67
Tablo 4.38. Düzenli Sigara Kullanma Durumuna Göre SİMÖ, Risk ve Bilgi Puan Dağılımları.....	68
Tablo 4.39. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Pap Smear Yaptırma Durumları	69

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, hücrelerdeki genetik değişimler sonucu ortaya çıkan kontrolsüz hücre çoğalmasıyla karakterize bir hastalık grubudur (1). İnsanlık tarihi kadar eski olan kanser, tıp alanındaki büyük ilerlemelere rağmen, bireylerin yaşam döngüsündeki her basamağı derinden etkileyen, ciddi kronik hastalıklardan biridir (2,3). Günümüzde en çok ölüme yol açan hastalıklar arasında dünya genelinde ikinci sırada yer alması, henüz kesin tedavisinin bulunmamış olması, tanı-tedavi işlemlerinin maliyetinin yüksek olması nedeniyle, toplumlar için önemli bir sağlık sorunudur (1,4-7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı tahminlere göre, 2030 yılında dünyamızda 20 milyon yeni kanser vakasının gelişeceği ve kansere bağlı 12 milyon ölümün olacağı belirtilmektedir (8-10).

Jinekolojik kanserler arasında, tarama programı olan bu nedenle önlenebilir bir kanser olan servikal malignansiler de gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde önemli bir ölüm nedenidir (11,12). Serviks kanseri dünyada, jinekolojik kanserler içerisinde reproduktif dönemdeki (15-45 yaş) kadınlarda en yaygın görülen ikinci kanser türü olup, yılda yaklaşık 500 000 yeni olguya rastlanmaktadır. Bunların 190 000 tanesi ölmekte, ölümlerinde %78'i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (11,13-15). 1960'larda serviks kanser tanısı alan kadınların yaş ortalaması 50 iken, son 30 yıl içinde yaş ortalaması 35'e inmiştir. Erken tanının konulabilmesi gibi nedenlerle serviks kanseri daha genç yaşlarda da görülmeye başlamıştır (7,16,17).

Dünyada 2 dakikada bir kadın serviks kanserinden ölmektedir. Gelişmiş ülkelerde son 50 yıldır invaziv servikal kanser hızları düşmüştür (18,19). Mortalite hızındaki bu düşüş erken tanı ve tedavi tekniklerinin gelişmesinin bir sonucu olarak görülmektedir (20-23). Olguların %75'i az gelişmiş ülkelerdedir ve insidansın en düşük ve en yüksek olduğu ülkeler arasında yaklaşık 20 kat fark vardır. Örneğin yaşamı süresince bir kadında servikal kanser gelişme riski Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1/142, İngiltere'de 1/116 iken, Güney

Afrika'da 1/26'dır. Gelişmekte olan ülkelerde sıklığının giderek artması, tarama programlarının gerekliliğini ortaya koymuştur (1,24). Erken tanı konulduğunda tedavisi mümkün olan bu kanserden ölümlerin acil önlem alınmazsa önümüzdeki 10 yıl içerisinde %25 oranında artacağı tahmin edilmektedir (8). Serviks kanseri ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu olup Sağlık Bakanlığı verilerine göre insidansı 2006 yılında yüz binde 4.8 iken 2008 yılında 4.4'e gerilemiştir (25).

Serviks kanseri erken teşhis durumunda tedavi edilebilen bir kanser türüdür (10,26,27). Sebep olan önemli risk faktörlerinin bilinmesi, düzenli sitolojik taramayla preinvaziv evrede tanı ve tedavi imkanının olması sağ kalım oranlarının yükselmesine katkıda bulunmaktadır (3,11,28). Bu nedenle serviks kanserinin etkili bir tarama ile premalign aşamada yakalanması ve tedavi edilmesi, insidans ve mortaliteyi düşürmek açısından oldukça önemlidir (3,11,21,26).

DSÖ liderliğinde 2004 yılında toplanan Dünya Sağlık Asamblesi, serviks kanserlerinin önlenmesini, üreme sağlığı açısından en önemli 5 konudan biri olarak seçmiştir (29). Yaygın servikal kanserden koruma programları primer koruma (aşılama) ve sekonder koruma (tarama) programları olarak değerlendirilmektedir (30). Serviks kolay ulaşılabilir bir organ olduğundan, bu organın kanserlerinde Papanicolau (Pap) smear sayesinde erken tanı yapılabilmekte ve prognoz anlamlı ölçüde iyileşmektedir (19,27). Pap smear testi, servikste kanser başlangıcı olabilecek herhangi bir hücresel değişikliği belirleyebilen, ucuz, kolay uygulanabilir etkin nadir tarama metodlarından birisidir (8,13,14,17,19,20,21,31-33).

Amerikan Kanser Cemiyeti (ACS), Pap smear testinin ilk cinsel ilişkiden itibaren üç yıl içerisinde ve her yıl yaptırılması gerektiğini önermektedir (8). ABD gibi gelişmiş ülkelerde kadınların %85'i yaşamları boyunca en az bir kez Pap smear yaptırmış iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran sadece %5'tir (3). Yıllık Pap smear testi ile bir kadının serviks kanserinden ölme riskinin 4/1000'lerden 5/10000'lere düştüğü kabul edilmektedir. DSÖ'nün yayınladığı bir analizde 10 yılda bir yapılacak tarama ile dahi serviks kanseri insidansının %64 azaltılabileceği belirtilmektedir (31).

Servikal tarama yapılacak kadın grubunun ve Pap smear yaptırma aralığının belirlenmesinde, risk faktörlerinin göz önünde tutulması önemlidir. Pap smear testi Avrupa'da birçok ülkede yirmili yaşlarda başlamaktadır (34). Örneğin bu ülkelerden; Belçika'da 25-64 yaş aralığında 3 yıl süre ile, İsveç'te 20-60 yaş aralığında 3 yıl süre ile, Hollanda'da 30-60 yaş aralığında 3-5 yıl süre ile Yunanistan'da 25-64 yaş aralığında 2-3 yıl süre ile uygulandığı bildirilmiştir (35). Türkiye'de Ulusal Kansere Tarama Programına göre, serviks kanseri için tarama 30 yaştan sonra başlanır ve 65 yaşa kadar 5 yılda Pap smear testi bir tekrarlanır. 65 yaş ve üzerinde son 2 testi negatif çıkan bayanlar tarama programından çıkarılır (36). Kadınların çoğu eğitim yetersizliği, tarama programlarının eksikliği, ulaşım zorluğu, ekonomik sorunlar ve bilgi eksikliğinin de beraberinde getirdiği sağlık sorununu önemsememe gibi nedenler dolayısıyla erken tanı imkânından yararlanamamaktadırlar (23,37-39).

Hemşireler, kadınların koruyucu sağlık davranışları kazanmalarında ve tarama programları hakkında farkındalıklarının artırılmasında kilit rol üstlenirler. Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2008 yılında belirlediği temasında, temel sağlık hizmetlerini yönlendirenlerin hemşireler olduğu belirtilmiş ve hemşirelerin primer korumaya yönelik rollerinin önemi vurgulanmıştır (3,40). Hemşireler olumlu sağlık davranışlarını geliştirecek kilit kişiler oldukları için eyleme geçiricileri bilmeli, yeni yaklaşımlar geliştirmeli ve uygulamada kullanmalıdır (3,27).

Kadınların erken tanı davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu faktörlere yönelik kavramsal modeller ile desteklenmiş hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulamaya geçirilmesi kadınların serviks kanseri erken tanı davranışlarının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır (3,5,33,41-43). Sağlık İnanç Modeli (SİM) de kişiyi, sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamak amacıyla kullanılan en eski ve en çok bilinen sağlık davranış modellerinden birisidir (3).

Ülkemizde Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ) ile ilgili meme kanserli hastalara yönelik çalışmalara rastlanmakla birlikte serviks kanseri taramasına yönelik kadınların sağlık inanışlarının ve bunları etkileyen faktörlerin incelendiği

bir çalışma bulunmamaktadır. Pap smear yaptırma davranışının birçok faktörden etkilendiği ve kadınların test yaptırma oranlarının istenilen düzeyde olmadığı dikkate alındığında, kadınları serviks kanseri taramasına katılmalarını sağlayacak araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran reproduktif dönemindeki (15-49 yaş grubu) kadınların serviks kanseri taramasına yönelik sağlık inanışları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Araştırma kapsamına alınan kadınların bireysel özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, meslek, medeni durum, gelir düzeyi vb.) nelerdir?
- Kadınların obstetrik ve tıbbi özellikleri nelerdir?
- Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile serviks kanseri erken tanı ve taramaya yönelik sağlık inanışları arasındaki ilişki nasıldır?
- Kadınların serviks kanseri hakkındaki farkındalık düzeyleri ve risk faktörleri ile taramaya yönelik sağlık inanışları arasındaki ilişki nasıldır?

1.4. Araştırmanın Hipotezi

H₀: Kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, bilgi ve risk düzeyleri serviks kanseri taramaya yönelik inanışları üzerinde etkili değildir.

H₁: Kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, bilgi ve risk düzeyleri serviks kanseri taramaya yönelik inanışları üzerinde etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serviks Anatomisi

Serviks, uterusun alt kısmına verilen isimdir ve üreme sistemimizin bir parçası olup, uterus ve vajinayı birleştirmektedir. Erişkinde uterusun alt 1/3 kısmını oluşturan serviks uteri yaklaşık 2–4 cm'dir. Çapı apekte 2.5 tabanda 3 cm'dir ve hemen hemen silindir şeklindedir. Serviksin iki kısmı bulunur. Dış kısım vajinaya yakın olup, ektoserviks, iç kısım ise uterusu yakın olup endoserviks adını almaktadır. Ektoserviksin dış kısmı, vagina epiteli gibi çok katlı yassı epitel ile servikal kanal ise silindirik epitel ile örtülüdür. Ortasında uterus kavitesi ile vajinayı birleştiren servikal kanal bulunur. Kanalin uterusu açılan kısmına internal os, vajinaya açılan kısmına eksternal os adı verilir. Serviksin iç ve dış kısmında yüzeyde iki farklı tip doku bulunur ve çoğu servikal kanser bu iki tabakanın birleştiği yerde başlamaktadır (12,44-48).

2.2. Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi

Dünyada en sık rastlanan jinekolojik kanser türü, halk arasında rahim ağzı kanseri olarak adlandırılan “serviks kanseri”dir. Sıklığı ülkeden ülkeye ve o ülkenin sosyoekonomik durumunun gelişmişliğine bağlı olarak değişmektedir (49). Serviks kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen ikinci, meme ve akciğer kanserinden sonra en fazla ölüme neden olan üçüncü kanser türüdür (50-53). Dünyada serviks kanseri nedeniyle yılda 266 000 kadın hayatını kaybetmektedir. Yeni vakalarının 2012 yılında yaklaşık 528 000 olduğu ve bunların %85'inin gelişmekte olan ülkelerde yer aldığı bildirilmiştir.

Serviks kanseri görülme sıklığı ülkeler arası farklılıklar göstermekte, bu farklılık ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, kadınların ırk ve etnik kökenlerine göre değişmektedir. İnsidansı bölgelere göre değişiklik göstermekte olup, Batı Asya'da insidansı 100 000'de 4.4 iken Doğu Afrika'da 100 000'de 42.7'dir (54). Sahraaltı Afrika, Orta Asya'nın güneyi, Zimbabve ve Hindistan serviks kanseri açısından yüksek insidansa ve mortaliteye sahip ülkelerdir. Ancak gelişmiş ülkelerde serviks

kanseri insidansı düşüktür (48). Serviks kanseri ABD’de kanser mortalitesinde 1 numara iken şu an 13. sraya dek düşmüş olmasına karşın dünyada halen meme kanserinin ardından ikinci sırada yer alıyor olması özellikle az gelişmiş ülkelerde tarama programında yetersizlikler olduğunu düşündürmektedir (51). Ülkemizde ise serviks kanseri en sık görülen sekizinci, en fazla ölüme neden olan onuncu kanser türüdür (50). İnsidansı 2008 yılında 100 000’de 4.4’tür (47).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye’de 1996’da 623 tane serviks kanseri saptanmış olup tüm kadın kanserleri arasında yedinci sırada iken 2002 yılında bu sayı 708’e çıkmış ancak tüm kadın kanserleri arasında onuncu sraya gerilemiştir. Serviks kanseri sayısı 2003 yılı verilerinde 763’e çıkarken tüm kadın kanserleri arasında da dokuzuncu sraya yükselmiştir. Serviks kanseri insidansı 2006 yılında yüz binde 4.8 iken 2008 yılında bu oran 4.4’e gerilemiştir (25). Serviks kanseri tanısı konulan kadınların %50’si 35-55 yaşları arasındadır (53).

2.3. Serviks Kanserin Belirtileri

2.3.1. Erken Dönem Belirtiler (7)

- Düzensiz, sızıntı şeklinde kirli vajinal kanama,
- Siklus dışı ara kanaması,
- Sarı, kirli, pis kokulu, et suyu görünümünde akıntı,
- Menapozdan sonra kanama,
- Menstruasyonun uzaması, kanamanın artması,
- Cinsel ilişkide kanama,
- Menstruasyon kanamalarında artış,
- Defekasyonda kanama.

2.3.2. Geç Dönem Belirtiler

- Kanser serviks sınırları dışına taşınca pelvis içine künt ağrılar,
- İnfiltrasyon kitlesinin sinirlere yaptığı baskı sonucu alt ekstremitelerde ve sırtta şiddetli ağrılar,
- Lenf dolaşımı engellenmesine bağlı alt ekstremitelerde ödem,

- Tümör kitlesindeki beslenme bozukluğuna bağlı gelişen nekroz sonucu kanla karışık, pis kokulu akıntı,
- Üreterlere infiltrasyon sonucu hidronefroz, pyelitis, pyelonefrit ve üremi,
- Tümör kitlesindeki enfeksiyon sonucu sepsis ve peritonitis, son dönemde kaşeksi, anemi,
- Metastaz yaptığı diğer organlarda sarılık, hematemez, ağrı gibi çeşitli semptomlar görülür (7,55).

2.4. Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Birçok kanserde olduğu gibi serviks kanserinde de etioloji kesin olarak bilinmemektedir. Aslında tüm kadınlar serviks kanseri yönünden risk altındadırlar. Ancak bireysel risk faktörleri bu riskin artmasına neden olur. Bu risk faktörlerinin çoğu olumsuz sağlık davranışlarıyla yakından ilişkilidir (56). Serviks kanseri ve öncü lezyolar için en fazla bilinen risk faktörleri;

2.4.1. Bireyin Davranışıyla İlgili Risk Faktörleri (56-60)

- Erken yaşta cinsel ilişki, (18 yaş ve altı)
- Cinsel eş sayısının çok olması,
- Cinsel eşin birden fazla kişi ile cinsel ilişkide bulunması,
- Cinsel eşin sünnetli olmaması,
- Cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) öyküsü,
- (Human papillomavirus (HPV), Herpes Simpleks Tip II ve klamidya enfeksiyonu vb.)
- İlk gebelik ve doğum yaşının 20 ve altında olması,
- Doğum sayısının üç ve üzeri olması,
- İmmunosupresyon durumunun olması,
- Erken menarş,
- İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV) / Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
- (AIDS) öyküsü,
- Sigara maruziyeti (aktif-pasif),

- Folat, karoten ve C vitamininden fakir diyet,
- İnrauterin dönemde Dietilstilbesterol (DES) ile karşılaşma,
- Düzenli olarak Pap testi yaptırmama, düzenli sağlık kontrolüne gitmeme,
- Sebze-meyveden fakir beslenmesi (vitamin c, beta-karoten ve folat eksikliği),
- Kötü hijyen,
- Beş yıldan fazla oral kontraseptif (OKS) kullanma gibi faktörler yer alır.

Cinsel Davranışlar: Erken yaşta seksüel yaşama başlama, hem squamöz hücreli karsinoma hem de adenokarsinoma için risk faktörüdür (3,61). Çalışmalar cinsel aktiviteye erken başlamanın serviks kanseri etyolojisinde önemi olduğuna işaret etmektedir. Özellikle 16 yaş ve altında evlenenlerde, servikal kanser gelişme riski yüksektir (3,56-58). Bunun muhtemel nedeni, gelişimini tam tamamlayamayan squamokolumnar kavşağın, genç kadının serviksini hücre değişikliği açısından uygun hale getirmesi ile açıklanmaktadır (59). Cinsel aktivite, serviks kanserlerine ait risk faktörleri arasında en önde yer almaktadır. Çünkü hastalık evli kadınlarda, genç yaşta evlenenlerde ve çok fazla cinsel ilişkide bulunanlarda fazla görülmektedir. Kısaca, çok partnerlilik enfeksiyon bulaşma riskini yükseltmektedir (56,62-66). Cinsel ilişki sırasında kondom kullanımı, HPV ve diğer CYBH etkenlerinin bulaşmasını önlediğinden serviks kanseri riskini azaltmaktadır (34,62).

İmmunsupresyon ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Öyküsü: HPV, Herpes Simplex Virus-2, klamidy ve HIV enfeksiyonu servikal kanserle ilişkili olduğu düşünülen cinsel yolla bulaşan hastalıklardır. Yüksek riskli seksüel davranışlar, hem HPV virüsünün, hem de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların gelişme riskini artırarak servikal kanser gelişme sürecine katkıda bulunmaktadır (3). Serviks kanseri HPV'nin onkojenik tiplerinin uzun süren enfeksiyonu sonucu ortaya çıkar. Serviks kanserinde en önemli risk faktörü HPV ile enfekte olmaktır. Tüm serviks kanserleri %99.7 HPV DNA'sı içermektedir (15,56,63,67). HIV bağışıklık sisteminin işlevlerini bozarak kadınların daha kolay HPV enfeksiyonuna yakalanmasına neden olur. HIV ile enfekte olmuş kadınlarda invaziv servikal kanser gelişme riski enfekte olmayan kadınlara göre yaklaşık üç kat fazladır. Bağışıklık sistemi aynı zamanda kanser hücrelerinin öldürülmesini

sağladığından AIDS'li hastalarda prekanseröz lezyonlar normale göre daha hızlı bir şekilde serviks kanserine dönüşür (15,68,69). HPV enfeksiyonu genellikle zararsız ve geçici olduğundan, çoğu HPV'li kişi enfekte olduğunu hiçbir zaman bilmeyecektir. Enfeksiyon yıllarca bulgu vermeden de bulunabilir, her zaman genital siğillere neden olmaz. Bu virüsün 100'den fazla farklı tipi olmasına karşın, sadece yüksek riskli tipleri kansere neden olurlar. Bunlar HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33 ve HPV 45'dir. HPV 16 ve 18 tüm servikal kanserlerin yaklaşık 2/3'ünden sorumludur (60,61). Ülkemizde kullanılma oranı yüksek olmayan kondom ve bariyer önlemleri riski azaltır, ancak tam olarak koruyucu değildir (62,70).

Sigara İçme (Aktif veya Pasif): Sigaranın servikal hücrelerde hasara neden olarak kanser gelişimine neden olduğu düşünülmektedir (64). İçilme miktarı ile de risk oranları artmaktadır. Sigara içimi ile birçoğu kanserojen olan yaklaşık 4000 değişik kimyasal madde ile vücut karşılaşmış olur. Sigara içenlerin servikal mukusunda bu maddelere normal popülasyondan çok daha fazla oranlarda rastlanılmaktadır (11). Bu maddelerin servikal hücrelerde DNA hasarına neden olarak servikal kanser gelişiminde etkili olabilecekleri düşünülmektedir (60).

Obstetrik Öykü: Paritenin servikal kanser riskini artırıcı etkisi, ilk olarak tanımlanan risk faktörlerinden birisidir (3). Serviks kanserinin görülme sıklığı gebelik sayısı ile paralel olarak artış göstermektedir. Gebelik sayısının üçten fazla olması ve ilk gebeliğin 20 yaşından önce olması önemli risk faktörü olarak gösterilmektedir (7). Multiparite ile servikal kanser arasındaki ilişkinin, aşırı doğum, düşük, kürtaj ve doğum esnasındaki, servikal travma ve gebelik esnasındaki hormonal durum veya beslenme alışkanlıkları ile ilgili olabileceği ileri sürülmüştür (56). Gebelik yaşının 17 yaş ve öncesi olması da 25 yaş ve üzeri olan kadınlara oranla riski 2 kat arttırmaktadır (64).

İlk Menarş Yaşı: Menstrüasyon yaşının erken olması ve menstrüasyon yaşının ilk cinsel ilişki yaşı ile arasındaki sürenin kısa olması serviks kanseri için risk faktörü olarak belirtilmektedir (56).

Oral Kontraseptif Kullanımı (OKS): Son çalışmalarda, uzun süreli OKS kullanımının, riski artırdığı tespit edilmiştir. Özellikle 5 yıldan uzun süreli kullanımlarda risk yüksektir. İnsan servikal dokusunda hormon reseptörleri vardır, OKS kullananlarda serviks epitelinde histolojik değişiklikler olur, viral etkenlere duyarlılığı artıran immunolojik değişiklikler gelişir ve OKS'ler mutajen girişini kolaylaştıran bir mukus salgısına neden olurlar (56,60).

Beslenme: Meyve ve sebzelerden fakir beslenme serviks kanseri gelişme riskini artırmaktadır. Şişmanlık da serviks kanseri risk etmenleri arasındadır (34). Son yıllarda ileri sürülen bilgilere göre beslenme ile ilgili etmenler, kanser ölümlerinin %35'inin nedenidir. Yağ tüketimi ile kanser olusumu arasında doğrusal bir ilişki vardır. Ayrıca vitamin eksikliğinin özellikle vitamin A ve C'nin servikal kanserlerde önemli rolü olduğu düşünülmektedir. Serviks kanserinin görülme sıklığı da obez kişilerde 3 ila 10 kat daha fazladır (7).

Kötü Genital Hijyen: Menstrasyon ve perine hijyeninin yeterli ve doğru biçimde uygulanmaması, genito-üriner enfeksiyonlar yönünden risk oluştırmaktadır. Bu tür enfeksiyonlar, erken dönemde saptanıp gerekli önlemler alınmadığında, serviks kanserleri gibi ciddi sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (56).

Dietilstilbestrol: Ülkemizde, 1940-1971 yılları arasında düşüğü önlemek için kullanılmıştır. Anneleri dietilstilbestrol kullanan kadınların serviks kanserine yakalanma olasılığı daha yüksektir (34).

Düzenli Jinekolojik Muayene ve Tarama Yapılmaması: Serviks kanseri düzenli jinekolojik muayenelerle erken dönemde tanısı konulabilecek bir hastalıktır. Bunun için, servikal kanser ortaya çıkmadan genital enfeksiyonların araştırılması, tedavisinin sağlanması açısından bilinçli bir yaklaşım gerekmektedir. Düzenli jinekolojik muayene ve Pap smear testi servikal kanserden korunmada yardımcıdır (56-60).

2.4.2. Sosyo-Demografik Risk Faktörleri

- İleri yaş,
- Irk (siyah, hispanik)
- Asya, Afrika ve Latin Amerika yerleşimi
- Düşük sosyo ekonomik durum
- Anne ya da kız kardeşte servikal kanser öyküsünün olması,
- Düşük eğitim düzeyidir (3,11,12,19,21,56).

Yaş: Servikal kanser 30-55 yaş arasında daha sık görülmektedir (12). Ortalama görülme yaşı 52 olup 35-39 ve 60-64 yaşlarında iki ayrı dönemde pik yapmaktadır (7).

İrk: Servikal kanserin beyaz kadınlarda rastlanma sıklığı 7.6/100 bin, siyah kadınlarda ise 12/100 bin oranındadır. Siyah kadınlar beyazlara göre yaklaşık üç kat daha fazla oranda servikal kanserden ölmektedir (56).

Düşük Sosyoekonomik Durum: Sağlık hizmetlerine ulaşım sıkıntısı, erken yaşta cinsel ilişki yüksek gebelik ve yetersiz hijyen koşullarının yoksul kadınlar arasında riski arttırdığı bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, serviks kanserlerinin düşük sosyoekonomik durumla ilişkili olduğu, bu nedenle hastalığın kırsal kesimde ve gelir düzeyi düşük kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (56). Yoksulluk serviks kanseri risk etmenleri arasında sayılmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınlar sağlık sisteminden yeterince yararlanamamaktadır. Bunun sonucu olarak serviks kanseri tarama testi olan Pap smear testini yaptıрма olasılığı düşmektedir (34).

Aile Öyküsü: Ailesinde serviks kanseri olan kadınlarda risk 2-3 kat artmaktadır (64).

2.5. Serviks Kanseri Erken Tanı ve Tarama

Kansere yönelik hizmetler arasında yer alan birincil koruma, kansere neden olduğu bilinen etkenlerden uzaklaşmayı, ikincil koruma ise kanser belirtisi olmayan kişilerde taramalarla erken dönemde tanı konulmasını amaçlar (21,23).

Kanserin önlenmesinde, kanser riski altında olanların saptanması ve erken tanı, iki önemli faktördür. Erken tanı, hastalığın klinik belirtilerinin ortaya çıkmadığı dönemde tanılanmasıdır. Erken tanıda amaç, toplumda sık görülen ve erken tanındığı zaman yapılacak tedavi ile hastalığın tamamen yok edilme şansı yüksek olan kanser türleri üzerine yoğunlaşmaktır (56). Dünya çapında ön sıralarda yer alan servikal kanser oranının azaltılması için, bu hastalığın ortaya çıkmadan etkili bir tarama programı ile saptanması ve önlenmesi düşünülmüştür. Başarılı bir tarama programı için bazı ön şartlara gereksinim vardır. Bu şartların en iyi bilinen ve halen geçerli olanları Wilson ve Jungner tarafından ortaya konulmuştur (71).

Bu kriterlere göre;

1. Araştırılan durum önemli bir sağlık sorunu olmalıdır.
2. Saptanan hastalar için kabul edilen bir tedavi yöntemi olmalıdır.
3. Tedavi ve teşhis için olanaklar olmalıdır.
4. Saptanabilen bir latent veya erken semptomatik dönem olmalıdır.
5. Uygun bir test veya muayene yöntemi olmalıdır.
6. Test toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır.
7. Hastalığın doğal gidişi tam olarak anlaşılmış olmalıdır.
8. Kimlerin hasta olarak tedavi edileceği konusunda uzlaşılmış bir politika olmalıdır.
9. Yapılacak harcama, medikal bakım harcamasıyla ekonomik açıdan dengede olmalıdır.
10. Olgu saptanması bir kerelik değil, süregelen bir süreç olmalıdır.

Serviks kanserinde erken tanı Pap smear testi ile konulmaktadır (34). Bu kriterler açısından değerlendirildiğinde Pap smear ile servikal kanser taraması, kanser önlenmesine yönelik ve maliyet açısından etkin olan çok nadir girişimlerden birisidir (21,60). Gelişmekte olan ülkelerde hem serviks kanseri insidansı daha fazladır, hem de kanser bağlı ölüm oranları %50'lerdedir. Aradaki bu farkın gelişmiş ülkelerde tarama yöntemlerinin yaygın kullanımına bağlı olduğu düşünülmektedir (31). Serviks kanseri insidansında en büyük azalmayı, etkili bir tarama programı ile Finlandiya sağlamıştır. Finlandiya'da 1960'lı yıllardan günümüze servikal kanser insidansı yüz binde 14'den yüz binde 4'e ve

mortalite yüz binde 7'lerden yüz binde 1'e düşmüş olup halen yılda yaklaşık 160 vaka ve 60 ölüm meydana gelmektedir. Uygulanan tarama programı sonucu yılda yaklaşık 300 ölümün önlenildiği belirtilmektedir (60).

2.5.1. Pap Smear Testi

Serviks kanserinde erken tanı yaklaşımı oldukça başarılı olup, serviks kanserinin tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Pap smear testi, serviks kanserinin erken tanınmasını sağlayan güvenilir bir test olup, serviks kanserinin lokalize veya metastaz öncesi evrelerde tanısını sağlayarak kansere bağlı ölümlerin önlenmesinde ve azaltılmasında hayati önem taşımaktadır (27).

Dünya çapında ön sıralarda yer alan servikal kanser oranının azaltılması için, bu hastalığın ortaya çıkmadan etkili bir tarama programı ile saptanması ve önlenmesi düşünülmüştür (21). Serviks kanseri riskini azaltan birçok sağlık davranışı vardır, ancak hiçbir davranış rutin Pap smear yaptırma kadar etkili değildir (14). Serviks kolay ulaşılabilir bir organ olduğundan, bu organın kanserlerinde Pap smear sayesinde erken tanı yapılabilen ve prognoz anlamlı ölçüde iyileşmektedir (19).

Pap smear testi, Papanicolaou ve Trout tarafından 1943 yılında geliştirilmiştir. Bu test, ucuz ve kolay olması, hastalar tarafından kabul edilebilmesi ve toplumsal taramalarda kullanılarak serviks kanserinden ölümleri yaklaşık %75 oranında düşürebilmesi ile eşsiz bir tarama yöntemidir. Ancak bu yöntemin, örnekleme sırasında alınan hücrelerin yetersiz olması, mukus, hücresel döküntü ve/veya kan ile epitel hücrelerin örtülmesi nedeniyle okunmasının zorlaşması gibi bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır (19,20).

Pap smear testi, servikste kanser başlangıcı olabilecek herhangi bir hücresel değişikliği belirleyebilen etkin tarama metodlarından birisidir (3,14,21). Pap smear ile prekanseröz lezyon saptanan kadınların uygun değerlendirme, tedavi ve takip ile hayatta kalma şansları %100'e çıkmaktadır (28). ABD gibi gelişmiş ülkelerde kadınların %85'i yaşamları boyunca en az bir kez Pap smear yaptırmış iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran sadece %5'tir (3). Dolayısıyla gelişmiş ülkelerde servikal kanser insidans ve mortalitesi, 50 yıldan fazla süredir

rutin Pap smear tarama programlarının uygulanmasına paralel, çok yüksek oranda düşmüş olmasına rağmen, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hala yüksektir (3-11-21-23).

Servikal tarama yapılacak kadın grubunun ve Pap smear yaptırma aralığının belirlenmesinde, risk faktörlerinin göz önünde tutulması önemlidir. Avrupa ülkelerinde Pap smear testi yaş gruplarına göre belirli aralıklarla uygulanmaktadır. Örneğin bu ülkelerden; Belçika'da 25-64 yaş aralığında 3 yıl süre ile, İsveç'te 20-60 yaş aralığında 3 yıl süre ile, Hollanda'da 30-60 yaş aralığında 3-5 yıl süre ile Yunanistan'da 25-64 yaş aralığında 2-3 yıl süre ile uygulandığı bildirilmiştir (35). Pap smear alımı konusunda standardizasyon, 2000 yılında ortaya konan American Society of Cytopathology kriterleri ile sağlanmış olup, bu kriterlerin uygulanması daha uygun tekniklerle smear alınmasını ve dolayısıyla yanlış negatif oranının düşmesini sağlaması amaçlanmıştır. Bu kriterlere göre, Pap smear son adet tarihinden 10-18 gün sonra alınmalıdır, testten önceki 48 saat içinde vajinal duş, vajinal tampon, vajinal kontraseptif ajanlar veya ilaç kullanımı ve cinsel ilişki olmamalıdır şeklinde belirtilmektedir (21).

Birçok ülke tarafından kabul gören Amerikan Jinekologlar ve Obstetrisyenler Birliği (ACOG) ve ACS servikal kanser tarama önerilerine göre; taramanın başlangıç yaşı seksüel aktivite başladıktan 3 yıl sonra veya en geç 21 yaşında olmalıdır. Tarama aralıkları ise; ACS'e göre konvansiyonel sitolojiyle yılda bir veya sıvı bazlı Pap smear ile iki yılda bir; ACOG'a göre ise hangi teknikle olursa olsun yılda bir olmalıdır. ACOG'un 30 yaş ve üzeri kadınlar için önerdiği üç tarama seçeneği vardır. Bunlardan ilki, yıllık tekrarlanan üç negatif testten sonra, Pap smear her iki ya da üç yılda bir tekrarlanabilir, İkincisi testin yıllık tekrarlanmasıdır, üçüncüsü Pap smear testi ile birlikte HPV-DNA testi yapılmış ve her iki test sonucu negatif çıkmış ise testin üç yıl veya daha fazla aralıklarla tekrarlanabileceği şeklindedir. HIV enfeksiyonu tanısı alan ve/veya immünsüpressif tedavi alan olgularda ilk yıl içinde iki kez, negatif sonuç olması durumunda yılda bir smear alınmalıdır. Servikal kanser taraması son 10 yılda anormal/pozitif sitoloji yokluğunda veya üç negatif smear varlığında ve ACS'e göre 70 yaşında ACOG'a göre 65 yaşında kesilmelidir (3).

Pap Smear Uygulanması

Pap smear basit, uygulaması kolay, emin ve tekrarlanması mümkün bir yöntemdir. Tarama amacıyla Pap smear almak için son adet kanamasının başlangıcından sonraki 10. ve 20. günler arası en uygun zamandır. Örnekleme yapılmadan önce son 48 saatte cinsel ilişki, lavaj veya intravajinal herhangi bir tedavi uygulanmamış olmalıdır. Genital enfeksiyon varsa tedavi edilmeli sonra smear alınmalıdır (31).

Pap smear bimanuel muayeneden önce alınır. Muayeneden önce kuru ve temiz bir spekulum takılır. Kullanılan spekulum antiseptik solüsyonlu olmamalı, suyla ıslatılmış veya kuru olmalıdır. Uygun bir smear almak için serviksin ve vaginanın üst bölümünün tam olarak görülmesi gerekmektedir (72-74). Vaginal yayma alınmadan önce serviks inspekte edilir. Epitelyum rengi ve yüzeyin özellikleri not edilir. En iyi sonuç için sitolojik açıdan önemli üç ayrı bölgeden üç ayrı smear alınmalıdır: Posterior vaginal forniks, squamocolumnar junction-endoservikal kanal. Önce eksternal osa endoservikal fırça sokulur ve 180 derece çevrilerek endoserviksten sürtme veya aspirasyon tekniği ile örnek alınır. Sonra plastik spatula eksternal osa sokulur ve etrafında 360 derece çevrilerek kazıma tekniği ile smear alınır. Alınan materyal hemen lama ince bir şekilde yayılmalıdır. Yayma yapılır yapılmaz kurumadan hemen fikse edilmelidir. Fiksasyondaki gecikme selüler şekillerin bozulmasına ve kurummasına yol açar. Fiksasyonda solüsyon olarak %95'lik etil alkol ve eter karışımı kullanılır. Smear preparatlarına ve istek formuna hastanın adı açık bir şekilde yazılır. Bu şekilde materyal patolojiye gönderilir (73,75-78).

Pap smear testi ile serviks ve buradan dökülen hücreler bir fırça yardımıyla örneklenecek inceleme amacıyla hücresel incelemeye gönderilir. Eğer Pap test anormal ise gerekli vakalarında, kolposkopi ve kolposkopik yönlendirilmiş servikal punch biyopsi ile histolojik değerlendirme yapılarak serviksin premaling/preinvaziv lezyonlarının uygun tedavisi yapılabilir (79).

Pap smear raporları patoloji uzmanının benimsediği ekole göre çeşitli sınıflama sistemlerinden biri veya bu üç sınıflamanın her biri ayrı ayrı temel alınarak yazılır. Pap smearın değerlendirilmesinde Papanicolaou, Cervikal

intraepitelyal Neoplazi (CIN) ve Bethesda sınıflamaları kullanılmaktadır. Bethesda sistemi günümüzde Pap smear değerlendirilmesinde kullanılan en önemli ve kapsamlı sistemdir. (Bkz. Şekil 2.1) Bethesda sistemi HPV'ye bağlı hüresel değişikliklerin sitolojik olarak tanımlanması olguların takip ve tedavisinde önemli kolaylıklar sağlamaktadır (45,74).

PAP sınıflaması	Tanıma Dayalı Sınıflama	Bethesda Karşılığı
Klas 1 →	Normal	Normal sınırlar içinde
Klas 2 →	Reaktif değişiklikler CIN 1	İyi huylu hüresel değişiklikler <ul style="list-style-type: none"> • İnflamasyon • Atrofi • Radyasyon • ASCUS • Low grade SIL (LSIL)
Klas 3 →	CIN2- CIN3	High Grade SIL (HSIL)
Klas 4 →	Carcinoma in-situ	High Grade SIL (HSIL) Mikro invazif kanser(az)
Klas 5 →	İnvazif karsinom (kanser)	İnvazif kanser (tutulum 3 mm'den daha fazla)

Şekil 2.1. Bethesda sistemi, Papanicolau sistemi ve CIN sisteminin karşılaştırması (45).
(CIN: Cervikal intraepitelyal Neoplazi; SIL: Squamoz İnteraepitelyal Lezyon; CIS: Karsinoma İn situ; ISC: İnvazivif Squamoz Cell)

CIN Sınıflaması

- CIN I: Epitelin alt 1/3'üne sınırlı displastik değişiklikler; hafif displazi.
- CIN II: Displastik değişiklikler epitelin 2/3'ünü içine alıyorsa; orta dereceli displazi.
- CIN III: Displastik değişiklikler epitelin tamamına yakını tutmuşsa; ağır displazi.
- CIS: Displastik değişiklikler epitelin tümünü içeriyorsa; karsinoma insitu.

Papanicolau Sınıflaması

- Class I: Normal.
- Class II: Atipik inflamasyon veya uterin hücreler.
- Class III: Displastik hücreler. (hafif, orta, ağır)
- Class IV: Karsinoma insitu.
- Class V: Malign hücreler invaziv kanseri destekler.

Bethesda Sınıflaması

Bu sisteme göre premalign squamöz lezyonlar 3 kategoriye ayrılır:

- Atipik squamöz hücreler (ASC).
- ASC-US: Önemi belirlenemeyen grup.
- ASC-H: Yüksek gradeli lezyonların ekarte edilmesi gereken grup.
- Düşük gradeli squamöz İntraepitelial lezyonlar (LSIL).
- Yüksek gradeli squamöz İntraepitelial lezyonlar (HSIL).

Kanser ya da kanser öncesi lezyon yok şeklinde rapor edilen Pap smear sonuçları, hasta da gerçekte de bu değişikliklerin olmadığı anlamına gelmeyebilir. Biyolojik her testte olduğu gibi Pap testinde de yanlış negatiflik oranları söz konusudur. Bu nedenle Pap testinin düzenli yapılması bu yanlış negatifliklerin kötü sonuçlarına neden olmadan telafisi sağlanabilir (75-78).

2.5.2. Türkiye’de Serviks Kanseri Erken Tanı ve Tarama Standartları

Türkiye’de serviks kanseri Pap smear testi tarama faaliyetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan politikalar doğrultusunda, Kanser Daire Başkanlığı’na bağlı olarak 49 ilde faaliyet gösteren Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM), 1. 2. ve 3. basamakta yürütülen poliklinik ve kliniklerde görevli hekim, ebe ve hemşireler tarafından aldıkları eğitimlere uygun olarak yapılmaktadır. Ayrıca kadın hastalıkları ve doğum kliniğine herhangi bir nedenle başvuran kadınlara Pap smear testi yapılmaktadır (3,38,70). Gelişmekte olan birçok ülkede son 10-20 yıl içinde, servikal kanser tarama programları

uygulamaya konulmuştur (29). Türkiye’de de son yıllarda Pap smear taramasına yönelik faaliyetler artmış olup, ulusal tarama programının oluşturulması çalışmaları devam etmektedir (3).

Ülkemiz koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir hedef, kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşında biten toplum tabanlı taramadır (30 ve 65 yaşlar dahil). Taranacak populasyon, aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak tanımlanmalıdır. HPV veya Pap smear testi her beş yılda bir tekrarlanır. Son iki HPV veya Pap smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir.

Histerektomi Sonrası Tarama; benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olguların takibi (CIN II ve III varlığı, benign kabul edilmemektedir), gerekli değildir. CIN II ve III nedeniyle histerektomi yapılan olgularda; üç dökümente edilebilen (raporu olan), teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama kesilmelidir (80-84).

2.6. Servikal Kanserden Korunma

Genel olarak kanser kontrol programları; birincil korunma (önleme), ikincil korunma (erken yakalama, tarama, erken tanı), üçüncül korunma (iyileştirme ve rehabilitasyon) ve yatıştırıcı bakım (palyatif bakım) şeklinde dört aşamayı içermektedir. Kanserden birincil ve ikincil korunmaya yönelik yürütülen faaliyetler, üçüncül korunmaya göre, maliyet açısından daha etkindir ve aynı zamanda hayat kurtarıcıdır. Bu nedenle kanseri önleme, erken tanı ve tarama programları ön plana çıkmaktadır (3,85).

Jinekolojik kanserler arasında serviks kanseri, sebep olan önemli risk faktörlerinin bilinmesi, düzenli sitolojik taramayla preinvaziv bir evrede tanı ve tedavi imkanının olması ile birincil ve ikincil korunma açısından çok uygun bir kanser türüdür (3,11). Genital kanserlerden korunmaya en iyi örnek serviks kanseri olup, neredeyse %100’e yakın korunma sağlanabilmektedir. Bu nedenle serviks kanserinden korunmada, kansere neden olduğu düşünülen faktörlerin

bilinmesi, alınacak önlemler açısından önemlidir. Serviks kanserinden korunmada genel ilkeler: (12,56,86-88)

- CYBH ve kondom gibi bariyer tip kontraseptif yöntemlerin kullanılması,
- Tek eşli cinsel yaşam, cinsel ilişki yaşının geciktirilmesi,
- A ve C vitamini ve folik asit yönünden zengin bir diyet uygulanması,
- Sigara ve alkol kullanımının bırakılması,
- Siklus dışı anormal kanamalara ve akıntılara, özellikle koitus sonrası lekelenme kanamalarına kanserin erken belirtisi olabileceğinden dikkat edilmesi,
- Cinsel aktif ve 18 yaşına gelmiş kadınların yıllık Pap test kontrolleri ile izlenmesi,
- Kişisel hijyenin bozuk olması serviks kanseri için risk faktörü olduğundan kişisel hijyen özellikle vulva hijyeni konusunda bilgi verilmesi,
- Tüm kadınların düzenli aralarla sitolojik olarak taranması, özellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki ve çok sayıda seksüel partneri olan kadınların taranması,
- Doğurganlığın planlanması, erken yaşta cinsel ilişki ve gebelikten sakınılması,
- Serviks kanserinden korunma ve erken belirtiler konusunda tüm kadınların aydınlatılması,
- Serviks kanserini önlemek için aşılama programlarının uygulanması.

Koruyucu Aşılar

HPV ile serviks kanseri arasındaki ilişkinin saptanması ve etkin tarama yöntemlerine rağmen servikal kanser görülme sıklığında önemli bir azalma olmaması aşı ile korunmayı gündeme getirmiştir. Günümüzde yüksek riskli HPV tip 16, 18 ile düşük riskli tip HPV 6 ve 11'e karşı geliştirilen quadrivalan ve HPV tip 16 ve 18'e karşı geliştirilen bivalan aşılar birçok ülkede kullanıma girmiştir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı onayı ile quadrivalan aşılar 23 Şubat 2007 tarihinde ve bivalan aşılar 28 Şubat 2008 tarihinde uygulanmaya başlanmıştır. Aşının en yüksek düzeyde etkili olması henüz cinsel ilişkiye başlamamış kişilerde uygulanması sayesinde olur. Yine de aşının kanser oluşturan tüm HPV tiplerine

karşı korunma sağlamadığı bilinmeli, bu nedenle düzenli Pap testlerinin aşılınmış kişilerde de gerekli olduğu unutulmamalıdır (89-91).

Servikal kanserden korunmaya yönelik aşı 9-26 yaş bayanlar, temel hedef 11- 12 yaş bayanlar şeklindedir. Aynı yaş erkeklere; Avustralya ve İngiltere’de yapılması onaylanmıştır. Tercihen seksüel aktivite başlamadan yapılması önerilmektedir. Gebelikte başlanmamalıdır. Aşılamada ilk doz yapıp gebe kalındıysa doğum sonrası “0”dan başlanıp 3 doz yapılmalıdır. İki doz yapıldıysa 6. ay dozu için gebelik sonrası emzirme dönemine bırakılmalı ve bir yıl içinde yapılmalıdır. Emzirme döneminde güvenle başlanıp yapılabilir. Aşılar gardasil ve cervarix olarak iki grup aşı bulunmaktadır. Gardasil 0.ay, 2.ay ve 6.ay dozu olmak üzere 3 doz şeklinde yapılmakta, cervarix ise 0.ay, 1.ay ve 6.ay dozu olmak üzere yapılmaktadır. Aşılar kas içine uygulama ile koldan ve kalçadan uygulanabilir (72,92-95).

Dünyada HPV aşısının rutin olarak yapılmasında bazı zorluklar vardır. Bunlar şöyle özetlenebilir:

- Bu aşı adölesanlara uygulanacağı için rutin çocukluk çağı programları içine giremez.
- Okulda bu aşılardan yapılması daha kolay gibi gözükse de birçok ülkede 9 yaş üstü okula giden kız oranı düşüktür.
- 9-25 yaş arası kızlara hizmet veren üreme sağlığı veya aile planlaması servisleri çoğu ülkede yoktur. Bunun için aşılardan bu gibi yerlerde yapılması olanağı yoktur.
- Ailelerin ve toplumun aşının önemini algılamaları gereklidir. Özellikle tutucu toplumlarda cinsel yolla bulaşan bir hastalığa karşı aşılamaya kızların daha serbest davranacağı gibi varsayımlara yol açmamaktadır.
- Serviks kanseri ise fakir ülkelerde daha öldürücüdür. UNICEF ve başka vakıflardan destek sağlanması gereklidir (72).

2.7. Sağlık İnanç Modeli (SİM)

Yapılan çalışmalar serviks kanseri ve erken tanı davranışlarına yönelik bilincin artırılması ve bu davranışların düzenli olarak yapılması için modellerle desteklenmiş hemşirelik girişimlerinin yapılandırılması ve uygulanması gerektiğini ortaya koymaktadır (41). Farklı etmenler kadınların sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik farklı davranış ve tutum geliştirmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları, geliştirilen modellerle açıklanmıştır. Serviks kanserinde erken tanı davranışları sıklıkla SİM kullanılarak açıklanmaktadır (64).

Sağlık davranışı modelleri bireylerin sağlık davranışlarındaki değişikliklerin nasıl olduğunu açıklamaya yardımcı olmak üzere geliştirilmiştir. SİM kişiyi, sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamak amacıyla kullanılan en eski ve en çok bilinen sağlık davranış modellerinden birisidir (3).

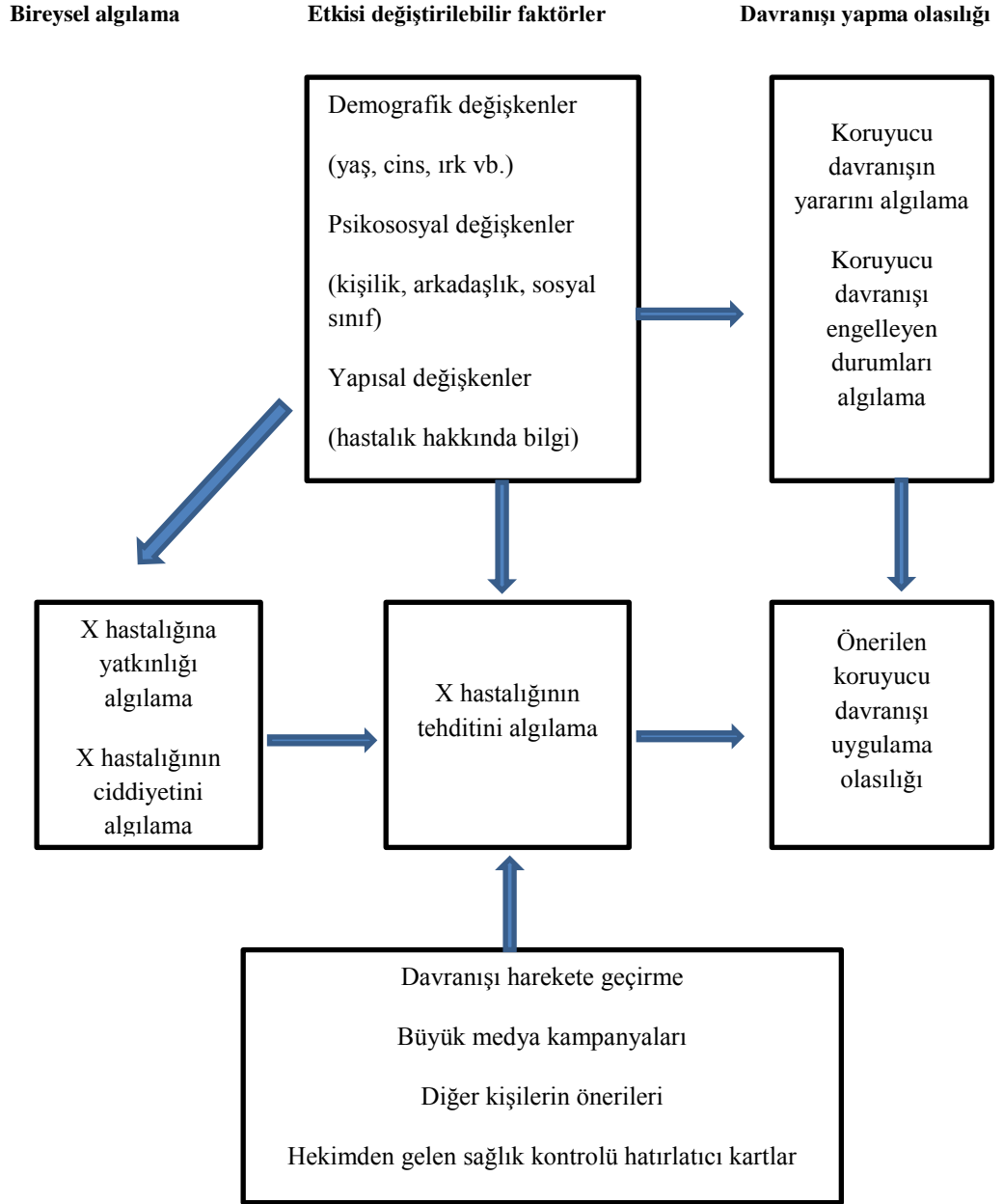
Hemşirelik disiplini birçok kavramsal modelle zenginleşmiştir. Hemşire araştırmacılar, araştırmalarında bu kavramsal modellerden birini kullanmalıdırlar. Kadınlarda erken tanı davranışlarının kazandırılmasında kullanılan birçok model bulunmaktadır. Bu modeller, SİM, planlı davranış teorisi, transteorik model, precede-proceed model, sosyal öğrenme teorisi ve sağlığı geliştirme modeli'dir (66). Bu modellerden SİM meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarını arttırmada en sık kullanılan modeldir (33).

SİM, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir. Ancak bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar modele zamanla eklenmiştir. Bu model, geliştirildiği ilk yıllarda insanların tarama ve aşılama programları gibi koruyucu sağlık davranışlarını anlamayı hedeflenmiş olsa da, hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır. ABD'de Halk sağlığı servisinde çalışan bir grup sosyal psikolog tarafından, tüberküloz ve servikal kanser taraması gibi halk sağlığı programlarına ücretsiz olmasına rağmen bazı

insanların katılmama nedenlerini belirlemek amacıyla ortaya atılmıştır. Modelin oluşumunda Lewin ve Becker'in sosyopsikolojik kuramından yararlanılmıştır.

Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Rosenstock'a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. Aynı zamanda, model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (3,32,74).

Model, “bireysel algılara, değişikliğe neden olan faktörlere ve beklenen davranışlara” etkili olan değişkenleri içerir. Bu yönüyle ele alındığında modelin, özellikle bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen bireysel algılara temellendiği söylenebilir. Modelde sağlık davranışlarında etkili olduğu varsayılan bireysel algılar tanımlanmıştır (96). (Bkz. Şekil 2.2)



Şekil 2.2. Sağlık inanç modeli (3).

SİM altı alt gruba ayrılmıştır.

1. Duyarlılık Algısı: Bireyin kendini belli koşullarda hassas ve zedelenebilir hissetmesi, yani hastalığı bir tehdit olarak algılamasıdır. Bu durum bireyin kendi hayat tecrübelerine dayanarak çıkarttığı sonuçlar ya da ailede görülen bir rahatsızlık sebebiyle kendisinde o hastalığa duyarlı olduğu inancıdır. Sağlıklı davranışları benimsemeye insanlar üzerinde etkili olan güçlü algılardan bir tanesi algılanan duyarlılıktır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltmak için davranışı gösterme olasılığı da artmaktadır (3,32,75).

2. Ciddiyet Algısı: Bireyin hastalığı ciddiye alması yani tehdit edici olarak algılamasıdır. Bu algı, bireyin birincil korunmaya olan isteğini yansıtır. Algılanan ciddiyet kavramı hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançları ifade etmektedir. Ciddiyet algısı çoğunlukla tıbbi bilgi veya deneyime dayansa da aynı zamanda bir kişinin hastalığın yaratacağı zorluklar veya o kişinin genel olarak hayatındaki etkileri ile ilgili sahip olduğu inançlardan da kaynaklanabilir. Beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde, bireyin hastalıkları önleme ve sağlığını sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Bu algı, bireyin birincil korunmaya olan isteğini yansıtır. Bu isteğin gerçekleşebilmesi için bireyde hastalığa ciddiyet algısının bulunması gerekir (3,32,74).

3. Yarar Algısı: Bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar faydalı algıladığı, davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışını uygulamaya açık olup olmadığını belirler. Bu nedenle bireylere olumlu sağlık davranışlarını uygulama ve sürdürmenin yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri öğretilerek, bireylerin sağlıkla ilgili tutum, davranışlar ve olumlu sağlık uygulamaları yapmanın yararı ile ilgili bilgilenmeleri sağlanabilir. Böylece bireyin kendi sağlığını kontrol etme olasılığı artar. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Koruyucu sağlık davranışlarının sergilenmesi, davranışın bireye sağlayacağı yarar ile davranışı uygulamada karşılaşılabilecek sorunlar arasındaki dengeye bağlıdır. Bu dengeyi yarar algısı ile engel algısı arasındaki fark belirler. Erken tanıya ilişkin davranışların

sergilenmesinde, engel algısına oranla yarar algısının yüksek olması önemlidir (32,33,75).

4. Engel Algısı: Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirir. Bunun sonucunda davranışı eyleme geçirir ya da geçirmez. Algılanan yarar algılanan engelden fazla ise koruyucu sağlık davranışının gerçekleşme olasılığı o kadar fazladır. Engelleyen durumlar arasında, "maliyet, ağrı, utanma, hoş olmayan bazı yaşam değişiklikleri, kanser korkusu, ilgisizlik, kanser ve erken tanı hakkında bilgi yetersizliği, bireyin sağlık algısı, sağlık personeli ile yaşanan olumsuz deneyimler ve sağlık personelinin cinsiyeti, sağlık kuruluşuna ulaşım güçlüğü, randevu alma ve sırada bekleme ile ilgili rahatsızlıklar, kültür ve geleneksel uygulamalar " koruyucu davranışlar için engel oluşturabilir (32,33,75).

5. Öz Yeterlilik: Bireyin istenilen sonuca ulaşmak için gereken eylemleri yapabilme yeteneğine olan inancı, kararlılığı ve iradesidir. Algılanan öz-etkililik, 1988 yılında Rosenstock, Strecher, ve Becker tarafından modele eklenmiştir. Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz etkililik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz etkililik önemli rol oynamaktadır. Bireyin kendi etkililiğine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amaca ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan aksilikler ve engellerle mücadele etme gücünü etkilemektedir. Öz-etkililik algısı yüksek olan bireyler eylemi uygulamada veya başarmada öz-etkililik algısı düşük olanlara göre daha fazla çaba harcarlar ve sonuçta eylemi uygulamada daha fazla etkin olurlar (32,33,75).

6. Motivasyon: SİM'de motivasyon önemli bir role sahiptir. Sağlık motivasyonu, eylemin davranışa geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma durumu olarak tanımlanır. Motivasyon, bireyin istek ve gereksinimlerinden kaynaklanan, deneyimleri ile değişebilen ve böylece tutumu

ve davranışlarına yön veren tepkilerdir. Diğer bir ifade ile sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesine yönelik davranışların oluşması için genel niyet ve istek durumunu ifade eder. Modele 1988’li yıllarda eklenen sağlık motivasyonu beklenen sağlık davranışlarını sergileme durumunda etkili olduğu belirtilmektedir. Sağlık motivasyonu, eylemin davranışa geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma durumu olarak tanımlanırken (3,74).

2.8. Serviks Kanserinden Korunma ve Erken Tanıda Hemşirenin Rolü

Günümüzde kanserli hastaya yaklaşım, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edindirme, risk tanılama ve gereken önlemleri alma gibi erken tanının önemini kavramadan başlayarak; hastalığı kabullenme, öz bakım gücünü geliştirerek kronik hastalıklarda olduğu gibi, onunla yaşamını sürdürme becerisi geliştirme ve yaşamın son döneminde, terminal hasta bakımına kadar uzanan çok geniş bir yelpaze içinde ele alınmaktadır.

Üreme organ kanserlerinin kadın sağlığı üzerindeki etkileri, büyük yıkım ve hasar yaratma şeklindedir. Özellikle hastalık ilerledikçe oluşan patolojik değişikliklerin geriye dönüşü olmadığı gibi ilerlemiş olgularda sağ kalım süresi 5 yıllı sınırlıdır. Bu nedenle kanser kontrolü ve sağlığı sürdürme çabalarında, tedavi yerine ‘‘Önleme’’ ön plana çıkmaktadır (6). Bu bağlamda DSÖ’nün yayımladığı ‘‘Ulusal Kanser Kontrol Programları’’ rehberinde de serviks kanseri, erken yakalama (hem tarama, hem erken tanı) programlarının uygulanmasını önerdiği kanserler arasında yer almaktadır (45).

Kanser yönetiminde sağlık profesyonellerine çeşitli hizmet alanlarında, farklı sorumluluklar düşmektedir. Bu bakış, hastaya verilen bakım ve desteğin boyutunu değiştirerek, hemşirenin görev ve sorumluluklarında olumlu değişikliklere yol açmıştır. Bu bağlamda hemşireler, hastalığın tedavisi, rehabilitasyonu, hastalıkla birlikte yaşamın sürdürülmesi ve terminal dönem bakımı olmak üzere hastalığın tüm evrelerinde en yüksek kalitede bakım vermek ve hastalarının yaşam kalitelerini yükseltmekle sorumlu sağlık profesyonelleridir (6). Hemşireler, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve danışmanlık hizmetleri gibi

görevleri nedeniyle de üreme çağı sağlık problemlerinin önlenmesi ve erken dönemde ortaya çıkarılmasında gereksinim duyulan etkin sağlık personelidir.

Kadın üreme sistemine ait olan serviks kanserinden, korunmanın ve erken dönemde belirlenmesinin kadın sağlığı dolayısı ile aile ve toplum sağlığının yükseltilmesindeki önemi yadsınamaz (7). Toplum sağlığının korunması ve sürekliliğinin sağlanmasında bilgilendirme ve bu doğrultuda istendik davranışları geliştirerek istenmedik davranışları değiştirmek önemlidir. Davranış değişikliği sağlayarak sağlığı geliştirmenin yolu bireyin bilinçlenmesi ve eğitimden geçmektedir. Dolayısıyla hemşirenin en önemli rollerinden birisi olan sağlık eğitimi, kadınların olumlu sağlık davranışı geliştirmelerinde etkili ve ucuz bir yöntemdir (3,64). Kadınların serviks kanseri erken tanı davranışlarının değiştirilmesi için eğitimlerin sürekli yapılması, eğitim yapılacak grubun özelliklerine ve davranışı engelleyen nedenlere yönelik olarak girişimlerin planlanması gerekmektedir (64).

DSÖ dâhil beş uluslararası örgütle işbirliği yapan Serviks Kanserlerini Önleme Örgütü, bilgi ve eğitim hizmetlerinde sadece doktorların değil tüm sağlık personelinin kadınlara nerede ve ne zaman ulaşabilirse serviks kanserlerinden korunma konusunda eğitim vermeleri gerektiğini belirtmiştir (45,56). Bu bağlamda hemşirelerin toplumu, özellikle de risk altında olan bireyleri kanserden korunma ve erken tanı belirtileri konusunda bilgilendirmeleri oldukça önemlidir (5). Hemşirelerin etkili bir sağlık eğitimi verebilmeleri için bu alanda yeterli bilgiye sahip olmaları, güncel gelişmeleri takip etmeleri önemlidir (3).

Kanserde erken teşhis ve taramanın yanında, nedenleri, risk etmenleri ve belirtileri hakkında toplumda kanser konusunda farkındalığı artırarak bilinç oluşturmak ve davranış değişikliği yaratmak oldukça önemlidir (69). Klinik bulgusu olan ya da hiçbir bulgusu olmayan yüksek riskli grupta bulunan bireylerin hastalığın erken döneminde kliniklere başvurmaları sağlanabilir (68). Genelde insanlar bir şikayeti olmadığı sürece genel sağlık kontrolüne gitmezler. Ancak, sağlık personeli tarafından risk altında bulunan bireylere gerekli uyarılar yapıldığı zaman kişiler, sağlık kuruluşuna giderler ve hastalıkların taranmasında pasif rolden, aktif role geçirilmiş olurlar (56). Nitekim ICN 2008 yılı temasında da,

temel sağlık hizmetlerini y6nlendirenlerin hemşireler olduğu belirtilmiş ve hemşirelerin primer korumaya y6nelik rollerinin 6nemi vurgulanmıştır (3,40).

Pap smear yaptırma davranışının bir6ok fakt6rden etkilendiği ve kadınların test yaptırma oranlarının istenilen d6zeyde olmadığı dikkate alındığında, Pap smear yaptırma davranışlarını engelleyen fakt6rlerin belirlenmesi ve tarama konusunda farkındalık kazandırma ama6lı m6dahalelerin yapılması olduk6a 6nemlidir. Hemşireler, bu konuda 6nemli bir role sahiptir ve aynı zamanda sağlık davranışını etkileyen fakt6rlerin belirlenmesine y6nelik yaptıkları araştırmalarla, kadınların Pap smear yaptırma oranlarını engelleyen fakt6rleri azaltabilecek 66z6m yollarının ve tarama programlarının geliştirilmesine katkıda bulunabilirler (3,65). Pap smear yaptırma davranışının farklı k6lt6rlere, gruplara ve sosyo demografik 6zelliklere g6re değişebildiğinin bilinmesi, sağlık personelinin hizmet verdiği gruba ulaşmasını ve hizmet sunmasını olumlu y6nde etkileyecektir (14,35). Sağlık profesyonelleri kadınların Pap smear testi yaptırma oranlarını artırmak ama6ıyla yeni yaklaşımlar geliştirmeli ve uygulamalıdır (27).

6lkemizde kanser risk fakt6rlerinin ve erken tanı belirtilerinin saptanması ve 6nlenmesine y6nelik 6alışmaların 6zellikle de saha araştırmalarının yetersizliği nedeniyle bu konuda araştırmaların artırılması, risk gruplarının belirlenmesi ve bu gruplara y6nelik sağlık hizmetlerinin planlanması gereklidir (5). Bu kapsamda bireylerde olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde kilit insan g6c6 olan hemşireler, kadınların tarama yaptırma davranışlarını etkileyen ve engelleyen fakt6rleri iyi tanımlamalı, taramaya katılmayan gruba da ulaşması ve taramaya y6nlendirme konusunda da etkili y6ntemleri belirlemesi gerekmektedir.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, 1 Mayıs 2013 ve 1 Haziran 2013 tarihleri arasında Ankara ilinde bulunan Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

2013 yılında Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. (N=30 000)

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran, araştırmaya alınma kriterlerine uyan kadınlar oluşturmaktadır. (N=300)

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya istekli,
- Ruhsal engeli olmayan,
- İletişimi güçleştirecek engeli olmayan,
- Okuma-yazma bilen,
- 15-49 yaş arasında,
- Histerektomi operasyonu geçirmemiş,
- Menopoz dönemine girmemiş,
- Halen veya geçmişte aktif cinsel yaşantısı olan,
- Daha önce jinekolojik kanser tanısı almamış,
- Gebe olmayan kadınlar araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

Örnekleme Hesabı

Bu çalışmada hedeflenen örnek hacmini hesaplamak için Basit Rastgele Örnekleme Formülü kullanılmıştır. Örnekleme madde bazında %95 güvenle en az 267 kişi hesaplanmıştır. 300 denekle çalışma tamamlanmıştır.

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

- $\alpha = 0.05$ (Hata Payını gösterir)
- $t = 1.96$ ($\alpha = 0.05$ anlamlılık düzeyinde t istatistiğidir.)
- $p = 0.5$
- $q = 0.5$ (p olasılığı görülme sıklığını gösterir, optimum örnek hacmine ulaşmak için p ve q değerleri eşit alınır)
- $d = 0.06$ (Duyarlılığı göstermektedir. Duyarlılığı arttırdıkça denek sayısı artış göstermektedir).

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1. Bağımsız Değişkenler

- Kadınların sosyo-demografik ve medikal özellikleri; yaş, medeni durum, canlı doğum sayısı, gebelik sayısı, aylık gelir durumu, çalışma durumu vb.
- Kadınların serviks kanseri ve erken tanı hakkındaki farkındalıkları.

3.5.2. Bağımlı Değişkenler

- Kadınların serviks kanseri taramasına yönelik SİMÖ alt boyut puanları.
- Kadınların serviks kanseri ile ilgili risk düzeyleri.
- Kadınların serviks kanseri ile erken tanı hakkındaki bilgi düzeyleri.

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmanın verileri, bireysel tanılama formu ve serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ kullanılarak elde edilmiştir: araştırmaya katılmaya kabul eden kadınlara yazılı onamları alındıktan sonra formlar dağıtılmış ve doldurulduktan

sonra tekrar toplanmıştır. Anket formlarının doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.6.1. Bireysel Tanılama Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından oluşturulan bireysel tanılama formu 4 ana bölüm ve toplam 43 sorudan oluşmaktadır.

1. Bölüm: 10 soru kadınların sosyo-demografik özelliklerini içeren ifadeleri içermektedir.
2. Bölüm: 7 soru kadınların serviks kanseri ve erken tanı ile ilgili farkındalık düzeylerini ölçen ifadeleri içermektedir.
3. Bölüm: 11 soru kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen ifadeleri içermektedir (min:0, max:11).
4. Bölüm: 15 soru kadınların serviks kanseri risk düzeylerini ölçen ifadeleri içermektedir (min:0, max:15).

3.6.2. Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi SİMÖ (EK-2)

Hemşirelik alanında Victorya Champion SİM'i temel alarak 1984 yılında meme kanseri taramalarına yönelik SİMÖ'ni geliştirmiş, 1993, 1997 ve 1999 da revize etmiştir. Champion'un meme kanseri taramasına yönelik geliştirdiği SİM'in Türk kültürüne uygunluğunu değerlendirmek amacıyla bazı hemşire araştırmacılar; ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (76). Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi SİMÖ geliştirilmeden önce meme kanseri ve taramalarına yönelik bu ölçeği geliştiren Victoria Champion'dan izin alınmıştır. Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında, konuyla ilgili literatürden, alanında uzman kişilerin görüşlerinden, bu konuda yapılmış Türkçe uyarlama ve ölçeklerden yararlanılmıştır (97). Bu ölçek Gülten Güvenç, Aygül Akyüz ve Cengiz Han Açikel tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Ölçek beş alt boyutta toplanmış 35 maddeden oluşmuştur (Bkz. Tablo 3.1).

Ölçeğin değerlendirilmesinde 1'den 5'e kadar değişen 5'li likert tipi ölçekleme- "kesinlikle katılmıyorum" (1), "katılmıyorum" (2), "kararsızım" (3), "katılıyorum" (4), "tamamen katılıyorum" (5) yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin her

boyutu ayrı ayrı değerlendirilir, tek bir toplam puanda birleştirilmez. Buna göre, her birey için kullanılan boyut sayısı kadar puan elde edilir. Puanların yükselmesi duyarlılık ve önemsemenin arttığını, yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir.

Tablo 3.1. Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ.

Madde Sayısı	Soru Numarası	SİMÖ Alt Boyutları	Min. Puan	Max. Puan
3 Madde	1-3 Arası İfadeler	Duyarlılık	3	15
7 Madde	4-10 Arası İfadeler	Önemseme/Ciddiyet	7	35
14 Madde	11-17 Arası İfadeler	Sağlık Motivasyonu	7	35
3 Madde	18-21 Arası İfadeler	Yarar	4	20
8 Madde	22-35 Arası İfadeler	Engeller	14	70

Ölçeğin güvenilirlik analizinde, ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa katsayısı ve alt ölçeklerin madde-toplam puan korelasyonları ile değerlendirilmiştir. Alt ölçeklerin madde-toplam puan korelasyonları 0.30-0.70 arasında, alt boyutların iç tutarlılığı 0.62 ile 0.86 arasında bulunmuştur. Yarar alt boyutuna ait bir madde düşük madde korelasyonu (0.17) nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini değerlendirmek amacıyla retest uygulaması yapılmıştır. Test–retest korelasyonu 0.79-0.88 arasında bulunmuştur (97).

3.7. Verilerin Analizi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin frekans ve yüzdesel dağılımları verilmiştir. Normallik testi sonunda, gruplar arasında farklılık incelenirken ikili gruplarda normal dağılmayan değişkenlerde Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda ise normal dağılmayan değişkenlerde Bonferroni düzeltmeli Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki değerlendirilirken ise

Ki-kare analizi kullanılmıştır. Gruplar arası farklılık incelenirken $p \leq 0.05$ alınmıştır.

3.8. Bütçe

Araştırmanın tüm giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için verilerin toplanacağı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinden etik kurul izinleri alınmıştır (Ek-4). Anketler uygulanmadan önce de kadınların yazılı olarak izinleri alınmıştır. Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ ölçeği kullanılmadan önce elektronik ortamda gerekli izinler alınmıştır (Ek-3).

3.10. Çalışma Takvimi

Yapılan Çalışmalar	Şubat 2013	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak 2014
Literatür Tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Konu Seçimi	X											
Tez Önerisi		X										
İzinlerin Alınması			X	X								
Düzeltilmelerin Yapılması ve Veri Toplama				X	X	X						
Tez Ara Raporu							X					
Verilerin Analize Hazırlanması								X	X			
Yorum Ve Tez Yazımı										X	X	
Tez Sunumu												X

Şekil 3.1. Çalışma takvimi.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları 5 ana başlıkta ele alınmıştır:

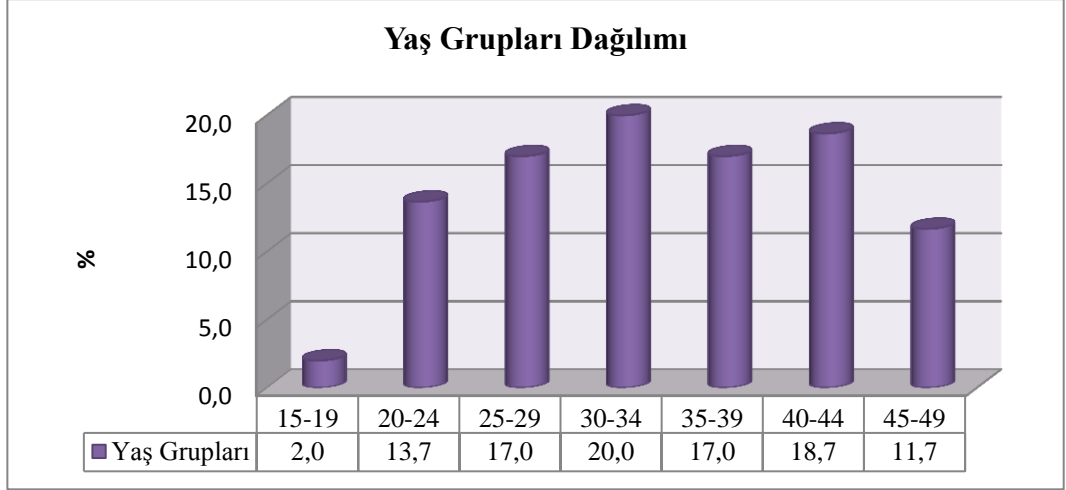
1. Kadınların sosyo-demografik özellikleri,
2. Kadınların obstetrik ve tıbbi özellikleri,
3. Kadınların serviks kanseri ve Pap smear testine yönelik tutumları,
4. Kadınların riskli davranışları ve serviks kanseri ile Pap smear hakkında bilgi düzeyleri,
5. Kadınların SİMÖ puan ortalamaları ile etkileyen belirleyicilerin ileri analizleri.

4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri

Bu bölümde araştırma kapsamındaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımlarına tablo ve grafiklerde yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların yaşlarına göre dağılımı.

		N	%
Yaş Grubu	15-19	6	2.0
	20-24	41	13.7
	25-29	51	17.0
	30-34	60	20.0
	35-39	51	17.0
	40-44	56	18.7
	45-49	35	11.7
	Toplam	300	100.0

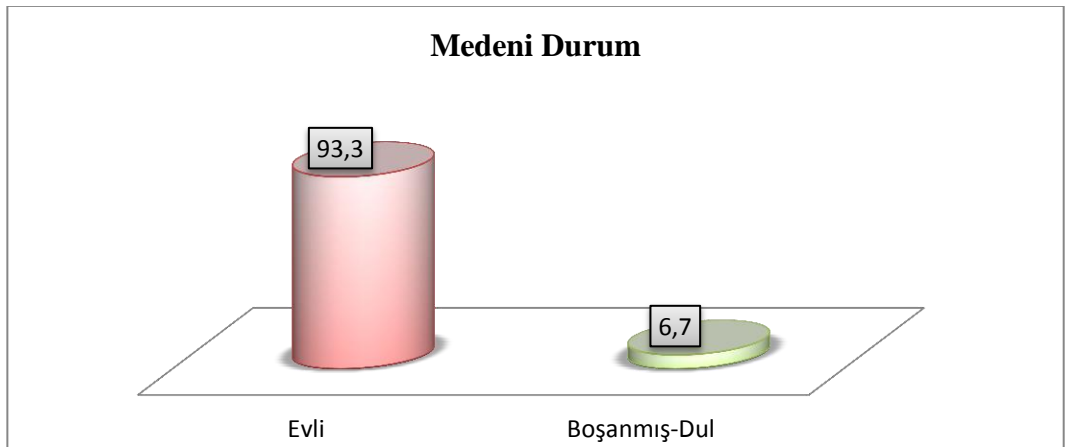


Şekil 4.1. Kadınların yaşlarına göre dağılımı.

Tablo-Şekil 4.1'e bakıldığında, araştırma kapsamına alınan kadın yaş ortalaması 34.1 ± 8.1 'dir. Kadınların yaş dağılımlarına bakıldığında; kadınların % 2'sinin 15-19, %13.7'sinin 20-24, %17.0'sinin 25-29, %20'sinin 30-34, %17'sinin 35-39 yaş arasında, %18.7'sinin 40-44, %11.7'sinin 45-49 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Kadınların medeni durumlarına göre dağılımı.

		N	%
Medeni durum	Evli	280	93.3
	Boşanmış-Dul	20	6.7
	Toplam	300	100.0

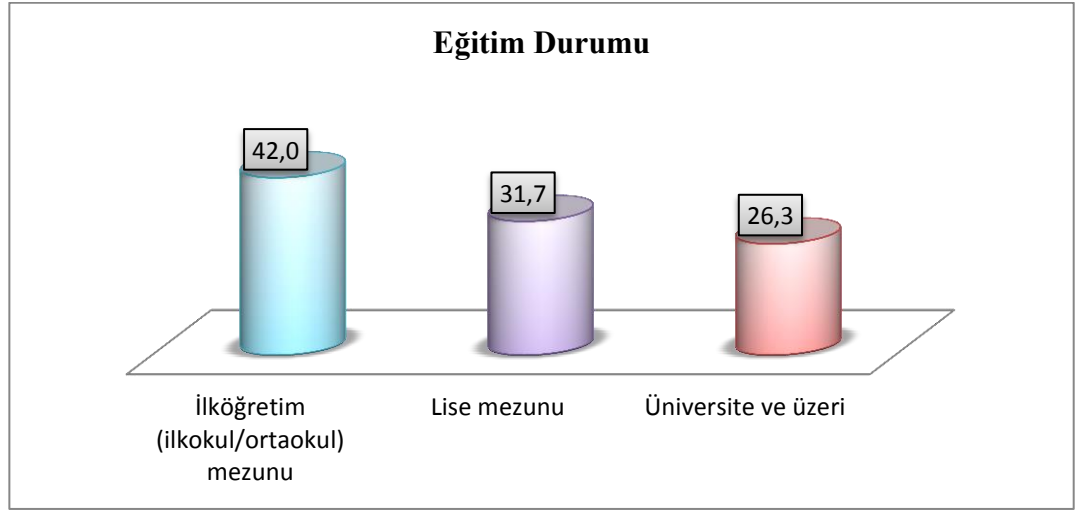


Şekil 4.2. Kadınların medeni durumlarına göre dağılımı.

Tablo-Şekil 4.2’de kadınların medeni durumuna ilişkin dağılıma bakıldığında; kadınların %93.3’ünün evli, %6.7’sinin de boşanmış-dul oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı.

		N	%
Eğitim durumu	İlköğretim	126	42.0
	Lise	95	31.7
	Üniversite ve üzeri	79	26.3
	Toplam	300	100.0

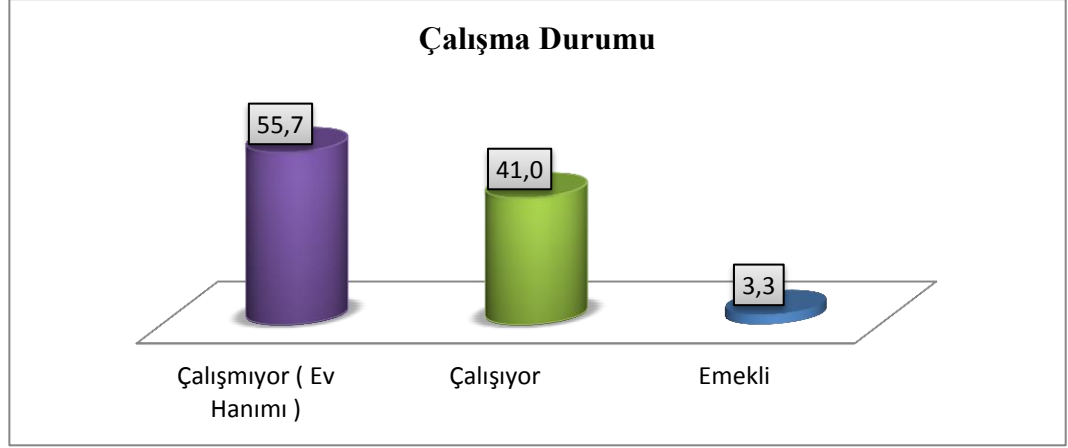


Şekil 4.3. Kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı.

Tablo-Şekil 4.3’e bakıldığında, kadınların %42’sinin ilkokul-ortaokul, %31.7’sinin lise ve %26.3’ünün üniversite ve üzerinde eğitim aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4.4. Kadınların çalışma durumlarına göre dağılımı.

		N	%
Çalışma durumu	Çalışmıyor (Ev Hanımı)	167	55.7
	Çalışıyor	123	41.0
	Emekli	10	3.3
	Toplam	300	100.0

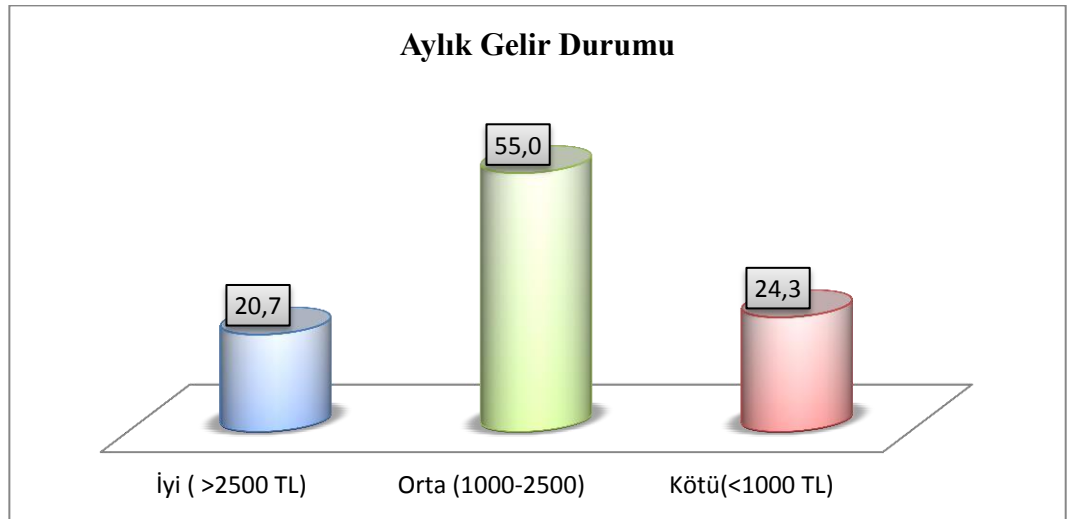


Şekil 4.4. Kadınların çalışma durumlarına göre dağılımı.

Tablo-Şekil 4.4'e bakıldığında, kadınların %55.7'sinin çalışmadığı, %41.0'ının çalıştığı, %3.3'ünün emekli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Kadınların aylık gelir durumlarına göre dağılımı.

		N	%
Aylık gelir durumu	İyi (>2500 TL)	62	20.7
	Orta (1000-2500 TL)	165	55.0
	Kötü (<1000 TL)	73	24.3
	Toplam	300	100.0



Şekil 4.5. Kadınların aylık gelir durumlarına göre dağılımı.

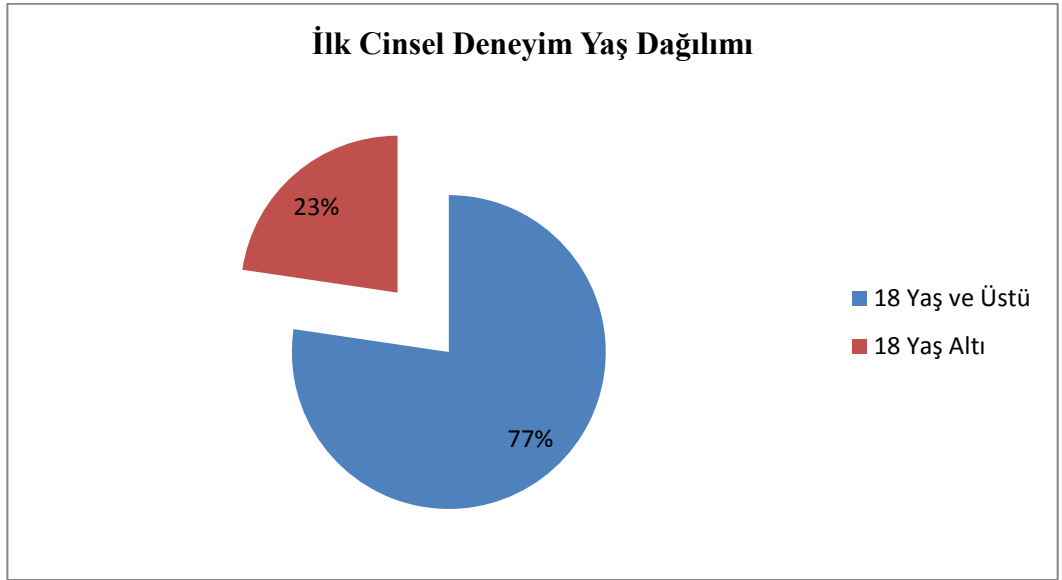
Tablo-Şekil 4.5'e bakıldığında, kadınların yarısından fazlasının (%55.0) aylık gelir durumunu “orta”, %20.7'sinin “iyi” ve %24.3'ünün “kötü” olarak belirttiği bulunmuştur.

4.2. Kadınların Obstetrik ve Tıbbi Özellikleri

Bu bölümünde; kadınların ilk cinsel ilişki yaşı, gebelik ve doğum sayısı, ilk doğum yaşı ve kronik hastalık varlığına ilişkin dağılımlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.6. Kadınların ilk cinsel ilişki yaşlarının dağılımı.

		N	%
İlk cinsel ilişki yaşı	18 Yaş ve Üstü	232	77.3
	18 Yaş Altı	68	22.7
	Total	300	100

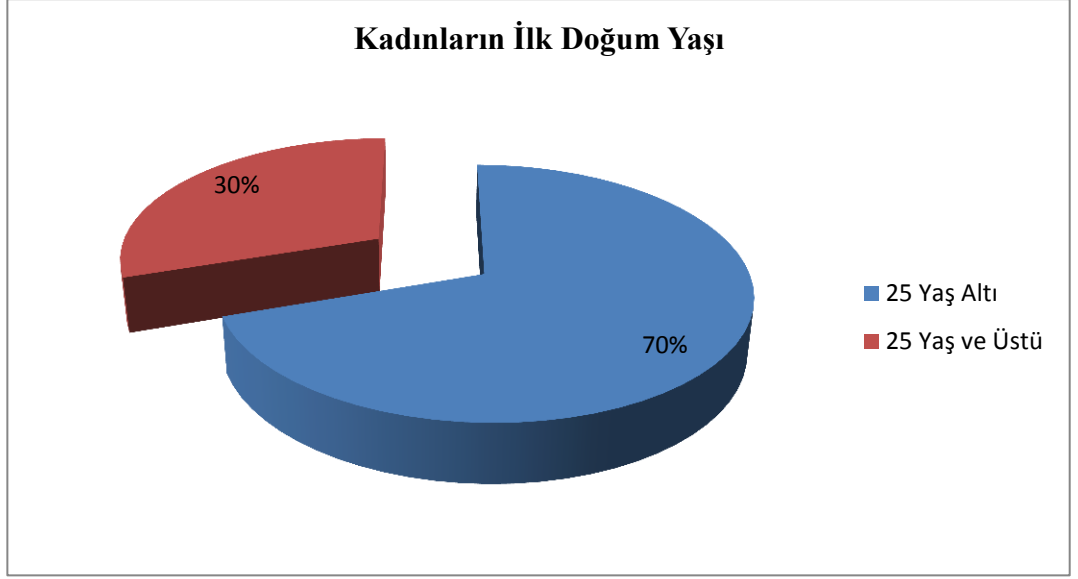


Şekil 4.6. Kadınların ilk cinsel ilişki yaşlarının dağılımı.

Tablo-Şekil 4.6'ya bakıldığında, kadınların %77.3'ünün 18 yaş ve üstünde, % 22.7'sinin 18 yaş altında ilk cinsel deneyimlerini yaşadıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Kadınların ilk doğum yaşlarının dağılımı.

		N	%
İlk doğum yaşı	25 Yaş Altı	178	69.8
	25 Yaş ve Üstü	77	30.2
	Total	255	100

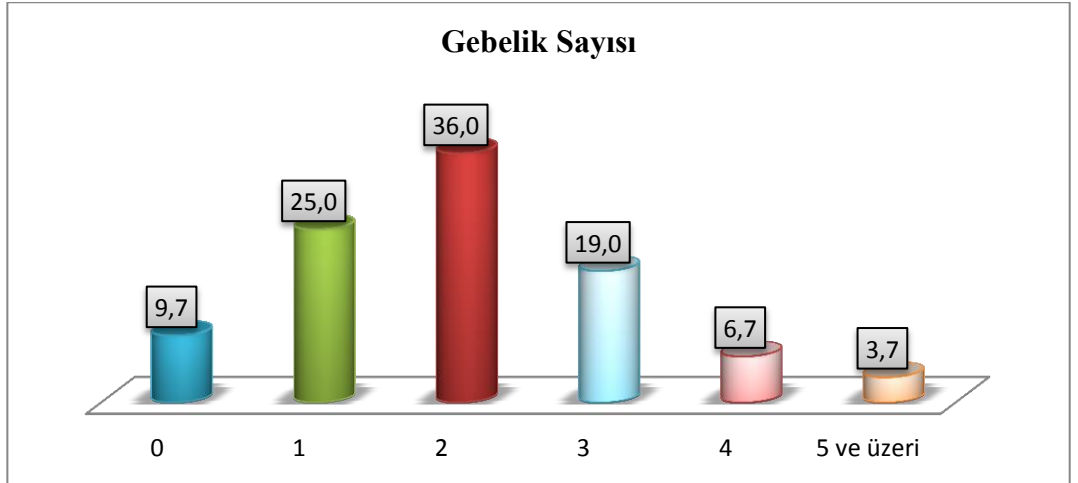


Şekil 4.7. Kadınların ilk doğum yaşlarının dağılımı.

Tablo-Şekil 4.7'ye bakıldığında, araştırma kapsamındaki kadınların %70'inin ilk doğum yaşı "25 yaş ve üstünde", %30'unun "25 yaşın altında" olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.8. Kadınların gebelik sayılarının dağılımı.

		N	%
Gebelik sayısı	0	29	9.7
	1	75	25.0
	2	108	36.0
	3	57	19.0
	4	20	6.7
	5 ve üzeri	11	3.7
	Toplam	300	100.0

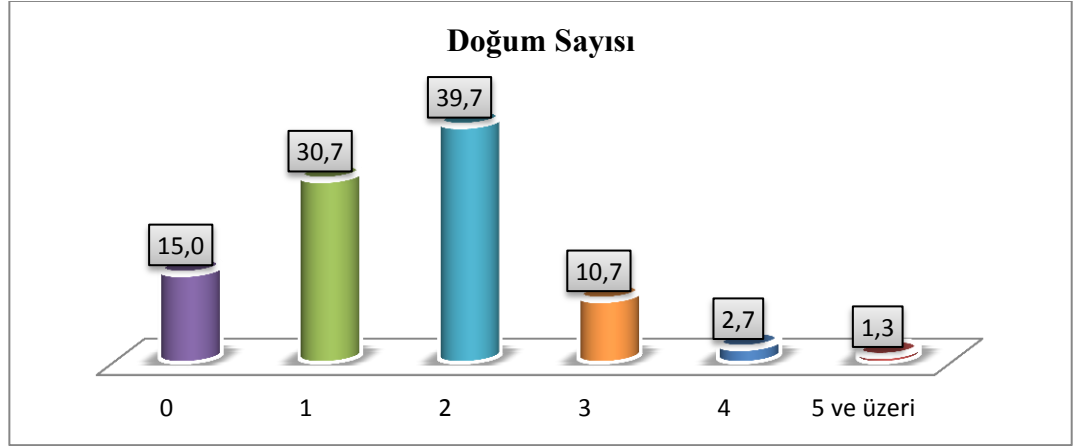


Şekil 4.8. Kadınların gebelik sayılarının dağılımı.

Tablo-Şekil 4.8'e bakıldığında, kadınların %25'inin bir, %36'sının iki, %19'unun üç, %6.7'sinin dört gebeliği olduğu belirlenmiştir. Gebelik sayısını beş ve üstü olarak belirten kadınların oranı %9.8 ve hiç gebe kalmadığını belirten kadınların oranı ise %9.7'dir.

Tablo 4.9. Kadınların doğum sayılarının dağılımı.

		N	%
Doğum sayısı	0	45	15.0
	1	92	30.7
	2	119	39.7
	3	32	10.7
	4	8	2.7
	5 ≥	4	1.3
	Toplam	300	100.0



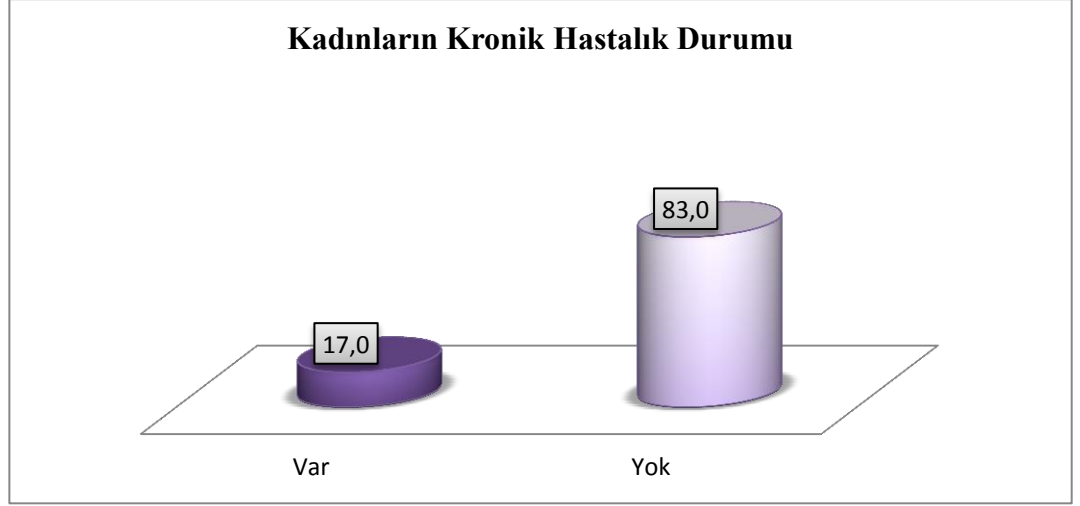
Şekil 4.9. Kadınların doğum sayılarının dağılımı.

Tablo-Şekil 4.9'da kadınların doğum sayısına ilişkin dağılıma bakıldığında; kadınların %30.7'si bir, %39.7'si iki, %10.7'si üç, % 2.7'si dört ve %1.3'sinin 5 ve üzeri doğum yaptıkları görülmektedir. Hiç doğum yapmayan kadınların oranı ise %15 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.10. Kadınların kronik hastalık durumuna göre dağılımı.

		N	%
Kronik hastalık durumu*	Var	51	17.0
	Yok	249	83.0
	Toplam	300	100.0

*Yüksek tansiyon, diyabet, kardiyovasküler sistem hastalıkları vb.



Şekil 4.10. Kadınların kronik hastalık durumlarına göre dağılımı.

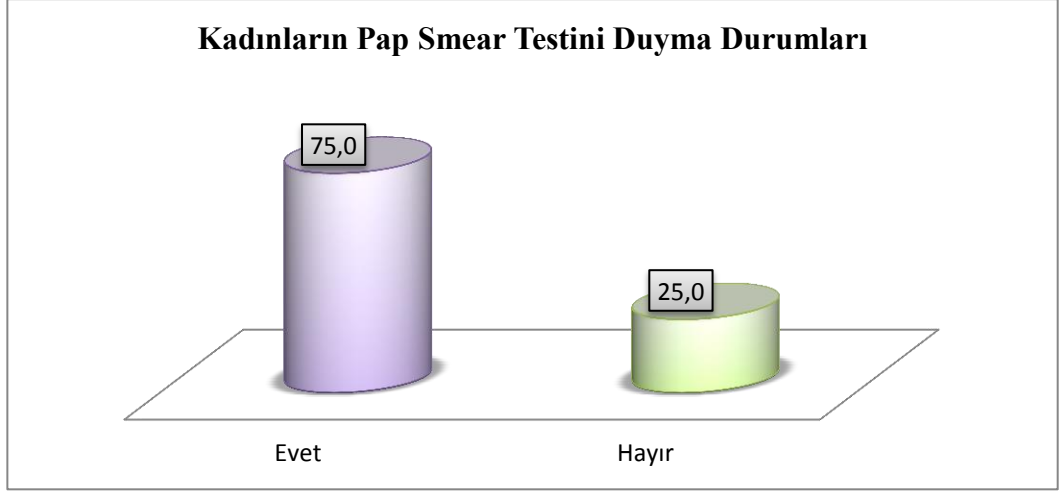
Tablo-Şekil 4.10’da kadınların kronik hastalık varlığına ilişkin dağılımına bakıldığında; kadınlardan %17’sinin kronik hastalığının olduğu, %83.0’ünün olmadığı belirlenmiştir.

4.3. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine Yönelik Tutumları

Araştırmanın bu bölümünde kadınların serviks kanseri ve Pap smear testine ilişkin tutumlarının dağılımlarına yer verilmiştir. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınlara, serviks kanseri erken tanı yaklaşımlarıyla ilgili bilgi isteme-istememe durumları, daha önce smear testini duyup duymadıkları ve duydularsa nereden duydukları, Pap smear testi yaptırma durumları ve sıklığı, smear testi yaptırma-yaptırmama nedenleri, normal olmayan smear örneklerinin olup-olmadığını belirlemek amacı ile serviks kanseri ve Pap smear testine ilişkin sorular sorulmuş, kadınlardan gelen yanıtlar doğrultusunda aşağıda yer alan grafik ve tablolara ulaşılmıştır.

Tablo 4.11. Kadınların Pap smear testini duyma durumuna göre dağılımı.

		N	%
Pap smear testini duyma durumu	Evett	225	75.0
	Hayır	75	25.0
	Toplam	300	100.0

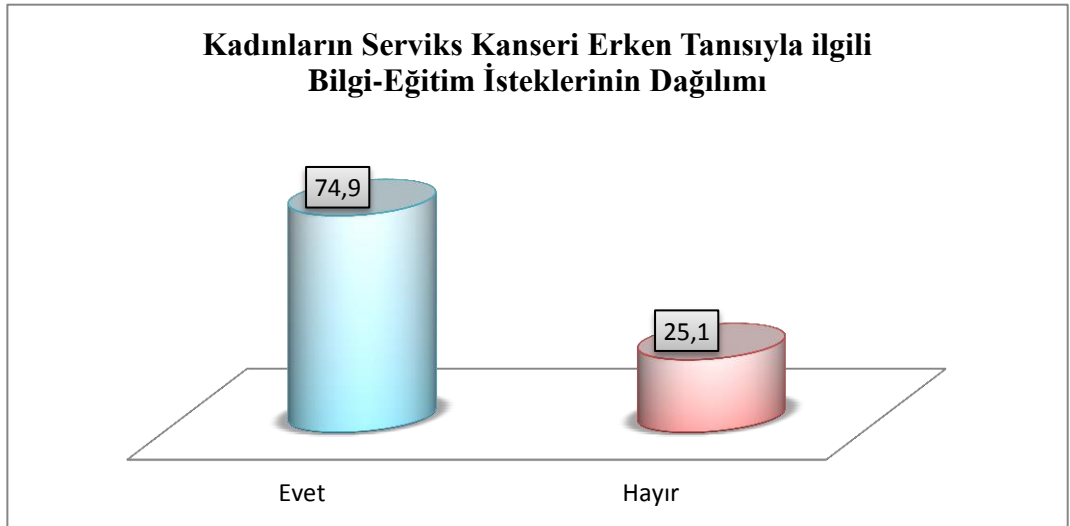


Şekil 4.11. Kadınların Pap smear testini duyma durumuna göre dağılımı.

Tablo-Şekil 4.11’de kadınların Pap smear testini duyma durumuna ilişkin dağılıma bakıldığında; kadınların %75’inin daha önce testi duyduğu, %25’inin duymadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.12. Kadınların serviks kanseri erken tanısıyla ilgili bilgi isteklerinin dağılımı

		N	%
Bilgi almayı isteme durumu	Evet	224	74.9
	Hayır	75	25.1
	Toplam	299	100.0

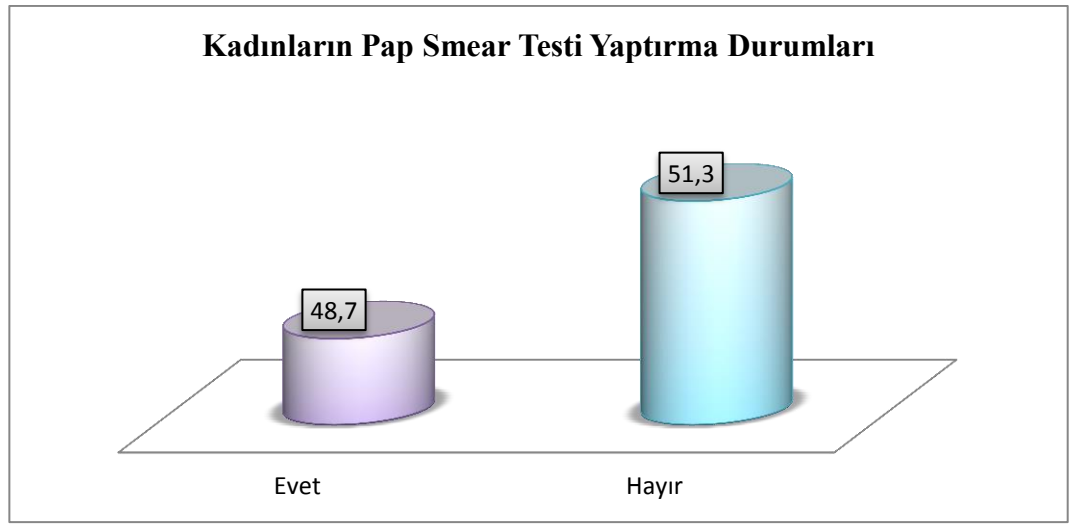


Şekil 4.12. Kadınların serviks kanserinin erken tanısıyla ilgili bilgi isteklerinin dağılımı.

Tablo-Şekil 4.12'ye bakıldığında, kadınların %74.9'unun serviks kanserinin erken tanısı ile ilgili bilgi/egitim almak istedikleri, %25.1'inin istemediği saptanmıştır.

Tablo 4.13. Kadınların Pap smear testi yaptırma durumlarına göre dağılımı.

		N	%
Pap smear testi yaptırma durumu	Evet	146	48.7
	Hayır	154	51.3
	Toplam	300	100.0

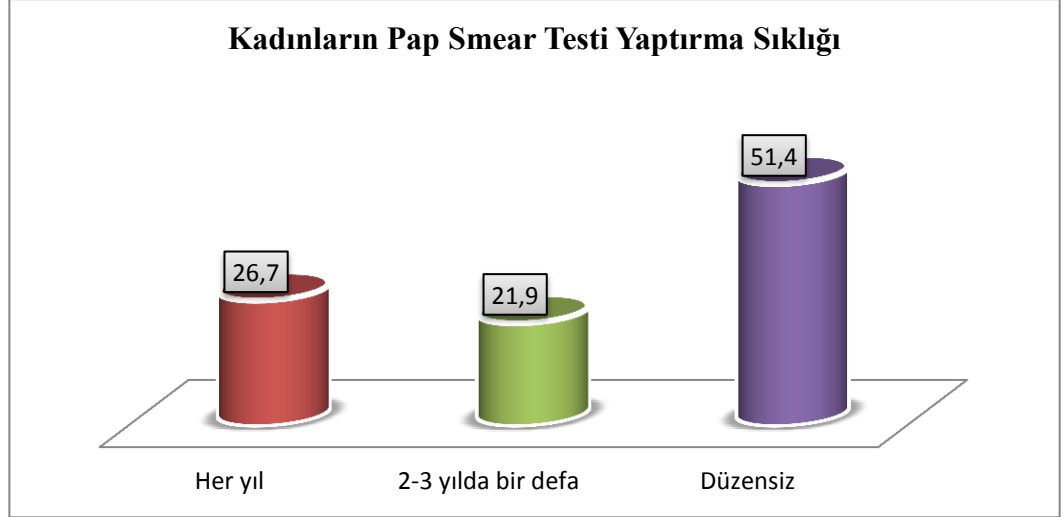


Şekil 4.13. Kadınların Pap smear testi yaptırma durumlarına göre dağılımı.

Tablo-Şekil 4.13'de kadınların Pap smear testini yaptırma durumuna ilişkin dağılıma bakıldığında; kadınların %48.7'sinin daha önce Pap smear testi yaptırdığı, %51.3'ünün test yaptırmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.14. Kadınların Pap smear testi yaptırma sıklığının dağılımları.

		N	%
Pap smear testi yaptırma sıklığı	Her yıl	39	26.7
	2-3 yılda bir defa	32	21.9
	Düzensiz	75	51.4
	Toplam	146	100.0



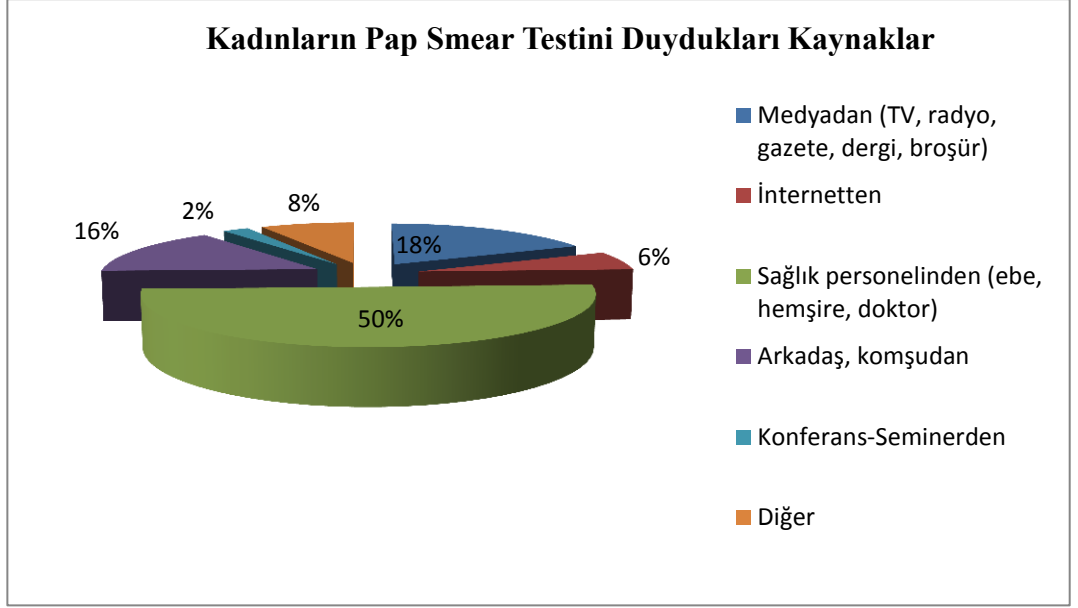
Şekil 4.14. Kadınların Pap smear testi yaptırma sıklığının dağılımları.

Tablo-Şekil 4.14’de kadınların Pap smear testi yaptırma sıklığına ilişkin dağılıma bakıldığında; kadınların %26.7’sinin her yıl, %21.9’unun 2-3 yılda bir ve %51.4’ünün düzensiz Pap smear testi yaptırdıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.15. Kadınların Pap smear testini duydukları kaynakların dağılımları.

Smear Testini Duydukları Kaynaklar	N*	%
Medya (TV, radyo, gazete, dergi, broşür)	56	18.7
İnternet	19	6.3
Sağlık personelinde (ebe, hemşire, doktor)	155	51.7
Arkadaş, komşu	47	15.7
Konferans-Seminer	7	2.3
Diğer (ebeveyn ve diğer yakınları)	25	8.3

*Yüzdeler N üzerinden alınmıştır.



Şekil 4.15. Kadınların Pap smear testini duydukları kaynakların dağılımları.

Tablo-Şekil 4.15’de kadınların Pap smear testini duydukları yerlere bakacak olursak; %18.7’sinin medyadan, %6.3’ünün internette, %51.7’sinin sağlık personelinde, %15.7’sinin arkadaş-komşudan, %2.3’ünün konferans-seminerden duyduğu saptanmıştır.

Tablo 4.16. Kadınların Pap smear testi yaptıırma nedenlerinin dağılımları.

Smear Testi Yaptırma Nedenleri	N*	%
Düzenli sağlık kontrolü için	60	20.0
Doktor isteği	72	24.0
Ailede kanser hikayesi olduğu için	11	3.7
Kanama şikayeti	8	2.7
Kanser endişesi yaşadığım için	16	5.3
Akıntı, kaşıntı şikayeti	39	13.0
Vajinal siğil nedenli	3	1.0

*Yüzdeler N üzerinden alınmıştır



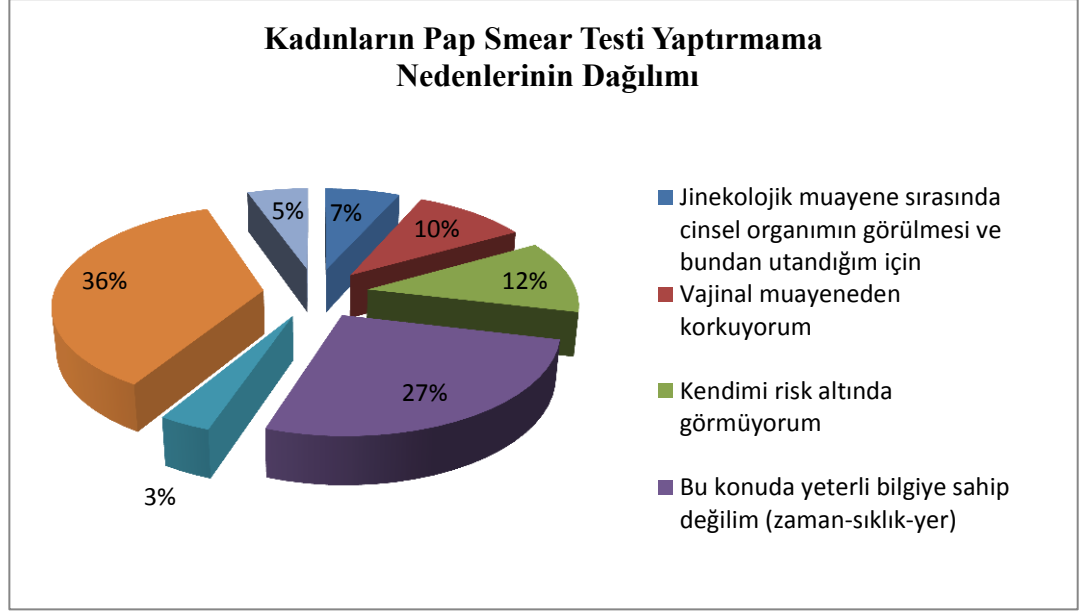
Şekil 4.16. Kadınların Pap smear testi yaptırma nedenlerinin dağılımları.

Tablo-Şekil 4.16'da kadınların Pap smear testi yaptırma nedenlerine bakıldığında; %20'sinin düzenli sağlık kontrolü, %24'ünün doktor önerisi, %13'ünün akıntı, kaşıntı şikayeti, %5.3'ünün kanser endişesi, %3.7'si ailede kanser öyküsü, %2.7'sinin kanama şikayeti olduğu için test yaptırdıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.17. Kadınların Pap smear testi yaptırmama nedenlerinin dağılımı.

Smear Testi Yaptırmama Nedenleri	N*	%
Utandığım için	16	5.3
Korktuğum için	24	8.0
Kendimi risk altında görmediğim için	28	9.3
Bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığım için (zaman-sıklık-yer)	63	21.0
Muayene eden kişi erkek olduğu için	8	2.7
Şu ana kadar herhangi bir şikayetim olmadığı için	85	28.3
Diğer (önemsememe, ekonomik ve ulaşım sıkıntısı)	13	4.3

*Yüzdeler N üzerinden alınmıştır



Şekil 4.17. Kadınların Pap smear testi yaptırmama nedenlerinin dağılımı.

Tablo-Şekil 4.17'ye bakıldığında, kadınların %28.3'ünün herhangi bir şikayetinin olmaması, %21.0'inin yeterli bilgiye sahip olmaması, %9.3'ünün kendini risk altında görmemesi, %8'inin vajinal muayeneden korkması, %5.3'ünün jinekolojik muayene sırasında cinsel organının görülmesinden utanması ve %2.7'sinin muayene eden kişinin erkek olmasından dolayı Pap smear yaptırmadıkları bulunmuştur.

4.4. Kadınların Riskli Davranışları ve Serviks Kanseri ile Pap Smear Testi Bilgi Düzeyleri

Araştırmanın bu bölümünde kadınların serviks kanseri ile Pap smear testine ilişkin bilgi düzeylerini ölçmek ve serviks kanseri için risk oluşturacak faktörleri belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Serviks kanseri gelişimindeki öncüller; ilk cinsel ilişki yaşının küçük olması (<18 yaş), seksüel partner sayısının fazla olması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, yüksek parite, sigara içimi, OKS kullanımı, yetersiz menstural hijyen uygulamaları, beslenme bozukluğu, normal olmayan smear örneği ve aile öyküsü bu bölümde değerlendirilmiştir.

Tablo 4.18. Kadınların serviks kanseri risk puanlarının dağılımı.

Risk Puanı	N	%
0	9	3.0
1	35	11.7
2	49	16.3
3	63	21.0
4	52	17.3
≥ 5	92	30.6
Total	300	100

Kadınların risk düzeylerini ölçmek amacıyla serviks kanseri ve Pap smear testi ile ilgili yöneltilen sorulara verdikleri yanıtlara ait ifadeler tablo 4.19’da yer almaktadır. Tablo 4.18’e göre kadınların %3’ünün ‘0’, %30.6’sının 5 ve üzerinde risk puanı olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.19. Kadınların serviks kanseri risk faktörlerinin dağılımı.

Serviks Kanseri Risk Faktörleri	N*	%
Düzenli sigara kullanma (≥ 10 /gün)	59	19.7
Sigara içen biriyle yaşama	152	50.7
Uzun süre (≥ 5yıl) OKS kullanımı	26	8.7
Anormal Pap smear öyküsü	22	7.3
Düzensiz adet kanaması-lekelenme	82	27.3
Kötü hijyen (adet döneminde günde ≥ 2-3 st bir pet değiştirmeme)	147	49.0
Cinsel ilişki sonrası kanama, ağrı	45	15.0
Erken yaşta cinsel aktivite (≤ 18 y)	68	22.7
Erken yaşta doğum (<20 yaş)	73	24.3
Kondom kullanmama	225	75.0
Birden çok cinsel partner	13	4.3
Çok sayıda gebelik (>3)	32	10.7
CYBH öyküsü	9	3.0
Sebze, meyve, vitamin A, C ve folik asit eksik beslenme	58	19.3
Ailede (anne, hala, teyze) meme-uterus-serviks ca öyküsü	47	15.7

*Yüzdeler N üzerinden alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınlar serviks kanseri için risk oluşturacak durumlar açısından değerlendirildiğinde; %50.7’sinin sigara içen biriyle yaşadığı çalıştığı, %19.7’sinin düzenli sigara kullandığı, %8.7’sinin uzun süre (≥5yıl) OKS kullandığı, %7.3’ünün anormal smear öyküsünün olduğu, %27.3’ünün düzensiz adet kanamasının olduğu, %49’unun adet döneminde en az 2-3 saat aryla pet değiştirmedeği, %15’inin cinsel ilişki sonrası kanama ve ağrısının olduğu, %22.7’si ilk cinsel ilişki yaşının 18 yaş ve altında olduğu, %24.3’ünün ilk

doğumunu 20 yaşından önce yaptığı, %75'inin cinsel ilişki sırasında kondom kullanmadığı, %4.3'ünün birden çok cinsel eşinin olduğu, %10.7'sinin gebelik sayısının 3'den fazla olduğu, %3'ünün CYBH geçirdiği, %19.3'ünün dengeli beslenmediği, %15.7'sinin ailesinde (anne, hala, teyze...) jinekolojik kanser öyküsü olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.20. Kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanlarının dağılımı.

Bilgi Puanı	N	%
0	25	8.3
1	13	4.3
2	33	11.0
3	35	11.7
4	44	14.7
≥ 5	150	49.9
Total	300	100

Tablo 4.20'de, kadınların serviks kanserive Pap smear testi ile ilgili ifadelere %8.3'ünün hiç doğru yanıt vermediği, %49.9'unun 5 ve üzerinde ifadeye doğru yanıt verdiği bulunmuştur.

Tablo 4.21. Kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi durumları dağılımı.

Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Bilgi Durumları		N	%
Serviks kanseri Pap smear testi ile teşhis edilir.	Evet	202	67.3
	Hayır	11	3.7
	Bilgim Yok	87	29.0
Serviks kanserinden korunmak için düzenli Pap smear testi yaptırmak gereklidir.	Evet	217	72.3
	Hayır	10	3.3
	Bilgim Yok	73	24.3
Sigara kullanmak serviks kanseri gelişmesini kolaylaştırır.	Evet	156	52.0
	Hayır	32	10.7
	Bilgim Yok	112	37.3
Kadınlar sadece menopoz döneminde serviks kanseri olurlar.	Evet	9	3.0
	Hayır	167	55.7
	Bilgim Yok	124	41.3
Birden fazla cinsel eşe sahip olmak serviks kanseri risk faktörüdür.	Evet	104	34.7
	Hayır	35	11.7
	Bilgim Yok	161	53.7
Erken yaşta ilk cinsel deneyim (18 yaş altı) serviks kanseri risk faktörüdür.	Evet	66	22.0
	Hayır	39	13.0
	Bilgim Yok	195	65.0
HPV aşısı serviks kanserinden koruyucu aşıdır.	Evet	77	25.7
	Hayır	19	6.3
	Bilgim Yok	204	68.0
Pap smear testi yaptırmaya gitmeden önce vajen içi yıkanmalıdır.	Evet	66	22.0
	Hayır	86	28.7
	Bilgim Yok	148	49.3
Cinsel ilişkiden sonra ve adet aralarında kanama olması serviks kanserinin erken belirtisidir.	Evet	98	32.7
	Hayır	25	8.3
	Bilgim Yok	177	59.0
HPV cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon olup serviks kanseri risk faktörüdür.	Evet	100	33.3
	Hayır	17	5.7
	Bilgim Yok	183	61.0
Ailede kanser öyküsü serviks kanseri risk faktörüdür.	Evet	173	57.7
	Hayır	31	10.3
	Bilgim Yok	96	32.0
Toplam		300	100

Tablo 4.21’de; kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi ile ilgili ifadelerle ilişkin yanıtlarına bakıldığında; ‘Serviks kanseri Pap smear testi ile teşhis edilir’ ifadesine %67.3’ünün doğru yanıt verdiği, %29’unun bilgisinin olmadığı, ‘Serviks kanserinden korunmak için düzenli Pap smear testi yaptırmak gereklidir’ ifadesine %72.3’ünün doğru yanıt verdiği, %24.3’ünün bilgisinin olmadığı, ‘Sigara kullanmak serviks kanseri gelişmesini kolaylaştırır’ ifadesine %52’sinin doğru yanıt verdiği, %37.3’ünün bilgisi olmadığı, ‘Birden fazla cinsel eşe sahip olmak serviks kanseri risk faktörüdür’ ifadesine %34.7’sinin doğru yanıt verdiği, %53.7’sinin bilgisinin olmadığı, ‘Erken yaşta ilk cinsel deneyim (18 yaş altı) serviks kanseri risk faktörüdür’ ifadesine %22’sinin doğru yanıt verdiği, %65.0’inin bilgisinin olmadığı, ‘Cinsel ilişkiden sonra ve adet aralarında kanama olması serviks kanserinin erken belirtisidir’ ifadesine %32.7’sinin doğru yanıt

verdiği, %59'unun bilgisinin olmadığı, 'HPV cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon olup serviks kanseri risk faktörüdür' ifadesine %33.3'ünün doğru yanıtladığı %61'inin bilgisinin olmadığı, 'HPV aşısı serviks kanserinden koruyucu aşıdır' ifadesine %25.7'sinin doğru yanıt verdiği, %68'inin bilgisinin olmadığı, 'Ailede kanser öyküsü olması serviks kanseri risk faktörüdür' ifadesine %57.7'sinin doğru yanıt verdiği ve %32'sinin bilgisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlar yanlış bilgi içeren 'Kadınlar sadece menapoz döneminde serviks kanseri olurlar' ifadesine %55.7'sinin doğru yanıt verdiği, %41.3 bilgisinin olmadığı ve 'Pap smear testi yaptırmaya gitmeden önce vajen içi yıkanmalıdır' ifadesine %28.7'sinin doğru yanıt verdiği, %49.3'ünün bilgisinin olmadığı bulunmuştur.

4.5. Kadınların SİMÖ Puan Ortalamaları ile Etkileyen Belirleyicilerin İleri Analizleri

Araştırmanın bu bölümünde SİMÖ puan ortalamaları ile kadınların demografik özellikleri, bilgi ile risk düzeyi arasındaki ilişkinin ileri analizlerine bakılmıştır.

Tablo 4.22. Kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı.

Madde Sayısı	SİMÖ Alt Boyutları	N	Mean	Min	Max	SS
3 madde	Duyarlılık	300	7.7	3.0	15.0	2.3
7 madde	Önemseme/ciddiyet	300	23.5	7.0	35.0	6.2
14 madde	Engeller	300	32.0	8.0	40.0	5.8
3 madde	Sağlık Motivasyonu	300	10.1	3.0	15.0	2.6
8 madde	Yarar	300	33.5	14.0	65.0	9.3

Kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.22'de gösterilmiştir. Buna göre; ölçek alt boyut puan ortalamalarının 7.7 ± 2.3 ile 33.5 ± 9.3 arasında değiştiği bulunmuştur.

Kadınların SİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, SİMÖ yarar algısının yüksek olmasıyla beraber, duyarlılık ve sağlık motivasyonu algılarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.23. Kadınların yaş gruplarına göre risk ve bilgi puan dağılımları.

		Yaş grubu						Kruskall-Wallis H Testi		
		N	Mean	Min	Max	Ss	Sıra Ort.	P	İkili Karşılaştırma	
Bilgi Puanı	15-19	6	21.2	9.1	36.4	12.4	71.8	0.0002*	1-3 1-4 1-5 1-6 1-7	2-3 2-4 2-5 2-6 2-7
	20-24	41	29.5	0.0	72.7	18.2	103.2			
	25-29	51	47.6	0.0	100.0	27.8	164.3			
	30-34	60	42.0	0.0	100.0	26.8	144.1			
	35-39	51	52.9	0.0	100.0	27.3	180.7			
	40-44	56	45.3	0.0	100.0	27.5	153.8			
	45-49	35	46.5	0.0	100.0	24.7	161.0			
Risk Puanı	15-19	6	22.2	6.7	53.3	16.7	128.3	0.031*	1-3 1-4 1-5 1-6 1-7	2-3 2-4 2-5 2-6 2-7 3-4 3-5 3-6 3-7
	20-24	41	22.6	6.7	53.3	9.5	143.6			
	25-29	51	18.4	0.0	40.0	9.6	115.4			
	30-34	60	24.4	0.0	53.3	13.6	157.4			
	35-39	51	23.7	0.0	53.3	13.2	152.4			
	40-44	56	26.3	6.7	53.3	12.9	169.6			
	45-49	35	25.9	6.7	46.7	11.3	168.3			

*p<0.05

Tablo 4.23’de, kadınların yaş grupları arasında, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, serviks kanseri risk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). 30-49 yaş grubundaki kadınların risk puanları diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur. 35-39 yaş grubundaki kadınların bilgi düzeyleri diğer yaş gruplarına göre yüksek 15-24 yaş arasındaki kadınların bilgi düzeyleri diğer gruplara göre düşük bulunmuştur.

Tablo 4.24. Kadınların yaş gruplarına göre SİMÖ puan dağılımları.

		Yaş Grubu						Kruskal-Wallis H Testi	
		N	Mean	Min	Max	Ss	Sıra Ort.	P	İkili Karşılaştırma
Duyarlılık	1) 15-19	6	7.33	3.00	12.00	3.93	143.9	0.353	
	2) 20-24	41	7.10	3.00	11.00	2.06	126.8		
	3) 25-29	51	7.35	3.00	11.00	2.07	138.6		
	4) 30-34	60	8.15	3.00	13.00	2.39	164.7		
	5) 35-39	51	7.84	3.00	13.00	2.07	151.8		
	6) 40-44	56	7.96	3.00	15.00	2.54	159.6		
	7) 45-49	35	7.94	3.00	13.00	2.00	156.0		
Önemseme Ciddiyet	1) 15-19	6	20.33	9.00	27.00	6.56	107.1	0.373	
	2) 20-24	41	22.83	7.00	35.00	6.87	141.0		
	3) 25-29	51	22.65	8.00	35.00	5.95	136.5		
	4) 30-34	60	24.75	7.00	35.00	5.60	166.5		
	5) 35-39	51	24.25	7.00	35.00	6.42	162.4		
	6) 40-44	56	22.89	7.00	34.00	7.10	146.7		
	7) 45-49	35	23.86	8.00	33.00	4.41	150.8		
Yarar	1) 15-19	6	25.33	8.00	36.00	10.27	87.8	0.025*	1-2 1-3 1-4 1-5 1-6 1-7
	2) 20-24	41	30.29	10.00	40.00	5.89	116.3		
	3) 25-29	51	32.41	9.00	39.00	5.77	158.5		
	4) 30-34	60	32.77	16.00	40.00	4.51	155.1		
	5) 35-39	51	31.24	8.00	39.00	6.64	142.1		
	6) 40-44	56	32.55	14.00	40.00	5.76	162.5		
	7) 45-49	35	33.54	12.00	40.00	5.01	174.7		
Sağlık Motivasyonu	1) 15-19	6	9.50	7.00	12.00	2.17	127.8	0.351	
	2) 20-24	41	9.85	5.00	15.00	2.48	133.8		
	3) 25-29	51	10.82	3.00	15.00	2.61	175.1		
	4) 30-34	60	9.97	5.00	15.00	2.24	142.5		
	5) 35-39	51	10.10	3.00	15.00	2.70	151.1		
	6) 40-44	56	9.89	3.00	15.00	2.87	149.1		
	7) 45-49	35	10.20	5.00	15.00	2.49	153.2		
Engeller	1) 15-19	6	35.17	20.00	45.00	10.42	173.5	0.412	
	2) 20-24	41	34.90	14.00	48.00	8.00	167.6		
	3) 25-29	51	33.35	16.00	49.00	7.35	147.9		
	4) 30-34	60	35.07	14.00	64.00	10.16	163.1		
	5) 35-39	51	32.29	17.00	56.00	8.83	134.4		
	6) 40-44	56	32.79	14.00	65.00	10.50	148.1		
	7) 45-49	35	32.23	16.00	64.00	10.23	136.1		

*p<0.05

Tablo 4.24’de, kadınların yaş grupları arasında SİMÖ yarar algısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir (p<0.05).

15-19 yaş grubundaki kadınların SİMÖ yarar algıları diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre anlamlı derece düşük bulunmuştur.

Araştırmada kadınların yaş grupları arasında SİMÖ duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu ve engel algıları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.25. Kadınların medeni durumlarına göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Medeni durum					Mann Whitney U Test
		N	Mean	Min	Max	SS	P
Bilgi Puanı	Evli	280	44.5	0.0	100.0	26.7	0.119
	Boşanmış-Dul	20	34.5	0.0	72.7	24.1	
	Toplam	300	43.8	0.0	100.0	26.6	
Risk Puanı	Evli	280	23.1	0.0	53.3	12.2	0.036*
	Boşanmış-Dul	20	29.3	13.3	53.3	11.9	
	Toplam	300	23.5	0.0	53.3	12.2	
Duyarlılık	Evli	280	7.8	3.0	15.0	2.3	0.843
	Boşanmış-Dul	20	7.6	3.0	10.0	1.7	
	Toplam	300	7.7	3.0	15.0	2.3	
Önemseme Ciddiyet	Evli	280	23.4	7.0	35.0	6.1	0.322
	Boşanmış-Dul	20	24.4	7.0	35.0	7.2	
	Toplam	300	23.5	7.0	35.0	6.2	
Yarar	Evli	280	32.0	8.0	40.0	5.9	0.742
	Boşanmış-Dul	20	32.3	23.0	39.0	4.8	
	Toplam	300	32.0	8.0	40.0	5.8	
Sağlık Motivasyonu	Evli	280	10.2	3.0	15.0	2.5	0.673
	Boşanmış-Dul	20	9.6	3.0	14.0	3.0	
	Toplam	300	10.1	3.0	15.0	2.6	
Engeller	Evli	280	33.5	14.0	65.0	9.3	0.972
	Boşanmış-Dul	20	33.4	18.0	46.0	9.0	
	Toplam	300	33.5	14.0	65.0	9.3	

* $p<0.05$

Tablo 4.25’de, kadınların medeni durum grupları arasında, serviks kanseri risk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Boşanmış/dul bireylerin serviks kanseri risk puanları evlilere göre yüksek bulunmuştur.

Kadınların medeni durum grupları arasında, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, SİMÖ duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu, yarar ve engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.26. Kadınların eğitim durumlarına göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Eğitim durumu					Kruskal Wallis H Test	İkili Karşılaştırma
		N	Mean	Min	Max	SS	P	
Bilgi Puanı	1) İlköğretim	126	32.3	0.0	72.7	20.8	0.000*	1-2
	2)Lise	95	42.2	0.0	100.0	24.0		1-3
	3)Üniversite ≥	79	64.2	0.0	100.0	26.1		2-3
	Toplam	300	43.8	0.0	100.0	26.6		
Risk Puanı	1)İlköğretim	126	28.9	6.7	53.3	11.3	0.000*	1-2
	2)Lise mezunu	95	22.0	0.0	53.3	10.8		1-3
	3)Üniversite ≥	79	16.6	0.0	46.7	11.5		2-3
	Toplam	300	23.5	0.0	53.3	12.2		
Duyarlılık	1)İlköğretim	126	7.7	3.0	13.0	2.4	0.275	-
	2)Lise mezunu	95	8.0	3.0	15.0	2.1		
	3)Üniversite ≥	79	7.5	3.0	13.0	2.2		
	Toplam	300	7.7	3.0	15.0	2.3		
Önemseme Ciddiyet	1)İlköğretim	126	23.9	7.0	35.0	6.3	0.297	-
	2)Lise mezunu	95	23.8	7.0	35.0	6.0		
	3)Üniversite ≥	79	22.6	7.0	35.0	6.3		
	Toplam	300	23.5	7.0	35.0	6.2		
Yarar	1)İlköğretim	126	30.6	8.0	40.0	6.8	0.004*	1-3
	2)Lise mezunu	95	32.6	13.0	40.0	5.4		
	3)Üniversite ≥	79	33.5	16.0	40.0	4.0		
	Toplam	300	32.0	8.0	40.0	5.8		
Sağlık Motivasyonu	1)İlköğretim	126	9.7	3.0	15.0	2.8	0.008*	1-3
	2)Lise mezunu	95	10.1	3.0	15.0	2.5		
	3)Üniversite ≥	79	10.9	6.0	15.0	2.2		
	Toplam	300	10.1	3.0	15.0	2.6		
Engeller	1)İlköğretim	126	36.1	14.0	64.0	9.9	0.000*	1-2
	2)Lise mezunu	95	33.1	17.0	65.0	8.9		1-3
	3)Üniversite ≥	79	30.0	14.0	48.0	7.5		
	Toplam	300	33.5	14.0	65.0	9.3		

*p<0.05

Tablo 4.26’da, kadınların eğitim durumu grupları arasında serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, serviks kanseri risk puanları, SİMÖ yarar, sağlık motivasyonu ve engel algıları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (p<0.05).

Araştırmaya katılan kadınların eğitim seviyesiyle birlikte serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanlarının arttığı, serviks kanseri risk puanının azaldığı bulunmuştur.

Kadınların eğitim seviyesiyle beraber SİMÖ, yarar ve sağlık motivasyonu algıları puan ortalamalarının arttığı, SİMÖ engel algıları puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur.

Kadınların eğitim durumu grupları arasında SİMÖ, duyarlılık ve ciddiye algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.27. Kadınların çalışma durumlarına göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Çalışma durumu					Kruskal Wallis H Test	İkili Karşılaştırma
		N	Mean	Min	Max	SS	P	
Bilgi Puanı	1)Çalışmıyor	167	34.7	0.0	81.8	21.3	0.000*	1-2
	2)Çalışıyor	123	55.8	0.0	100.0	28.0		
	3)Emekli	10	49.1	0.0	100.0	31.6		
	Toplam	300	43.8	0.0	100.0	26.6		
Risk Puanı	1)Çalışmıyor	167	25.5	0.0	53.3	11.7	0.003*	1-2
	2)Çalışıyor	123	21.2	0.0	53.3	12.7		
	3)Emekli	10	17.3	6.7	33.3	9.5		
	Toplam	300	23.5	0.0	53.3	12.2		
Duyarlılık	1)Çalışmıyor	167	7.8	3.0	13.0	2.3	0.873	-
	2)Çalışıyor	123	7.7	3.0	13.0	2.1		
	3)Emekli	10	8.1	3.0	15.0	3.2		
	Toplam	300	7.7	3.0	15.0	2.3		
Önemseme Ciddiyet	1)Çalışmıyor	167	23.8	7.0	35.0	6.1	0.652	-
	2)Çalışıyor	123	23.1	7.0	35.0	6.4		
	3)Emekli	10	23.2	15.0	29.0	5.1		
	Toplam	300	23.5	7.0	35.0	6.2		
Yarar	1)Çalışmıyor	167	31.2	8.0	40.0	6.1	0.016*	1-2
	2)Çalışıyor	123	33.1	9.0	40.0	5.2		
	3)Emekli	10	31.9	16.0	39.0	6.9		
	Toplam	300	32.0	8.0	40.0	5.8		
Sağlık Motivasyonu	1)Çalışmıyor	167	9.8	3.0	15.0	2.5	0.042*	1-2
	2)Çalışıyor	123	10.5	3.0	15.0	2.6		
	3)Emekli	10	10.5	6.0	14.0	2.4		
	Toplam	300	10.1	3.0	15.0	2.6		
Engeller	1)Çalışmıyor	167	36.0	14.0	64.0	9.5	0.000*	1-2
	2)Çalışıyor	123	30.2	14.0	48.0	7.4		
	3)Emekli	10	32.5	17.0	65.0	13.7		
	Toplam	300	33.5	14.0	65.0	9.3		

* $p<0.05$

Tablo 4.27’de, kadınların çalışma durumu grupları arasında, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, serviks kanseri risk puanları, SİMÖ engel ve sağlık motivasyonu algıları puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$).

Çalışmayan kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanı ve SİMÖ motivasyon algısı puan ortalamaları çalışan kadınlara göre düşük bulunmuştur. Çalışan kadınların ise serviks kanseri risk puanı ve SİMÖ engel algısı puanı çalışmayan bireylere göre düşük bulunmuştur.

Kadınların çalışma durumu grupları arasında, SİMÖ duyarlılık ve ciddiye algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla beraber çalışmayan gurubun SİMÖ ciddiye algısı puan ortalaması diğerlerine göre yüksek bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.28. Kadınların aylık gelir durumlarına göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Aylık gelir durumu					Kruskal Wallis H Test	İkili Karşılaştırma
		N	Mean	Min	Max	SS	P	
Bilgi Puanı	1)İyi (>2500 TL)	62	53.2	0.0	100.0	29.7	0.000*	1-3 2-3
	2)Orta (1000-2500)	165	44.6	0.0	100.0	25.3		
	3)Kötü(<1000 TL)	73	34.0	0.0	100.0	23.8		
	Toplam	300	43.8	0.0	100.0	26.6		
Risk Puanı	1)İyi (>2500 TL)	62	21.7	0.0	46.7	12.4	0.000*	1-3 2-3
	2)Orta (1000-2500)	165	22.1	0.0	53.3	12.2		
	3)Kötü(<1000 TL)	73	28.3	0.0	53.3	11.2		
	Toplam	300	23.5	0.0	53.3	12.2		
Duyarlılık	1)İyi (>2500 TL)	62	7.6	3.0	13.0	2.2	0.441	-
	2)Orta (1000-2500)	165	7.7	3.0	13.0	2.4		
	3)Kötü(<1000 TL)	73	8.0	3.0	15.0	2.1		
	Toplam	300	7.7	3.0	15.0	2.3		
Önemseme Ciddiyet	1)İyi (>2500 TL)	62	22.4	7.0	35.0	6.3	0.001*	1-3 2-3
	2)Orta (1000-2500)	165	22.9	7.0	35.0	6.3		
	3)Kötü(<1000 TL)	73	25.8	7.0	35.0	5.3		
	Toplam	300	23.5	7.0	35.0	6.2		
Yarar	1)İyi (>2500 TL)	62	31.9	8.0	40.0	7.3	0.371	-
	2)Orta (1000-2500)	165	32.2	8.0	40.0	5.6		
	3)Kötü(<1000 TL)	73	31.8	10.0	40.0	5.1		
	Toplam	300	32.0	8.0	40.0	5.8		
Sağlık Motivasyonu	1)İyi (>2500 TL)	62	10.5	3.0	15.0	2.8	0.267	-
	2)Orta (1000-2500)	165	10.1	3.0	15.0	2.4		
	3)Kötü(<1000 TL)	73	9.8	3.0	15.0	2.7		
	Toplam	300	10.1	3.0	15.0	2.6		
Engeller	1)İyi (>2500 TL)	62	31.2	14.0	48.0	9.1	0.011*	1-3
	2)Orta (1000-2500)	165	33.0	14.0	64.0	8.6		
	3)Kötü(<1000 TL)	73	36.6	14.0	65.0	10.2		
	Toplam	300	33.5	14.0	65.0	9.3		

*p<0.05

Tablo 4.28’de, kadınların aylık gelir durumu grupları arasında serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, serviks kanseri risk puanları, SİMÖ ciddiyet ve engel algısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (p<0.05).

Kadınların gelir durumunun artmasıyla, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanlarının arttığı bulunmuştur.

Kadınların aylık gelir durumunun azalmasıyla serviks kanseri risk, SİMÖ ciddiyet ve engel algısı puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur.

Kadınların aylık gelir durumu grupları arasında, SİMÖ duyarlılık ve sağlık motivasyonu algısı puan ortalamaları açısından fark olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.05). Gelir durumunun azalmasıyla SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalamasının arttığı, SİMÖ sağlık motivasyonu algısı puan ortalamasının azaldığı bulunmuştur.

Tablo 4.29. Kadınların gebelik sayılarına göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Gebelik sayısı					Kruskal Wallis H Test	Karşılaştırma
		N	Mean	Min	Max	SS	P	
Bilgi Puanı	1) 0	29	42.3	0.0	90.9	31.0	0.938	-
	2) 1	75	43.5	0.0	100.0	28.9		
	3) 2	108	43.0	0.0	100.0	25.6		
	4) 3	57	46.4	0.0	100.0	24.5		
	5) 4	20	42.7	0.0	90.9	25.2		
	6) 5 ≥	11	46.3	0.0	72.7	25.2		
	Toplam	300	43.8	0.0	100.0	26.6		
Risk Puanı	1) 0	29	20.7	0.0	40.0	10.3	0.000*	1-5 1-6 2-4 2-5 2-6 3-5 3-6 4-5
	2) 1	75	19.6	0.0	53.3	11.4		
	3) 2	108	22.9	0.0	53.3	12.7		
	4) 3	57	25.7	6.7	53.3	10.5		
	5) 4	20	33.3	6.7	53.3	11.6		
	6) 5 ≥	11	33.9	20.0	53.3	11.3		
	Toplam	300	23.5	0.0	53.3	12.2		
Duyarlılık	1) 0	29	7.9	3.0	12.0	2.2	0.355	-
	2) 1	75	7.3	3.0	11.0	2.0		
	3) 2	108	8.1	3.0	15.0	2.4		
	4) 3	57	7.6	3.0	13.0	2.3		
	5) 4	20	7.6	3.0	13.0	2.4		
	6) 5 ≥	11	7.8	3.0	10.0	2.0		
	Toplam	300	7.7	3.0	15.0	2.3		
Önemseme Ciddiyet	1) 0	29	24.2	13.0	35.0	5.2	0.571	-
	2) 1	75	22.7	7.0	34.0	5.5		
	3) 2	108	23.6	7.0	35.0	7.0		
	4) 3	57	23.5	9.0	35.0	5.5		
	5) 4	20	24.8	7.0	35.0	6.5		
	6) 5 ≥	11	23.8	7.0	32.0	7.3		
	Toplam	300	23.5	7.0	35.0	6.2		
Yarar	1) 0	29	31.2	16.0	40.0	5.1	0.511	-
	2) 1	75	32.0	8.0	40.0	5.2		
	3) 2	108	32.1	8.0	40.0	6.9		
	4) 3	57	31.7	12.0	40.0	6.2		
	5) 4	20	33.3	27.0	38.0	3.1		
	6) 5 ≥	11	32.6	27.0	38.0	3.2		
	Toplam	300	32.0	8.0	40.0	5.8		
Sağlık Motivasyonu	1) 0	29	10.0	5.0	15.0	2.6	0.573	-
	2) 1	75	10.6	6.0	15.0	2.1		
	3) 2	108	10.0	3.0	15.0	2.8		
	4) 3	57	10.1	5.0	15.0	2.5		
	5) 4	20	9.3	3.0	15.0	3.0		
	6) 5 ≥	11	9.7	4.0	13.0	2.5		
	Toplam	300	10.1	3.0	15.0	2.6		
Engeller	1) 0	29	35.8	16.0	56.0	9.0	0.261	-
	2) 1	75	32.9	17.0	50.0	7.7		
	3) 2	108	32.9	14.0	65.0	10.8		
	4) 3	57	33.0	14.0	56.0	9.0		
	5) 4	20	36.9	24.0	53.0	7.6		
	6) 5 ≥	11	35.5	23.0	45.0	6.8		
	Toplam	300	33.5	14.0	65.0	9.3		

*p<0.05

Tablo 4.29’da, kadınların gebelik sayısı grupları arasında, serviks kanseri risk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir (p<0.05). Gebelik sayısı arttıkça serviks kanseri risk puanının arttığı bulunmuştur. Gebelik sayısı 5 ve üzeri olan kadınların serviks kanseri risk puanı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur.

Sonuçlara göre; kadınların gebelik sayısı grupları arasında serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, SİMÖ alt boyutları (duyarlılık, ciddiyet, yarar, sağlık motivasyonu ve engeller) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.30. Kadınların doğum sayısına göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Doğum sayısı					Kruskal Wallis H Test	İkili Karşılaştırma
		N	Mean	Min	Max	SS	P	
Bilgi Puanı	1) 0	45	39.4	0.0	90.9	28.2	0.407	-
	2) 1	92	44.8	0.0	100.0	28.7		
	3) 2	119	46.4	0.0	100.0	25.3		
	4) 3	32	40.6	0.0	100.0	22.4		
	5) 4 ≥	12	35.6	0.0	72.7	27.0		
Risk Puanı	1) 0	45	19.7	0.0	53.3	11.2	0.000*	1-4 1-5 2-4 2-5 3-5
	2) 1	92	20.4	0.0	53.3	11.3		
	3) 2	119	24.4	0.0	53.3	12.1		
	4) 3	32	29.2	6.7	53.3	11.8		
	5) 4 ≥	12	37.2	26.7	53.3	9.6		
Duyarlılık	1) 0	45	7.7	3.0	12.0	2.2	0.087	-
	2) 1	92	7.3	3.0	13.0	2.1		
	3) 2	119	8.2	3.0	15.0	2.4		
	4) 3	32	7.5	3.0	11.0	2.0		
	5) 4 ≥	12	7.0	3.0	10.0	2.4		
Önemseme Ciddiyet	1) 0	45	24.1	13.0	35.0	5.0	0.618	-
	2) 1	92	22.8	7.0	35.0	6.4		
	3) 2	119	23.8	7.0	35.0	6.4		
	4) 3	32	23.3	7.0	35.0	6.4		
	5) 4 ≥	12	24.2	7.0	34.0	7.2		
Yarar	1) 0	45	31.6	16.0	40.0	4.9	0.058	-
	2) 1	92	31.7	8.0	40.0	6.5		
	3) 2	119	32.8	8.0	40.0	5.7		
	4) 3	32	30.2	12.0	40.0	5.9		
	5) 4 ≥	12	32.4	27.0	38.0	3.4		
Sağlık Motivasyonu	1) 0	45	10.3	5.0	15.0	2.5	0.089	-
	2) 1	92	10.3	3.0	15.0	2.4		
	3) 2	119	10.2	3.0	15.0	2.6		
	4) 3	32	8.9	3.0	14.0	2.6		
	5) 4 ≥	12	10.3	3.0	13.0	2.8		
Engeller	1) 0	45	34.9	16.0	56.0	8.7	0.007*	2-5 3-5
	2) 1	92	32.4	14.0	50.0	7.9		
	3) 2	119	32.8	14.0	65.0	10.6		
	4) 3	32	35.1	18.0	56.0	9.0		
	5) 4 ≥	12	40.5	32.0	46.0	4.6		

* $p<0.05$

Tablo 4.30’da, kadınların doğum sayısı grupları arasında, serviks kanseri risk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 4 ve üzerinde doğum yapan kadınların serviks kanseri risk değerlerine göre yüksek bulunmuştur.

Kadınların doğum sayısı grupları arasında, SİMÖ engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Buna göre, 4 ve üzeri doğum yapan bireylerde SİMÖ engel algısı puanı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur.

Kadınların doğum sayıları arasında, SİMÖ duyarlılık, ciddiye, yarar, sağlık motivasyonu algısı puan ortalamaları, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.31. Kadınların kronik hastalık durumlarına göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Kronik hastalık durumu					Mann Whitney U Test
		N	Mean	Min	Max	SS	P
Bilgi Puanı	Var	51	44.9	0.0	100.0	25.9	0.674
	Yok	249	43.6	0.0	100.0	26.8	
	Toplam	300	43.8	0.0	100.0	26.6	
Risk Puanı	Var	51	27.1	0.0	53.3	12.6	0.026*
	Yok	249	22.8	0.0	53.3	12.1	
	Toplam	300	23.5	0.0	53.3	12.2	
Duyarlılık	Var	51	7.9	3.0	15.0	2.3	0.579
	Yok	249	7.7	3.0	13.0	2.3	
	Toplam	300	7.7	3.0	15.0	2.3	
Önemseme Ciddiyet	Var	51	24.6	7.0	35.0	5.6	0.191
	Yok	249	23.3	7.0	35.0	6.3	
	Toplam	300	23.5	7.0	35.0	6.2	
Yarar	Var	51	31.6	11.0	40.0	5.7	0.496
	Yok	249	32.1	8.0	40.0	5.9	
	Toplam	300	32.0	8.0	40.0	5.8	
Sağlık Motivasyonu	Var	51	9.5	3.0	15.0	3.0	0.163
	Yok	249	10.2	3.0	15.0	2.5	
	Toplam	300	10.1	3.0	15.0	2.6	
Engeller	Var	51	35.1	14.0	65.0	10.6	0.332
	Yok	249	33.2	14.0	64.0	9.0	
	Toplam	300	33.5	14.0	65.0	9.3	

* $p<0.05$

Tablo 4.31’de, kronik hastalığı olan ve olmayan gruplar arasında, serviks kanseri risk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Kronik hastalığı olan kadınların serviks kanseri risk puanı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınlardan kronik hastalığı olanların serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, SİMÖ duyarlılık ve ciddiye algıları puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek bulunmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.32. Kadınların Pap smear testini duyma durumuna göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Pap smear testini duyma durumu					Mann Whitney U Testi
		N	Mean	Min	Max	SS	P
Bilgi Puanı	Evet	225	49.9	0.0	100.0	25.8	0.000*
	Hayır	75	25.7	0.0	72.7	20.1	
	Toplam	300	43.8	0.0	100.0	26.6	
Risk Puanı	Evet	225	22.6	0.0	53.3	12.3	0.048*
	Hayır	75	26.1	6.7	53.3	11.9	
	Toplam	300	23.5	0.0	53.3	12.2	
Duyarlılık	Evet	225	7.8	3.0	15.0	2.3	0.607
	Hayır	75	7.6	3.0	13.0	2.3	
	Toplam	300	7.7	3.0	15.0	2.3	
Önemseme Ciddiyet	Evet	225	23.5	7.0	35.0	6.1	0.727
	Hayır	75	23.5	7.0	33.0	6.6	
	Toplam	300	23.5	7.0	35.0	6.2	
Yarar	Evet	225	32.6	10.0	40.0	5.5	0.000*
	Hayır	75	30.3	8.0	40.0	6.4	
	Toplam	300	32.0	8.0	40.0	5.8	
Sağlık Motivasyonu	Evet	225	10.4	3.0	15.0	2.5	0.007*
	Hayır	75	9.4	3.0	15.0	2.7	
	Toplam	300	10.1	3.0	15.0	2.6	
Engeller	Evet	225	32.1	14.0	65.0	9.3	0.000*
	Hayır	75	37.9	18.0	64.0	7.8	
	Toplam	300	33.5	14.0	65.0	9.3	

*p<0.05

Tablo 4.32’de, daha önce Pap smear testini duyan ve duymayan gruplar arasında, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, serviks kanseri risk puanları, SİMÖ yarar, sağlık motivasyonu ve engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0.05).

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 bulunmuştur. Daha önce Pap smear testini duymayan kadınların, SİMÖ engel algısı ve serviks kanseri risk puanları ortalamaları daha önce testi duyan bireylere göre yüksek bulunmuştur.

Tabloya göre; daha önce Pap smear testini duyan kadınların, SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalamaları, smear testini duymayanlara göre yüksek olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.33. Kadınların erken tanıyla ilgili bilgi isteme durumlarına göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Serviks kanserinin erken tanısı ile ilgili bilgi/eğitim alma istekleri					Mann Whitney U Test
		N	Mean	Min	Max	SS	P
Bilgi Puanı	Evet	224	43.9	0.0	100.0	26.4	0.941
	Hayır	75	43.9	0.0	100.0	27.6	
	Toplam	299	43.9	0.0	100.0	26.6	
Risk Puanı	Evet	224	24.3	0.0	53.3	12.3	0.069
	Hayır	75	21.2	0.0	53.3	12.1	
	Toplam	299	23.5	0.0	53.3	12.3	
Duyarlılık	Evet	224	7.9	3.0	15.0	2.3	0.049*
	Hayır	75	7.3	3.0	12.0	2.2	
	Toplam	299	7.7	3.0	15.0	2.3	
Önemseme Ciddiyet	Evet	224	23.8	7.0	35.0	6.1	0.226
	Hayır	75	22.7	7.0	34.0	6.5	
	Toplam	299	23.5	7.0	35.0	6.2	
Yarar	Evet	224	31.9	8.0	40.0	6.0	0.954
	Hayır	75	32.2	10.0	40.0	5.6	
	Toplam	299	32.0	8.0	40.0	5.9	
Sağlık Motivasyonu	Evet	224	10.2	3.0	15.0	2.7	0.443
	Hayır	75	10.0	5.0	15.0	2.2	
	Toplam	299	10.1	3.0	15.0	2.6	
Engeller	Evet	224	33.4	14.0	65.0	9.8	0.686
	Hayır	75	33.7	14.0	49.0	7.7	
	Toplam	299	33.5	14.0	65.0	9.3	

*p<0.05

Tablo 4.33’de, serviks kanserinin erken tanısı ile ilgili eğitim almak isteyen ve istemeyen gruplar arasında, SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Serviks kanserinin erken tanısıyla ilgili eğitim almak isteyen kadınların SİMÖ duyarlılık algısı puanları, eğitim istemeyen kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Serviks kanserinin erken tanısı ile ilgili bilgi/eğitim almak isteyen ve istemeyen gruplar arasında, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, serviks kanseri risk puanları, SİMÖ ciddiyet, yarar, sağlık motivasyonu ve engel algısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.34. Kadınların Pap smear testi yaptıрма durumlarına göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Pap smear testi yaptıрма durumu					Mann Whitney U Test
		N	Mean	Min	Max	SS	P
Bilgi Puanı	Evet	146	54.1	0.0	100.0	25.9	0.000*
	Hayır	154	34.1	0.0	100.0	23.4	
	Toplam	300	43.8	0.0	100.0	26.6	
Risk Puanı	Evet	146	24.5	0.0	53.3	12.3	0.142
	Hayır	154	22.6	0.0	53.3	12.1	
	Toplam	300	23.5	0.0	53.3	12.2	
Duyarlılık	Evet	146	8.0	3.0	15.0	2.4	0.133
	Hayır	154	7.5	3.0	13.0	2.2	
	Toplam	300	7.7	3.0	15.0	2.3	
Önemseme Ciddiyet	Evet	146	23.1	7.0	35.0	6.2	0.187
	Hayır	154	23.9	7.0	35.0	6.1	
	Toplam	300	23.5	7.0	35.0	6.2	
Yarar	Evet	146	33.0	10.0	40.0	5.7	0.000*
	Hayır	154	31.1	8.0	40.0	5.9	
	Toplam	300	32.0	8.0	40.0	5.8	
Sağlık Motivasyonu	Evet	146	10.6	3.0	15.0	2.5	0.003*
	Hayır	154	9.7	3.0	15.0	2.6	
	Toplam	300	10.1	3.0	15.0	2.6	
Engeller	Evet	146	30.2	14.0	65.0	9.4	0.000*
	Hayır	154	36.7	16.0	64.0	8.0	
	Toplam	300	33.5	14.0	65.0	9.3	

*p<0.05

Tablo 4.34’de, Pap smear testi yaptıran ve yaptırmayan gruplar arasında arasında, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, SİMÖ engel, yarar ve sağlık motivasyonu algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir (p<0.05).

Daha önce Pap smear testi yaptıran kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, 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 bulunmuştur.

Pap smear testi yaptıran ve yaptırmayan gruplar arasında serviks kanseri risk puanları, SİMÖ duyarlılık ve ciddiye algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir (p>0.05).

Ancak Pap smear testi yaptıran kadınların serviks kanseri risk ve SİMÖ duyarlılık algısı puanları daha yüksek olmasına karşın fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Tablo 4.35. Kadınların Pap smear testi yaptıırma sıklığına göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Pap smear testi yaptıırma sıklığı					Kruskal Wallis H Test	İkili
		N	Mean	Min	Max	SS	P	Karşılaştırma
Bilgi Puanı	1) Her yıl	39	53.8	0.0	100.0	26.7	0.814	-
	2) 2-3 yılda	32	56.3	0.0	90.9	24.4		
	3) Düzensiz	75	53.3	0.0	100.0	26.5		
	Toplam	146	54.1	0.0	100.0	25.9		
Risk Puanı	1) Her yıl	39	25.0	0.0	46.7	12.9	0.755	-
	2) 2-3 yılda	32	23.3	0.0	53.3	12.1		
	3) Düzensiz	75	24.8	0.0	53.3	12.3		
	Toplam	146	24.5	0.0	53.3	12.3		
Duyarlılık	1) Her yıl	39	8.5	3.0	15.0	3.0	0.144	-
	2) 2-3 yılda	32	7.5	3.0	13.0	2.1		
	3) Düzensiz	75	7.9	3.0	13.0	2.1		
	Toplam	146	8.0	3.0	15.0	2.4		
Önemseme Ciddiyet	1) Her yıl	39	22.7	7.0	35.0	7.0	0.910	-
	2) 2-3 yılda	32	23.2	7.0	35.0	6.9		
	3) Düzensiz	75	23.3	7.0	35.0	5.6		
	Toplam	146	23.1	7.0	35.0	6.2		
Yarar	1) Her yıl	39	34.2	16.0	40.0	5.0	0.185	-
	2) 2-3 yılda	32	31.8	11.0	39.0	6.4		
	3) Düzensiz	75	32.9	10.0	40.0	5.6		
	Toplam	146	33.0	10.0	40.0	5.7		
Sağlık Motivasyonu	1) Her yıl	39	11.5	4.0	15.0	2.5	0.006*	1-3
	2) 2-3 yılda	32	10.8	6.0	15.0	2.0		
	3) Düzensiz	75	10.0	3.0	15.0	2.5		
	Toplam	146	10.6	3.0	15.0	2.5		
Engeller	1) Her yıl	39	29.2	14.0	65.0	12.8	0.133	-
	2) 2-3 yılda	32	29.4	16.0	44.0	7.1		
	3) Düzensiz	75	31.0	14.0	53.0	8.1		
	Toplam	146	30.2	14.0	65.0	9.4		

*p<0.05

Tablo 4.35’de, kadınların Pap smear testi yaptıırma sıklıkları arasında SİMÖ sağlık motivasyonu algısı puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görölmektedir ($p<0.05$). Pap smear testini her yıl yaptııran kadınların SİMÖ sağlık motivasyonu algısı puanı smear testini düzensiz yaptııranlara göre yüksek bulunmuştur.

Kadınların Pap smear testi yaptıırma sıklıkları arasında serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, serviks kanseri risk puanları, SİMÖ duyarlılık, önemseme/ciddiyet, yarar ve engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görölmemektedir ($p>0.05$). Buna rağmen her yıl Pap smear testi yaptııran kadınların serviks kanseri risk puanları, SİMÖ duyarlılık ve yarar algısı puanları düzensiz smear testi yaptııranlara göre yüksek bulundu. Düzensiz Pap smear testi yaptııran kadınların SİMÖ engel algısı puanı diğelerine göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.36. Kadınların Pap smear öyküsüne göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Anormal Pap smear öyküsü					Mann-Whitney U Testi	
		N	Mean	Min	Max	SS	Sıra Ort.	P
Bilgi Puanı	Hayır	278	43.8	0.0	100.0	27.1	150.2	0.836
	Evet	22	43.8	0.0	72.7	20.4	154.2	
Risk Puanı	Hayır	278	22.6	0.0	53.3	11.9	144.1	0.0001*
	Evet	22	35.5	13.3	53.3	10.6	230.9	
Duyarlılık	Hayır	278	7.67	3.00	15.00	2.27	147.7	0.045*
	Evet	22	8.68	6.00	13.00	2.17	185.4	
Önemseme Ciddiyet	Hayır	278	23.53	7.00	35.00	6.06	150.2	0.807
	Evet	22	23.23	7.00	35.00	7.89	154.8	
Yarar	Hayır	278	31.92	8.00	40.00	5.76	148.4	0.127
	Evet	22	33.09	13.00	40.00	6.91	177.5	
Sağlık Motivasyonu	Hayır	278	10.06	3.00	15.00	2.56	148.7	0.201
	Evet	22	10.91	6.00	15.00	2.51	173.0	
Engeller	Hayır	278	33.70	14.00	65.00	8.98	151.6	0.431
	Evet	22	31.32	14.00	53.00	12.61	136.5	

*p<0.05

Tablo 4.36’da, kadınların Pap smear testi nitelikleri arasında, serviks kanseri risk ve SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Normal olmayan Pap smear örneği olan kadınların serviks kanseri risk ve SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalaması diğerlerine göre yüksek bulunmuştur.

Kadınların Pap smear testi nitelikleri arasında, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, SİMÖ önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, yarar ve engel algısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak anormal Pap smear örneği olan kadınların SİMÖ yarar ve sağlık motivasyonu algısı puanları diğer kadınlara göre yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.37. Kadınların ailesinde kanser öyküsüne göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Ailede jinekolojik kanser varlığı					Mann-Whitney U Testi	
		N	Mean	Min	Max	SS	Sıra Ort.	P
Bilgi Puanı	Hayır	253	42.5	0.0	100.0	27.1	145.6	0.022*
	Evet	47	51.1	0.0	90.9	22.9	176.9	
Risk Puanı	Hayır	253	22.4	0.0	53.3	12.0	143.1	0.0001*
	Evet	47	29.5	6.7	53.3	11.8	190.5	
Duyarlılık	Hayır	253	7.7	3.0	15.0	2.3	148.4	0.327
	Evet	47	8.0	5.0	12.0	1.9	161.7	
Önemseme Ciddiyet	Hayır	253	23.7	7.0	35.0	6.1	152.3	0.409
	Evet	47	22.7	7.0	34.0	6.7	140.9	
Yarar	Hayır	253	32.0	8.0	40.0	5.8	150.4	0.974
	Evet	47	32.0	8.0	40.0	6.1	150.9	
Sağlık Motivasyonu	Hayır	253	10.1	3.0	15.0	2.6	149.7	0.709
	Evet	47	10.2	3.0	15.0	2.4	154.8	
Engeller	Hayır	253	33.9	14.0	65.0	9.2	154.5	0.049*
	Evet	47	31.3	14.0	64.0	9.7	128.9	

*p<0.05

Tablo 4.37’de, ailede jinekolojik kanserin varlığı ile serviks kanseri risk puanları, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, SİMÖ engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Ailesinde jinekolojik kanser olan kadınların serviks kanseri risk ve serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları ailesinde kanser olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Ailesinde jinekolojik kanser olmayan kadınların SİMÖ engel algısı puanları diğerlerine göre yüksek bulunmuştur.

Ailede jinekolojik kanserin varlığı ile SİMÖ önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, yarar ve duyarlılık algısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.38. Kadınların düzenli sigara kullanma durumuna göre SİMÖ, risk ve bilgi puan dağılımları.

		Sigara kullanımı (≥10 gün)					Mann-Whitney U Testi	
		N	Mean	Minimum	Maximum	SS	Sıra Ort.	P
Bilgi Puanı	Hayır	241	44.9	0.0	100.0	26.5	153.8	0.185
	Evet	59	39.6	0.0	90.9	26.7	137.2	
Risk Puanı	Hayır	241	21.5	0.0	53.3	12.1	135.6	0.0001*
	Evet	59	31.8	13.3	53.3	9.0	211.2	
Duyarlılık	Hayır	241	7.6	3.0	13.0	2.3	144.0	0.007*
	Evet	59	8.4	3.0	15.0	2.1	177.1	
Önemseme Ciddiyet	Hayır	241	23.3	7.0	35.0	6.2	147.2	0.182
	Evet	59	24.5	7.0	35.0	6.1	163.8	
Yarar	Hayır	241	32.1	8.0	40.0	5.8	151.3	0.749
	Evet	59	31.8	11.0	40.0	6.2	147.3	
Sağlık Motivasyonu	Hayır	241	10.2	3.0	15.0	2.5	151.8	0.607
	Evet	59	9.9	3.0	15.0	3.0	145.3	
Engeller	Hayır	241	33.1	14.0	64.0	8.9	147.8	0.271
	Evet	59	35.3	15.0	65.0	10.7	161.6	

*p<0.05

Tablo 4.38’de, kadınların sigara kullanma ve kullanmama durumları arasında serviks kanseri risk ve SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmektedir (p<0.05). Düzenli sigara kullanan kadınların serviks kanseri risk ve SİMÖ duyarlılık algısı puanları sigara içmeyen kadınlara göre yüksek bulunmuştur.

Düzenli sigara kullanma ve kullanmama durumları arasında serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları, SİMÖ önemseme/ciddiyet, sağlık motivasyonu, yarar ve engel algısı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık görülmemektedir (p>0.05).

Tablo 4.39. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre Pap Smear yaptırma durumları.

		Pap smear yaptırma durumu						Ki-Kare Analizi	
		Evet		Hayır		Total		Ki-Kare	P
		N	%	N	%	N	%		
Yaş Grubu	1) 15-19	1	16.7	5	83.3	6	100	31.3	0.0001*
	2) 20-24	8	19.5	33	80.5	41	100		
	3) 25-29	26	51.0	25	49.0	51	100		
	4) 30-34	22	36.7	38	63.3	60	100		
	5) 35-39	33	64.7	18	35.3	51	100		
	6) 40-44	34	60.7	22	39.3	56	100		
	7) 45-49	22	62.9	13	37.1	35	100		
	Total	146	48.7	154	51.3	300	100		
Medeni durumu	1) Evli	136	48.6	144	51.4	280	100	0	1
	2) Boşanmış-Dul	10	50.0	10	50.0	20	100		
	Total	146	48.7	154	51.3	300	100		
Eğitim durumu	1) İlköğretim	46	36.5	80	63.5	126	100	16.8	0.0001*
	2) Lise mezunu	48	50.5	47	49.5	95	100		
	3) Üniversite ve üzeri	52	65.8	27	34.2	79	100		
	Total	146	48.7	154	51.3	300	100		
Çalışma durumu	1) Çalışmıyor	65	38.9	102	61.1	167	100	17.9	0.0001*
	2) Çalışıyor	72	58.5	51	41.5	123	100		
	3) Emekli	9	90.0	1	10.0	10	100		
	Total	146	48.7	154	51.3	300	100		
Aylık gelir durumu	1) İyi (>2500 TL)	32	51.6	30	48.4	62	100	0.968	0.616
	2) Orta (1000-2500)	82	49.7	83	50.3	165	100		
	3) Kötü(<1000 TL)	32	43.8	41	56.2	73	100		
	Total	146	48.7	154	51.3	300	100		
Gebelik sayısı	1) Gebelik Yok	8	27.6	21	72.4	29	100	15.13	0.011*
	2) 1 Gebelik	30	40.0	45	60.0	75	100		
	3) 2 Gebelik	66	61.1	42	38.9	108	100		
	4) 3 Gebelik	29	50.9	28	49.1	57	100		
	5) 4 Gebelik	8	40.1	12	60.0	20	100		
	6) 5 ≥	5	45.5	6	54.5	11	100		
	Total	146	48.7	154	51.3	300	100		

*p<0.05

Tablo 4.39’da, araştırma kapsamındaki kadınların yaş grupları arasında Pap smear testi yaptırma davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir (p<0.05). Büyük yaş gruplarında Pap smear testi yaptırma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların eğitim durumu grupları arasında, Pap smear testi yaptırma davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$). Eğitim durumu arttıkça Pap smear testi yaptırma oranının arttığı bulunmuştur.

Araştırma kapsamındaki kadınların çalışma durumu grupları arasında, Pap smear testi yaptırma davranışları açısından anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$). Çalışan ve emekli kadınların çalışmayanlara göre Pap smear testi yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur.

Kadınların gebelik sayıları grupları arasında, Pap smear testi yaptırma davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$). 2 ve üzerinde gebeliği olanların, gebeliği olmayan ve 1 gebeliği olan kadınlara göre Pap smear testi yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur. Hiç gebe kalmamış kadınların Pap smear yaptırma oranları diğerlerine göre düşük bulunmuştur.

Kadınların medeni durum grupları ve aylık gelir durumu grupları arasında Pap smear testi yaptırma davranışı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Dünyada en sık rastlanan jinekolojik kanser türü, rahim ağzından kaynaklanan ve halk arasında rahim ağzı kanseri olarak adlandırılan “serviks kanseri”dir. Sıklığı ülkeden ülkeye ve o ülkenin sosyoekonomik durumunun gelişmişliğine bağlı olarak değişmektedir (49). Serviks kanserinde erken tanı yaklaşımı oldukça başarı sağlayarak, tedavide önemli bir yer tutmaktadır. Papanicolau (Pap smear) testi, serviks kanserinin lokalize veya metastaz öncesi evrelerde tanısını sağlayarak kansere bağlı ölümlerin önlenmesinde hayati önem taşıyan ucuz ve güvenilir bir yöntemdir (27). Pap smear ile prekanseröz lezyon saptanan kadınların uygun değerlendirme, tedavi ve takip ile hayatta kalma şansları %100’e çıkmaktadır (28,98-100).

Serviks kanseri tarama davranışlarını inceleyen çalışmalarda sağlık algıları, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi, düzenli hekime gitme, risk düzeyleri ve bilgi eksikliği gibi pek çok faktörün tarama davranışlarını etkilediği ve tarama oranlarını artırmak için ilgili faktörleri dikkate alan girişimlerin planlanması gerektiği ortaya çıkmıştır (101-121). Çalışmamızda reproduktif dönemdeki kadınların serviks kanseri taramasına yönelik sağlık inanışları ve etkileyen faktörler incelenmiştir.

Çalışma kapsamındaki kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, bilgi ve risk düzeylerinin, serviks kanseri taramaya yönelik inanışları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, “H₁: Kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, bilgi ve risk düzeyleri serviks kanseri taramaya yönelik inanışları üzerinde etkilidir” hipotezini doğrulamaktadır.

Araştırma sonunda elde edilen bulgular 4 başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Kadınların Serviks Kanseri ile Pap Smear Testine Yönelik Tutumlarına İlişkin Bulgular ve Etkileyen Faktörler

Literatür, Türk kadınlarının kanserden korunma, serviks kanseri riskleri, tarama davranışları konularında farkındalıklarının yetersiz olduğunu, erken tanı ve

tedavi oranının da gelişmiş batı ülkelerine göre daha düşük olduğunu göstermektedir (14,26,30,46,62,102,116,117,122).

Çalışmamızda kadınların Pap smear testini duyma durumuna ilişkin dağılımı incelendiğinde, çoğunun (%75.0) daha önce Pap smear testini duyduğu saptanmıştır. Türkiye’de farklı bölgelerde yaşayan kadınlar üzerinde yapılan bazı araştırmalarda kadınların smear testini duyma oranlarının değiştiği görülmüştür (14,46,62,107). Konuyla ilgili Akyüz ve arkadaşlarının (14) 265 kadınla yaptığı çalışmada %76.92, Tokgöz’ün (46) gebelerle yaptığı çalışmada %49.5, Karaca ve arkadaşlarının (107) çalışmasında %29.9, Pınar ve arkadaşlarının (62) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada %56.6, Ak ve arkadaşlarının (26) Van’da yaptıkları çalışmada %46.8 gibi oranlar bulunmuştur. Araştırmamız kapsamında değerlendirilen kadınların Pap smear testini daha önce duyma oranının, Türkiye’de yapılmış birçok araştırma sonucuna göre yüksek, Akyüz ve arkadaşlarının (14) çalışma sonuçlarına yakın olduğu saptanmıştır. Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, Eke ve arkadaşlarının (122) Nijerya’da yaptıkları çalışmada, kadınların Pap testini duyma oranları çalışmamızla paralel, (%71.5) bulunmuştur. Ezemin (87) çalışmasında, katılımcılardan %52.8’inin, Saha’nın (117) Hindistan’da 17-24 yaş arası kız öğrencilerle yaptığı çalışmada katılımcılardan %11’inin, Gharoro ve arkadaşlarının (116) Nijerya’da sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışma sonunda katılımcılardan %64’ünün daha önce Pap smear testini duyduğu belirlenmiştir.

Çalışma kapsamındaki kadınların Pap smear testini duyduğu kaynaklar incelendiğinde; %51.7’sinin sağlık personeli, %18.7’sinin medya, %15.7’sinin arkadaş-komşu, %6.3’ünün internet, %2.3’ünün konferans-seminer olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.15). Yapılan diğer çalışmalarda kadınların serviks kanseri ve korunma yolları hakkındaki bilgi kaynakları; Gücük ve arkadaşlarının (30) çalışmasında, (%10.2) doktor, (%21.8) yardımcı sağlık personeli, (%13.5) kitle iletişim araçları, Ak ve arkadaşlarının (26) çalışmasında, (%57) sağlık kurumları, (%26) medya, (%14) komşu ve yakınlarından duyduklarını belirtmişlerdir.

Bu konuda yurt dışında yapılmış çalışmalarda da benzer bulgulara rastlanmaktadır (22,96). Lam ve arkadaşları, Amerika'da yaşayan Vietnamlı kadınların Pap smear testini çoğunlukla sağlık çalışanlarından duyduklarını bulmuştur (96). Urasa ve Darj, Tanzania'da 137 hemşire ile yaptıkları çalışmada, kadınların bilgi kaynaklarının önemli bir kısmını medya ve hemşirelik okulların oluşturduğunu saptanmıştır (120). Eke ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, kadınların büyük çoğunluğunun Pap smear testi hakkında sağlık çalışanlarından (%45.5) bilgi edindiklerini bulmuştur (122). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, kadınların serviks kanseri ve korunma yolları ile ilgili bilgi kaynağının önemli bir kısmını sağlık çalışanlarının oluşturduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının toplumun her kesiminden bireylerle sürekli iletişim halinde olmasının primer olarak sonuçlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Sağlık merkezlerinde verilen broşürler, ev ziyaretleri, telefonla danışmanlık gibi uygulamaların, kadınların Pap smear testi hakkında bilgi düzeylerinin artırılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların Pap smear testini yaptırma durumları incelendiğinde, yaklaşık yarısının (%51.3) daha önce Pap smear testi yaptırmadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.13). Serviks kanserinin 35-39 yaş ve 60-64 yaşları arasında iki ayrı dönemde en yüksek değere ulaştığı (11) ve çalışmamız kapsamında değerlendirilen kadınların yaş ortalaması dikkate alındığında (34.1 ± 8.1), servikal kanser taramasının önemli olduğu orta yaş grubunda oldukları söylenebilir.

Türkiye'de farklı bölgelerde yaşayan kadınlar üzerinde yapılan bazı araştırmalarda farklı Pap smear yaptırma oranları bulunmuştur (7,14,46,62,79,81). Akyüz ve arkadaşları (14) kadınların smear testi yaptırma durumunu inceledikleri çalışmada %51.32, Doğan'ın (7) kadın sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada %19.5, Kalyoncu'nun (81) Eskişehir'de yaptığı çalışmada %20, Ozan'ın (79) Güneydoğu Anadolu bölgesinde farklı meslek grubu kadınlarla yaptığı çalışmada %11, Tokgöz'ün (46) gebelerle yaptığı çalışmada %25.2, Pınar ve arkadaşlarının (62) üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada %6.4 gibi farklı oranlarda Pap smear yaptırma oranları bildirilmiştir. Yapılan çalışmalar, kadınların Pap smear testini yaptırma oranlarının düşük olduğunu göstermekte ve kadınların konunun

önemini yeterince bilmediklerini düşündürmektedir. Sonuçların Türkiye'nin sosyo-kültürel ve ekonomik özelliklerinden, kadınlara yönelik tarama eğitimlerinin yetersizliğinden ve takip eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durum tarama programlarının rutin hale gelmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ülkemizin çeşitli bölgelerinde başlatılan Mobil Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi Projesi (Mobil KETEM) ile pilot olarak uygulandığı kentlerde, erken teşhis oranlarının ve tarama davranışlarının artması planlanmıştır (37).

Değişik ülkelerde yapılmış çalışmalarda Pap smear yaptırma oranları incelendiğinde, Lin ve arkadaşlarının (95) ABD'de 40 yaş ve üzerindeki kadınlarla yaptıkları çalışmada %84, Ho ve arkadaşlarının (105) Vietnamlı kadınlarla yaptıkları çalışmada %68, Abotchie'nin (112) Gana'da 20-35 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada %12, Byrd'ın (114) Amerika'da göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada %81, Gharoro ve arkadaşlarının (116) Nijerya'da sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada %14.1, Moreira ve arkadaşlarının (118) Brezilya'da 16-23 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada %81, Hadi ve Azimirad'ın (119) İran'da yaptığı çalışmada %66, Urasa ve Darj'ın (120) Tanzanya'da 137 hemşire ile yaptıkları çalışmada %15.4, Mutyaba ve arkadaşlarının (121) Uganda'da 310 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada %19, Nijerya'da (87) yapılmış olan bir çalışmada %7.1 gibi değişik oranlar bildirilmiştir. Ülkeler arasındaki bu farklılığın tarama politikaları, ülkelerin sosyo-ekonomik ve gelişmişlik düzeyleri, kadınların bireysel ve kültürel özellikleri, koruyucu sağlık hizmetlerine ve eğitime verdikleri önem arasındaki farklılıklardan kaynaklanabilmektedir (33). Serviks kanseri daha önceki yıllarda ABD'de kanser mortalitesinde birinci sırada iken şu an 13. sıraya düşmüştür. Buna rağmen dünyada halen meme kanserinin ardından ikinci sırada yer alıyor olması özellikle az gelişmiş ülkelerde Pap smear tarama programında yetersizlikler olduğunu ortaya koymaktadır (21). Nijerya ve Afrika ülkelerinde yapılan araştırmalarda ortaya çıkan yetersiz bilinçlenme, yanlış algılamalar, organize bir tarama inceleme programının olmaması, kadınların kültürel anlamda çok eşlilik durumlarını açığa vuramamaları ve uygunsuz batıl inançları kadınların Pap smear testini yaptırmama için en yaygın engeller olduğu saptanmıştır (7). Sonuç olarak sosyal ve ekonomik

yönden geri kalmış ülkelerde Pap smear yaptırma oranının düşük olduğu görülmektedir.

ACS ilk cinsel ilişkiye başladıktan sonra en geç 3 yıl sonra taramaya başlanmasını ama ilk tarama yaşının 21'i geçmemesi gerektiğini belirtmektedir. 30 yaş ve üzerinde üç kez üst üste normal test sonucu olanlarda tarama aralığının iki-üç yıla çıkarılabileceği belirtilmektedir (14,21). Ancak, çalışmamız kapsamındaki kadınların ne zaman ve ne sıklıkta Pap smear yapılması gerektiğini tam olarak tanımlayamadıkları görülmüştür. Buna göre; kadınların %26.7'si her yıl, %21.9'u 2-3 yılda bir defa ve %51.4'ü düzensiz Pap smear yaptırdıklarını ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.14). Bu konuyla ilgili literatür incelendiğinde, Açıkgöz ve arkadaşları kadınların kanser ve tarama yöntemleri konusundaki tutumlarını inceledikleri çalışmada, kadınların %23'ünün her yıl Pap smear yaptırdıklarını bulunmuştur (68). Gülen'in ebe ve hemşirelerle yaptığı çalışmada, kadınların yalnızca %19'u düzenli olarak Pap test yaptırdığını ifade etmiştir (93). Price ve arkadaşları New York'da 335 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların %75'i son iki yıl içinde Pap test yaptırmış ve ileride de düzenli yaptıracığını ifade etmiştir (94). Ho ve arkadaşları Vietnamlı kadınlarla yaptıkları çalışmada katılımcıların %89'unun düzenli Pap test yaptırdıkları bulunmuştur (105). Mutyaba ve arkadaşlarının Uganda'da 310 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada katılımcıların yalnızca %39'unun Pap smear testinin tarama aralıklarını bildiği bulunmuştur (121). Ülkemizde yapılmış olan çalışmalar, bulgularımızla benzerlik göstermekle birlikte yurt dışında yapılmış çalışmalarda kadınların daha düzenli Pap smear testi yaptırdıkları görülmektedir.

Araştırmamız kapsamındaki kadınların yaş grupları arasında, Pap smear testi yaptırma davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Yapılan ileri analizlerde kadınların, yaş ilerledikçe Pap smear testi yaptırmaya daha fazla ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.39). Açıkgöz çalışmamızla paralel sonuçlara ulaşılmış ve 40-49 yaş aralığındaki kadınların daha çok Pap smear testi yaptırdıklarını bulmuştur (34). Akyüz ve arkadaşları 30-39 yaş grubundaki kadınların Pap smear yaptırma oranlarının daha genç yaştakilere göre daha fazla bulmuştur (14). Doğan kadın sağlık çalışanları ile

yaptığı çalışmada, Pap smear testi yaptıranların çoğunlukla 30-44 yaş grubunda olduğunu bulmuştur (7).

Bu veriler, yaşla birlikte jinekolojik problemler ve muayenede artışa paralel Pap smear testi yaptırma oranının artış gösterdiğini düşündürmektedir. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Kaya (45) ile Carrasquillo ve Pati'nin (111) çalışmalarında yaş ilerledikçe Pap smear yaptırma oranında azalma olduğunu bildirilmiştir.

Çalışmamızda kadınların eğitim durumu grupları arasında, Pap smear testi yaptırma davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.39). Eğitim seviyesiyle beraber Pap smear testi yaptırma oranının arttığı görülmüştür. Açıkgöz (34), Kalyoncu ve arkadaşları (81), Temel (106), kadınların eğitim seviyeleri arttıkça Pap smear yaptırma oranlarının arttığını belirtmiştir. Bu sonuçlara göre, eğitim Pap smear yaptırma konusunda önemli bir belirleyicidir. Eğitim düzeyi düşük kadınların saptanıp serviks kanseri konusunda bilgilendirildikleri takdirde Pap smear testi yaptırma oranları artırılabilir. Gerek birinci basamakta gerekse diğer kurumlarda sağlık hizmeti verenlerin, Pap smear testi yaptırma konusunda halkı bilinçlendirmesi bu sorunun çözümünde önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Kadınların çalışma durumu grupları arasında, Pap smear testi yaptırma davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışan kadınların Pap smear testi yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.39). Lin ve arkadaşları çalışan kadınların Pap smear yaptırma oranının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (93). Çalışmamızdan farklı olarak Güvenç, test yaptıran kadınların en yüksek oranda çalışmadığı sonucunu bulunmuştur (3). Akyüz ve arkadaşları (14) ile Kalyoncu ve arkadaşları (81), kadınların çalışma durumunun Pap smear yaptırmasını etkilemediği bulmuştur.

Yapılan çeşitli çalışmalarda Pap smear yaptırma oranlarının, yoksul kadınlarda daha düşük olduğu saptanmıştır (32). Araştırmamızda gelir düzeyiyle birlikte Pap smear yaptırma oranlarının arttığının belirlenmesine rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.39). Bu

sonuç, Pap smear testinin sağlık merkezlerinde ücretsiz olarak yapılmasına ve çalışmanın şehir merkezinde, ulaşımın kolay olduğu bir yerde yapılmasına bağlanabilir.

Araştırmamızda kadınların gebelik sayısı grupları arasında, Pap smear testi yaptırmama davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.39). Hiç gebe kalmamış kadınların Pap smear yaptırmama oranları diğerlerine göre düşük bulunmuştur.

Gebelik ve doğum sayılarının artmasıyla kadınların obstetrik ya da jinekolojik nedenlerle daha fazla muayene olmalarının bu sonucu doğurduğu düşünülmektedir. Çalışmamızla paralel olarak Gülen'in çalışmasında, üç ve daha fazla gebeliği olan kadınların Pap smear yaptırmama oranı daha yüksek bulunmuştur (93). Kalyoncu ve arkadaşlarının, Eskişehir'de 205 kadınla yaptığı çalışmada, gebelik sayısı arttıkça Pap smear testi yaptırmama oranının arttığı bulunmuştur (81).

Pap smear taramasıyla ilgili çalışmalar kadınların konunun önemi konusunda yeterli düzeyde bilgilendirilmediğini göstermektedir. Serviks kanseri tarama davranışlarına yönelik sağlık personelinin önerisi, sağlık personelinin iletişimi kadınların taramalara katılımında majör destekleyiciler arasındadır. Toplumun bilinçlendirmede ve sağlığı korumada önemli rolleri ve sorumlulukları bulunan hemşirelerin bu rol ve sorumluluklarını etkin bir biçimde yerine getirmelerinin kadın sağlığının geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır (33). Çalıştığımızın sonuçlarına göre kadınların %74.9'u serviks kanserinin erken tanısı ile ilgili bilgi/egitim almak istediklerini ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.12). Yapılan analizlerde, erken tanıyla ilgili bilgi almak isteyen kadınların daha fazla Pap smear testi yaptırdıkları saptanmıştır. Kaya, serviks kanseri ile ilgili bilgi alan kadınların %36.3'ünün, serviks kanseri hakkında bilgi almayan kadınların ise %19'unun Pap smear yaptırdığını bulmuştur (45). Bu konuda yapılmış diğer çalışmalar da benzer bulgulara rastlanmıştır (7,33,91). Kadınların bilgi arayışında olmasının Pap smear testi yaptırmalarını olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

Kadınların Pap smear yaptırmama nedenlerinin öğrenilmesi, serviks kanserinin erken tanısına yönelik koruyucu sağlık davranışlarının belirlenmesi ve sağlıklarına gösterdikleri önem hakkında fikir vermesi nedeniyle önemlidir (3).

Çalışmamız kapsamındaki kadınların (%24) doktor isteği, (%20) düzenli sağlık kontrolü, (%13) akıntı, kaşıntı şikayeti, (%5,3) kanser endişesi, (%3.7) ailede kanser öyküsü, (%2.7) kanama şikayeti ile Pap smear testi yaptırdıkları bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.16). Doğan (7) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada, kadınların %44.3'ünün doktor isteği, Güvenç (3) kadınların çoğunluğunun düzenli sağlık kontrolü için Pap smear yaptırdıklarını bildirmişlerdir. Arabacı, kadınların sağlık çalışanları tarafından randevuya çağırılmasının, smear testinin önemli olduğuna inanmalarının, çevresinde kadın kanseri yaşamış bireylerin olması ve arkadaşlarının test yaptırmış olmasının Pap smear yaptırmalarında etkili olacağını belirtmiştir (60).

Literatürdeki çalışmalar, kadınların Pap smear testini yaptırmamaya yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının da birbirine benzer olduğunu göstermektedir. Kadınların servikal kanser tarama programına katılma oranlarının düşük olmasının en önemli nedenleri arasında, servikal kanser ve risk faktörleri konusunda bilgi eksikliği, utangaçlık, acı ya da kanser korkusu, bazı kadınlar için muayene saatlerinin uygun olmaması ya da testi yapan kadın doktorlarının azlığı, anormal bir sonuç alma korkusu, servikal kanser tarama programını tam anlamıyla bilmemeleri, hizmete ulaşımında zorluk, duyarsızlık, kaderci yaklaşım ve şikayetlerinin olmaması sayılmaktadır (7,26,62,97,117). Ersin'in İzmir'de yaptığı çalışmada kadınların test yaptırmama nedenlerini, gidilecek merkezin uzaklığı, uzun bekleme saatleri ve sağlık personelinin kendilerine ilgi göstermemeleri oluşturmuştur (33). Yurt dışında yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Nijerya'da yapılan bir çalışmada kadınların Pap smear yaptırmama nedenleri arasında testi gerekli bulmama, bilgi eksikliği ve korku yer almıştır (87). Moreira ve arkadaşları Brezilya'da yaptıkları çalışmada kadınların korktukları ve utandıkları için Pap smear yaptırmadıkları bulunmuştur (118). Byrd'ın Amerika'da göçmen kadınlarla yaptığı çalışmada evli olmayan kadınların test yaptırmama konusunda isteksiz oldukları, utanma, korku ve ağrı duyacakları endişesiyle test yaptırmadıkları belirlenmiştir (114). Abotchie'nin Gana'da yaptığı çalışmada, test yaptırmama nedenleri olarak testin kanser taraması için kullanıldığını bilmeme, testin ağrılı olduğunu düşünme, genital organlarına zarar vereceğini düşünme yer almaktadır (112). Lin ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları çalışmada kadınların %18'i şikayetinin olmadığı durumda Pap testin gerekli olmadığını, kadınların %20'si

menopozdan sonra ve %22'si cinsel ilişki yokluğunda smear testine ihtiyaç duymadığını belirtmişlerdir (95). Çalışmamız kapsamındaki kadınların Pap smear yaptırmama nedenleri için “şu ana kadar herhangi bir şikayetin olmaması (%28.3), bu konuda yeterli bilgiye sahip olmama (zaman-sıklık-yer) (%21,0), kendini risk altında görmeme (%9.3), vajinal muayeneden korkma (%8.0), jinekolojik muayene sırasında cinsel organımın görülmesinden utanma (%5.3), muayene eden kişinin erkek olması (%2.7) sonuçlarına ulaşılmıştır. (Bkz. Tablo 4.17). Çalışmamızda kadınların yüksek oranda daha önce herhangi bir şikayeti olmadığı için test yaptırmadıklarını açıklamaları, Pap testin tanı için kullanıldığını düşünmemelerinden kaynaklanmaktadır. Oysa düzenli kontrol, hastalığın erken dönemde tanılanması için çok önemlidir. Bu sonuçlar, kadınların Pap smear yaptırmama nedenlerinin ülkelere göre farklılık göstermediğini, hemen hemen benzer olduğunu göstermektedir. Ancak korku, utanma ve şikayetin olmaması nedeniyle test yaptırmama birçok çalışmada belirtilmiş olup, üzerinde durulması gereken bir önemli bir engeldir.

5.2. Kadınların Serviks Kanseri ile Pap Smear Testi Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular ve Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi formuna ilişkin puan dağılımına bakıldığında, kadınların serviks kanserinden korunma konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu konuda eğitime gereksinim duydukları anlaşılmıştır. Literatürde de paralel bulgulara rastlanmıştır (11,14,30,55,99,119,123,124).

Araştırma kapsamındaki kadınların yaş grupları arasında, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). 15-24 yaş arasındaki kadınların bilgi düzeyleri diğer gruplara göre düşük, 35-39 yaş arasındaki kadınların bilgi düzeyleri diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.23). Serviks kanserinin en yüksek oranda görüldüğü dönemlerden biri de 35-39 arası yaşlardır (11,19). Bu sonuç doğrultusunda kendini risk altında gören kadınların bilgi edinmeye eğilimlerinin arttığı düşünülmektedir. Çalışma sonuçlarımızla paralel olarak Duran, 35-39 yaş grubundaki kadınların bilgi düzeylerinin diğerlerine göre fazla

olduğunu bildirmiştir (124). Moreira ve arkadaşları, Brezilya'da yaptıkları çalışmada, ileri yaştaki kadınların serviks kanserinden korunma yolları hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları (%81) bulmuştur (118). Hadi ve Azimirad İran'da yaptıkları çalışmada, reproduktif dönemdeki kadınların bilgi düzeyleri menopoz dönemindeki kadınlara oranla daha yüksek bulunmuş ve bu sonuç üreme çağındaki kadınların daha sık jinekolojik muayeneye gitmelerine bağlanmıştır (119).

Kadınların eğitim durumu grupları arasında serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmaya katılan kadınların eğitim seviyeleriyle beraber bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.26). Güler genital kanserlerin belirtileri ve korunma yolları hakkında bilgi düzeylerinin saptanmasına yönelik yaptığı araştırmada kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe genital kanserlere yönelik hazırlayıcı faktörler hakkındaki bilgi düzeyinin de yükseldiğini saptanmıştır (55). Şahin de çalışmasında hastalarının eğitim düzeyleriyle beraber bilgi puanlarının arttığı bulunmuştur (10). Hislop ve arkadaşlarının Kanada'da yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük kadınların serviks kanseri hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (99).

Araştırmamızda kadınların çalışma durumu grupları arasında, serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0.05$). Çalışmayan bireylerin serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi düzeyleri, çalışan bireylere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.27). Ralston ve arkadaşları, çalışan kadınların serviks kanseri risk faktörleriyle ilgili daha bilgili olduklarını bulmuştur (101). Bu sonuçlar ile çalışan kadınların bilgi edinme konusunda çalışmayan kadınlara göre ortamlarından ve sosyal ilişkilerden kaynaklanan nedenler ile daha motive oldukları sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmamızda kadınların aylık gelir durumu grupları arasında serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırma kapsamındaki kadınların gelir durumlarıyla beraber bilgi düzeylerinin de arttığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.28). Şahin'in yapmış olduğu çalışmada poliklinik hastalarının gelir düzeyleriyle

beraber bilgi puanlarının arttığı bulunmuştur (10). Kaya, kadınların serviks kanseri bilgi puanları ile yaşı, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu ve sosyo-ekonomik durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır (45).

Çalışmamızda kadınların Pap smear testi yaptırmaları ile serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce Pap smear testi yaptıran kadınların bilgi puanları, yaptırmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksektir (Bkz. Tablo 4.34). Hislop ve arkadaşları Kanada'da yaptıkları çalışmada, kadınların bilgi yetersizliğinin Pap smear testi yaptırmaları olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (99).

Kadınların ailesinde jinekolojik kanserin varlığı ile serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışma kapsamında değerlendirilen, ailesinde jinekolojik kanser olan kadınların bilgi düzeyleri daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.37). Kadınların ailesinde kanser hastalığının varlığı, kanser konusunda duyarlı ve bilgili olmasını sağlayabilir. Gücük ve arkadaşları ailede jinekolojik ya da bunun dışında kanser olmasının Pap smear yaptırmaları düzeyini anlamlı derecede artırdığını bulmuştur (30). Bu da katılımcıların, hasta yakınları ile yaşayarak ya da hastalıkların seyrini görerek kanser endişesi ile tarama testine daha fazla önem verdiklerini düşündürmektedir.

Pap smear testi, servikste kanser başlangıcı olabilecek herhangi bir hücresel değişikliği belirleyebilen ve maliyet açısından da etkin nadir tarama metodlarından birisidir (3,14,21). Pap smear'ın serviks kanserinin teşhisi için kullanılan bir test olduğunu araştırmamız kapsamındaki kadınların %67.3'ünün bildiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.21). Gülen'in (93) çalışmasında, katılımcıların yalnızca %19.2'si, Yazıcı'nın (82) çalışmasında, kadınların %7.6'sı, Gharoro ve arkadaşlarının (116) çalışmasında, katılımcıların %64'ü Pap smear testinin kanser taramasında kullanıldığını bildikleri bulunmuştur.

Pap smear ile prekanseröz lezyon saptanan kadınların uygun değerlendirme, tedavi ve düzenli takip ile hayatta kalma şansları %100'e çıkmaktadır (28). Diğer yandan bilgi eksikliği, yanlış bilgilerinin olması duyarlılık

ve ciddiyet algısının düşük olması kadınların taramalara katılmalarında engelleyici olabilmektedir (125). Çalışmamızda serviks kanserinden korunmak için düzenli Pap smear testi yaptırmanın gerekli olduğuna kadınların %72.3'ünün katıldığı bulunmuştur (122) (Bkz. Tablo 4.21). Eke ve arkadaşlarının Nijerya'da yaptıkları çalışmada, kadınların büyük çoğunluğu (%89.7), Mutyaba ve arkadaşlarının Uganda'da sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada olguların %81'i serviks kanserinin erken teşhis ve tarama ile tedavi edilebileceğini ifade ettikleri bulunmuştur (121,122).

Çalışmamızda katılımcıların yarıya yakını (%41.3), kadınların sadece menapoz döneminde serviks kanseri olacağını ifade ettikleri bulunmuştur. Güvenç çalışmasında kadınların, yıllık Pap smear testi yaptırmanın önemi ve serviks kanserinin yalnızca menapoz döneminde görülmediği gibi konularda yüksek oranda farkındalıklarının olduğunu belirtmiştir (3).

Serviks kanserinin en önemli belirtileri arasında cinsel ilişki sonrası lekelenme tarzında vajinal kanama, adet miktarında ya da süresinde artış, kahverengi vajinal akıntı olarak belirtilmiştir (49). Çalışmamız kapsamındaki kadınların %32.7'sinin cinsel ilişkiden sonra lekelenme ve düzensiz kanamanın serviks kanserinin erken belirtisi olabileceğini belirttikleri bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.21) Açıkgöz ve arkadaşları kadınların kanser ve tarama yöntemleri konusundaki bilgi ve tutumlarını inceledikleri çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısı (%52.6) cinsel ilişki sonrası olan vajinal kanamanın, serviks kanserinin belirtisi olabileceğini belirtmiştir (68). Urasa ve Darj Tanzania'da 137 hemşire ile yaptıkları çalışmada, adet dönemi aralarında kanamanın olmasını kadınlardan yalnızca %9.5'inin serviks kanseri belirtisi olarak değerlendirdikleri bulunmuştur (120).

Yaygın servikal kanserden koruma programları primer koruma (aşılama) ve sekonder koruma (tarama) programları olarak değerlendirilebilir (30). Serviks kanseri human papilloma virus (HPV)'un onkogenik tiplerinin uzun süren enfeksiyonu sonucu ortaya çıkar. Tüm serviks kanserleri %99.7 HPV DNA'sı içerir (15,67). Çalışmamızda HPV'nin serviks kanseri için risk oluşturduğunu kadınların %33.3'ünün, serviks kanserinden koruyucu bir aşının varlığını kadınların yalnızca %25.7'sinin bildiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.19). Şahin'in

(10) çalışmasında poliklinik hastalarının %24.8'i, sağlık personelinin %65.6'sı, Açıkgöz ve arkadaşları'nın (68) çalışmasında kadınların %56.6'sı serviks kanserine karşı koruyucu aşının olduğunu bildikleri bulunmuştur. Lin ve arkadaşları'nın (95) ABD'de 40 yaş üzeri kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %42'si, Moreira ve arkadaşları'nın (118) çalışmasında katılımcıların yalnızca %10'u, Urasa ve Darj'in (120) Tanzanya'da yaptıkları çalışmada kadınların %40'ından azı, Saha'nın (117) Hindistan'da yaptığı çalışmada katılımcıların %15'i HPV'nin serviks kanseri riskini artıran bir faktör olduğunu bildikleri bulunmuştur. Servikal kanser oluşumunda önemli role sahip HPV'nin pozitiflik oranını saptamak ve HPV testlerinin uygulanabilirliğini incelemek amacıyla ülkemizde Kanser Daire Başkanlığı tarafından çalışmalar yapılmaktadır (38).

Cinsel aktivite jinekolojik kanserlere ait risk faktörleri arasında önemli yer almaktadır. Serviks kanseri için evli olmak, genç yaş evlilikler, cinsel eş sayısı önemlidir (10). Çalışmamızda "birden fazla cinsel eşe sahip olmak serviks kanseri risk faktörüdür" ifadesine kadınların %34.7'sinin doğru yanıt verdiği, %53.7'sinin bilgisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Tablo 4.21). Türkdemir (100), kadınların birden fazla cinsel eşe sahip olmanın serviks kanseri riskini artırdığını bildiklerini saptamıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da kadınların cinsel partner sayısının artması ile yüksek riskli HPV'nin daha fazla görüleceğini düşündükleri bulunmuştur (17,117).

Çalışmamızda erken yaşta ilk cinsel deneyimin (18 yaş altı) serviks kanseri için risk oluşturduğunu kadınların yalnızca %22'sinin bildiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.19). Lin ve arkadaşları 40 yaş üstü kadınlarla yaptıkları çalışmada katılımcıların, erken yaşta cinsel ilişkiye başlama ve seksüel partner sayısı gibi risk faktörlerini bilmedikleri bulunmuştur (95). Sellors ve arkadaşlarının çalışmasında, HPV-DNA pozitiflik oranları ilk cinsel ilişki yaşı 15 yaş ve altı olan hastalarda %17.9 iken, ilk cinsel ilişki yaşı 16-19 olan hastalarda %12.9 ve ilk cinsel ilişki yaşı 20 yaş ve üzeri olan hastalarda %7.8 olarak tespit edilmiştir (80).

Sigara kadınlarda preinvaziv ve invaziv hastalık riskini artırmaktadır. Sigara kullanan kişilerde servikal mukus içerisinde sigara ile ilişkili kimyasal maddelere rastlanmıştır. Bu maddelerin servikal hücrelerde DNA hasarına neden

olarak serviks kanseri gelişiminde etkili olabilecekleri düşünülmektedir (56). Araştırmamızda kadınların çoğunluğu sigaranın zararları ve sigaranın kanserle ilişkisi bakımından doğru bilgilere sahiptir. 'Sigara kullanmak serviks kanseri gelişmesini kolaylaştırır' önermesini kadınların %52'sinin bildiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.21). Prokopczyk ve arkadaşlarının ABD'de yaptıkları çalışmada, düzenli sigara kullanımının servikal mukusta değişikliğe neden olduğu ve serviks kanseri için risk faktörü oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır (113). Urasa ve Darj'ın çalışmasında kadınların yalnızca %20.4'ünün sigara kullanımını risk faktörü olarak algıladıkları bulunmuştur (120).

Pap smear son adet tarihinden 10-18 gün sonra alınmalıdır, testten önceki 48 saat içinde vajinal duş, vajinal tampon, vajinal kontraseptif ajanlar veya ilaç kullanımı ve cinsel ilişki olmamalıdır (21). Çalışmamızda kadınların Pap smear testi yaptırmaya gitmeden önce nelere dikkat edeceklerini tam olarak bilmedikleri düşünülmüştür (Bkz. Tablo 4.21). 'Pap smear testi yaptırmaya gitmeden önce vajen içi yıkanmalıdır' önermesine kadınların %22'sinin katıldığı bulunmuştur. Yurdalan'ın çalışmasında, vajinal duş uygulamasının smear sonuçlarını etkilediği, vajinal duş yapan kadınlarda Pap smear sonuçlarında enfeksiyonun daha fazla olduğu, vajinal duş uygulaması bırakıldıktan sonra alınan örneklerde enfeksiyonun azaldığı bulunmuştur (108). Yazıcı'nın çalışmasında katılımcıların, Pap smear testi yaptırmadan önce vajinal yolla ilaç uygulamamak, cinsel ilişkide bulunmamak (%60) ve adetli olmamak (%20) gerektiğini ifade ettikleri bulunmuştur (82).

Çalışmamız kapsamındaki kadınların %57.7'sinin ailede kanser öyküsünün serviks kanseri için risk oluşturduğunu bildiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.21). Ailesinde bunu deneyimlemiş kişilerin risk grubunda bulduklarını bilerek sağlık kuruluş ve hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları, bu konularda daha araştırmacı olmaları, farkındalıklarının daha yüksek olması nedenleri ile bilgi sahibi olmaları beklenir (10).

5.3. Kadınların Serviks Kanseri Riskli Davranışlarına İlişkin Bulgular ve Etkileyen Faktörler

Servikal kanser için tanımlanan risk faktörlerinin bilinmesi ve kadınların bilinçlendirilmesi kadınlarda davranış geliştirmesine yol açacağı için önemlidir. Kadınların servikal kanser risk faktörlerini yeterince bilmemelerinin Pap smear yaptırma davranışlarını etkilediği, dolayısıyla bu konudaki yanlış bilgileri düzeltmenin taramalara katılımında etkili olacağı düşünülmektedir. Ralston ve arkadaşları ABD’de Çinli göçmen kadınlar ile yaptıkları çalışmada kadınların çoğunluğunun serviks kanseri için risk oluşturacak faktörleri bilmediklerini bulmuştur (98). Çalışmamızda kadınların yaşları ile serviks kanseri risk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0.05$). 30-49 yaş grubu kadınların risk puanları diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.23). Literatürde de servikal kanserin 30-55 yaş arasında daha sık görüldüğü belirtilmektedir (56).

Kadınların medeni durum grupları arasında, serviks kanseri risk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Boşanmış/dul bireylerin serviks kanseri risk puanları evlilere göre anlamlı derecede yüksektir. Birçok kadın cinsel aktivite yokluğunda, Pap smear testinin gerekli olmadığını düşünmektedir. Bu durum kendini risk altında görmeyen bireylerin riskli davranışlara eğiliminin arttığını ve tarama davranışlarını önemsemediğini düşündürmektedir.

Kadınların serviks kanseri risk puanları açısından, eğitim durumu ve çalışma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim seviyesinin artmasıyla beraber risk düzeyinin azaldığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.26). Çalışan bireylerde risk puanı çalışmayan bireylere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.27). Bu farklılığın çalışan kadınların eğitim seviyelerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin aylık gelir durumu grupları arasında serviks kanseri risk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir durumunun azalmasıyla risk düzeyinin arttığı

görülmüştür (Bkz. Tablo 4.28). Sosyo-ekonomik durumun kötü olması bireylerin hijyenik davranışlarını olumsuz etkilediği kadar, yetersiz beslenme ve sağlık kurumlarına gitme alışkanlığını da olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (56).

Literatüre göre serviks kanserinin görülme sıklığının, gebelik sayısı ile paralel olarak artış gösterdiği, gebelik sayısının 4 ve ilk gebeliğin 20 yaşından önce olmasının önemli bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (11). Çalışmamızda kadınların gebelik sayısı ile risk puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Gebelik sayısının artışıyla kadınların risk düzeylerinde artış saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.29). Yücel'in belirttiğine göre Kamaluddin, serviks kanserli kadınlarla yaptığı retrospektif çalışmada hastaların %64'ünün 20 yaşından önce evlendiği ve %58'inin 4 ten fazla gebeliğinin olduğunu belirtmiştir (123).

Kadınların ailesinde jinekolojik kanserin varlığı ile serviks kanseri risk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ailesinde jinekolojik kanser olan kadınların, serviks kanseri risk düzeyleri daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.37). Kadınların ailesinde kanser olması ve aileye yakınlık derecesi öncelikli risk faktörü olma yönüyle önemlidir (108).

Çalışmamızda kadınların düzenli sigara kullanma ve kullanmama durumları arasında, serviks kanseri risk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Düzenli sigara kullanan kadınların risk puanları içmeyenlere göre yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.38). Ayrıca bazı epidemiyolojik çalışmalarda sigara ile preinvaziv ve invaziv serviks kanserleri arasında bir ilişkinin olduğu gösterilmiş ve sigara içen kadınlarda serviks kanseri riskinin 2 kat kadar arttığı saptanmıştır (11). Sigaranın kanser nedeni olduğu tüm dünyada kabul edilen bir gerçektir. Ülkemizde sigara içme prevalansı oldukça yüksek olmakla beraber kadınların sigara içme oranının %30 civarında olduğu bilinmektedir (68). Çalışmamıza katılan kadınlardan %50.7'si sigara içen biriyle yaşadığı-çalıştığı ve %19.7'si düzenli sigara kullandığını ifade etmiştir. Şahin'in belirttiğine göre Dönmez, kadınların %51.4'ünün sigaranın serviks kanseri riskini arttırdığını bilmelerine karşın, bunların %47.5'inin sigara kullanmaya devam ettiğini belirlemiştir (10). Başkent Üniversitesinde jinekolojik kanser tanısı almış hastaların değerlendirildiği çalışmada, serviks kanseri tanısı alanlarda sigara

içerilerin oranı %33.3 olarak belirlenmiştir. Bu oranlar sigaranın jinekolojik kanserlerdeki önemini vurgulamaktadır (83).

Doğum kontrol hapları dağıtımı kullanımı kolay ve etkin bir yöntemdir. Bu nedenle günümüzde sağlık kontrolleri yapılarak doğum kontrol haplarının kullanımı teşvik edilmektedir. Ancak uzun süre OKS kullanan kadınların serviks kanseri açısından risk altında olabilecekleri de göz ardı edilmemelidir (82). Araştırmamızda kadınların %8.7'sinin uzun süre (>5yıl) OKS kullandığı sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Tablo 4.19). Literatürde 5 yıl ve üzerinde OKS kullananlarda kullanmayanlara göre 4 kat daha fazla oranda servikal displazi olduğu, serviks kanseri riskinin 1.5 kat artış gösterdiği bildirilmektedir (82). Pınar ve arkadaşları, 45 servikal kanserli olgudan 3'ünün (%6.7) >5 yıl OKS kullandığını saptamıştır (83). Yücel'in belirttiğine göre Monero ve arkadaşları, HPV-DNA pozitif kadınların uzun süre OKS kullanmalarının eşlik eden faktör olarak serviks kanseri riskini 4 kat arttırdığını belirlemişlerdir (123). Akyüz ve arkadaşlarının Pap smear testi yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kadınların OKS kullanmaları nedeniyle kendilerini riskli gördükleri bulunmuştur (14).

Serviks kanserinin erken döneminde en sık karşılaşılan belirti kanamadır. Özellikle adet aralarında ve cinsel ilişki sonrasında kanamanın olması serviks kanserinin belirtisi olması açısından önemli bir bulgudur (84). Araştırmamızda kadınlardan %27.3'ünün düzensiz adet kanamasının, %15'inin cinsel ilişki sonrası kanama ve ağrısının olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Tablo 4.19). Servikal kanserli olguların incelendiği bir çalışmada kadınların %57.8'inde postkoital kanama olduğu belirlenmiştir (83).

Genital bölge hijyeninin sağlanması olası genital enfeksiyonların ve dolayısıyla serviks kanserinin önlenmesi açısından önemlidir. Özellikle adet döneminde menstürasyon ve perine hijyeninin yeterli ve doğru biçimde uygulanmaması genito-üriner enfeksiyonlar yönünden risk oluşturmaktadır. Bu tür enfeksiyonlar erken dönemde saptanıp gerekli önlemler alınmadığında daha da ilerleyerek infertilite ve serviks kanserleri gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (108). Araştırma kapsamındaki kadınların %49'unun adet döneminde sık aralıklarla pet değiştirmemesi kişinin hijyen yetersizliğini gösterir

ve serviks kanseri risk faktörlerinden birisi de kötü hijyendir (Bkz. Tablo 4.19). Enfeksiyonları önlemek ve perine hijyenini sağlamak için menstürasyon döneminde hijyenik ped kullanılması ve pedlerin her dört saatte bir değiştirilmesi gerekir (109). Pınar ve arkadaşları jinekolojik kanserli bireylerle yaptıkları çalışmada, serviks kanserli olguların %33.3'ünde hijyen yetersizliği saptamıştır (83). Lin ve arkadaşları ABD'de yaptıkları çalışmada, katılımcıların yetersiz hijyene sahip olmayı önemli ölçüde risk olarak algıladıkları bulunmuştur (%82) (95).

Cinsel aktivite serviks kanserlerine ait risk faktörleri arasında yer almaktadır. Serviks kanseri evli kadınlarda, genç yaşta evlenenlerde ve sık cinsel ilişkide bulunanlarda daha fazla görülmektedir. Özellikle 20 yaşından önce ilk cinsel ilişkinin önemli bir risk faktörü olduğu ve birden fazla kişi ile cinsel ilişkinin belli bir oranda serviks kanserlerinin oluşumuna katkıda bulunduğu ortaya konmuştur (97). Çalışmamızda kadınların %4.3'ünün birden çok cinsel eşinin olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.19). Gharoro ve arkadaşları'nın Nijerya'da yaptığı çalışmada kadınların %89'unun kendini serviks kanseri açısından risk altında görmediği, ancak %39.7'sinin cinsel deneyim yaşının 20 yaşından önce, %59.9'unun birden çok cinsel eşinin olduğu belirtilmiştir (116). Türkdemir, meme ve serviks kanserlerinde risk gruplarının saptanması konulu çalışmasında 18 yaşın altında cinsel ilişkiye girenlerin oranını %55.9 bulmuştur (100).

Çalışma kapsamındaki kadınların %3'ünün CYBH öyküsü bulunmaktadır (Bkz. Tablo 4.19). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC), klamidya trakomatis veya HSV-2'ye karşı antikolar varsa riskin 2.1 kat arttığını bulunmuştur (11). Madeleine ve arkadaşları klamidya trakomatis saptanan hastalarda skuamöz hücreli serviks kanser için riskin 1.6 kat artırdığı ve ancak adenokanser ile anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (126). Rolando ve arkadaşları Taylant'da yaptıkları çalışmada, cinsel yolla bulaşan hastalık varlığının serviks kanseri için risk oluşturduğu bulunmuştur (127).

Serviks kanserlerinin görülme sıklığı gebelik ve doğum sayısı ile paralel olarak artış göstermektedir. Gebelik sayısının üçten fazla olması, ilk gebeliğin 20 yaşından önce olması ve ilk doğumun erken yaşta yapılması önemli risk faktörü

olarak gösterilmektedir (45). Araştırmamızda kadınların %22.7'sinin ilk cinsel ilişki yaşının 18 yaşın altında olduğu, %24.3'ünün ilk doğumunu 20 yaşından önce yaptığı, %10.7'sinin gebelik sayısının 3'den fazla olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.19). Pınar ve arkadaşlarının çalışması, servikal kanserli olguların büyük oranda erken yaşta evlenmelerinin (%53.3) ve 3'ten fazla çocuğa sahip olmalarının (%86.7) serviks kanseri açısından risk oluşturduğunu kanıtlar niteliktedir (83). Yazıcı'nın çalışmasında belirttiğine göre Egemen, 4 ve daha fazla doğum yapan kadınlarda servikal erezyon ve genital enfeksiyonların, daha az doğum yapanlara göre önemli oranda fazla olduğunu saptamıştır (82). Bu sonuçta serviks kanseri açısından doğum sayısının önemini göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki kadınların %75'i şüana kadar cinsel ilişki sırasında kondom kullanmadıklarını ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 4.19). Açık göz çalışmasında, kadınların %93'ünün cinsel ilişkide düzenli olarak kondom kullanmadığını ve büyük çoğunluğunun tek eşli olduğu bulunmuştur (34). Yücel, kadınların özellikle prezervatif/kondom gibi bariyer yöntemlerle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları önlemenin ve serviks kanserlerinden korunmanın mümkün olduğunu bilmediklerini tam tersi kadınların prezervatife bağlı sürtünmeden serviks kanseri riskinin artacağını düşündükleri belirtilmiştir (123).

Beslenme alışkanlığı direk etkilemese de, beslenme durumu ve diyet kadının enfeksiyona yakalanmasını kolaylaştırmaktadır. Sebze ve meyveden zengin beslenen kadınlarda, özellikle karotenden zengin beslenenlerde servikal kanser görülme oranı çok düşüktür (56). Hangi gıdaların kanserin önlenmesinde etkili olduğu konusundaki tartışmalar sürmektedir. Ancak bol kalorili ve yağlı gıdaların tüketilmesi obeziteye neden olduğundan kanserde risk etmeni olarak kabul edilmektedir (68). Çalışmamızdaki kadınların, %19.3'ünün dengeli beslenmediği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.19). Saha'nın, Hindistan'da yaptığı çalışmada da kadınların %12'si düzensiz beslenmenin serviks kanseri için risk oluşturduğunu belirtmiştir (117).

Servikal kanser ile genetik geçiş arasında bir ilişki mevcuttur. Tümör gelişiminde, altta yatan faktörler ile genetik yapı arasında etkileşim saptanmıştır. Genetik, tümör gelişimiyle ilişkili birçok faktörü etkiler. Bunlar arasında; HPV'ye direnç, HPV eliminasyonu, hastalık geliştirme süresi sayılabilir (56). Çalışmamız

kapsamındaki kadınlardan %15.7'si ailesinde (anne, hala, teyze vb.) jinekolojik kanser olduğunu ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.19). Arabacı çalışmasında, genetik yatkınlığı bulunmayan kadınların kendilerini kanser açısından daha güvende hissettikleri belirtmiştir (60).

5.4. Kadınların SİMÖ Puan Ortalamaları ve Etkileyen Faktörlerin İleri Analizine İlişkin Bulgular

Literatürde kadınların serviks kanseri ve Pap smear testine yönelik sağlık inançlarını inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu durum çalışmamızın sonuçlarını literatür temelli tartışma sınırlılığı getirmektedir. Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi SİMÖ kullanılarak elde edilen, kadınların serviks kanseri tarama davranışlarına yönelik sağlık inançları incelendiğinde; ölçek alt boyut puan ortalamalarının 7.7 ± 2.3 ile 33.5 ± 9.3 arasında değiştiği bulunmuştur. Kadınların SİMÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yarar algısının yüksek olmasıyla beraber, duyarlılık ve sağlık motivasyonu algılarının düşük olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.22).

Kadınların serviks kanseri taramasına ilişkin tutum ve davranışlarını etkileyen faktörler çok boyutludur. Bireyin kültürel inançları, sağlık/hastalık algısı, aile ve çevre desteği, hastalığa yönelik bilgisi ve risk algısı, hastalığın erken dönemde tanınmasında önemli olan uygulamalara olan inancı bunların başında gelir (125). Kadınların tarama yaptırmalarına etkisi olduğu düşünülen bir diğer faktör ise sağlık inançlarıdır. Çalışmamızda kadınların sağlık inançları ile serviks kanseri taramalarına katılımları arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadınların bireysel değişkenleri ile serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ alt boyut puanları arasında bir ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla karşılaştırmalar yapılmıştır.

Kadınların yaş grupları arasında, SİMÖ yarar algısı puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaşla birlikte SİMÖ yarar algısı puanının arttığı, 15-19 yaş arasındaki kadınların yarar algıları puanlarının diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.24). Güvenç'in çalışmasında, kadınların yaşları ile

SİMÖ alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (3). 15-19 yaş grubunda yarar algısının düşük bulunması hemşirelerin bu gruba daha fazla zaman ayırarak bilgilendirmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Eğitim, bireylerin davranışlarında değişiklikler meydana getiren bir diğer faktördür. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ve eğitimlere katılımı etkilenmekte, dolayısıyla bireylerin farkındalığı artmaktadır (10). Çalışma kapsamındaki kadınların eğitim durumu grupları arasında, SİMÖ motivasyon, yarar ve engel algısı toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların SİMÖ yarar ve motivasyon algıları puanlarının eğitim düzeyiyle beraber arttığı engel algılarının ise azaldığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.26). Bu durum eğitim düzeyi yüksek kadınların tarama davranışlarını sergilemede daha istekli olduklarını düşündürmektedir. Güvenç, kadınların eğitim durumları ile SİMÖ motivasyon, yarar ve engel algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu bildirmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların SİMÖ motivasyon ve yarar algısı puanlarının yüksek, engel algısı puanının düşük olduğu saptanmıştır (3).

Çalışma kapsamındaki kadınların çalışma durumu grupları arasında, SİMÖ yarar, motivasyon ve engel algısı toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). SİMÖ motivasyon ve yarar algısı puanlarının çalışmayan bireylerde, çalışanlara göre düşük olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.27). Çalışan bireylerde ise SİMÖ engel algısı puanları çalışmayan bireylere göre düşük bulunmuştur. Güvenç, kadınların çalışma durumu ile SİMÖ duyarlılık, motivasyon, yarar ve engel algıları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark olduğu bulmuştur. Çalışmayan kadınlarda SİMÖ duyarlılık ve engel algılarının, çalışan kadınlarda da SİMÖ motivasyon ve yarar algılarının yüksek olduğunu saptamıştır (3).

Serviks kanseri beslenme koşulları bozuk, gelir düzeyi düşük kişilerde daha sıktır. Katılımcıların aylık gelir durumları ile SİMÖ engel algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir ($p<0.05$). Gelir düzeyi arttıkça engel algısının azaldığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.28).

SİMÖ duyarlılık algısı puanı, gelir durumu kötü olanlarda daha yüksek bulunmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatürde duyarlılık arttıkça davranışın gerçekleşme olasılığının arttığı belirtilmektedir (33).

Çalışmamızda kadınların doğum sayısı grupları arasında, SİMÖ engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre, 4 ve üzeri doğum yapan bireylerin engel algısı puanı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.30). Bu durum çocuk sayısının artmasıyla, kadınların özbakımları için yeterli zaman ayıramadığını düşündürmektedir. Gebelik kontrollerinin iyi bir fırsat olması nedeniyle, hemşireler tarama davranışlarıyla ilgili kadınları bu dönemde bilgilendirmeye özen göstermelidir.

Çalışmamızda, serviks kanserinin erken tanısıyla ilgili eğitim isteyen ve istemeyen gruplar arasında SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Serviks kanserinin erken tanısıyla ilgili eğitim almak isteyen kadınların duyarlılık puanları, eğitim istemeyen kadınlara göre daha yüksek bulundu. Duyarlılık, serviks kanserine yakalanma olasılığını algılamada etkilidir.

Araştırma kapsamında, daha önce Pap smear testi yaptıran ve yaptırmayan gruplar arasında, SİMÖ yarar, motivasyon ve engel algıları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Pap smear yaptıran kadınların, yaptırmayanlara göre SİMÖ motivasyon ve yarar algılarının yüksek engel algılarının düşük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.34). Erken tanıya ilişkin davranışların sergilenmesinde, engel algısına oranla yarar algısının yüksek olması önemlidir. Çalışmamızda belirti olmadan serviks kanseri taramalarına gereksinim olmadığı algısı, kadınların kendilerini sağlıklı olarak görmeleri ve kanser olma korkusu tarama davranışına katılımı engellemiş olabilir. Ersin'in belirttiğine göre Jirogwong ve arkadaşları, Pap smear testi yaptıran oranlarının serviks kanseri ciddiyet algısıyla artış gösterdiği bulmuştur (33).

Sağlık motivasyonu, eylemin davranışa geçirilmesi ya da davranışın sergilenmesinde istekli olma durumu olarak tanımlanır (125). Güvenç daha önce test yaptıran kadınların SİMÖ motivasyon algısı puanlarının, ilk kez test yaptıranlara göre daha yüksek, engel algısı puanlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur (3). Pap smear yaptıranların SİMÖ engel algılarının daha düşük, yarar ve motivasyon algılarının daha yüksek olması, tarama programlarına katılımı yüksek oranda sağlayabilmek için uygun motivatörlerin kullanılması ve engellerin mümkün olduğunca azaltılması gerekliliğini göstermektedir (3). Aydoğdu ve Bahar'ın belirttiğine göre, McFarland gelir seviyesi düşük ve yüksek olan kadınlarda yaptığı çalışmada, ciddiyet algısı yüksek olan kadınların Pap smear testi yaptırma oranlarının daha fazla olduğunu saptamıştır (32).

Daha önce Pap smear testi yaptıran kadınların, yaptırmayanlara göre SİMÖ duyarlılık algısı puanlarının daha yüksek olmasına karşın bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.34). Aydoğdu'nun belirttiğine göre, Jirogwong ve arkadaşlarının, yoksul kadınlarda yaptıkları çalışmada, duyarlılık algısı yüksek olan kadınların Pap smear yaptırma oranlarının daha fazla olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (64). Akyüz ve arkadaşları kadınların Pap smear testi yaptırma durumunu inceledikleri çalışmada, kadınların kendini risk altında görme durumları ile smear testi yaptırmaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (14). Bu durum kadınların risk düzeyindeki artışın duyarlılık ve motivasyon algısını artırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kadınların Pap smear testi yaptırma sıklıkları arasında, SİMÖ motivasyon algıları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Pap smear testini her yıl yaptıran kadınların SİMÖ motivasyon algısı, testi düzensiz yaptıranlara göre yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.35). Güvenç, düzenli olarak Pap smear yaptıran ve yaptıрма kararı olan kadınların SİMÖ motivasyon algılarının, test yaptırmayan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek, SİMÖ engel algısı puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu saptamıştır (3).

Çalışmamızda kadınların Pap smear testi nitelikleri arasında SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Normal olmayan Pap smear örneği olan kadınların SİMÖ duyarlılık algısı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.36). Duyarlılık algısının, normal olmayan Pap smear örneği olan kadınlarda daha yüksek olması, bu gruptaki kadınların tarama davranışlarını sergilemede daha istekli olduklarını düşündürmektedir.

Kadınların ailesinde jinekolojik kanserin varlığı ile SİMÖ engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Ailesinde jinekolojik kanser olmayan kadınların engel algıları diğerlerine göre yüksektir (Bkz. Tablo 4.37). SİMÖ göre, engel algısı ne kadar düşükse davranışa başlama olasılığı o kadar yüksek olacaktır. Ailede kanser öyküsü olmayan grubun engel algılarının yüksek olması bu grupların kendilerinde serviks kanseri riskini daha az algılamaları nedeniyle tarama davranışlarını daha az uygulayıp ve bu konuda daha duyarsız olacaklarının göstergesidir. Gücük ve arkadaşları, ailesinde jinekolojik kanser öyküsü bulunan kadınların Pap smear yaptırma düzeyinin anlamlı derecede arttığını bulmuştur (30).

Kadınların düzenli sigara kullanma ve kullanmama durumları arasında, SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Düzenli sigara kullanan kadınların duyarlılık algısı içmeyenlere göre yüksektir (Bkz. Tablo 4.38). Sigara kullanan kadınların risk altında olduklarını hissettiklerinden duyarlılık algılarının arttığı düşünülmektedir.

Çalışmamız sonunda kadınların düşük bulunan duyarlılık ve sağlık motivasyonu algılarını artırmak için, ülke genelinde serviks kanserlerinin erken tanılanmasına yönelik nüfus-tabanlı tarama programlarının başlatılması, kadınların serviks kanserleri ile ilgili risk faktörleri konularında bilgilendirilmesi ve tarama testlerine katılımlarının sağlanması gerekmektedir. Bununla birlikte kadınların Pap smear testini yaptırmama nedenleri ve sağlık inançlarının değerlendirildiği araştırmalara ağırlık verilmesi, sağlık kurumlarında kadınları erken tanıya yönlendirecek ortamların oluşturulması sağlanmalıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 34.1 ± 8.1 bulunmuştur.
- Araştırmaya katılan kadınların %93.3'ünün evli, %42.0'sinin eğitim düzeyi ilkokul-ortaokul seviyesinde, %55.7'sinin çalışmadığı ve yarıdan fazlasının (%55.0) aylık gelir durumunu orta düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Kadınların büyük çoğunluğu (%75.0) daha önce Pap smear testini duymuştur.
- Pap smear testini duyan kadınların bilgi kaynaklarının %51.7'sini sağlık personeli, %18.7'sini medya, %15.7'sini arkadaş-komşu, %6.3'ünü internet, %2.3'ünü konferans-seminer oluşturduğu bulunmuştur.
- Kadınların %48.7'sinin daha önce Pap smear testi yaptırdığı bulunmuştur.
- Pap smear testi yaptıran kadınların; %24'ünün doktor isteği ile %20'sinin düzenli sağlık kontrolü için, %13'ünün akıntı ve kaşıntı şikayeti ile %5.3'ünün kanser endişesi yaşadığı için, %3.7'sinin ailede kanser hikayesi olduğu için, %2.7'sinin kanama şikayeti ile Pap smear testi yaptırdıklarını bulunmuştur.
- Kadınların Pap smear yaptırmama nedenlerini, herhangi bir şikayetin olmaması (%28.3), konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmama (zaman-sıklık-yer) (%21.0), kendini risk altında görmeme (%9.3), vajinal muayeneden korkma (%8.0), jinekolojik muayene sırasında cinsel organın görülmesi ve bundan utanma (%5.3), muayene eden kişinin erkek olması (%2.7), olarak bulunmuştur.
- Serviks kanseri ve Pap smear testi bilgi formuna ilişkin puan dağılımına bakıldığında 11 puanlık formda kadınların en fazla yığıldığı puanın 4 (%14.7) olduğu bulunmuştur. (min:0, max:11)
- Kadınların serviks kanseri risk faktörleri değerlendirildiğinde, kadınları en fazla yığıldığı puanın 3 (%21.0) olduğu görülmüştür. (min:0, max:15)
- Serviks kanseri ve Pap smear testi SİMÖ ölçek alt boyut puan ortalamalarının $7.7 (\pm 2.3)$ ile $33.5 (\pm 9.3)$ arasında değiştiği bulunmuştur.

- Kadınların yaş grupları arasında, SİMÖ yarar algıları toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş ile beraber yarar algısının arttığı, 15-19 yaş arasındaki kadınların yarar algısı puanının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu bulunmuştur.
- Çalışma kapsamındaki kadınların eğitim durumu grupları arasında, SİMÖ motivasyon, yarar ve engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların SİMÖ yarar ve motivasyon algıları puanlarının eğitim düzeyiyle beraber arttığı, engel algılarının ise azaldığı bulunmuştur.
- Çalışma kapsamındaki kadınların çalışma durumu grupları arasında, SİMÖ yarar, motivasyon ve engel algısı toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Motivasyon ve yarar algısı puanları çalışmayan bireylerde, çalışanlara göre anlamlı derecede düşüktür.
- Kadınların aylık gelir durumu grupları arasında, SİMÖ ciddiye ve engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gelir seviyesinin artmasıyla ciddiye algısının attığı, engel algısının azaldığı bulunmuştur.
- Kadınların doğum sayısı grupları arasında, SİMÖ engel algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). 4 ve üzeri doğum yapan bireylerin engel algısı puanı diğerlerine göre yüksektir.
- Serviks kanserinin erken tanısıyla ilgili eğitim almak isteyen ve istemeyen gruplar arasında, SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Serviks kanserinin erken tanısıyla ilgili eğitim almak isteyen kadınların duyarlılık algısı puanları, eğitim istemeyen kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışma kapsamındaki kadınlardan daha önce Pap smear testi yaptıran ve yaptırmayan gruplar arasında, SİMÖ yarar, motivasyon ve engel algıları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Pap smear yaptıran kadınların, SİMÖ motivasyon

ve yarar algısı puanlarının yüksek, engel algısı puanlarının düşük olduğu bulunmuştur.

- Kadınların Pap smear testi yaptırma sıklıkları ile SİMÖ motivasyon algıları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Pap smear testini her yıl yaptıran kadınların SİMÖ motivasyon algısı puanı, testi düzensiz yaptıranlara göre yüksek bulunmuştur.
- Kadınların Pap smear testi nitelikleri arasında, SİMÖ duyarlılık puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Normal olmayan Pap smear örneği olan kadınların SİMÖ duyarlılık algısı puanı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur.
- Kadınların ailesinde jinekolojik kanserin varlığı ile SİMÖ engel algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ailesinde jinekolojik kanser olmayan kadınların SİMÖ engel algısı puanı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur.
- Kadınların düzenli sigara kullanma ve kullanmama durumları arasında, SİMÖ duyarlılık algısı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Düzenli sigara kullanan kadınların SİMÖ duyarlılık algısı puanı diğerlerine göre yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Kadınların serviks kanseri ve Pap smear testi hakkında farkındalıklarını, duyarlılıklarını, risk düzeylerini ve bilgilerini değerlendirmek, etkileyen değişkenleri belirlemek amacı ile yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Sağlık personelinin, koruyucu sağlık hizmetlerindeki rolü nedeniyle bilgi eksikliklerinin giderilmesi için hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi ve yapılacak çalışmalarla bilgi düzeylerinin belirlenmesi,
- Kadınların büyük çoğunluğunun Pap smear taramasını düzenli yaptırmamaları nedeniyle, tutum ve davranışlarında değişim göstermeleri için eğitim programlarına ağırlık verilmesi,
- KETEM ile işbirliği yapılarak aile sağlığı merkezleri, halk eğitim merkezleri, hastane konferans salonlarında halk eğitimlerinin düzenlenmesi ve bu eğitimlerde hemşirelerin görevlendirilmesi,
- Pap smear testine ulaşmada büyük kolaylık sağlayan Mobil KETEM uygulamasının 2014 yılında ülke geneline yayılması,
- Daha geniş kitlelere ulaşabilmek için medyada, Pap smear testinin ne amaçla, ne sıklıkta yaptırılması gerektiğinin ve öneminin anlatılması,
- Serviks kanserinin erken tanısıyla ilgili yapılacak çalışmalarda erken tanı davranışlarının sergilenmesinde sağlık inanışlarının dikkate alınması ve konuyla ilgili modellerin kullanılması,
- Serviks kanseri tarama programlarına yönelten motive edici davranışların geliştirilmesi, engelleyen algıların belirlenerek azaltılması yönünde girişimlerin yapılması,
- Türkiye’de serviks kanseri morbidite ve mortalitesini düşürmek için en kısa zamanda toplum tabanlı tarama sisteminin oluşturulması,
- Ülkemizde kadınların düzenli tarama alışkanlığı olmadığından gebelik kontrollerinin iyi bir fırsat olması nedeniyle, Pap smear taramasının gebelikte rutin muayenenin bir bölümü haline getirilmesi,
- Serviks kanserinde uygulanan tanı yönteminin ucuz etkin ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle, jinekolojik muayene yapılan ünitelerin bu konuda aktif olması,

- Sağlık bilimleri hemşirelik ve ebelik bölümlerinde okuyan ğrencilere, Pap smear testini uygulamalarına yönelik beceri kazandıracak eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- 1) World Health Organization (WHO). Cancer. <http://www.who.int/mediacentre>. 10 Ağustos 2013.
- 2) Reis N, Coşkun A, Beji NK. Jinekolojik kanserlerde yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9: 25-35.
- 3) Güvenç G. Serviks Kanseri Hakkında Farkındalık Arttırmaya Yönelik Geliştirilen Yöntemin Kadınların Pap Smear Yaptırmalarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2008.
- 4) Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7(2): 35-40.
- 5) Kolutek R, Karataş N. Nevşehir ili Uçhisar Kasabası'nda yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması. *Journal of Health Sciences*, 2007, 16(1): 28-39.
- 6) Reis N. Jinekolojik kanserli hastaların bakım ve rehabilitasyonunda hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9(3): 88-97.
- 7) Doğan M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2008.
- 8) American Cancer Society 2007. Cervical Cancer. <http://www.cancer.org>. 11 Ağustos 2013.
- 9) Wilson CM, Tobin S, Young RC. The exploding worldwide cancer burden: the impact of cancer on women. *Int J Gynecol Cancer*. 2004, 14: 1-11.

- 10) 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: Trakya Üniversitesi, 2009.
- 11) Güner H, Taşkiran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve human papilloma virüs. *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi*, 2007, 4(1): 11-19.
- 12) Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 7. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2005: 607-616.
- 13) Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005, 55(2): 74-108.
- 14) Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2006, 48: 25-29.
- 15) Eroğlu C, Keşli R, Eryılmaz MA, Ünlü Y, Gönenç O, Çelik Ç. Serviks kanseri için riski olan kadınlarda hpv tiplendirmesi ve hpv sıklığının risk faktörleri ve servikal smearle ilişkisi. *Nobel Med*. 2011, 7(3): 72-77
- 16) Globocan 2002. International Agency for Research on Cancer. <http://www-dep.iarc.fr/>. 8 Eylül 2013.
- 17) Yetimalar H, Köksal A, İnceoğlu M, Kasap B. Premalign ve malign servikal lezyonlu hastalarda hpv enfeksiyonu. *TJOD Dergisi*, 2009, 6(4): 273-278.
- 18) Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri. <http://www.saglik.gov.tr>. 11 Haziran 2013.
- 19) Nazlıcan E, Akbaba M, Koyuncu H, Savaş N, Karaca B. Hatay ili Kisecek Bölgesinde 35–40 yaş arası kadınlarda serviks kanseri taraması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9(5): 471-474.
- 20) Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal kanserlerin erken tanısında Pap testinin önemi. *Sted*, 2005, 14 (1): 1-4.

- 21) Ozan H. Pap Smear: Ne zaman? Nasıl? Kimden?. *TJOD*. 2005, 2: 35-40
- 22) Turkistanlı EC, Soğukpınar N, Saydam BK, Aydemir G. Cervical cancer preventionan dearly detection the role of nurses and midwives. *Asian Pasific J Cancer Prev*. 2003, 4: 15-21.
- 23) Basen-Engquist K, Paskett ED, Buzaglo J, Miller SM, Schover L, Wenzel LB. Cervical cancer, behavioral factor srelatedto screening, diagnosis, andsurvivors quality of life. *Cancer Supplement*, 2003, 1(98): 2010-2014.
- 24) Saraiya UB. Preventable but not prevented: the reality of cervical cancer. *J Obstetr Gynecol Res*. 2003, 29: 351-359.
- 25) Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. <http://www.saglik.gov.tr>. 01 Haziran 2013.
- 26) Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda Pap smear testinin farkındalıklarının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2010, 2(2):1-4.
- 27) Gümüş A, Çam O. Kadınların serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Nobel Medicus*, 7(3): 46-52.
- 28) Saslow D, Runowicz CD, Solomon D. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Cervical Neoplasia and Cancer. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 2002, 52: 342-362.
- 29) World Health Organization: Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice, WHO, Geneva. (2006).
- 30) Gücük S. Alkan Servet, Arıca S, Ateş A. Van Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi Polikliniğine başvuranların Pap smear konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull*. 2011, 10(5): 527-532.
- 31) Gökaslan H, Uyar EE. Pap smear ile servikal kanser taraması. *Türk Aile Hekimi Dergisi*, 2004, 8(3):105-110.

- 32) Aydoğdu NG, Bahar Z. Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. *DEUHYO ED*, 2011, 4(1), 34-40.
- 33) Ersin F. Sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin kadınların meme ve serviks kanserine yönelik erken tanı davranışlarına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2012.
- 34) Açıkğöz A. Meme ve serviks kanseri risk düzeyleri ve erken tanı hizmetleri kullanımı ilişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010.
- 35) Lookwood-Rayermann S. Characteristics of participation in cervical cancers creening. *Cancer Nursing*, 2004, 27(5): 353-363.
- 36) Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı. Serviks kanseri taraması ulusal standartları. <http://www.istanbulsaglik.gov.tr>. 12 Ekim 2013.
- 37) Aydın'da "Mobil Ketem" Projesi. <http://www.haberler.com/aydin-da-mobil-ketem-projesi>. 5 Eylül 2013.
- 38) Ideström M, Milsom I, Ellström AA. Knowledge and attitudes about the Pap smear screening program: a populationbased study of women aged 20-59 years. *Acta Obstetr Gynecol Scand*, 2002, 81: 962-967.
- 39) Mete S. Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2(2): 1-7.
- 40) International Council of Nurses. ICN Advancing Nursing and Health World Wide. <http://www.icn.ch/indkit.htm>. 11 Eylül 2013.
- 41) Oliver-Vazquez M, Ayendez MS, Perez ES, Almodovar HV, Calderon YA. Breast cancer health promotion model forolder Puerto Rican women: results of a pilot programme. *Health Promotion International*, 2002, 17(1): 3-11.

- 42) Ay F. *Temel Hemşirelik Kavramları, İlkeler, Uygulamalar, Mesleki Temel Kavramlar*, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2007: 43-45.
- 43) Barut A. Serviks Kanserinde Erken Tanı ve Tedavi. www.ttb.org.tr. 11 Eylül 2013.
- 44) Atasü T, Şahmay S. *Jinekoloji*, 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, 2001: 257–281.
- 45) Kaya G. Pap Smear Testi Yapılan Kadınların Serviks Kanseri Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2011.
- 46) Tokgöz T. Gebe Kadınların Pap Smear Testi Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2009.
- 47) Sankaranarayanan R, Ramani S, Wesley R. *Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik El Kitabı*, 1. Baskı. Ankara, 2005.
- 48) Çiçek N, Akyürek C, Çetin Ç, Haberal A. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 2. Baskı. İstanbul, Güneş Tıp Kitabevi, 2006: 831.
- 49) Ertem G. Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2010, 25(3): 124-132.
- 50) Globocan 2008. International Agency for Research on Cancer. <http://globocan.iarc.fr>. 03.10.2013.
- 51) Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics 2000. *CA Cancer J Clin*, 2000, 50:7-33.
- 52) Eroğlu C, Keşli R, Eryılmaz MA, Ünlü Y, Gönenç O, Çelik Ç. Serviks kanseri için riski olan kadınlarda hpv tiplendirmesi ve hpv sıklığının risk faktörleri ve servikal smearla ilişkisi. *Nobel Med*, 2011, 7(3): 72-77.
- 53) T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de Bölgelere ve Cinsiyete Göre Kanser Olguları, 2003 Yılı Verileri. www.saglik.gov.tr. 04.10.2013.

- 54) Globocan 2012. International Agency for Research on Cancer. <http://globocan.iarc.fr/>. 23 Eylül 2013.
- 55) Güler N. Kadınların Genital Kanserlerin Belirtileri ve Korunma Yolları Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1993.
- 56) Kanbur A, Çapık C. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011, 61-72.
- 57) Junea A, Sehgal A, Mitra AB, Pandey A. A survey on risk factors associated with cervical cancer. *Indian J Cancer*, 2003, 40(1): 15-22.
- 58) Prabhakar AK, Menon GR. Age at marriage and cervical cancer incidence. *Indian J Cancer*, 1995, 32(2): 63-68.
- 59) World Health Organization. Cervical Cancer Screening in Developing Countries, Report of a WHO Consultation. http://www.who.int/cancer/publications/cervical_cancer_screening. 01 Haziran 2013.
- 60) Arabacı Z. Kadınların Pap Smear Testi Deneyimlerinin Betimlenmesi: Nitel Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2012.
- 61) Schiffman M, Castle PE. Human papilloma virus: epidemiology and public health. *ArchPatholLabMed*. 2003, 127(8): 930-4.
- 62) 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, 3: 66-73.
- 63) Doorbar J. The papilloma virus life cycle. *Journal of Clinical Virology*, 2005, 32: 7-15.

- 64) Aydoğdu NG. Sağlığı Geliştirme Modelleri İle Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Yoksul Kadınların Meme ve Serviks Kanserine Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011.
- 65) Hilton LW, Jennings-Dozier K, Bradley PK, Lockwood-Rayermann S, Dejesus Y, Stephens DL, Rabel K, Sandella J, Sbach A, Widmark C. The role of nursing in cervical cancer prevention and treatment. *Cancer supplement*, 2003, 9: 2020-2074.
- 66) Junea A, Sehgal A, Mitra AB, Pandey A. A survey on risk factors associated with cervical cancer. *Indian J Cancer*, 2003, 40(1): 15-22.
- 67) Franco EL, Rohan TE, Villa LL. Epidemiologic evidence and human papillomavirus infection as a necessary cause of cervical cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1999, 91: 506-511.
- 68) Açıkgöz A, Çehrelı R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011, 3: 145 – 154.
- 69) Somer A. Human Papillomavirus (HPV) Vaccines. *J Pediatr Inf*, 2008, 2: 50-55.
- 70) Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi. <http://www.ketem.org>. 02 Temmuz 2013.
- 71) Anderman A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008, 86 (4): 317-319.
- 72) Salman N. İnsan papilloma virus aşısı. *Ankem Dergisi*, 2007, 21: 99-101.
- 73) Sönmez E. Ege Üniversitesinde Çalışan Sağlık Personelinin Serviks Kanser Aşısı Hakkında Bilgi Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2009.

- 74) Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7 (1): 33-38.
- 75) Serin Ö. Kanserli Çocuğuna Refakat Eden Bir Grup Annede Sağlığı Geliştirme Programının Meme Sağlığı İnançlarına, Tutum ve Davranışlarına Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul, 2009.
- 76) Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme kanseri taramalarında Champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2004,1: 71-85.
- 77) Ulukuş Ç. Serviks Kanseri. <http://www.turkpath.org.tr>. Erişim Tarihi: 25 Kasım 2013.
- 78) Çalışkan G, Çelik O, Erdogan H, Gölgeli MH, Kavalcı A. Anormal servikal sitoloji sonucu olan hastalarda servikal biyopsi ve hpv sonuçlarının korelasyonu, <http://tip.baskent.edu.tr>. 25 Temmuz 2013.
- 79) Ozan YD. Farklı Meslek Gruplarına Mensup 15–65 Yaş Arası Kadınların, Meme ve Serviks Kanserinden Korunma İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, 2007.
- 80) Sellors JW, Mahony JB, Kaczorowski J, Lytwyn A, Bangura H, Chong S, Lorinez A, Dalby DM, Janjusevic V, Keller JL, Prevalance and predictors of human papilloma virüs infection in women in Onterio. *Canada CMAJ*, 2000, 163: 503-508.
- 81) Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniğine başvuranların Pap smear hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık ve Toplum*, 2003, 13: 60-66.

- 82) Yazıcı S. Serviks Kanserinde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Korunmada Ebe/Hemşirelerin Etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1994.
- 83) Pınar G, Algier L, Doğan L, Kaya N. Jinekolojik kanserli bireylerde risk faktörlerinin belirlenmesi. *Uluslararası hematoloji-onkoloji dergisi*, 2008, 4: 208-216.
- 84) Turhal S, Pekin T, Pekin S. Serviks kanseri etyolojisine yönelik standart ve gelecek vadeden tarama yaklaşımları. *T Klin Jineköl Obst.* 1999, 9: 215-217.
- 85) Akhan SE. Ülkemizde servikal kanser epidemiyolojisi ve hpv serotipleri. *Ankem Derg.* 2007, 21: 96-98.
- 86) Aydın A. Jinekolojik Kanserler. <http://www.adnanaydiner.com>. 03 Kasım 2013.
- 87) Ezem BU. Awareness and uptake of cervical cancer screening in Owerri, South-Eastern Nigeria. *AnnAfrMed*, 2007, 6: 94-98.
- 88) Aslan D. Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. <http://static.ato.org.tr>. 01 Aralık 2013.
- 89) Özgül N. Türkiye’de serviks kanserinin durumu ve kanser kontrol çalışmaları. İçinde: Tuncer AM (editör). *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2007: 349-358.
- 90) Erbil N, Şenkul A, Sağlam Y, Ergül N. Jinekolojik muayene öncesinde Türk kadınların anksiyete seviyeleri ve muayeneye ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2008, 5(1): 1-13.
- 91) Koşar H, Naz İ, Coşkun A, Dörtbudak Z. İ.Ü. Cerrahpaşa tıp fakültesi jinekoloji ve onkoloji servislerinde yatan ve Okmeydanı AÇSAP Kadın Sağlığı Kliniğine başvuran kadınların Pap smear hakkındaki bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. III. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Edirne, 2004, *Kongre Bildiri Özetleri Kitabı*: 196.

- 92) Yoshikawa H, Nagata C, Noda K , Nozawa S, Yajima A, Sekiya S, Sugimori H, Hirai Y, Kanazawa K, Sugase M, Shimizu H, Kawana T. Human papillomavirus infection and other risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in Japan. *Br J of Cancer*, 1999, 80 (3): 621-624.
- 93) Gülen H. Ebe\Hemşirelerin Pap Smear Teste İlişkin Bilgilerinin ve Pap smear Test Yaptırma Durumlarının Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2004.
- 94) Price JH, Easton AN, Telljohann SK, Wallace PB. Perceptions of cervical cancer and Pap smear screening behavior by women's sexual orientation. *Journal of Community Health*, 1996, 21(2): 89-106.
- 95) Lin FL, 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.
- 96) Lam TK, Mcphee SJ, Mock J, Wong C, Doan HT, Nguyen T, Luong TN. Encouraging Vietnamese- American women to obtain Pap test through lay health worker outreach and media education. *J Gen InternMed*, 2003, 18: 516-524.
- 97) Güvenç G, Akyüz A, Açikel CH. Health Belief Model Scale for cervical cancer and Pap smear test psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 428-437.
- 98) Ralston JD, Taylor VM, Yasui Y. Knowledge of Cervical Cancer Risk Factors Among Chinese Immigrants in Seattle. *J Community Health*, 2003, 28: 41-57.
- 99) Hislop TG, Teh C, Lai A, Ralson JD, Shu J, Taylor VM. Pap screening and knowledge of risk factors for cervical cancer in Chinese women in British Columbia, Canada. *Ethnicity&Health*, 2004, 9: 267-281.
- 100) Türkdemir A.H. Meme ve Serviks Kanserlerinde Risk Gruplarının Saptanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2003.

- 101) Ideström M, Milsom I, Ellström AA. Knowledge and attitudes about the Pap smear screening program: a population based study of women aged 20-59 years. *Acta Obstetr Gynecol Scand*, 2002, 81: 962- 967.
- 102) Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2008, 4(1): 15-20.
- 103) Gökkoca Z. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2001, 10(10): 374-377.
- 104) Sirovich BE, Welch HG. The frequency of Pap smear screening in the United Status. *J Gen intern MED*, 2004, 19: 243–250.
- 105) Ho V, Yamal JM, Atkinson EN, Basen- Engquist K, Tortoleroluna G, Follen M. Predictors of breast and cervical screening in Vietnamese women in Harris County, Houston, Texas. *Cancer Nurs*. 2005, 28 (2): 119–29.
- 106) Temel H. Sivas İl Merkezinde Yaşayan 35 Yaş ve Üzeri Kadınların Serviks Kanseri ve Erken Teşhis Yöntemi Olan Pap Testi Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2008.
- 107) Karaca M, Palancı Y, Aksu S. Pap Smear Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor?. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2008, 18: 22-28.
- 108) Yurdam B. Vajinal Duş Uygulamasının Pap Smear Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2011.
- 109) Güler G, Bekar M, Güler N, Kocataş S. İlköğretim okulu kız öğrencilerinde menstrüasyon dönemi hijyeni. *Sted*, 2005, 14(6): 135-139.
- 110) Waller J, Mccaffery K, Wardle J. Beliefs about the risk factors for cervical cancer in a British population sample. *Preventive Medicine*, 2004, 38: 745-753.

- 111) Carrasquillo O, Pati S. The role of health insurance on Pap smear and mammography utilization by immigrants living in the United States. *Preventive Medicine*, 2004, 39: 943-950.
- 112) Abotchie PN, Shokar SN. Cervical cancer screening among college students in Ghana: knowledge and health beliefs. *Int. J Gynecol Cancer*, 2009, 19(3): 412–416.
- 113) Prokopczyk B, Cox Ce, Hoffman D, Waggoner SE. Identification of tobacco-specific carcinogen in the cervical mucus of smokers and nonsmokers. *Journal of the National Cancer Institute*, 1997, 12: 868-873.
- 114) Byrd TL, Chavez R, Wilson KM. Barriers and facilitators of cervical cancer screening among hispanic women. *Ethnicity&Disease*, 2007, 17: 129-134.
- 115) Jonshon TV, Schnatz PF, Johnson AM, Sorosky JI. Update on cervical cancer screening. *Hospital Physician*, 2007, 15-24.
- 116) Gharoro EP, Ikeanyi EN. An appraisal of the level of awareness and utilization of the pap smear as a cervical cancer screening test among female health workers in a Tertiary Health Institution. *Int J Gynecol Cancer*, 2006, 16: 1063–1068.
- 117) Saha A, Chaudhury AN, Bhowmik P, Chatterje R. Awareness of cervical cancer among female students of premier colleges in Kolkata, India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2010, 11: 1085-1090.
- 118) Moreira ED, Oliveria BG, Ferraz FM, Costa S, Costa JO, Karic G. Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among young women in Brazil: implications for health education and prevention. *Int J Gynecol Cancer*, 2006, 16: 599–603.
- 119) Hadi N, Azimirad A. Knowledge attitude and practice of women in Shiraz about cervical cancer and Pap smear 2009. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 2010, 3(3): 117-126.

- 120) 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.
- 121) Mutyaba T, Ammiro F, Weiderpass E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Medical Education*, 2006, 6(13): 1-4.
- 122) Eke NO, Ezeama C, Eke CO, Akabuike JC, Ezebialu IU, knowledge of cervical cancer and its screening amongst female workers in Nnewi, Nigeria. *AFRIMEDIC Journal*, 2010, 1(1): 31-36.
- 123) Yücel U. Kadınlara Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Koruma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.
- 124) Duran ET. Examination with the health belief model of women's attitudes to cervical cancer and early diagnosis in Turkey: A Qualitative Study. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 12: 1179-1184.
- 125) Nahcivan NÖ, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar. Bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7 (1): 33-38.
- 126) Madeleine MM, Anttila T, Schwartz SM, Saikku P, Leinonen M, Carter JJ, Wurscer M, Johnson LG, Galloway DA, Daling JR. Risk of cervical cancer associated with chlamydia trachomatis antibodies by histology, hpv type and hpv co factors. *Int J Cancer*, 2006, 120: 650-655.
- 127) Rolando SC, Munoz HN, Bosch FX, Deacon JJ, Santamaria J, Chongsuvivatwong V, Walboomers JM. Risk factors for cervical cancer in Thailand: a Case-control study. *Journal of the National Cancer Institute*, 1998, 90 (1): 50-57.

8. EKLER

EK-1. BİREYSEL TANILAMA FORMU

REPRODÜKTİF DÖNEMDEKİ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMASINA YÖNELİK SAĞLIK İNANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sayın katılımcı; Bu çalışma Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Gökçe Banu Acar tarafından yürütülmektedir. Rahim ağzı (serviks) kanseri de sık görülen kanserler arasındadır. Bu anketle kadınların serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeyinin ve serviks kanseri tarama yöntemleriyle ilgili davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Size özel bilgiler gizli tutulacaktır. Sorularda kendinize uygun olan cevapları işaretleyiniz.

Pap smear testi rahim ağzı kanserinin erken teşhis edilebilmesine yarayan bir testtir. Vajinal muayene sırasında rahim ağzından pamuklu çubukla bir miktar sürüntü örneği alınarak laboratuvara gönderilir. Bu örnek mikroskop altında incelenerek rahim ağzı kanserinin erken dönemde teşhisi konulabilmektedir.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve Gökçe Banu Acar tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu çalışmaya katılmam durumunda bana hiçbir ücret ödenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):

A) SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1.	Kaç yaşındasınız?
2.	Medeni durumunuz?	a) Evli b) Boşanmış-Dul
3.	Eğitim durumunuz?	a) Okur-yazar değil b) İlköğretim (ilkokul/ortaokul) mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite ve üzeri
4.	Çalışma durumu?	a) Çalışmıyor (Ev Hanımı) b) Çalışıyor c) Emekli
5.	Aylık gelir durumunuz?	a) İyi (>2500 TL) b) Orta (1000-2500) c) Kötü(<1000 TL)
6.	İlk adet yaşınız?
7.	Gebelik sayınız?	a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) ≥ 5
8.	Doğum sayınız ?	a) 0 b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) ≥ 5
9.	İlk çocuğunuzu kaç yaşında doğurdunuz?
10.	Kronik hastalığınız var mı? (Yüksek tansiyon, şeker hastalığı, kalp hastalığı gibi)	a) Var b) Yok

B) RAHİM AĞZI KANSERİ VE SMEAR TESTİ İLE İLGİLİ FARKINDALIK DÜZEYLERİ

11.	Daha önce smear testini duydunuz mu?	a) Evet b) Hayır (13. Soruya geçiniz)
12.	Smear testini nereden duydunuz ? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir).	a) Medyadan (TV, radyo, gazete, dergi, broşür) b) İnternette c) Sağlık personelinde (ebe, hemşire, doktor) d) Arkadaş, komşudan e) Konferans-Seminerden f) Diğer.....
13.	Rahim ağzı kanserinin erken tanısı ile ilgili bilgi/eğitim almak ister misiniz?	a) Evet b) Hayır
14.	Şimdiye kadar hiç smear testi yaptırdınız mı?	a) Evet b) Hayır (17. soruya geçiniz)
15.	Ne sıklıkla smear testi yaptırıyorsunuz?	a) Her yıl b) 2-3 yılda bir defa c) Düzensiz
16.	Smear testi yaptıрма nedenleriniz nelerdir? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)	a) Düzenli sağlık kontrolü için b) Doktor isteği ile c) Ailede kanser hikayesi olduğu için d) Kanama şikayeti ile e) Kanser endişesi yaşadığım için f) Akıntı, kaşıntı şikayeti ile g) Vajinal siğil nedeni ile

17.	Smear testi yaptırmadıysanız nedeni nedir? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)	a)Jinekolojik muayene sırasında cinsel organımın görülmesi ve bundan utandığım için b) Vajinal muayeneden korkuyorum c) Kendimi risk altında görmüyorum d)Bu konuda yeterli bilgiye sahip değilim (zaman-sıklık-yer) e) Muayene eden kişinin erkek olması f) Şu ana kadar herhangi bir şikayetim olmadı. g) Diğer.....
-----	---	--

C) RAHİM AĞZI KANSERİ VE SMEAR TESTİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ

		EVET	HAYIR	BİLGİM YOK
18.	Rahim ağzı kanseri smear testi ile teşhis edilir.			
19.	Rahim ağzı kanserinden korunmak için düzenli smear testi yaptırmak gereklidir.			
20.	Sigara kullanmak rahim ağzı kanseri gelişmesini kolaylaştırır.			
21.	Kadınlar sadece menapoz döneminde rahim ağzı kanseri olurlar.			
22.	Birden fazla cinsel eşe sahip olmak rahim ağzı kanseri risk faktörüdür.			
23.	Erken yaşta ilk cinsel deneyim (18 yaş altı) rahim ağzı kanseri risk faktörüdür.			
24.	HPV aşısı rahim ağzı kanserinden koruyucu aşıdır.			
25.	Smear testi yaptırmaya gitmeden önce vajen (hazne) içi yıkanmalıdır.			
26.	Cinsel ilişkiden sonra ve adet aralarında kanama olması(düzensiz kanama) rahim ağzı kanserinin erken belirtisidir.			
27.	HPV cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon olup rahim ağzı kanseri risk faktörüdür.			
28.	Ailede kanser öyküsü olması rahim ağzı kanseri risk faktörüdür.			

D) RAHİM AĞZI KANSERİ RİSK BELİRLEME SORULARI

		EVET	HAYIR
29.	Düzenli sigara kullanıyor musunuz? (Günde 10 ve üzeri)		
30.	Sigara içen biriyle yaşıyor-çalışıyor musunuz?		
31.	Uzun süre (5yıl üzeri) doğum kontrol hapı kullandınız mı?		
32.	Anormal smear (rahim ağzı) örneğiniz oldu mu?		
33.	Düzensiz adet kanaması, lekelenme oluyor mu?		
34.	Adet döneminde en az 2-3 saat arayla pet değiştiriyor musunuz?		
35.	Cinsel ilişki sonrası kanama, ağrı oluyor mu?		
36.	İlk cinsel ilişki yaşıınız 18 yaş ve altında mı?		
37.	İlk doğumunuzu 20 yaşından önce mi yaptınız?		
38.	Cinsel ilişki sırasında eşiniz-siz kondom kullanıyor musunuz?		
39.	Birden çok cinsel eşiniz oldu mu?		
40.	Gebelik sayınız 3'den fazla mı?		
41.	Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirdiniz mi? (HPV, Bel Soğukluğu, Sifiliz, Herpes, HIV/AİDS).		
42.	Sebze, meyve, vitamin A, C ve folik asit(yeşil yapraklı sebzeler ve tahıl) yönünden zengin besleniyor musunuz?		
43.	Ailenizde (anne,hala,teyze...) meme,rahim,rahim ağzı gibi kadın türü kanser olan var mı?		

EK-2. RAHİM AĞZI KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

1. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
2. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
3. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağıımı hissediyorum.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
4. Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
5. Rahim ağzı kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
6. Rahim ağzı kanserini düşünmekten korkarım.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
7. Rahim ağzı kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
8. Rahim ağzı kanseri olmak eşimle, erkek arkadaşımın ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaratabilir.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
9. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
10. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
11. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim.				

1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
12. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
13. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
14. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
15. Sağlığım için dengeli beslenirim.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
16. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
17. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırırım.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
18. Simir testi yaptırmak, rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
19. Düzenli olarak yaptırdığım simir testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
20. Bana göre simir testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
21. Düzenli olarak simir testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinden ölme riskimi azaltacaktır.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
22. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle simir testi yaptırmaktan korkarım.				

1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
23. Ne yapılacağını bilmediğim için simir testi yaptırmaktan korkarım.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
24. Simir testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
25. Simir testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
26. Simir testi yaptırmak çok fazla zaman alır.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
27. Simir testi yaptırmak çok ağırlıdır.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
28. Sağlık personeli simir testi yaptırırken kaba davranıyor.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
29. Yıllık olarak simir testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
30. Yaşamımda simir testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
31. Belirli aralıklarla simir testi yaptırmak için çok yaşlıyım.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
32. Simir testi yaptrabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
33. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, simir testi yaptırmak bunu engellemez.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
34. Simir testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim.				
1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
35. Simir testi için ücret ödemem gerekirse hiç yaptırmam.				

1)Kesinlikle katılmıyorum	2)Katılmıyorum	3)Kararsızım	4)Katılıyorum	5)Kesinlikle katılıyorum
---------------------------	----------------	--------------	---------------	--------------------------

.....KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.....

EK-3. ÖLÇEK İZİN BELGESİ

Gülten Güvenç
gguvenç@gata.edu.tr

Kimden:

Gönderme tarihi: 23 Mayıs 2013 Perşembe 07:49:53

Kime: Gökçe Acar (gacar_1987@hotmail.com)

Gökçe ölçeği kullanabilirsin, ben ölçeği ekte ekledim iyi çalışmalar.

Kimden: "gökçe acar" <gacar_1987@hotmail.com>

Kime: gguvenç@gata.edu.tr

Gönderilenler: 20 Mayıs Pazartesi 2013 22:40:39

İyi akşamlar hocam. Ben Gökçe Banu Acar Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği alanında yüksek lisans yapıyorum. Gül Pınar hocanın öğrencisiyim. Tezimde kullanmak üzere rahim ağzı kanseri ve Pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeğini kullanmak istiyorum.

EK-4. ETİK KURUL RAPORU



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurul Koordinatörlüğü

SAYI : B.30.2.YBÜ.006.06.01/ 53

15.04.2013

KONU : 15.04.2013 Tarih ve 45 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Hemş.Gökçe Banu ACAR

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Onkoloji Servis

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğumuz “**Reprodüktif Dönemdeki Kadınların Serviks Kanseri Taramasına Yönelik Sağlık İnanışları ve Etkileyen Faktörleri**” isimli çalışmamız Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15/04/2013 tarih ve 45 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Feza KORKUSUZ
İlaç Dışı Etik Kurul Başkanı

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Sekreteryası
Eskişehir Yolu 8. Km. No.2 PK: 06800 Bilkent/Ankara
Telefon: 0(312) 291 25 25/40 64 - 36 45

EK-5. ÖZGEÇMİŞ	
KİŞİSEL BİLGİLER:	
Adı Soyadı	: Gökçe Banu Acar
Doğum tarihi	: 19.01.1987
Doğum yeri	: Ankara
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C
E-mail	: gacar_1987@hotmail.com
EĞİTİM:	
Lise	: 75. Yıl Süper Lisesi
Lisans	: Gazi Üniversitesi Hemşirelik Bölümü
Yüksek lisans	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği
YABANCI DİL BİLGİSİ:	
İngilizce	: 60
ÇALIŞTIĞI KURUMLAR:	
2010'dan bu yana Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi dahiliye-onkoloji servisinde servis hemşiresi.	