T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Burcu TOKUÇ

EDİRNE'DE KADINLARIN SERVİKS KANSERİ RİSKİ VE SERVİKS KANSERİ TARAMALARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE İNANÇLARI

(Yüksek Lisans Tezi)

Figen DEMİR

Referans no: 10182206

EDİRNE – 2017

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Burcu TOKUÇ

EDİRNE'DE KADINLARIN SERVİKS KANSERİ RİSKİ VE SERVİKS KANSERİ TARAMALARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE İNANÇLARI

(Yüksek Lisans Tezi)

Figen DEMİR

Destekleyen Kurum:

Tez no:

EDİRNE – 2017

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Prof.Dr. Burcu TOKUÇ danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Figen DEMİR tarafından tez başlığı "***Edirne'de Kadınların Serviks Kanseri Riski ve Serviks Kanseri Taramaları Konusunda Bilgi, Tutum ve İnançları.***" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 18/01/2018 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından "Yüksek Lisans Tezi" olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ BAŞKANI

Prof.Dr.Faruk YORULMAZ

ÜYE

Prof.Dr. Burcu TOKUÇ

ÜYE

Yrd.Doç.Dr.Eda CANGÖL

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yürüttüğüm yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamda her yönden desteğini esirgemeyen başta saygıdeğer Danışman Hocam Prof. Dr. Burcu TOKUÇ'a, eğitimim süresince katkılarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın değerli Öğretim Üyeleri; Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'a, Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK 'a ve Prof. Dr. Galip EKUKLU'ya, hayatımın her döneminde yanımda olan kıymetli aileme ve bu süreçte beni yalnız bırakmayıp destek olan sevgili eşime ve en büyük şansım olan biricik oğlum Murat Eren' e sonsuz teşekkürler…

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **SERVİKS'İN ANATOMİSİ VE YERLEŞİMİ** 3
- **SERVİKS KANSERİ** 3
- **SERVİKS'İN BENİGN LEZYONLARI** 4
- **SERVİKS'İN PREMALİGN LEZYONLARI** 5
- **SERVİKS'İN MALİGN LEZYONLARI** 6
- **HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS (HPV)** 11
- **SAĞLIK İNANÇ MODELİ** 14

GEREÇ VE YÖNTEM 18

BULGULAR 21

TARTIŞMA 36

SONUÇLAR 44

ÖZET 47

SUMMARY 49

KAYNAKLAR 51

ŞEKİLLER LİSTESİ 58

ÖZGEÇMİŞ 60

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ACS : American Cancer Society

CIN : Servikal İntraepitelial Neoplazi

FDA : Food and Drug Administration

FIGO : International Federation of Gynecology and Obstetrics

HPV : Human Papilloma Virus

HSV : Herpes Simplex Virus

SİM : Sağlık İnanç Modeli

SKETTÖ : Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

GİRİŞ VE AMAÇ

PROBLEMİN TANIMI

İnsanlık tarihi kadar eski geçmişi olan kanser, bireylerin yaşam döngüsündeki her basamağı derinden etkileyen, en ciddi kronik hastalıklardan biridir. Kanser, günümüzde en çok ölüme yol açan hastalıklar içerisinde dünya genelinde ikinci sırada yer alması sebebiyle, toplumlar için önemli bir sağlık sorunudur (1).

Jinekolojik kanserler tüm dünya kadınlarında mortalite ve morbidite açısından önemli bir sorun olması nedeniyle ciddi bir halk sağlığı problemidir (2). Jinekolojik kanser türleri arasında serviks kanseri, sebep olan önemli risk faktörlerinin bilinmesi, düzenli sitolojik taramayla preinvaziv bir evrede tanı ve tedavi imkanının olmasından dolayı birincil ve ikincil korunma ile önlenebilecek bir kanser türüdür (3).

Her yıl dünyada yaklaşık 500.000 'in üzerinde kadın yeni tanı almakta ve serviks kanseri sebebiyle 260.000 ' nin üzerinde kadın yaşamını yitirmektedir (3-5). Ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserlerin yaşa göre standartize edilmiş hız dağılımlarına bakıldığında serviks kanserinin insidans hızı 100.000 de 4.5 ' tir (6). Dünya kanser raporu 2008 verilerine göre kadın genital sistem kanserlerinin toplumumuzdaki tüm kanserler içinde %5 oranında görülmekte olduğu ve serviks kanserinin ikinci sıklıkta olduğu belirlenmiştir (7).

Türkiye 'de 2006 yılında Edirne ilinde kadınlarda serviks kanserinin yaşa standardize insidans hızı 100.000 de 3.5 olarak hesaplanmıştır (8).

Genel olarak serviks kanseri yavaş bir şekilde gelişim gösterir. Kanser öncesi en erken evreden, kanserin yerleşim evresine kadar ortalama on yıl geçer. Dolayısıyla, serviks

kanserinin etkili bir tarama ile premalign aşamada yakalanıp tedavi edilmesi, insidans ve mortaliteyi düşürmek açısından oldukça önemlidir (1,3). Pap-smear testi, servikste kanser başlangıcı olabilecek herhangi bir hücresel değişikliği belirleyebilen ve maliyet açısından da etkin tarama metotlarından birisidir (9). Pap-smear testi ile, prekanseröz lezyon saptanan kadınların uygun değerlendirme, tedavi ve takip ile hayatta kalma şansları %100'e çıkmaktadır (1).

Bireyin sağlık davranışını geliştirmesi, benimsemesi ve uygulamasıyla ilgili birden fazla model vardır. Bu sağlık modellerinden biri olan "Sağlık İnanç Modeli" bireyin inanç ve davranışları arasında ilişki olduğunu belirtir (10). Sağlık İnanç Modeli (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 (11).

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada Edirne Merkez İlçede yaşayan 18-65 yaş arası kadınların, serviks kanseri risklerinin, serviks kanseri konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi, serviks kanseri taramaları, Pap Smear testi yaptırmak konusunda tutum, inanç ve davranışlarının Sağlık İnanç Modeli temelinde incelenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

SERVİKS'İN ANATOMİSİ VE YERLEŞİMİ

Serviks, uterusun alt bölümünü oluşturan 3-4 cm uzunluğunda, 2-3 cm çapında silindirik şekli olan bir organdır. Kadının yaşına, hormonal durumuna ve doğum sayısına bağlı olarak şekli ve büyüklüğü değişim gösterir. Vajinanın içe doğru çıkıntı yapan kısmına portio vaginalis; vajinanın üstünde kalan kısmına ise portio supravaginalis adı verilir. Endoserviksi uçtan uca geçen endoservikal kanal ise, internal os ile uterusa açılırken, external os ile de vajinaya açılır. Eksternal os doğurmamış kadınlarda küçük, yuvarlak, doğum yapmış kadınlarda enine bir yarık şeklinde görünür (12). Serviks iki tip epitel ile kaplanmıştır. Bu epiteller skuamokolumnar bileşkede birleşen çok katlı yassı epitel ve kolumnar epitel olup keskin bir sınır olarak görünür. Eksternal osa göre yeri, gebelik, hormonal durum, yaş gibi çeşitli fizyolojik durumlara bağlı olarak değişir (13).

SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri önemli bir küresel halk sağlığı sorunudur. Dünya'da kadın kanserleri arasında meme kanserinden hemen sonraki sırada yer almaktadır. Ülkemizde ise 15-44 yaş grubu kadınlar arasında görülme sıklığı bakımından yüz binde 4.5 'lik bir oranla onuncu sırada yer almaktadır (14). Her yıl dünyada yaklaşık 500.000 'in üzerinde kadın yeni tanı almakta ve serviks kanseri sebebiyle 260.000 ' nin üzerinde kadın yaşamını yitirmektedir (3-5). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı'nın 2009 yılı verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanserlerin yaşa göre standartize edilmiş hız dağılımlarına bakıldığında serviks kanserinin insidans hızı 100.000 de 4.5 ' tir (6).

Servikal kanserde ortalama tanı alma yaşı 47'dir. Serviks kanser insidansı 25 yaş altındaki kadınlarda düşüktür. İnsidans 35-40 yaşları arasında giderek artarak 40-50 yaşlarında maksimum seviyeye ulaşmaktadır (15). Ölüm oranı ise 45-54 yaş grubunda en yüksek seviyededir (16).

Dünyada serviks kanseri insidansı bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Serviks kanseri olan kadınların %90'ı ve hayatını kaybeden kadınların %95'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (17). Dünya genelinde serviks kanserinin en yüksek ve en düşük insidans oranları arasındaki fark yirmi katın üzerindedir. Gelişmekte olan ülkelerde temel olarak yetersiz ve ya etkisiz tarama programlarının olması nedeniyle serviks kanser insidansı oranları yüksektir (18).

SERVİKS'İN BENİGN LEZYONLARI

Kondilomlar (Genital Siğiller, Condyloma Acuminata)

Genellikle servikste ve bazen vajina ve vulvada bulunan 6 ve 11 gibi bazı HPV tipleri ile enfeksiyon sonucu oluşan, sıklıkla sayıca fazla olan ekzofitik lezyonlardır. Serviks ve vajinayı tutan diffüz, grimsi-beyaz lezyonlar şeklinde de görülebilirler (19). Kondilomlar çıplak gözle görülebilirler. Servikal smearde büyük ve hiperkromatik çekirdeğe sahip hücrenin etrafında halka bulunması, HPV enfeksiyonu için tipiktir. Bu hücrelere Koilosit adı verilir (13).

Serviksin İnflamasyonu

Kadınların serviksini etkileyen en yaygın patolojik olay inflamasyondur. Çoğunlukla enfeksiyondan ve daha az sıklıkla, travma,yabancı cisimler, jeller ve kremler gibi kimyasal irritanlar tarafından oluşturulur. Servikste inflamasyon oluşturan enfeksiyon etkenleri şunlardır:

Trichomonas vaginalis, Candida albicans, Gardnerella vaginalis, G.mobilluncus, Haemophilus ducreyi, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Escherichia coli, streptococci, staphylococci, peptostreptococcuslar gibi bakteri enfeksiyonları, ve HSV gibi viral enfeksiyonlar (13).

Servikal Polipler ve Kistler

Endoservikal polipler serviksin en sık görülen tümöral gelişimleridir. Genellikle çok ince bir sap vardır, bu sapı döndürmek suretiyle kolaylıkla çıkartılabilir (19). Malign değişiklik insidansı %1'den az olup en sık skuamöz karsinom, daha nadiren de adenokarsinom gelişir (20).

Servikal kistlerden en sık görüleni Naboth Kistleridir. Bu kistler, servikal kripta ağızlarının travma, fibrozis veya dökülmüş bir epitel kümesi ile tıkanması sonucu meydana gelen küçük retansiyon kistleridir. Multiparların çoğunda görülür. Silindirik epitelle döşeli olup, mukus içerirler. Diğer kistler arasında embriyolojik kalıntı kistleri ve endometriotik kistler yer almaktadır (19).

Servikal Lökoplaki (Hiperkeratoz)

Keratoza bağlı olarak servikste bulunan, çıplak gözle görülebilen iyi sınırlı beyaz alanlardır. Genellikle idiopatiktir, ancak oluşumlarına kronik yabancı cisim irritasyonu, HPV enfeksiyonu veya skuamoz neoplazi sebep olabilir (13).

Servikal Leiomyomlar

Uterusun tüm myomlarının %8'i servikal kaynaklıdır. Makroskopik ve mikroskopik olarak korpustakilere benzerlik gösterirler. Serviksin tek taraflı büyümesine neden olur veya kanaldan dışarı uzanırlar (vajene doğmuş myom). Komşu organlara bası yaparak konstipasyon, idrar sıklığı ve retansiyon gibi semptomlara neden olmakla beraber gebelikte distosi sebebidirler (19).

SERVİKS'İN PREMALİGN LEZYONLARI

Servikal intraepitelial neoplazi (CIN), serviksin erken dönemdeki epitelial anormalliklerini açıklamak için kullanılan bir terimdir. CIN lezyonları asemptomatiktir. CIN için ortalama yaş, serviks invaziv kanseri yaşından yaklaşık 10 yıl daha gençtir. Hücrelerdeki bozukluklar genellikle serviks ülserasyonuna yol açmadığından anormal uterus kanamalarına rastlanmaz (21).

Servikal intraepitelial neoplazilerin sınıflaması şöyledir;

CIN I Hafif displazi,

CIN II Orta şiddette displazi,

CIN III Şiddetli displazi veya karsinoma in situ.

Displazi; anormal hücre çoğalmasıdır.

Hafif displazi; epitel tabakasının 1/3 kısmında görülen hücre çoğalmasıdır. Kendi sınırları içinde kalır ve çoğunlukla normale döner.

Orta şiddette displazi; epitel tabakasının 2/3 kısmında görülen hücre çoğalmasıdır. Genellikle şiddetli displaziye doğru ilerleme gösterirler.

Şiddetli displazi – karsinoma in situ; epitelin tüm kalınlığının farklılaşmış neoplastik hücreler tarafından tutulmuş şeklidir (13,22).

Serviks kanserinin oluşum evresinin uzun olduğu bilinmektedir. Çıplak gözle fark edilmeyen ve hiçbir belirtinin ortaya çıkmadığı dönemde bile epitel içinde başlayan patolojik değişmeler (CIN), pap-smear testi ile kolaylıkla teşhis edilebilmektedir (13,21).

SERVİKS'İN MALİGN LEZYONLARI

Serviksin İnvazif Kanseri

Tümörün intraepitelial sınırlardan çıkıp bazal membranın alt kısmına ve serviks stromasına yayıldığı durumlara invaziv karsinoma adı verilir. İnvaziv karsinoma komşuluk yoluyla çevre dokulara veya lenfatik yolla uzak dokulara metastaz yapar (23).

İnvaziv servikal kanserin özel bir belirtisi yoktur. En sık görülen erken belirtileri inatçı vajinal kanama, koitus veya muayene sırasında görülen dokunma kanamaları şeklinde sıralanabilir. Geç belirtiler malignitenin yayıldığı organlar ile alakalıdır. Barsak veya mesaneye baskı, rektal kanama, mesane iritasyonu, yan veya bacak ağrısı geç dönem belirtiler arasında sayılabilir (13,23).

Bütün invaziv kanserlerin klinik olarak evrelenmesi zorunludur. Servikal kanserler için en yaygın kullanılan evreleme yöntemi International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) tarafından geliştirilmiştir. Klinik evreleme sisteminde temelde tümör büyüklüğü ve hastalığın pelvisteki yayılımı esas alınır. Kanserin yaygınlığı ve büyüklüğü klinik olarak birçok inceleme ile değerlendirilerek, hastalık evreleri I'den IV'e kadar kategorize edilmiştir (13).

Serviks Kanseri için FIGO'nun Sınıflandırması

Evre I: Tümör kesinlikle servikste sınırlıdır. Evre IA1 ve IA2 tanısı tercihen konizasyonla çıkarılan, tüm lezyonu kapsayan dokunun mikroskobik incelenmesi sonucu koyulur.

Evre IA: Tümör sadece mikroskopik olarak görülür.

Evre IA1: Stromal yayılım 3mm'den küçük ve tümör 7mm'den geniş değildir.

Evre IA2: Stromal yayılım 3-5mm arasında ve tümör 7mm'den geniş değildir.

Evre IB: Servikse sınırlı klinik lezyonlar veya Evre IA'dan büyük preklinik lezyonlar. Bütün belirgin lezyonlar yüzeyel yayılım olsa dahi Evre IB kanserleri olarak kabul edilir.

Evre IB1: 4cm'den büyük olmayan klinik lezyonlar.

Evre IB2: 4cm'den büyük klinik lezyonlar.

Evre II: Tümör serviksi aşmış, fakat pelvis duvarına ulaşmamıştır. Vajen tutulumu olabilir fakat alt 1/3'e ulaşmamıştır.

Evre IIA: Belirgin parametrial tutulum olmamakla beraber vajenin üst 2/3'üne kadar tutulum vardır.

Evre IIB: Belirgin parametrial tutulum vardır, fakat henüz pelvis yan duvarına ulaşmamıştır.

Evre III: Tümör pelvik duvara kadar ulaşmıştır. Rektal muayenede tümörle pelvis duvarı arasında serbest aralık yok olmuştur. Tümör vajen alt 1/3"ünü tutmuştur. Bütün hidronefroz ve/veya böbrek yetmezliği hastaları bu evreye dahil edilir.

Evre IIIA: Tümör pelvik duvara uzanamamıştır, fakat vajen alt 1/3'ünde tutulum vardır.

Evre IIIB: Tümör pelvis duvarına ulaşmış veya hidronefroz ya da nonfonksiyonel böbrek vardır.

Evre IV: Tümör gerçek pelvisi aşmış veya klinik olarak mesane ve/veya rektum mukozası tutulumu olmuştur.

Evre IVA: Tümörün komşu pelvik organlara yayılımı vardır.

Evre IVB: Uzak organlara yayılım mevcuttur (24).

Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Pek çok epidemiyolojik çalışmada, serviks kanseri için bazı risk faktörleri belirlenmiştir. Bunlar ;

- HPV (human papilloma virus)
- Cinsel aktivitenin erken yaşta olması (<16 yaş),
- Çok sayıda cinsel partner,
- Çok partnerli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel birliktelik,
- İlk gebelik yaşının 20 ve altında olması,

- İlk doğum yaşının 20 ve altında bulunması
- 3 ve üzeri doğum sayısı,
- Cinsel yolla bulaşan hastalığa sahip olma,
- Sigara kullanımı,
- 30-55 yaş grubundan olma,
- Etnik/ırk faktörü (Siyah ve Hispanik kadınlar),
- Anormal Pap smear test hikayesi
- Meyve ve sebzeden fakir beslenme (Vitamin C, beta-karoten ve folat eksikliği),
- Kötü hijyen koşulları,
- Düşük sosyo-ekonomik düzey,
- Düzenli olarak sağlık kontrolüne gitmeme,
- Beş yıldan uzun süreyle doğum kontrol hapı kullanma (15-16,25-26).

Serviks Kanseri Belirtileri

Kanser öncesi lezyonlar genellikle bulgu vermemektedir. Bulgular hücreler kansere dönüşünce ve serviksin derin kısımlarına ya da komşu organlara yayılım olduğunda başlamaktadır. Bu durum düzenli Pap smear testi yaptırmanın önemini daha iyi göstermektedir (27). Serviks kanserinin erken evrelerinde görülebilen bazı erken bulgular arasında; kanlı ve kötü kokulu olabilen vajinal akıntı, cinsel ilişki sırasında ya da âdet dönemleri arasında gözlenen anormal vajinal kanamalar, âdet kanamasının normalden uzun sürmesi ve fazla miktarda olması, cinsel ilişki sırasında ya da bunun dışında ağrı hissedilmesi durumu yer alır (21,28). İlerlemiş vakalarda ise kötü kokulu vajinal akıntı, bacağa veya bele vuran ağrı, kilo kaybı, anemi, alt ekstremitede ödem görülebilir (27).

Serviks Kanserinden Korunma Yöntemleri

Kanser oluşumu olmadan önlemek (birincil korunma: yeni olguları önlemek için toplumda davranış değişiklikleri yaratma çalışmaları) , klinik bulgular henüz ortaya çıkmamış durumdayken hastalığı yakalamak (ikincil korunma: erken tanı için kitlesel taramalar) ve ortaya çıkmış olan olguları en az zararla eski sağlıklarına kavuşturmak (üçüncül korunma: hastaların tedavisi) gibi birbirinden çok farklı amaçlara yönelik hizmet eden çalışmalar kanser kontrolü başlığının altında değerlendirilmektedir (29).

Birincil koruma: Serviks kanseri oluşmadan önce alınacak olan önlemlerdir.

Sağlığın Geliştirilmesi

•Serviks kanseri ve Pap smear taramasına yönelik sağlık eğitimi

• Kadınların ve adölesanların cinsel sağlık eğitimi,

• Risk faktörlerinin önüne geçilmesi

Özel korunma

• Yüksek riskli seksüel davranışlardan kaçınma

• Paritenin ≤ 4 olması

• Genital hijyen kurallarına dikkat etme

• Dengeli ve sağlıklı beslenme (A, C vit, betakaroten)

• Sigaradan ve diğer risk faktörlerinden uzak durma

• Aşılama (HPV)

İkincil koruma: Servikste kanserin öncü lezyonlarının oluşmaya başlaması aşamasında alınacak önlemlerdir.

Erken Tanı ve Tedavi

• Bireysel ve geniş çapta servikal kanser taraması (Pap smear, HPV) ve erken tanı

• Prekanseröz lezyonların tedavisi ile hastalık sürecini önleme ve tedavi etme

• Hastalığın yayılmasını önleme

Üçüncül koruma: Serviks kanserinin klinik bulgularının varlığı durumunda yapılacaklardır.

Rehabilitasyon

• Tam teşekküllü bir sağlık merkezinde serviks kanserinin tedavisi

• Hastaların rehabilitasyonu için uygun ortamın oluşturulması (30-31).

Serviks Kanserinde Tarama

Tarama testlerinin amacı, hiç bulgusu olmayan kişilerde kanser işaretlerini araştırmaktır. Düzenli tarama ile önlenebilen kanserlerden birisi de servikal kanserdir. Modern tarama yöntemleri ile invaziv serviks kanserlerinin %90'ının önlendiği bildirilmektedir. Tarama testi yaptırmayan kadınlarda invaziv serviks kanseri gelişme riski, 3–10 kez daha fazladır (32).

Gelişmiş ülkelerde son 50 yıldır pap-smear testinin rutin kullanılması, invaziv serviks kanseri oranlarını azaltmıştır. Bu azalmanın, sitolojik incelemelerin yaygın kullanıldığı tarama programlarının başarısına bağlı olduğu bildirilmektedir (33). Ancak gelişmekte olan ülkelerde, tarama programlarının yetersizliği nedeniyle yüksek insidans ve mortalite sürmektedir (34).

Amerikan Kanser Derneği'nin (ACS) ve Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG) önerilerine göre servikal kanser taramasına 21 yaşından itibaren veya ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra başlanmalıdır. 30 yaşından küçük kadınlardan yılda bir kez pap smear örneği alınmalı, 30 yaşından büyüklerde ise, ardışık 3 smear sonucunun negatif olması durumunda en az 2-3 yılda bir tekrar edilmelidir. Servikal kanser tarama sıklığı ne olursa olsun her kadına yılda bir kez pelvik muayene yapılmalıdır. 70 yaş ve üzerinde 3 veya daha fazla normal testi olanlarda ve total histeroktomi olanlarda servikal kanser taraması kesilebilir (25).

Ülkemizin altyapısı ve olanakları göz önüne alındığında serviks kanseri taraması için en ideal yöntem Pap smear testidir. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından Türkiye'de yürütülecek toplum tabanlı serviks kanseri taraması çalışmaları esnasında uyulması gereken kural ve standartlar belirlenmiştir.

Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları

Pap smear testi;

• 35 yaşında başlamalı

• 5 yıl ara ile tekrarlanmalı

• Son iki test sonucu negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir.

HIV infeksiyonu tanısı alan ve/veya immünsüpressif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kez, sonuçlar negatif ise test yılda bir kez yapılmalıdır (35).

Servikal kanser taramalarında engel olarak, çeşitli sebepler ile kadınların rutin jinekolojik muayene yaptırmadıkları ileri sürülmektedir. Bu sebepler utanma, mahremiyet duygusu, ulaşım yetersizliği, sağlık taramasına ulaşmadaki yetersizlik, sağlık bakım ücretini ödeyememe, sağlık hizmeti verenlerin onları pap-smear yaptırmaya teşvik etmemeleri, kadınların teste duyulan ihtiyaç konusundaki bilgi yetersizliğidir (28).

HUMAN PAPİLLOMA VİRÜS (HPV)

Serviks kanserinin oluşumu açısından bugün üzerinde en çok durulan etken HPV'dir. HPV genital bölgede ve mukozalarda enfeksiyona neden olan ve condyloma acuminatum (kondiloma aküminatum ya da kısaca kondilom) adı verilen siğil şeklinde kitlelerin oluşumuna sebep olan, çift DNA zincirine sahip bir virüstür (36). HPV enfeksiyonları özellikle cinsel temasla bulaşabildiği gibi yakın temas sonucu da bulaşabilmektedir. Cinsel temas sırasında koitus gerçekleşmese de bulaşma olabilmektedir. Ayrıca anneden bebeğe doğum sırasında da bulaşabilir (37).

Serviks kanseri için en önemli risk faktörü, cinsel yolla bulaşan bir virüs olan HPV'nin 100'den fazla tipi olmasına rağmen, sadece yüksek riskli tipleri kansere neden olmaktadırlar. Bunlardan HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, HPV 45 tiplerinin serviks kanseri ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Tüm serviks kanserlerinin üçte ikisine HPV 16, HPV 18'in neden olmaktadır (38). HPV 16 ve 18 tip virüsler tüm dünyada görülen servikal kanser vakalarının yaklaşık %70'inin nedenidir. Bu sıklık Orta ve Güney Amerika'da %65 civarındayken, Kuzey Amerika'da %76'ya kadar çıkmaktadır (17).

HPV' nin Kanser Oluşumuna Etkisi

Genital bölgede kondilom oluşumuna sebep olan HPV, hücrelerin içine yerleşerek hücrenin genetik yapısını değiştirebilme özelliğine sahip bir virüstür. HPV'nin çok sayıda alt tipi bulunmaktadır. Bu alt tiplerden bazılarının hücrelere olan etkileri sonucu hücreler kendi kendine hızla ve kontrolsüzce çoğalabilen hücrelere dönüşebilmektedir (19,39).

En sık olarak genital siğil veya "Condyloma Accumulata" olarak karşımıza çıkan HPV, kanser oluşturmasına göre üç gruba ayrılır:

1. Düşük onkojenik (kanser oluşturma) riskli grup: HPV tip 6, 11, 42, 43, 44'ü içeren gruptur. Düşük dereceli CIN lezyonlarında ve kondilomlarda bulunurlar. Kanser oluşturma riskleri oldukça azdır.

2. Orta riskli onkojenik grup: Bu grupta en sık görülen HPV tipleri 33, 35, 51 ve 52'dir. Düşük ve yüksek dereceli CIN lezyonlarında, nadiren de invaziv karsinomlarda bulunurlar.

3. Yüksek riskli onkojenik grup: En yüksek oranda kanser yapma riski taşıyan bu grup HPV tip 16, 18, 31, 33, 45, 51 ve 52'den oluşur (40).

HPV Aşısı

HPV aşısı rekombinan teknoloji kullanılarak, virüse benzer partiküllerden üretilmektedir. Aşı içerisinde biyolojik ürünler veya DNA olmadığından dolayı enfeksiyöz ve onkojenik değildir. Aşı sonrası oluşan antikor cevabının adölesan yaş grubunda (özellikle 15 yaş altı) daha ileri yaş gruplarına göre daha yüksek düzeylerde olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Bu nedenle HPV aşısı için uygulanması önerilen en uygun zaman 9-15 yaş aralığıdır. HPV aşısı 9-26 yaş arası genç kız ve kadınlara yapılmaktadır (17).

Günümüze dek FDA'den onay alan iki çeşit HPV aşısı bulunmaktadır. Bu aşılardan kuadrivalan HPV aşısı tip 6, 11, 16 ve 18'i içerirken, bivalan HPV aşısı ise tip 16 ve 18 mevcuttur. Her iki aşı da 6 ay içinde intramuskuler yolla 0.5 ml 3 doz olacak şekilde uygulanmaktadır. Kuadrivalan aşı ilk dozdan sonra 2. ve 6. aylarda uygulanırken bivalan aşı ise ilk dozun yapılmasından sonra 1. ve 6. aylarda uygulanmaktadır (17).

Merck firması (MSD) tarafından geliştirilen "Gardasil" isimli aşı quadrivalan bir aşı olup HPV tip 16, 18, 6, 11'e benzer partikülleri içerir ve serviks kanserleri ile prekanseröz lezyonları haricinde dış genital bölgede bulunan siğilleri (condyloma accumulata) de önleme özelliğine sahiptir. FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Teşkilatı), 2006 Haziran ayında Gardasil'in adölesan dönemden itibaren kullanılmasına onay vermiştir. Gardasil, 2007 yılının nisan ayı itibari ile ruhsat aşamasını da tamamlayarak Türkiye'de bulunmaktadır. GlaxoSmithKline (GSK) firması tarafından üretilen "Cervarix" ise bivalan bir aşıdır ve HPV tip 16 ile 18'e benzer partikülleri içermektedir. Cervarix özellikle servikal kanser ve prekanserleri önlemeye yönelik bir aşıdır. FDA Cervarix'in 2009 ekim ayında adölesan dönemden itibaren kullanılmasına onay vermiştir. Cervarix, Gardasil'in aksine toplumda son yıllarda oldukça fazla yayılma eğiliminde olan anogenital siğillere karşı koruyucu özelliğe sahip değildir (41).

Yapılan çalışmalarda aşının önemli yan etkilerinin bulunmadığı, enjeksiyon yerinde kızarıklık, şişlik ve ağrının daha çok lokal yan etkiler olduğu belirlenmiştir. Daha önce HPV enfeksiyonu geçirmiş kişilerde aşının koruyuculuğu düşüktür ve enfeksiyonu almış kişilerin tedavisi yönünden aşının yararlı etkisi yoktur (17,37).

Pap-Smear Testi

Pap smear testi ilk olarak 1943 yılında Traut ve Papa Nicolaou ile jinekolojide kullanılmaya başlamıştır (42). Pap smear testi jinekolojide genital kanser taramasında (özellikle serviks kanseri), hormonal durumun, vajinal ve servikal iltihapların, genital

kanserlerin tedavisi esnasında ve daha sonrasında tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılır (43).

Pap smear testi birçok yönüyle ideal bir tarama testidir. Çünkü serviks kanseri premalign bir dönem sonrası yıllar içinde gelişebilen bir hastalıktır, bu sayede belirli aralıklarla tekrarlanan testler yardımıyla yalancı negatiflikle ilgili etkiler azalmaktadır. Ayrıca nispeten ucuz, kolay uygulabilen ve hastalarca kolaylıkla kabul gören bir testtir. Pap smear testin ve uygun tarama programlarının etkin yürütülmesi sonucu servikal kanser mortalitesi ve insidansında düşüş sağlanabilmektedir (44-45).

Serviks kanserinin erken dönemde tespit edilebilmesi hem birey hem de toplumun bu hastalıkla en az zarar ve ekonomik kayıpla mücadele edebilmesini sağlamaktadır. Bunun için etkin bir tarama programının geliştirilmesi ve uygulanmasının gerekliliği oldukça önemlidir. Tarama programları her ne kadar gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde insidansı azaltmış olsa dahi maddi olumsuzluklar ve hasta bilincinin yeterli düzeyde olmaması sebebiyle istenilen düzeye ulaşmamıştır (46).

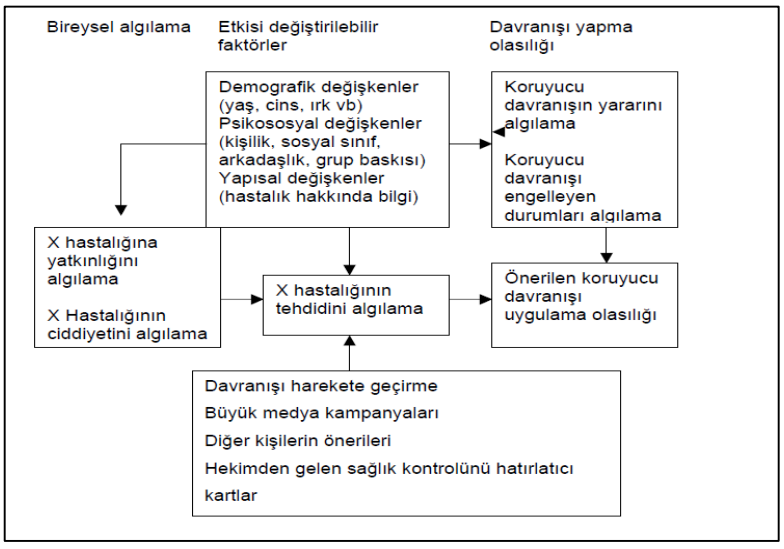
İyi bir smear örneğinin nasıl alınması gerektiği Amerikan Sitoloji Derneği tarafından şu şekilde tanımlanmıştır**:**

- Pap smear son adet tarihinden 10-18 gün sonra alınmalıdır.
- Testten önceki 48 saat içinde vajinal tampon, vajinal duş, vajinal kontraseptif ajan veya ilaç kullanımı olmamalıdır.
- Pap smear ile birlikte kadının adı, soyadı (son 5 yıl içinde değişiklik varsa belirtilmelidir), yaşı ve/veya doğum tarihi, menstruel durumu, son adet tarihi, histerektomi, gebelik, postpartum, oral kontraseptif kullanımı veya hormon replasman tedavisi, intrauterin araç kullanımı, önceki anormal sitoloji veya biyopsi sonuçları, önceki tedaviler veya cerrahi girişimler, risk durumu ve önceki patolojik sitoloji ve histopatoloji bulguları, örneğin alındığı yer (serviks, vajen) belirtilmelidir.
- Tek kullanımlık veya steril spekulum kullanılmalıdır.
- Lubrikan kullanılmamalıdır (kayganlaştırıcı olarak ılık su kullanılabilir).
- Hücrelerin spatula üzerinde kalmaması için tahta spatula veya pamuklu çubuk yerine plastik spatula kullanılmalıdır.
- Fiksasyon sprey ile yapılıyorsa bu amaç için üretilmiş spreyler kullanılmalıdır. Saç spreyi kullanılmamalıdır. Sprey camdan 15-25 cm uzaklıkta kullanılmalıdır.

- Vajinal ve ektoservikal örnekler aynı preparat üzerine yayılabilir ve endoservikal örnek ayrı bir preparata hazırlanabilir. Tek preparat-çift preparat arasında maliyet ve iş gücü haricinde, medikal açıdan üstünlük yoktur (34).

SAĞLIK İNANÇ MODELİ

Sağlık İnanç Modeli ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Leventhal, Kegeles ve Rosenstock tarafından hastalıkların önlenmesi ve erken tansında yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak amacıyla geliştirilmiştir (47-48). Model sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır (49). SİM, hem sağlık davranışını, hem de uyumluluğu açıklamaktadır. Bireyin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiye yönelmektedir (11,50-51). SİM, bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceği görüşünü savunmaktadır. Sorun olarak görülen bu inanç ve tutumlar belirlenirse, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri o kişiye uygun olarak belirlenebilecektir (52).



Şekil 1. Sağlık inanç modeli (53)

Sağlık İnanç Modeli

SİM, bireyleri koruyucu davranışlara nelerin motive ettiğini, erken tanı için sağlık taramalarını yaptırmak ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için ne şekilde eyleme geçtiklerini anlamak üzere birkaç bileşen kullanır (47). Modelin en temel bileşenleri; duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı ve engel algısından oluşur. Öz-etkililik ve eyleme

geçiriciler algısı modele daha sonra dahil olmuştur. SİM ; eğer bireyler hastalığı kendileri için hassasiyet olarak algılıyorsa, hastalığın ciddiyeti ile ilgili sonuçlara inanıyorsa, taramaların hem yararının hem engellerinin farkındaysa ve tarama ile ilgili eyleme geçmede pozitif eyleme geçiriciler (medya, eğitim, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş ya da aile üyelerinden birinin hastalanması, başkalarından bilgi alma gibi) varsa ilgili sağlık davranışının ortaya çıkacağını öne sürmektedir (49,51).

Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri

1. Bireysel özellikler (Sosyo-demografik ve sosyo-psikolojik faktörler): Yaş, eğitim, cinsiyet, gelir gibi özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel algısal faktörler üzerinden dolaylı yoldan etkilemektedir. Yaş, gelir ve eğitim gibi faktörlerin artması sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını da arttırmaktadır (54). Sosyal baskı, sosyal sınıf ve kişilik yapısı sosyo-psikolojik değişkenlerden bazılarıdır. Bireyin sağlığını korumak için gerekli davranışsal niyet düşük düzeyde ise sosyal baskı ya da sosyal etki, uygun sağlık davranışının ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. Destek gruplarının baskısı bireyin sağlık davranışlarıyla ilgili tutum ve inançlarının değişmesinde ya da grup davranışları normlarına uymasına etki etmektedir (55).

2. Algılar:

a. Algılanan duyarlılık: Kişinin sağlığını tehdit eden risk/hastalık ile ilgili algısıdır (47-50). Bu, tanının kabul edilmesi, hastalığa yakalanma ile ilgili olasılık ve hastalığa olan genel duyarlılığı ifade etmektedir. Algılanan duyarlılık ne derece yüksek ise, koruyucu eyleme geçme olasılığı o derece yüksek olmaktadır (56). Bu nedenle hastalığın bireylerin hayatında az ya da çok bir olasılıkla her zaman için var olabileceğine inandırmak gerekmektedir (47).

b. Algılanan ciddiyet: Hastalığın ciddiyeti ile alakalı algı ya da tedavi reddedildiğinde ortaya çıkacak sonuçlar ile ilgili değerlendirmelerdir (47-57). Bu algı özellikle bireyin sağlık bilgi düzeyinden etkilenir. Kişi, hastalığın genel kapsamı hakkında bilgi sahibi ise algısı da buna bağlı olarak etkilenecektir (56). Hastalıklarının ciddiyet durumunun algılanması, bireyden bireye değişmektedir. Ciddiyet algısı, hastalığın kişi üzerinde vereceği zararla bağlantılıdır (50). Pap smear testi yaptırmak için, serviks kanserinin hem ciddi bir hastalık olarak algılanması, hem de serviks kanseri için bireysel risklerin olduğunun algılanması

önemlidir. Algılanan ciddiyetin artması ile serviks kanseri taraması arasında pozitif bir ilişki olduğu düşünülebilir.

c. Algılanan yarar: Bir davranışın olumlu sonuçlarının üzerinde durulmuştur. Bireylerin önerilen koruyucu önlemlerle, hastalıktan korunabileceğine inanmasıdır (50). Bireylere koruyucu davranışların, hastalıklardan korunma, sağlığı geliştirme, yaşam kalitesi ve süresi üzerindeki olumlu etkileri öğretilebilir. Böylece kişilerde, olumlu sağlık davranışlarının gelişmesi konusunda bilincin oluşması sağlanabilir (11,50). Birey hassasiyet gösterdiği konularda eyleme geçerse, ortaya çıkan olumlu sonuçları yararlar olarak algılayabilir (47). Pap smear testine yönelik algılanan yararın artması, serviks kanserinin preinvaziv evrede yakalanması açısından önemlidir.

d. Algılanan engeller: Yeni bir davranışı sergilemede ve bu duruma adapte olmada bireysel olarak algılanan engellerdir (56). Birey koruyucu sağlık davranışının koruyuculuğuna inandığı halde, davranışı yapamıyorsa bu durum engellere bağlı olabilir. Koruyucu sağlık davranışlarının uygulamasını engelleyen, bireysel veya dış çevreden kaynaklanan birçok faktör vardır. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azalttığı takdirde, davranış gerçekleştirilir (1). Algılanan yarar algılanan engellerden ne ölçüde fazla ise davranışa eğilim o ölçüde artış gösterir (47,55).

Pap smear testi için engeller, kanser sonucu almaktan korkma, testin ağrılı olacağına inanma, utanma, zaman, maliyet vb. olabilir. Pap smear testi ile ilgili algılanan yararların artması ve algılanan engellerin azalması, serviks kanseri taramasında önemli belirleyici değişkenler olarak düşünülebilir.

3. Öz-yeterlilik: Modele 1988 yılında eklenmiştir (47). Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, iradesini ve kararlılığını içermektedir (57). Bireyin davranışı gerçekleştirebileceğine ve olumlu sonuç alacağına inanması onun güçlü bir şekilde motive olmasını sağlar. Bu sayede öz yeterliliği düşük bireye göre daha rahat eyleme geçer (58-59).

4. Eyleme geçiriciler: Eyleme geçiriciler, sağlık davranışının ortaya çıkma insidansına etki eden belli başlı durumlardır (55). SİM'e göre, sağlığı koruyucu davranışlarının geliştirilmesini etkileyen, bireyi harekete geçirici etmenler vardır. Bunlar; sağlık eğitimi, medya kampanyaları, afişler ve gazetede yayımlanan sağlık yazıları, çevreden edinilen bilgiler, hastalığa sahip olan bir yakının varlığı, medikal merkezlerden (sağlık personelinden) gelen hatırlatıcılardır. Birey potansiyel sağlık problemi ile ilgili ne kadar çok

tavsiye ya da uyarı alırsa koruyucu davranışı gösterme olasılığı o derece fazla olmaktadır (11,47,55).



Şekil 2. Sağlık inanç modeli bileşenleri (53).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya başlamadan önce Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'dan (Ek 1) ve Edirne Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır (Ek 2).

ARAŞTIRMANIN YERİ

Çalışma Edirne İli Merkez İlçede yürütülmüştür.

EVREN ve ÖRNEKLEME

TÜİK 2011 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre Edirne İli Merkez İlçe 18-65 yaş arası kadın nüfusu 42 689'dur. Çalışmada serviks kanseri taramaları ile ilgili bilgi, tutum ve inanç oranı tam olarak bilinemediği için, prevalans %50, yanılma payı %5, güven Aralığı %95 alınarak, örneklem hacmi 386 olarak hesaplanmıştır.

Her mahalleden örnekleme dahil edilecek kadın sayısı Merkez İlçedeki mahallelerdeki kadın nüfusuna göre tabakalanarak belirlenmiştir. Barutluk Mahallesi'nden 23, Dilaverbey Mahallesi'nden 13, İstasyon Mahallesi'nden 7, Babademirtaş Mahallesi'nden 10, Yancıkçı Şahin Mahallesi'nden 12, Yeniimaret Mahallesi'nden 8, Umurbey Mahallesi'nden 7, Talatpaşa Mahallesi'nden 16, Yıldırım Beyazıt Mahallesi'nden 11, Karaağaç Mahallesi'nden 9, Şükrüpaşa Mahallesi'nden 57, Fatih Mahallesi'nden 46, Kocasinan Mahallesi'nden 41, Medrese Ali Bey Mahallesi'nden 16, Nişancıpaşa Mahallesi'nden 19, Mithatpaşa Mahallesi'nden 10, Çavuşbey Mahallesi'nden 14, 1. Murat Mahallesi'nden 15, Meydan Mahallesi'nden 10, Abdurrahman Mahallesi'nden 19, Sabuni Mahallesi'nden 15, Sarıcapaşa

Mahallesi'nden 8, Menzilahır Mahallesi'nden 10, Yıldırım Hacı Sarraf Mahallesi'nden ise 9 kadın çalışmaya katılmıştır.

Hangi hanelere gidileceği, her mahalledeki muhtarlığın bulunduğu sokak başlangıç noktası olarak seçilip, sistematik örnekleme ile belirlenmiştir.

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma kesitsel bir araştırmadır.

HİPOTEZLER

H_0: Kadınların serviks kanseri taramaları konusundaki bilgi, tutum ve inançları sosyo-demografik ve sağlık öykülerine ilişkin bazı özellikleri ile farklılaşmamaktadır.

H_1: Kadınların serviks kanseri taramaları konusundaki bilgi, tutum ve inançları sosyo-demografik ve sağlık öykülerine ilişkin bazı özellikleri ile farklılaşmaktadır.

BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımsız Değişkenler

Kadınların sosyo-demografik özellikleri (Yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi)

Kadınların sağlık öyküsü (doğurganlık özellikleri, ilk cinsel ilişki yaşı, cinsel partner sayısı, geçirilmiş jinekolojik enfeksiyonları, sigara içme durumu, alkol kullanma durumu, kontraseptif yöntem kullanımı, kondom kullanımı, pap-smear yaptırma durumu)

Bağımlı Değişkenler

Kadınların serviks kanser riski ve taraması ile ilgili bilgi düzeyi

Kadınların serviks kanser riski ve taraması ile ilgili tutumları

Kadınların serviks kanser riski ve taraması ile ilgili inançları

VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ ve ARACI

Kadınların sosyo-demografik özellikleri, sağlık özellikleri ve serviks kanseri ve taramaları ile ilgili bilgilerini sorgulayan 25 soruluk bir anket formu ve kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik tutum, inançlarını sorgulayan 30 soruluk Servikal Kanserin

Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği (SKETTÖ) yüz yüze görüşme tekniği ile katılımcılara uygulanmıştır (Ek 3).

Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği (SKETTÖ)

Özmen ve Özsoy (2009) tarafından geliştirilen ölçekteki maddeler SİM'in dört alt boyutunu araştırmak amacıyla yapılandırılmıştır (60). Ölçekte algılanan duyarlılık alt boyutu için dokuz madde, algılanan ciddiyet alt boyutu için sekiz madde, algılanan engel alt boyutu için yedi madde, algılanan yarar alt boyutu için altı madde bulunmaktadır. **Duyarlılık** alt boyutu; 8, 9, 12, 14, 15, 19, 21, 24, 28. maddeler, **ciddiyet** alt boyutu; 1, 2, 5, 7, 10, 18, 26, 29. maddeler, **engel** alt boyutu; 11, 13, 17, 20, 23, 25, 30. maddeler ve **yarar** alt boyutu; 3, 4, 6, 16, 22, 27. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin tümü ve alt boyutları için Cronbach Alpha katsayısı .89-.70 arasındadır. Bu çalışmada SKETTÖ ölçeği Cronbach Alpha katsayısı .67 olarak saptanmıştır. Likert tipi ölçekleme kullanılan ölçekte yer alan maddeler 1:kesinlikle katılmıyorum, 2:katılmıyorum, 3:kararsızım, 4:kısmen katılıyorum, 5:tamamen katılıyorum şeklindeki ifadeler ile değerlendirilmektedir. Ölçekteki 30 maddenin 22 tanesi olumlu, sekiz tanesi (3, 6, 8, 15, 17, 24, 25 ve 27 numaralı sorular) olumsuz ifadedir. Olumsuz ifadelerin puanlaması tersten yapılmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 30 en yüksek puan ise 150'dir. Ölçeğin uygulanma süresi ortalama 10 -15 dakikadır.

VERİLERİN ANALİZİ

Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics Ver 20.0 (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma bulguları sayısal ve yüzdelik dağılımlara dönüştürüldükten sonra bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkilerin önemlilik derecesini belirlemek için Ki-Kare testi, Fischer kesin Ki-Kare testi ve Student t testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 405 kadın katılmıştır. Tablo 1'de araştırmaya katılan 18-65 yaş arası kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 34.80±13.10'dur ve %54.00'ı evli, %37.60'ı bekar, %47.70'i ise dul olduğunu bildirmiştir. Eğitim durumlarına bakıldığında ise %2.20'sinin okur-yazar olmadığı, %5.70'inin okuryazar olduğu, %17.60'ının ilkokul bitirmiş, %11.60'ının ortaokul bitirmiş, %37.60'ının lise bitirmiş, %25.20'sinin ise yüksekokul ya da üniversite bitirmiş olduğu görülmüştür. Kadınların %37.60'ı ev hanımı, %55.40'ı ev dışında çalışıyor, %6.90'ı ise emekli olduğunu bildirmiştir. Kadınların %95.30'unun sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş ortalaması	34.80±13.10 (min:18 – maks:65 – med:33)	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	9	2.20
Okuryazar	23	5.70
İlkokul bitirmiş	71	17.60
Ortaokul bitirmiş	47	11.60
Lise bitirmiş	152	37.60
Yüksekokul ya da üniversite bitirmiş	102	25.20
Çalışma durumu		
Ev hanımı	152	37.60
Ev dışında çalışıyor	224	55.40
Emekli	28	6.90
Medeni durum		
Evli	217	54.00
Bekar	151	37.60
Dul	19	4.70
Boşanmış	14	3.50
Birlikte yaşıyor	1	0.20
Sosyal güvence		
Var	383	95.30
Yok	19	4.70

Tablo 2'de kadınların eşlerinin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Kadınlarının eşlerinin %0.50'si okur yazar değil, %2.30'u okur yazar, %26.90'ı ilkokul bitirmiş, %15.70'i ortaokul bitirmiş, %27.30'u lise bitirmiş ve %27.30'u da yüksek okul ya da üniversite bitirmiş olarak belirlenmiştir. Çalışma durumlarına bakıldığında ise %1.90'ı işsiz, %66.60'ı çalışıyor, %31.50'si de emekli olarak belirlenmiştir.

Tablo 2. Kadınların eşlerinin kimi sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	n	%
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	1	0.50
Okuryazar	5	2.30
İlkokul bitirmiş	58	26.90
Ortaokul bitirmiş	34	15.70
Lise bitirmiş	59	27.30
Yüksekokul ya da üniversite bitirmiş	59	27.30
Çalışma durumu		
İşsiz	4	1.90
Çalışıyor	144	66.60
Emekli	68	31.50

Tablo 3'te 18-65 yaş arası kadınların serviks kanseri açısından belirlenmiş bazı riskli davranışlara göre özelliklerinin dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların ilk adet yaş ortalaması 13.09±1.29, ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 21.37±3.79, gebelik sayısı ortalaması 2.53±1.47 olarak belirlenmiştir. Sigara içme durumlarına bakıldığında ise %45.80'inin hiç sigara içmediği, %15.80'inin eskiden içip bıraktığı, %3.20'sinin günde 1 sigaradan az içtiği, %13.90'ının günde 1- 5 sigara içtiği, %15.30'unun günde 5- 20 sigara içtiği, %5.90'ının günde 20 sigaradan fazla sigara içtiği görülmüştür.

Tablo 3. Katılımcıların serviks kanseri açısından belirlenmiş kimi riskli davranışlar açısından durumu

Özellikler	Ort ± SS	
İlk adet yaş ortalaması	13.09±1.29 (min:10 – maks:17 – med:13)	
İlk cinsel ilişki yaş ortalaması	21.37±3.79 (min:14 – maks:40 – med:21)	
Gebelik sayısı ortalaması	2.53±1.47 (min:1 – maks:10 – med:2)	
	n	**%**
Sigara içme durumu		
Hiç içmedim	185	45.80
Eskiden içerdim bıraktım	64	15.80
Günde 1 sigaradan az	13	3.20
Günde 1-5 sigara	56	13.90
Günde 5-20 sigara	62	15.30
Günde 20 sigaradan fazla	24	5.90

Araştırmaya katılan kadınlardan %45.30'u cinsel yönden aktif olmadığını, %20.50'si cinsel yönden aktif fakat sürekli bir ilişkisinin olmadığını, %34.20'si ise cinsel yönden aktif olup sürekli bir ilişkisinin olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4'te kadınların üreme sağlığına ilişkin kimi özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Kadınların %37.50'si herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmakta iken, %62.50'si kullanmamaktadır. Kullanılan yöntemler arasında en sık %29.00 ile kondom yer almakta ve OKS kullanımı %22.00, geri çekme yöntemi %19.00, RİA %18.00, vazektomi %11.00 ve enjeksiyon kullanımı %1.00 olarak sıralanmaktadır. Kadınların yalnızca %37.60'ının yılda 1 kez düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittiği saptanmıştır.

Tablo 4. Kadınların üreme sağlığına ilişkin kimi özellikleri

Özellikler	n	%
Aile planlaması yöntemi kullanma durumu		
Evet	100	37.50
Hayır	167	62.50
Kullanılan yöntem		
Hap	22	22.00
Kondom	29	29.00
RİA	18	18.00
Vazektomi/tüpligasyon	11	11.00
Enjeksiyon	1	1.00
Geri çekme	19	19.00
Yılda bir kez kontrol için düzenli muayeneye gitme durumu		
Evet	152	37.60
Hayır	252	62.40

Tablo 5'te araştırmaya katılan kadınların pap-smear hakkındaki bilgi durumları verilmiştir. Buna göre katılımcıların %42.6'sı pap-smear testinin ne için yapıldığını bildiği ve bilenlerin de %99.8'i pap-smear testinin rahim ağzı kanseri erken taraması için yapıldığı yanıtını verdikleri görülmektedir. Serviks kanserinden korunmak için düzenli pap-smear testi yaptırmanın gerekli olduğunu çeşitli şekilde öğrenenlerin oranı %42.8'dir. Öğrenenlerin %87.1'i doktorundan, %62.5'i de arkadaşlarından duyduğunu söylemiştir. Şimdiye kadar pap smear testi yaptırmak için bir sağlık kuruluşuna başvurdunuz mu? sorusuna katılımcıların %28.7'si evet yanıtını vermiştir. "Evet" diyenlerin %99'u 1 kez pap-smear yaptırmıştır. "Hayır" diyenlerin ise %1.93'ü gerek duymadığı için, %42.7'si bilgisi olmadığı için, %7.3'ü korktuğu ya da utandığı için pap-smear testi yaptırmadıklarını söylemiştir. Herhangi bir sağlık kurumuna, başka bir nedenle başvuru sırasında pap smear testi yapılanların oranı %7.7'dir. Bu kişilerin %67.7'si hastanede, %19.3'ü KETEM'de, %12.9'u ise özel klinikte pap-smear testi

yaptırmıştır. Katılımcıların %11.9'u serviks kanserinden korunmada düzenli pap-smear testi yaptırmanın yanında başka yöntemlerde bildiğini belirtmiştir. Başka yöntemler bildiğini söyleyenlerin %75'i aşı, %12.5'i tek eşlilik, %8.3'ü beslenme alışkanlığı, %8.3'ü hijyenik olma, %6.25'i kondom kullanımı, %4.2 kişi düzenli kontrol ve 1 kişi de sigara içmemek yanıtını vermiştir. Serviks kanserinden korunmak için aşı olduğunu bilenlerin oranı yalnızca %38.4'dür.

Tablo 5. Katılımcıların pap smear testi hakkında bilgi durumları

	Evet		**Hayır**	
	n	**%**	**n**	**%**
Pap smear testinin niçin yapıldığını biliyor musunuz?	172	42.6	232	57.4
Şimdiye dek size serviks kanserinden korunmak için düzenli pap-smear testi yaptırmanın gerekli olduğunu söyleyen oldu mu?	173	42.8	231	57.2
Şimdiye kadar smear testi yaptırmak için bir sağlık kuruluşuna başvurdunuz mu?	116	28.7	288	71.3
Herhangi bir sağlık kurumuna, başka herhangi bir nedenle başvurunuz sırasında size pap smear testi yapıldı mı?	31	7.7	373	92.3
Serviks kanserinden korunmada düzenli pap-smear testi yaptırmanın yanında başka yöntemler biliyor musunuz?	48	11.9	356	88.1
Serviks kanserinden korunmak için bir aşı var mı?	155	38.4	249	61.6

Tablo 6'da kadınların kimi sosyo-demografik özelliklerine göre pap-smear testi yaptırma durumları gösterimiştir. 35 yaş ve üzeri kadınların %46.3'ü, 35 yaş altı kadınların ise %13.4'ünün pap-smear testi yaptırmış oldukları ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Kadınların medeni durumlarına göre pap-smear testi yaptırma durumları incelendiğinde, evli olanların %43.9'unun test yaptırdıkları, bekar olanların ise sadece %3.3'ünün test yaptırdığı görülmüş ve arasındaki fark anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların öğrenim durumlarına göre pap-smear test yaptırma durumları incelendiğinde, 8 yıl ve daha az eğitimlilerin %27.3'ü, lise bitirmiş olan kadınların %25.7'si,

yüksekokul ya da üniversite bitirmiş olan kadınların ise %35.3'ünün pap-smear testi yaptırdığı görülmüştür. Kadınların pap-smear testi yaptırma durumlarının eğitim düzeyine göre anlamlı olarak farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p>0.05).

Kadınların çalışma durumlarına göre pap-smear testi yaptırma durumlarına bakıldığında ev hanımı olanların %31.6'sı, ev dışında çalışan kadınların ise %27.0'sinin pap-smear test yaptırdığı görülmüştür. Kadınların çalışma durumları ile pap-smear test yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Kadınların sosyal güvence sahibi olma durumlarına göre pap-smear yaptırma durumları incelendiğinde, sosyal güvencesi olmayan kadınların %31.6'sı, sosyal güvencesi olan kadınların ise %28.6'sının pap-smear testi yaptırmış olduğu görülmektedir. Buna göre kadınların sosyal güvenceye sahip olma durumları ile pap-smear test yaptırma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05)

Tablo 6. Kadınların kimi sosyo-demografik özelliklerine göre pap-smear testi yaptırma durumları

Değişkenler		**Pap-smear yaptırma durumu**		**p**
		n	**%**	
Yaş	35 yaş altı	29	13.4	**0.000**
	35 yaş ve üzeri	87	46.3	
Medeni durum	Bekar	5	3.3	**0.000**
	Evli	111	43.9	
Öğrenim durumu	8 yıl ve daha az eğitimliler	41	27.3	**0.224**
	Lise bitirmiş	39	25.7	
	YO ya da üniversite bitirmiş	36	35.3	
Çalışma durumu	Ev hanımı	48	31.6	**0.323**
	Ev dışında çalışıyor	68	27.0	
Sosyal güvence durumu	Yok	6	31.6	**0.777**
	Var	110	28.6	

Tablo 7'de kadınların çeşitli özelliklerine göre pap-smear testi yaptırma durumları incelenmiştir. Pap-smear testin niçin yapıldığını bilen kadınların %58.7'si, bilmeyen kadınların ise %6.5'i, yılda 1 kez kadın doğum uzmanına kontrole giden kadınların %50.7'si, kontrole gitmeyen kadınların ise %15.5'i, aşıyı bilen kadınların %41.9'u, aşıyı bilmeyen kadınların ise %20.5'i, pap smear testi yaptırmanın gerekli olduğu söylenen kadınların %56.1'i test yaptırırken, pap smear test yaptırmanın gerekli olmadığını söyleyen kadınların %8.2'si test yaptırdığını ifade etmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Öte yandan kadınların sigara içme durumlarına göre pap-smear yaptırma durumları incelendiğinde, sigara içmeyen kadınların %26.5'inin, sigara içen kadınların ise %32.3'ünün pap smear testi yaptırdığı görülmüştür. Kadınların sigara içme durumlarına göre pap-smear testi yaptırma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 7. Kadınların çeşitli özelliklerine göre pap-smear yaptırma durumları

Değişkenler		**Pap-smear yaptırma**		**p**
		n	**%**	
Pap smear testinin yapılma nedeni	Biliyor	101	58.7	0.000
	Bilmiyor	15	6.5	
HPV aşısı	Biliyor	65	41.9	0.000
	Bilmiyor	51	20.5	
Pap- smear testi yaptırmak gereklidir	Evet	97	56.1	0.000
	Hayır	19	8.2	
Sigara kullanma durumu	İçmiyor	66	26.5	0.214
	İçiyor	50	32.3	
Yılda 1 kez kadın doğum uzmanına kontrole gitme	Evet	77	50.7	0.000
	Hayır	39	15.5	

Katılımcıların SKETTÖ'nden aldıkları toplam puanlar ve SKETTÖ'nün alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların SKETTÖ ve alt ölçek puanları

SKETTÖ ve Alt ölçekler	**Puan** **Ort ±SS (min – max)**
Algılanan Duyarlılık	26.6±4.3 (19 – 45)
Algılanan Ciddiyet	28.0±4.5 (16 – 40)
Algılanan Engel	21.9±2.9 (14 – 31)
Algılanan Yarar	24.1±3.2 (14 – 30)
Toplam	103.6±8.8 (73 – 134)

Kadınların SKETTÖ'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde tüm alt gruplarda ölçek puanları 35 yaş ve üzeri kadınlarda daha düşük bulunmuştur, aradaki fark yalnızca algılanan engel alt boyutu puanında anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların yaşına göre değerlendirilmesi

Yaş	**35 yaş altı** **Ort ±SS**	**35 yaş ve üzeri** **Ort ±SS**	**p**
Algılanan Duyarlılık	29.6±4.2	29.5±4.4	0.756
Algılanan Ciddiyet	28.0±4.3	27.9±4.1	0.868
Algılanan Engel	22.2±2.9	20.5±2.7	**0.014**
Algılanan Yarar	24.2±3.4	23.9±2.9	0.383
Toplam	104.1±8.7	102.9±8.8	0.165

SKETTÖ'nin alt boyut puanları kadınların medeni durumuna göre karşılaştırılmış ve yalnızca algılanan engel alt boyut puanının evli olanlarda anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların medeni durumuna göre değerlendirilmesi

Medeni durum	Bekar Ort ±SS	Evli Ort ±SS	p
Algılanan Duyarlılık	29.3±4.2	29.7±4.3	0.364
Algılanan Ciddiyet	27.6±4.4	28.2±4.1	0.210
Algılanan Engel	22.2±2.7	21.6±2.8	**0.024**
Algılanan Yarar	24.1±3.5	24.0±3.0	0.795
Toplam	103.5±9.3	103.6±8.5	0.861

Kadınların öğrenim durumları ile SKETTÖ'nin alt boyut puanlarının karşılaştırılması sonucunda, algılanan engel ve algılanan yarar alt boyut puanları öğrenim durumlarına göre anlamlı olarak farklılaştığı bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların öğrenim durumuna göre değerlendirilmesi

Öğrenim durumu	8 yıl ve daha az Ort ±SS	Lise Ort ±SS	YO veya Üniversite Ort ±SS	p
Algılanan Duyarlılık	29.1±4.1	29.7±4.4	30.1±4.2	0.168
Algılanan Ciddiyet	28.1±4.6	28.2±3.9	27. 5±4.2	0.382
Algılanan Engel	22.1±3.0	22.1±2.8	21.0± 2.5	**0.004**
Algılanan Yarar	23.5±2.9	24.4±3.2	24.3±3.5	**0.025**
Toplam	102.8±8.7	104.7±8.8	103.0±8.7	0.152

SKETTÖ'nin alt boyutlarından alınan puanlar ile kadınların çalışma durumları karşılaştırıldığında yalnızca algılanan ciddiyet alt boyut puanının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 12. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların çalışma durumuna göre değerlendirilmesi

Çalışma durumu	Ev hanımı Ort ±SS	Ev dışında çalışıyor Ort ±SS	p
Algılanan Duyarlılık	29.5±3.9	29.6±4.4	0.694
Algılanan Ciddiyet	28.6±3.9	27.6±4.4	**0.019**
Algılanan Engel	21.9±3.1	21.8±2.7	0.846
Algılanan Yarar	24.0±3.0	24.1±3.3	0.848
Toplam	104. 2±8.1	103.2±9.1	0.306

Tablo 13'de kadınların sağlık güvencesine sahip olma durumu ile SKETTÖ'nin alt boyutları olan duyarlılık, ciddiyet, engel ve yarar algısı puanları karşılaştırıldığında puanların sağlık güvencesi varlığına göre farklılaşmadığı saptanmıştır.

Tablo 13. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların sağlık güvence durumuna göre değerlendirilmesi

Sağlık güvencesi	Yok Ort ±SS	Var Ort ±SS	p
Algılanan Duyarlılık	28.6±4.6	29.6±4.2	0.338
Algılanan Ciddiyet	29.0±5.1	27.9±4.2	0.362
Algılanan Engel	21.5±2.9	21.8±2.8	0.794
Algılanan Yarar	23.7±3.2	24.0±3.2	0.575
Toplam	103.0±10.7	103.6±8.7	0.736

SKETTÖ'nin alt boyut puanları kadınların cinsel yönden aktif olma durumlarına göre karşılaştırıldığında algılanan duyarlılık ve algılanan yarar alt boyut puanının ve toplam ölçek puanının cinsel yönden aktif ve sürekli bir ilişkisi olanlarda anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların cinsel yönden aktif olma durumuna göre karşılaştırılması

Cinsel yönden aktif olma durumu	Aktif değil Ort ±SS	Aktif, sürekli ilişkisi yok Ort ±SS	Aktif, sürekli ilişkisi var Ort ±SS	p
Algılanan Duyarlılık	29.0±3.8	29.0±4.6	30.7± 4.4	**0.001**
Algılanan Ciddiyet	27.7±4.3	28.0±4.4	28.3±4.0	0.477
Algılanan Engel	21.9±2.8	21.7±3.1	21.8±2.7	0.843
Algılanan Yarar	23.9±3.3	23.0±3.0	24.9±3.0	**0.000**
Toplam	102.7±8.5	101.7±9.3	105. 8±8.4	**0.001**

Kadınların kontrol için düzenli muayeneye gitme durumlarına göre SKETTÖ'nin alt boyutlarının puanları değerlendirildiğinde, algılanan duyarlılığın, algılanan ciddiyetin, algılanan yararın düzenli olarak muayeneye gidenlerde daha yüksek, algılanan engelin ise düzenli olarak muayeneye gidenlerde anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların kontrol için düzenli muayeneye gitme durumuna göre değerlendirilmesi

Kontrol için düzenli muayeneye gitme	Evet Ort ±SS	Hayır Ort ±SS	p
Algılanan Duyarlılık	30.7±4.1	28.9±4.2	**0.000**
Algılanan Ciddiyet	28.2±4.3	27.8±4.2	0.338
Algılanan Engel	21.4±2.8	22.1±2.8	**0.033**
Algılanan Yarar	24.5±3.2	23.8±3.2	**0.036**
Toplam	105.0±8.9	102.7 ±8.6	**0.011**

SKETTÖ'nin alt boyut puanlarının kadınların pap-smear testinin niçin yapıldığını bilme durumuna göre karşılaştırılması sonucunda aradaki farkın algılanan duyarlılık ve yarar alt boyut puanlarında anlamlı olarak yüksek olduğu, algılanan engel alt boyutunda anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların pap-smear testinin yapılma nedenini bilme durumuna göre değerlendirilmesi

Pap smear testinin yapılma nedenini bilme	Biliyor Ort ±SS	Bilmiyor Ort ±SS	p
Algılanan Duyarlılık	30.3±4.1	29.0±4.2	**0.003**
Algılanan Ciddiyet	28.1±4.1	27.9±4.3	0.650
Algılanan Engel	21.3±2.9	22.2±2.7	**0.001**
Algılanan Yarar	24.7±3.1	23.6±3.2	**0.001**
Toplam	104.5±8.3	102.9±9.1	0.070

Tablo 17'de SKETTÖ'nin alt boyut puanları kadınların daha önce pap smear testi yaptırmış olma durumlarına göre karşılaştırılmış ve bunun sonucunda daha önce test yaptırmış olanlarda duyarlılık ve yarar algısı puanı anlamlı düzeyde yüksek ve engel algısı puanı ise anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Tablo 17. SKETTÖ'nin alt boyutlarının kadınların daha önce pap smear testi yaptırmış olma durumuna göre değerlendirilmesi

Daha önce smear testi yaptırmış olma	Evet Ort ±SS	Hayır Ort ±SS	p
Algılanan Duyarlılık	30.7±4.4	29.1±4.1	**0.000**
Algılanan Ciddiyet	27.8±4.5	28.0±4.1	0.697
Algılanan Engel	21.3±2.9	22.3±2.7	**0.001**
Algılanan Yarar	24.5±3.1	23.8±3.2	**0.001**
Toplam	104.3±9.0	103.3±8.7	0.070

Kadınların SKETTÖ'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar, aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde tüm alt gruplarda ölçek puanları yöntem kullanan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur, aradaki fark yalnızca algılanan duyarlılık alt boyutu puanında ve ölçek toplam puanında anlamlı olarak bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre değerlendirilmesi

AP Yöntemi Kullanma	Evet Ort ±SS	Hayır Ort ±SS	p
Algılanan Duyarlılık	31.2±4.6	29.0±4.0	**0.00**
Algılanan Ciddiyet	28.8±4.3	27.8±4.0	0.075
Algılanan Engel	21.7±3.1	21.7±2.8	0.981
Algılanan Yarar	24.5±3.3	23.8±2.8	0.060
Toplam	106.3±9.7	102.4±7.7	**0.000**

Katılımcıların SKETTÖ'den aldıkları puanlar, serviks kanserinden korunmak için bir aşı olup olmadığını bilme durumuna göre değerlendirildiğinde, aşı varlığını bilenlerin duyarlılık, yarar alt ölçek puanları ve ölçek toplam puanları, bilmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 19).

Tablo 19. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların HPV aşısını bilme durumuna göre karşılaştırılması

HPV aşısını bilme	Evet Ort ±SS	Hayır Ort ±SS	p
Algılanan Duyarlılık	30.4±4.0	29.1±4.4	**0.004**
Algılanan Ciddiyet	28.2±4.1	27.9±4.3	0.419
Algılanan Engel	21.8±3.2	21.9±2.6	0.662
Algılanan Yarar	24.7±3.1	32.7±3.2	**0.001**
Toplam	105.2±8.2	102.6±9.1	**0.001**

Serviks kanseri açısından sorguladığımız bazı riskli davranışları; ilk cinsel ilişki yaşı, gebelik sayısı, sigara kullanma durumu, yılda bir kez düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitme durumu olarak sıralayabiliriz. Buna göre bir ve birden fazla risk faktörü taşıyan kadınların dağılımları Tablo 20 'de verilmiştir.

Tablo 20. Bir ve birden fazla risk faktörü taşıyan kadınlar

	N	%
Hiç riski olmayan	**45**	**11.1**
Tek riskli davranışı olan	**258**	**56.4**
İki adet riskli davranışı olan	**119**	**29.5**
Üç adet riskli davranışı olan	**11**	**2.7**
Dört adet riskli davranışı olan	**1**	**0.2**
Toplam	**404**	**100**

TARTIŞMA

Serviks kanseri, kadınlarda dünya genelinde ve özellikle de rutin tarama yapılmayan gelişmekte olan ülkelerde kansere bağlı başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (43,61).

Yaygın olarak görülen serviks kanserine bağlı ölümler kadınların bilinçlendirilmesiyle azaltılabilir (43). Yapılan çalışmalar kadınların önemli bir oranının serviks kanserine neden olan risk faktörlerini ve pap-smear testinin önemini bilmediklerini ortaya koymaktadır (43,62-63).

Çalışmaya katılan kadınların eğitim durumlarına bakıldığında %2.20'sinin okur yazar olmadığı, %5.70'sinin okur yazar olduğu, %17.60'sının ilkokul bitirmiş, %11.60'sının ortaokul bitirmiş, %37.60'sının lise bitirmiş, %25.20'sinin ise yüksekokul ya da üniversite bitirmiş olduğu görülmüştür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 verileri ile karşılaştırıldığında (%12'sinin eğitimi yok veya ilkokul bitirmemiş, %34.6'sı ilköğretimin birinci kademesini bitirmiş, %22.3'ü ilköğretimin ikinci kademesini bitirmiş, %31.1'i en az lise mezunu) Edirne Merkez ilçede kadınların Türkiye geneline göre daha eğitimli oldukları görülmektedir (64).

Çalışmamızdaki kadınların medeni durumlarına bakıldığında %54.0'ü evli, %37.6'sı bekar, %4.7'sinin ise dul olduğu görülmektedir. Bekar ve arkadaşlarının 2011 yılında akademisyen kadınlar üzerinde yaptıkları benzer bir çalışmada kadınların %71.'sı evli, %25.7'si bekar ve %2.7'si ise boşanmış olarak tespit etmişlerdir (65).

Sağlık hizmetlerinden yeterli biçimde yararlanmak için önemli belirleyenlerden biri sağlık güvencesine sahip olmaktır. Çalışmamıza alınan kadınların %4.7'sinin sağlık güvencesi olmadığı tespit edilmiştir. Pınar ve arkadaşlarının 2009 yılında Ankara Başkent Üniversitesi kız öğrencileri ile yaptıkları benzer başka bir çalışmada sosyal güvencesi

olmayan %3.4'ü, Sönmez'in 2011 yılında İstanbul'da yaptığı benzer bir çalışmada ise %15.8, 2010 yılında İzmir'de yapılan başka bir çalışmada ise aynı oran %6.2 bulunmuştur (66,67,68). Sağlık güvencesine sahip olmama oranı TNSA 2013'de %10.1 olarak tespit edilmiştir (64). Bu sonuçlara göre, çalışmamızdaki kadınların sağlık güvencesine sahip olma oranı Türkiye ortalamasının üstündedir.

Sönmez ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada kadınların ilk adet yaş ortalaması 13.31±1.44, Vicdan ve arkadaşlarının araştırmasında ise 13.28±1.09 olarak bulunmuştur (67,69). Çalışmamızdaki kadınların ilk adet yaş ortalaması diğer çalışmalar benzer olarak 13.09±1.29 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızdaki kadınları ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 21.37±3.79 olarak bulunmuştur. 2010 yılında İzmir'de yapılan bir çalışmada kadınların %91.0'i 16 yaş ve daha ileri yaşlarda ilk cinsel ilişkiye başlamışlar, ilk cinsel ilişkiye başlama yaşı ortalaması bizim çalışmamıza benzer olarak 20.46±4.67 olarak hesaplanmıştır (68). 2012'de kadın sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada ise ilk cinsel ilişki yaşı 23.89±3.09 bulunmuştur (70). Çalışmadaki kadınların tamamının sağlık çalışanı ve eğitimli olması ilk cinsel ilişki yaşının daha ileri olmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmaya katılan kadınların gebelik sayısı ortalaması (2.53±1.47) diğer çalışmalar benzer olarak bulunmuştur (67,70).

Tütün kullanımı, diğer bir çok kanser türünde olduğu gibi serviks kanseri içinde önemli risk faktörlerinden biridir. Çalışmaya katılan kadınlarda halen sigara içmekte olanların oranı diğer çalışmalarla benzer olarak %38.4 olarak belirlenmiştir (67, 66). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması – Türkiye 2012 raporuna göre kadınlarda sigara kullanımı %13.1'dir ve bizim bulgularımıza göre Edirne'de kadınlarda sigara kullanım oranı Türkiye'de kadınlarda sigara kullanım oranının çok üstündedir (71).

Son yıllarda yapılan kimi çalışmalarda, uzun süreli oral kontraseptif kullanımının, serviks kanseri riskini artırdığı tespit edilmiştir (72,73). Monero ve arkadaşları 2002'de yaptıkları çalışmada HPV DNA pozitif kadınların uzun süre doğum kontrol hapı kullanmalarının eşlik eden faktör olarak serviks kanseri riskini 4 kat arttırdığını belirlemişlerdir (74).

Bizim çalışmamızda kadınların %37.5'inin herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmakta olduğu tespit edilmiştir. 2005 yılında Edirne İli Merkez ilçede yaşayan 15-49 yaş kadınların doğurganlık profilinin ortaya çıkarılması ve aile planlaması konusundaki bilgi düzeylerinin, kontraseptif yöntem tercihlerinin ve kullanma oranlarının ve bu yöntemler

konusundaki bilgi kaynaklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada ise herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı % 74.7 olarak bulunmuş olup bunların %58.3' ü modern yöntem kullanmaktadır. Bu çalışmadaki kontraseptif yöntem kullanım oranının fazla olmasının nedeni, araştırma grubunun seçiminde 15-49 yaş izlem fişlerinden yararlanılması, sağlık hizmetlerine bir şekilde ulaşabilmiş ve yöntem kullanan kadınların örnekleme daha fazla alınmış olması düşünülebilir. Aynı çalışmada en sık kullanılan korunma yöntemi % 20.9 ile RİA olurken, kondom kullanımı % 16.3 ve oral kontraseptif kullanımı % 8.7 oranındadır (75). Çalışmamızda ise en sık kullanılan yöntem %29 ile kondom, ikinci sıklıkta %22 ile oral kontraseptiflerdir. Nazlıcan ve ark.nın yaptığı çalışmada da oral kontraseptif kullanım oranı bizim çalışmamıza benzer bulunmuştur (76).

Diğer taraftan, OKS kullanımı ile serviks kanseri riski arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda araştırma yapılmış olmasına rağmen, sonuçların yorumlanması güçtür. OKS kullananlarda düzenli servikal muayene yaptırma alışkanlığı ve pap-smear tarama sıklığı da yüksektir. Bu da OKS kullananlarda, serviks kanserinin artmadığını, sadece sıkça yapılan kontrollerde yakalanma oranının artmasına katkı sağladığı yönünde bir görüşü desteklemektedir (77).

Mahremiyet, bilgi eksikliği, korku, kültürel ve coğrafik özellikler gibi nedenler jinekolojik muayeneye gitme sıklığını etkilemektedir. Bu nedenle kadınlar genelde kontroller yerine sağlık sorunları arttığında jinekoloğa gitmektedirler (78). İstanbul'da yapılmış bir tez çalışmasında sağlık personelinin %8.7'sinin, Sırbistan'da 2005 yılında 775 kadınla yapılan çalışmada kadınların yaklaşık %50'sinin düzenli olarak bir jinekoloğa gittikleri saptanmıştır (43, 79). Türkiye de 2010 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %29.5'i rutin olarak jinekolojik muayeneye gittiklerini ifade etmişlerdir (67). Bizim çalışmamızda ise kadınların %37.6'sının yılda en az bir kez jinekolojik muayene için kontrole gitmekte olduğu tespit edilmiştir.

Düzenli jinekolojik muayenelerle erken evrede tanısı konulabilecek bir hastalık olan serviks kanserinin ortaya çıkmadan önce gerekli taramaların yapılması ve varsa genital enfeksiyonların araştırılması, tedavisinin sağlanması açısından bilinçli bir yaklaşım gerekmektedir (77).

Çalışmamızdaki kadınların %28.7'si hayatlarında en az bir kez pap-smear testi yaptırmak için sağlık kuruluşuna başvurmuş ve bunların da %99'u bu testi yaptırmıştır. Ayrıca bu kadınların %42.5'inin serviks kanserinden korunmaya yönelik düzenli pap-smear testi yaptırmaları gerektiğini bildikleri belirlenmiştir. 2012 yılında kadın sağlık çalışanları ile

yapılan bir çalışmada; %29.6'sının pap-smear testi yaptırdığı belirlenmiş ve bunların da %53.5'inin de düzenli sağlık kontrolü amacıyla bu testi yaptırdıkları belirlenmiştir. Pap semar testi yaptırmayanların ise %35.2'si gereksinim duymadıkları için yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir (70).

Ürdün'de bir üniversite hastanesine başvuranlarda testi duyma oranı %68.1 ve testi yaptırma oranı ise %40.3, Vietnam'da yapılan bir çalışmada ise %74 duyma oranı ve %76 yaptırma oranı kaydedilmiştir (80,81). 2010 yılında Canbal arkadaşlarının yaptıkları çalışmada pap-smear testi yaptıranların oranı %19.4 bulunmuştur ve pap smear testini yaptırmama nedeni olarak çalışmaya katılan kadınların %48'i kimin yaptığı ve nerede yapıldığı hakkında bilgi sahibi olmadıkları ifade etmişlerdir (82).

Serviks kanseri riskini azaltan birçok sağlık davranışı vardır, fakat hiçbir davranış rutin pap-smear yaptırma kadar etkili değildir (83). Pap smear yaptırma davranışları kadınların yaşı, ırkı, eğitimi, sosyoekonomik durumu ve kültürel özelliklerine göre farklılık göstermektedir (84). ABD gibi gelişmiş ülkelerde kadınların %85'i yaşamları boyunca en az bir kez pap smear testi yaptırmış iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran sadece %5'dir (23). Eğitim seviyesinin yükselmesiyle pap-smear yaptırma oranı artmaktadır (83, 85 , 86).

Pahalı bir aşı olması nedeni ile HPV aşısı ülkemizde henüz yaygın olarak kullanılmayan, serviks kanserine yönelik koruyucu bir sağlık uygulamasıdır. HPV ile serviks kanseri arasındaki ilişkinin saptanması ve etkin tarama yöntemlerine rağmen servikal kanser görülme sıklığında önemli bir azalma olmaması durumu aşı ile korunmayı gündeme getirmiştir. 1993 yılında başlatılan aşı çalışmaları günümüze dek devam etmiş olup, bu çalışmaların sonucunda 2006 yılından itibaren iki HPV aşısı ruhsatlı olarak kullanıma sunulmuştur (41).

Çalışmamızda kadınların %38.4'ü serviks kanserinden korunmaya yönelik bir aşı olduğunu bildiklerini söylemişlerdir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada bu oran %66.9 bulunmuş, yine başka bir çalışmada ise kadınların %59.5'i HPV aşısını duymuş ve %1'i bu aşıyı yaptırmışlardır (65,70). Akyüz'ün 2008 yılında yaptığı çalışmasında, kadınların %71.3'ü HPV aşısını daha önce duyduklarını ifade etmişlerdir (87). Brabin ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı araştırmada annelerin %40'ının, Giles ve Garland'ın aynı yıl yaptığı çalışmada kadınların %36'sının, Moraros ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise annelerin %24'ünün HPV aşısını duyduğu tespit edilmiştir (88,89,90). Edirne'de kadınların HPV aşısı ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir.

Çalışmamızdaki kadınların yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu ve sosyal güvence durumlarına göre pap-smear yaptırma durumları karşılaştırıldığında; öğrenim durumları, çalışma durumları ve sosyal güvence durumlarına göre pap-smear testi yaptırma durumu farklılaşmamaktadır ($p<0.05$). Yaş gruplarına göre pap-smear yaptırma durumları incelendiğinde 35 yaş ve üzeri kadınların %46.3'ü, 35 yaş altı kadınların ise %13.4'ünün pap-smear testi yaptırmış oldukları görülmektedir ($p<0.05$).

Kadınların medeni durumlarına göre pap-smear yaptırma durumları incelendiğinde evli olanların %43.9'unun pap-smear test yaptırdıkları, bekar olanların ise sadece %3.3'ünün pap-smear test yaptırdığı görülmüştür ($p<0.05$).

Sönmez'in 2011 yılında yaptığı tez çalışmasında, bizim çalışmamıza benzer olarak, 40 yaş ve üstü, evli ve çalışmayan kadınların daha çok pap-smear testi yaptırdığı saptanmıştır (67).

Kalyoncu ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları çalışmada kadınların eğitim ve yaş seviyeleri arttıkça aynı zamanda sosyal güvenceleri olduğunda pap-smear yaptırma oranlarının artmış olduğu belirtilmiştir (85). Türkiye'de 2010 yılında yapılan bir tez çalışmasında ise, 40-49 yaş grubunda olan, üniversite mezunu ve evli olan kadınların daha fazla pap-smear testi yaptırdıkları bulunmuştur (68).

Gelişmekte olan ülkelerdeki araştırmalar incelendiğinde; Nguyen ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmada 40 yaş üstünde olan Amerikalı kadınlarda, Siahpush ve Singh'in 2002 yılındaki çalışmasında ise 30-49 yaş grubunda olan Avusturalya'lı kadınlarda, Wellensiek ve arkadaşları da aynı yıldaki çalışmalarında doğum yapan Güney Afrika'lı kadınlarda pap-smear test yaptırma oranının yükseldiğini saptamışlardır (81, 86, 91).

Yapılan yurtiçi ve yurtdışı çalışmalara bakıldığında çalışmamızdaki sonuçlara benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Genel olarak çalışmalarda yaş ve eğitim seviyesi arttıkça ve evli olan kadınlarda pap-smear yaptırma oranında arttığı görülmektedir. Çalışmamızda ise eğitim seviyesinin artmasının bu oranı istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuş olup bunun sebebi olarak çalışmamızda daha çok pap-smear yaptırmakta olan ileri yaş grubu kadınların eğitim seviyelerinin daha genç olanlara göre düşük olması gösterilebilir.

Çalışmamızdaki kadınların pap-smear testinin niçin yapıldığını bilme durumlarına göre baktığımızda; bilenlerin %58.7'si bilmeyenlerin ise %6.5'u pap-smear testi yaptırdığı belirlenmiş olup, pap-smear testini bilenlerin testi daha fazla yaptırdıkları istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İstanbul'da 2011yılında yapılan bir tez çalışmasında ise pap-smear testini duyan kadınların %79.8'inin duymayanların ise %13.6'sının pap-smear testini

yaptırdıkları belirlenmiş olup pap-smear testini duyan kadınların istatistiksel olarak daha fazla pap-smear testini yaptırdıkları tespit edilmiştir (67). Kalyoncu ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise pap-smear testini duyanların daha fazla pap-smear testi yaptırdıkları belirlenmiştir (85). Sonuç olarak kadınların pap-smear testinin niçin yapıldığını bilmeleri veya duymaları ile pap-smear testi yaptırma oranının artmakta olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda kadınların yılda bir kez jinekolojik muayeneye gitme durumları ile pap-smear testi yaptırma arasındaki ilişki incelenmiş; kontrole giden kadınların %50.7'si gitmeyenlerin ise %15.5'unun pap-smear testini yaptırdığı belirlenmiş olup, kontrole gidenlerin daha fazla test yaptırdıkları istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 2011 yılında İstanbul'da yapılan bir tez çalışmasında kadınların kontrole gitme durumları düzenli oldukça pap-smear testi yaptırma oranın istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir (67). 2006 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde yapılan bir çalışmada da kadınların jinekolojik muayeneye gitme durumları ile pap-smear testi yaptırma arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (9). Yapılan çalışmalar ile bizim çalışmamızın uyumlu olduğu, düzenli jinekolojik muayeneye giden kadınların pap-smear testi yaptırma oranının gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda pap-smear test yaptırmanın gerekli olduğu söylenen kadınların %56.1'inin, söylenmeyenlerin ise %8.2'sinin testi yaptırdığı belirlenmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 2011 yılında İstanbul'da yapılan bir tez çalışmasında Serviks kanserine ilişkin bilgi alan kadınların daha çok pap-smear testi yaptırdığı saptanmıştır (67). Bu sonuç bizim sonucumuz ile uyumlu bulunmuş, pap-smear testi yaptırma oranlarının arttırılması için kadınlara bu konuda eğitim verilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda kadınların aşıyı bilme durumları ve sigara içme durumlarına göre pap-smear yaptırma durumları incelendiğinde, aşıyı bilen kadınların %41.9'unun, aşıyı bilmeyen kadınların ise %20.5'inin pap-smear yaptırdığı belirlenmiş, sigara içmeyen kadınların %26.5'i, sigara içen kadınların ise %32.3'ünün pap-smear yaptırdığı görülmüş; aradaki farklar istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Daha önce yapılan çalışmalarda bu konulara değinilmediğinden tartışılamamıştır.

Sağlıkta inanç modeli; sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır. Modelin en temel bileşenleri; duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı ve

engel algısıdır. Çalışmamızda sağlıkta inanç modelini temel alan, servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmamızdaki kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği (SKETTÖ)'nin alt boyutlarından aldıkları puanlar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde tüm alt gruplarda ölçek puanları 35 yaş ve üzeri kadınlarda daha düşük bulunmuştur, aradaki fark yalnızca algılanan engel alt boyutu puanında anlamlı olarak bulunmuştur. Bunun sebebi olarak 35 yaştan küçük kadınların daha eğitimli ve daha bilinçli olmaları söylenebilir. Çalışmamızda SKETTÖ'nin alt boyut puanları kadınların medeni durumuna göre karşılaştırılmış ve yalnızca algılanan engel alt boyutunda bekar kadınların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Bu sonucun ülkemizde kadınlar için bakirelik kavramının çok önemli olması ve servikal kanser taramasında kullanılan pap-smear testin yapılış yönteminin bakire kadınlar için pek tercih edilecek bir yöntem olmamasından ve cinsel yönden aktif olamayan kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından ve dolaylı olarak serviks kanseri açısından kendilerini düşük riskli grupta algılıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların öğrenim durumları ile SKETTÖ'nin alt boyut puanlarının karşılaştırılması sonucunda, algılanan engel ve algılanan yarar alt boyut puanları öğrenim durumlarına göre anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Algılanan engel yani kadınların pap-smear testini yaptırmalarına engel olan düşünce, durum, vs., kadınların eğitim seviyesi arttıkça azalmaktadır. Algılanan yarar ise tam tersine eğitim seviyesi arttıkça doğru orantılı olarak artmaktadır. Yani eğitim seviyesi daha yüksek olan kadınların, pap-smear testi yaptırmakla sağlığına nasıl fayda sağlayacağını daha iyi anlayabildiklerini ortaya koymaktadır. Her yerde olduğu gibi burada da eğitimin önemi anlaşılmaktadır. Bal'ın 2014 yılında Karaman'da yaptığı bir çalışmada sağlık inanç modeli ile eğitim düzeyi kıyaslanmış ve algılanan yarar, algılanan engel ve sağlıkta motivasyon alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptanmış olup sonuç olarak çalışmamız ile uyumlu bulunmuştur (92).

Çalışmamızda SKETTÖ'nin alt boyutlarından alınan puanlar ile kadınların çalışma durumları karşılaştırıldığında yalnızca algılanan ciddiyet alt boyut puanının çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Yani ev hanımı olanlarda, ev dışında çalışanlara oranla algılanan ciddiyetin; yani serviks kanseri için kendisini ne kadar riskli gördüğünü ve tarama yaptırmazsa bu riskin ne kadar artacağı konusunda olan endişesinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bal'ın yaptığı çalışmada ise algılanan yarar ve sağlık motivasyonu konusunda, ev dışında çalışmakta olanların daha yüksek puana sahipken,

algılanan ciddiyet konusunda ev hanımlarının puanı daha yüksek bulunmuştur (92). Algılanan ciddiyet konusunda çalışmamız ile benzer sonuçlar içerirken, diğerleri ise çalışmamız ile uyumsuzdur.

Çalışmamızda kadınların sağlık güvencesi olma durumu ile SKETTÖ'nin alt boyutları olan duyarlılık, ciddiyet, engel ve yarar algısı puanlarının farklılaşmadığı görülmüştür. Çalışmamızda SKETTÖ'nin alt boyut puanları kadınların cinsel yönden aktif olma durumlarına göre karşılaştırıldığında algılanan duyarlılık ve algılanan yarar alt boyut puanının cinsel yönden aktif olanlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların kontrol için düzenli muayeneye gitme durumlarına göre SKETTÖ'nin alt boyutlarının puanlarına bakıldığında algılanan duyarlık, algılanan ciddiyet ve algılanan yarar alt boyut puanlarının düznli muayeneye gidenlerde yüksek, algılanan engel puanının düşük olduğu görülmüştür. Cinsel yönden aktif olanlarda pap-smear testi yaptırması yönündeki hassasiyetin ve bundan göreceği yararın farkındalığının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sonucun; cinsel yönden aktif olan kadınlarda daha fazla cinsel yönden bilgi edinme isteği olduğu ve daha fazla kadın doğum uzmanına gittiği ve bu şekilde servikal kanser erken taraması yönünden daha fazla uyaranla karşılaşmasına bağlanabilir.

Pap-smearın niçin yapıldığını bilen kadınlarda algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar alt boyut puanları bilmeyenlere göre yüksek, engel puanı ise düşük bulunmuştur. Pap-smear testin niçin yapıldığını bilen gruptaki kadınların servikal kanser ve tarama ile ilgili duyarlılıkları ve bu konuyla ilgili gösterecekleri hassasiyet sonrasında görecekleri faydanın önemini daha iyi bildikleri belirlenmiştir. Bal'ın 2014 yılında yaptığı çalışmasında ise algılanan yarar ve sağlıkta motivasyon alt grup puanı, pap-smear testten haberdar olanlarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunurken, algılanan engelde pap-smear testten haberdar olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (92). Bunun da çalışmamız ile uyumlu olduğu görülmektedir.

SKETTÖ'nin alt boyut puanları kadınların daha önce smear testi yaptırmış olma durumlarına göre karşılaştırılmış ve algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar puanları yüksek, algılanan engel puanı düşük bulunmuştur. 2004 yılında İzmir'de Özmen'in yaptığı tez çalışmasında ise SKETTÖ'nin alt boyut puanlarının kadınların pap-smear testi yaptıran ve yaptırmayanlar arasındaki karşılaştırılmasında tüm alt grupların puanında istatiksel olarak anlamlı fark bulmuş olup çalışmamız ile uyumlu değildir (93).

SONUÇLAR

Edirne Merkez İlçede yaşayan 18-65 yaş arası kadınların, serviks kanseri riskleri, serviks kanseri konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi, serviks kanseri taramaları ve pap smear testi yaptırmak konusundaki tutum, inanç ve davranışlarının Sağlık İnanç Modeli temelinde incelenmesi amacıyla planlanan bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki başlıca sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan kadınların ilk adet yaş ortalaması 13.09±1.29, ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 21.37±3.79, gebelik sayısı ortalaması 2.53±1.47 olarak belirlenmiştir.
- Kadınların %45.80'inin hiç sigara içmediği, %15.80'inin eskiden içip bıraktığı, %3.20'sinin günde 1 sigaradan az içtiği, %13.90'ının günde 1- 5 sigara içtiği, %15.30'unun günde 5- 20 sigara içtiği, %5.90'ının günde 20 sigaradan fazla sigara içtiği belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan kadınlardan %45.30'u cinsel yönden aktif olmadığını, %20.50'si cinsel yönden aktif fakat sürekli bir ilişkisinin olmadığını, %34.20'si ise cinsel yönden aktif olup sürekli bir ilişkisinin olduğunu belirtmiştir.
- Kadınların %37.50'si herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmakta iken, %62.50'si kullanmamaktadır. Kullanılan yöntemler arasında en sık %29.00 ile kondom yer almakta ve OKS kullanımı %22.00, geri çekme yöntemi %19.00, RİA %18.00, vazektomi %11.00 ve enjeksiyon kullanımı %1.00 olarak sıralanmaktadır.
- Kadınların yalnızca %37.60'ının yılda 1 kez düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittiği saptanmıştır.
- Katılımcıların %42.6'sı pap-smear testinin ne için yapıldığını bilmektedir.

- Pap smear testini kadınların %87.1'i doktorundan, %62.5'i de arkadaşlarından duyduğunu söylemiştir.
- Katılımcıların %28.7'si en az bir kez pap smear testi yaptırmak için bir sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir. Pap smear testi yaptırmayanların, %1.93'ü gerek duymadığı için, %7.3'ü korktuğu ya da utandığı için, %42.7'si bilgisi olmadığı için pap-smear testi yaptırmadıklarını ifade etmişlerdir.
- Herhangi bir sağlık kurumuna, başka bir nedenle başvuru sırasında pap smear testi yapılanların oranı %7.7'dir. Bu kişilerin %67.7'si hastanede, %19.3'ü KETEM'de, %12.9'u ise özel klinikte pap-smear testi yaptırmıştır.
- Katılımcıların %11.9'u serviks kanserinden korunmada düzenli pap-smear testi yaptırmanın yanında başka yöntemler de bildiğini belirtmiştir. Başka yöntemler bildiğini söyleyenlerin %75'i aşı, %12.5'i tek eşlilik, %8.3'ü beslenme alışkanlığı, %8.3'ü hijyenik olma, %6.25'i kondom kullanımı, %4.2 kişi düzenli kontrol ve 1 kişi de sigara içmemek yanıtını vermiştir.
- Serviks kanserinden korunmak için aşının var olduğunu bilenlerin oranı %38.4 olarak bulunmuştur.
- 35 yaşından büyük olan, evli olan, yüksekokul ya da üniversite mezunu olan, ev dışında çalışmayan, sosyal güvencesi olan, Pap-smear testinin niçin yapıldığını bilen, yılda 1 kez kadın doğum uzmanına kontrole giden, sigara içmeyen kadınlarda Pap smear testi yaptırma oranı daha yüksek bulunmuştur.
- Katılımcıların SKETTÖ toplam puanları değerlendirildiğinde; cinsel yönden aktif olanların, düzenli muayeneye gidenlerin, pap-smear testinin amacını bilenlerin, daha önce pap smear testi yaptırmış olanların, herhangi bir AP yöntemi kullananların ve HPV aşısını bilenlerin puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.
- SKETTÖ alt boyut puanları değerlendirildiğinde; algılanan duyarlılık puanının, cinsel yönden aktif olanlarda, düzenli muayeneye gidenlerde, pap-smear testinin amacını bilenlerde, daha önce pap smear testi yaptırmış olanlarda, herhangi bir AP yöntemi kullananlarda ve HPV aşısını bilenlerde diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek; algılanan engel puanının, daha önce pap smear testi yaptırmış olanlarda, pap-smear testinin amacını bilenlerde, daha önce pap smear testi yaptırmış olanlarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde düşük; algılanan yarar puanının, cinsel yönden aktif olanlarda, düzenli muayeneye gidenlerde, pap-smear testinin amacını bilenlerde, daha önce pap

smear testi yaptırmış olanlarda, diğerlerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

ÖNERİLER

- Serviks kanserine yakalanma açısından risk oluşturabilecek olan erken yaşta evlilik ve çok sık doğumları önlemek amacıyla toplumun bilinçlendirilmesine yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.
- Çalışmaya katılan kadınların düzenli jinekolojik muayene yaptırma ve Pap Smear testi yaptırma deneyimlerinin sınırlı olduğu belirlenmiştir. Bu konuda gerekli bilgilendirmeler yapılıp kadınların düzenli jinekolojik muayene için teşvik edilmesi gerekir. Bunları yaptırmayan kadınlar olumlu sağlık davranışı geliştirme konusunda desteklenmeli ve cesaretlendirilmelidir. Kadınlarda serviks kanseri ve korunma ve erken tanısı konusunda farkındalık yaratmak için kitle iletişim araçları kullanılmalı ve kadınlara yönelik özel eğitim programları planlanmalıdır.
- Sağlık personelinin kadınların bilinçlendirilmesinde rolü önemlidir. Sağlık personelinin bilgi ve donanımın yeterli olması serviks kanserinin azalmasında önemli rol oynayacak, kadınların duyarlılıklarını arttırarak, olumlu inanç, tutum ve davranış geliştirmelerine yardımcı olacaktır. Sağlık personelinin serviks kanseri ile bilgilerini artıracak, doğru sağlık eğitimi becerileri kazandıracak hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.
- Özellikle kolay ulaşılabilir olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında serviks kanserine yönelik tarama programları düzenlenmeli ve programlar konusunda kadınlar bilgilendirilerek, hizmet için davet edilmelidir.

ÖZET

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.

Bu çalışmada; Edirne Merkez İlçede yaşayan 18-65 yaş arası kadınların, serviks kanseri risklerinin, serviks kanseri konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi, serviks kanseri taramaları, Pap Smear testi yaptırmak konusunda tutum, inanç ve davranışlarının Sağlık İnanç Modeli temelinde incelenmesini amaçlanmıştır.

Bu topluma dayalı, kesitsel araştırma Edirne İl Merkezinde yaşayan 18-65 yaş arası 386 kadında yürütülmüştür. Kadınların sosyo-demografik özellikleri, sağlık özellikleri ve serviks kanseri ve taramaları ile ilgili bilgilerini sorgulayan 25 soruluk bir anket formu ve kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik tutum, inançlarını sorgulayan 30 soruluk Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutum Ölçeği (SKETTÖ) yüz yüze görüşme tekniği ile katılımcılara uygulanmıştır.

Kadınların %42.8'inin servikal kanserin erken tanısı için düzenli papa smear testi yaptırmanın gerekli olduğunu bildiği belirlenmiştir. Katılımcıların %37.6'sı düzenli jinekolojik muayene yaptırdığını, %28.7'si en az bir kez Pap-smear testi yaptırdığını belirtmiştir. Hiç Pap-Smear testi yaptırmamış olan kadınların %42.7'si bu testi bilmediğini, %1.93'ü gerek duymadığını, %7.3'ü korktuğu ya da utandığı için test yaptırmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların çoğunun Pap Smear testi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı, ve teste karşı negatif bir tutum içinde olduğu bulunmuştur. Kadınların Pap Smear testine karşı

tutumları, eğitim düzeyi ile, cinsel yönden aktif olup olmaması ile, bir kontraseptif yöntem kullanıp kullanmaması ve düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırıp yaptırmaması ile farklılaşmaktadır.

Servikal kanserin ereken tanısı için Pap Smear testi elzemdir. Sağlık çalışanları bu konuda duyarlı davranmalıdır. Yalnızca servikal kanser ve erken tanısı ile ilgili bilgi artırıcı eğitimler yerine kadınların Pap Smear testine karşı tutumlarını farklılaştıracak eğitim programları düzenlenmelidir.

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICE ABOUT CERVICAL CANCER RISK AND SCREENING AMONG WOMEN LIVING IN EDIRNE

SUMMARY

Cervical cancer is one of the ten most frequent cancers in Turkey. The aim of this study is to examine risk factors the knowledge, attitude and behaviors of 18-65 aged women about cervical cancer in relation to Papanicolaou (Pap) testing on the basis of health belief model.
This cross-sectional and population-based study was conducted with 386 Turkish women aged 18-65 years old in Edirne.

To collect data Attitude Scale Toward Early Detection of Cervical Cancer which was developed by Özmen and Özsoy (2009) has been used with a questionnaire for socio-demographic and health characteristics.

It has been determined that 42.8% of women know that it is necessary to administer regular pap smear test to prevent cervical cancer. 37.6% of the participants stated that they had regular gynecological examinations and 28.7% of them administered pap-smear test at least once. Women who had never been administered pap-smear test told us have not had knowledge about it (42.7%), have not need any screening for cervical cancer (1.93%) and have afraid of or ashamed of gynecological examination (7.3%), as causes.
Women in the research group were found to have poor knowledge, inadequate health behavior and had a negative attitude toward Pap Smear test. And the attitude of participants

differentiated with education status, being sexually active, using a contraceptive method and having regular gynecological examinations.

For the early diagnosis of the cervical cancer, regularly having a Pap smear test is crucial. Healthcare workers should also demonstrate sensitivity about this issue. Health education programs which are effective not only in increasing knowledge about cervical cancer and pap smear test but also effective in positively changing attitude towards the test should be organized to increase pap smear coverage.

KAYNAKLAR

1. Güvenç G. Serviks Kanseri Hakkında Farkındalık Arttırmaya Yönelik Geliştirilen Yöntemin Kadınların Pap Smear Yaptırmalarına Etkisi (tez). Ankara: GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2008.

2. Mineli L, Stracci F, Prandini S, Moffa IF, Rosa F. Gynaecological cancers in Umbria (Italy):trends of incidence, mortality and survival, 1978-1998. Eur J Obstet Reprod Biol 2004;115(1):59-65.

3. Güner H, Taşkıran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve human papillomavirüs. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2007;4(1):11-19.

4. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005;55(2):74-108.

5. Alabaz D, Aksaray N. İnsan papillomavirüs aşıları ile servikal kanserden korunma. Çocuk Enf Derg 2007;1:147-50.

6. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2009 Kanser İnsidansları. Ankara: Kanser Daire Başkanlığı;2009.

7. Boyle P, Levin B. Dünya kanser raporu 2008. Uluslararası kanser araştırmaları kurumu [serial online]. 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p1-104.pdf.

8. Ertem M. Halk sağlığı uzmanları derneği Türkiye halk sağlığı raporu. HASUDER;2012.

9. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların pap-smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2006;48:25-9.

10. Güvenç G, Akyüz A, Açıkel CH. Health belief model scale for cervical cancer and pap-smear test:Psychometric testing. J Adv Nurs 2010;67:428-37.

11. Reynolds KD, Metz DS, Unger J. Health behavior research and intervention. Public Health & Preventive Medicine. 15th edition. USA:The McGraw-Hill Companies;2008:941-942.

12. Robbins SL, Kumar V, Cotran R (çeviri:Çevikbaş U). Serviks intraepitelyal neoplazi ve skuamöz hücreli karsinom, serviks tümörleri, kadın genital sistem ve meme. 7nd Ed. 2003;686-9.

13. Sankaranarayanan R, Ramani S, Wesley R. Servikal neoplazilerde gözle tarama pratik el kitabı. 1. baskı. Ankara: Türkiye Üreme Sağlığı Programı ;2005.

14. WHO/ICO (2010) Fact Sheet 2010 Available at:http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/tur_fs.pdf.

15. WHO. National Cancer Control Programmes Policies and Managerial Guidelines 2nd ed. Geneva, 2002:7-15.

16. Tuncer S, Salman MÇ. Servikal intraepitelyal neoplazi. Günalp S (editör). Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Ankara: Pelikan Yayıncılık;2004:653-68.

17. Cutts FT, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, Sanjose S, Garnett G, Edmunds WJ, Claeys P, Goldenthal KL, Harper DM, Markowitz L. Human papillomavirus and HPV vaccines:a review. Bulletin of the World Health Organization 2007;85(9):719-26.

18. Boyle P, Levin B. Dünya kanser raporu 2008. Dünya Sağlık Örgütü. Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu;2008.

19. Atasü T, Şahmay S. Jinekoloji;2. Baskı. İstanbul :Üniversal Dil Hizmetleri ve Yayıncılık; 2001:249-54.

20. Hill EC, Pernoll ML. Benign disorders of the uterine cervix. In:Decherney AH, Pernoll ML (Eds.). Current Obstet Gynecol diagnosis & treatment. 8th ed. Connecticut:Appelton & Lange;1994. p.731-43.

21. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 5. basım. Ankara:Sistem Ofset Matbaacılık, 2002:532-538.

22. Kimberly BF, Syzmanski LB, Fox HE, Wallach EE. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins, 2007:480-497.

23. Juneja A. Sehgal A, Mitra A.B. Pandsey A. A survey on risk factors with cervical cancer. Indian J Cancer 2003;40(1):15-22.

24. Sobin LH, Wittekind Ch. TNM Classification of malignant tumors. NJ:John Wiley&Sons;2002:155-7.

25. American Cancer Society Medical and Editorial Content Team. The American Cancer Society Guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/cervical-cancer-screening-guidelines.html. 2016.

26. Tuncer ZS, Başaran M. Serviks kanseri:Radikal histerektomi ve pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu. Güner H (editör). Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi'de. Ankara:Güneş Kitabevi;2005:881-900.

27. Krivak TC, McBroom JW, Elkas JC. Servikal ve vajinal kanser. 13. baskı (çeviri:A. Erk, F. Demirtürk). Novak, JS, Berek MD (Editörler). Jinekoloji'de. Ankara:Nobel Tıp Kitabevleri;2004. s.1199-1244.

28. Doğan M. Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi (tez). Sivas:Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi;2008.

29. Ozan, H. Pap Smear:Ne zaman? Nasıl? Kimden? TJOD - Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler 2005;2:35-40.

30. Çiçek N, Mungan T. Klinikte obstetrik ve jinekoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri;2007:679-740.

31. Pınar G. Human papillomavirus enfeksiyonlarına genel yaklaşım. Sağlıcakla Dergisi 2008;3:40-45.

32. Doğanay L. Rahim ağzı kanseri ve HPV tarama testleri. Medikent Eylül:32.

33. Aslay I, Küçücük SÖ, Salihoğlu Y. Jinekolojik tümörler. Topuz E, Aydıner E, Karadeniz, AE (Editörler). İstanbul: Tunç Matbaası;2000:278-281.

34. Tokgöz, T. Gebe Kadınların Pap Smear Testi Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2009.

35. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi. Serviks kanseri taraması ulusal standartları. http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf. 2007.

36. Yarkın F. Servikal kanserlerde insan papilloma virusunun tanısı. Mikrobiyal Bült 2000;35:487-96.

37. Bilir N. Serviks kanseri kontrolü çalışmaları ve HPV aşısı. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği;2007 Rapor No:2007/03.

38. Bayo S, Bosch XF, Sanjosé S, Muñoz N, Combita AL, Coursaget P, Diaz M, Dolo A, Brule AJC, Meijery CJM, Risk factors of invasive cervical cancer in Mali. Int J Epidemiol 2002;31(1):202–209.

39. Akhan S. Ülkemizde servikal kanser epidemiyolojisi ve HPV serotipleri. Ankem Dergisi 2007;21(2):96-8.

40. Rosai J, Ackerman LV. Human papilloma virus and lower female genital tract, uterus-cervix, female reproductive system. Surgical Pathol 2004;(2):1523-68.

41. Eserdağ S. HPV enfeksiyonları ve HPV aşıları. http://www.jinekolognet.com/hpv-asisi.asp. (SGT : 10.03.2015).

42. Virtej P, Vasiliu C.Cytodiagnosis in cervical neoplasia:from the Babes/Papanicolaou smear to the actual Bethesda System. PMID Clin Exp Obstet Gynecol 2003;30(4):173-7.

43. Dönmez AG. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Kadın Sağlık Personelinin Serviks Kanserine İlişkin Bilgi Düzeyinin ve Farkındalığının Araştırılması (tez). İstanbul: Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü;2007.

44. Barut A. Serviks kanserinde erken tanı ve tedavi. STED 2000;9(3):1-5.

45. Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal kanserlerin erken tanısında Pap testinin önemi. STED 2005;14(1):1- 4.

46. Elisabeth J, Buechler MD. PAP testleri ve HPV enfeksiyonu tarama ve yorumlamadaki gelişmeler. Sendrom Aktüel Tıp Dergisi 2006:18(8):24-30.

47. Champion VL, Skinner CS. The health belief model. In:Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (Eds.). Health behavior and health education:theory, research, and practice. San Francisco:Jossey-Bass;2008. p.75-95.

48. Koçyiğit O. Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi ve Mammografi Hakkında Bilgi Düzeyi:İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma (tez). Ankara:Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi;2007.

49. Pender N, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. NJ:Pearson Education;2006. p.35-73.

50. Ay F. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar, mesleki temel kavramlar. İstanbul:Medikal Yayıncılık, 2007:43-45.

51. Potter, P. A., Perry, A. G.:Fundamentals of nursing, 6 th Edition, Mosby, USA, 2005

52. Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Tic. AŞ, 2004.

53. Rosenstock, Strecher ve Becker .Social Learning Teory and The Healt Belief Model 1988 ; 15:2:175-183.

54. Austin LT, Ahmad F, McNally MJ, Stewart DE. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women:A literature review using the health belief model. Women's Health Issues 2002;12(3):122–8.

55. Clemen-Stone S, McGuire SL, Eigsti DG, McGuire S, Eigisti, D. Comprehensive health nursing familiy aggregate and community practice. 6th ed. Missouri:Mosby;2002:386-387.

56. Hayden J. Introduction to health behavior theory. Canada:Jones and Barlett Publishers;2009:63-105.

57. Çenesiz E, Atak N. Türkiye'de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):427-34.

58. Pálsdóttir Á. Information behavior, health selfefficacy beliefs and health behavior in Icelanders'everyday life. Inf Res 2008;13(1):334. paper 334. [Available 22 November, 2007 at http://InformationR.net/ir/13-1/paper334.html]

59. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık inanç modeli. DEUHYO ED 2014;7(3):230-7.

60. Özmen D, Özsoy S. Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;25(1):51-9.

61. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7(2):35-40.

62. Kolutek R. Nevşehir ili Uçhisar kasabasında yaşayan bireylerde kanser risk faktörleri ve erken tanı belirtilerinin saptanması (tez). Kayseri:Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı;2004.

63. Gülen H. Ebe/Hemşirelerin Pap Smear Teste İlişkin Bilgilerinin ve Pap Smear Test Yaptırma Durumlarının Saptanması (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2004.

64. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 [internet]. www.hips.hacettepe.edu.tr.

65. Bekar M, Güler G, Doğaner G, Yılmaz M, Güler N, Güleri H, Kocataş S. Akademisyenlerin serviks kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2011;4:102-9.

66. Pınar G, Topuz Ş, Doğan N, Algıer L. Başkent Üniversitesi birinci sınıfta okuyan kız öğrencilerin serviks kanseri ve korunmaya yönelik bilgi ve uygulamaları. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2009;3:66-73.

67. Sönmez Y. Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadınların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi (tez). İstanbul:Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi;2011.

68. Açıkgöz A. Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi (tez). İzmir:Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi:2010.

69. Vicdan K, Kukner S, Dabakoğlu T, Ergin T, Keleş G. Gökmen O. Demographic and epidemiologic features of female adolescent in Turkey. J Adolesc Health 1996;18(1):54- 58.

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

71. http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA TR . pdf (ET: 20.05.2015).

72. Kjellberg L, Hallmans G, Ahren AM, Johansson R, Bergman F, Wadell G, Dillner J. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. Br J Cancer 2000;82(7):1332-8.

73. Moodley M, Moodley J, Chetty R, Herrington CS. The role of steroid contraceptive hormones in the pathogenesis of invasive cervical cancer:A review. Int J Gynecol Cancer 2003;23(2):103-10.

74. Monero V, Bosch FX, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM, Herrero R, Franceschi S. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection:The IARC multicentric case-control study. Lancet 2002;359(9312):1085-92

75. Tokuç B , Eskiocak M , Ekuklu G ,Saltık A. Edirne Merkezinde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması . Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005;1;14: 8-14

76. Nazlıcan E, Akbaba M, Koyuncu H, Savaş N, Karaca B. Hatay ili Kisecik bölgesinde 35-40 yaş arası kadınlarda serviks kanseri taraması. TAF Preventive Med Bull 2010;9(5):471-4.

77. Kanbur A, Çapuk C. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011;61-72.

78. Mete S. Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2(2):1-7.

79. Kesik V, Markovic M, Matejic B, Topic L. Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. Gynecol Oncol 2005;99:222-5.

80. Barghouti FF, Takruri AH, Froelicher ES. Awareness and behavior about Pap smear testing in family medicine practice. Saudi Medical Journal 2008;29:1036-40.

81. Nguyen TT, McPhee SJ, Lam T, Mock J. Predictors of cervical pap-smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. Am J Prev M 2002;23:207-14.

82. Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda pap-smear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2010;2(2):1-4.

83. Dozier KJ, Lawrence D. Socio-demographic predictors of adherence to annual cervical cancer screening in minority women. Cancer Nurs 2000;23:350-6.

84. Juon HS, Seung-Lee C, Klassen AC. Predictors of regular pap-smears among Korean-American women. Prevent Med 2003;37:585-92.

85. Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Kücük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuranların pap-smear hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Sağlık ve Toplum Dergisi 2003;13(2):60-6.

86. Siahpush M, Singh GK. Socio-demographic predictors of pap test receipt, currency and knowledge among Australian Women. Prevent med 2002;35:362-8.

87. Akyüz A. Türkiye'de HPV ve aşısının sosyal boyutu. Turkish J Gynecol Oncol 2008;9:74-7.

88. Brabin L, Roberts SA, Farzaneh F, Kitchener HC. Future acceptance of adolescent human papillomavirus vaccination:a survey of parental attitudes. Vaccine 2006;24(6):3087-94.

89. Giles M, Garland S. A study of women's knowledge regarding human papillomavirus ınfection, cervical cancer and human papillomavirus vaccines. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2006;46(4):311-5.

90. Moraros J, Bird Y, Barney DD, King SC, Banegas M, Toriello, ES. A pilot study:HPV infection knowledge & HPV vaccine acceptance among women residing in Ciudad Juarez, Mexico. Californian Journal of Health Promotion 2006;4(3):177-86.

91. Wellensiek N, Moodley M, Moodley J, Nkwanya N. Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. Int J Gynecol Cancer 2002;12:376-82.

92. Bal M.D. Kadınların pap-smear yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. MUSBED 2014;4(3):133-8.

93. Özmen D. Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması (tez). İzmir:Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2004.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Sağlık inanç modeli (53) 14
Şekil 2. Sağlık inanç modeli bileşenleri (53). 17

TABLOLAR

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri 22
Tablo 2. Kadınların eşlerinin kimi sosyo-demografik özellikleri 23
Tablo 3. Katılımcıların serviks kanseri açısından belirlenmiş kimi riskli davranışlar açısından durumu 24
Tablo 4. Kadınların üreme sağlığına ilişkin kimi özellikleri 25
Tablo 5. Katılımcıların pap smear testi hakkında bilgi durumları 26
Tablo 6. Kadınların kimi sosyo-demografik özelliklerine göre pap-smear testi yaptırma durumları 27
Tablo 7. Kadınların çeşitli özelliklerine göre pap-smear yaptırma durumları 28
Tablo 8. Katılımcıların SKETTÖ ve alt ölçek puanları 29
Tablo 9. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların yaşına göre değerlendirilmesi 29
Tablo 10. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların medeni durumuna göre değerlendirilmesi 30
Tablo 11. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların öğrenim durumuna göre değerlendirilmesi 30
Tablo 12. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların çalışma durumuna göre değerlendirilmesi 31

Tablo 13. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların sağlık güvence durumuna göre değerlendirilmesi 31
Tablo 14. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların cinsel yönden aktif olma durumuna göre karşılaştırılması 32
Tablo 15. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların kontrol için düzenli muayeneye gitme durumuna göre değerlendirilmesi 32
Tablo 16. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların pap-smear testinin yapılma nedenini bilme durumuna göre değerlendirilmesi 33
Tablo 17. SKETTÖ'nin alt boyutlarının kadınların daha önce pap smear testi yaptırmış olma durumuna göre değerlendirilmesi 33
Tablo 18. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların aile planlaması yöntemi kullanma durumuna göre değerlendirlmesi 34
Tablo 19. SKETTÖ'nin alt boyutlarının katılımcıların HPV aşısını bilme durumuna göre karşılaştırılması 34
Tablo 20. Bir ve birden fazla risk faktörü taşıyan kadınlar 35

ÖZGEÇMİŞ

Figen DEMİR 1988 yılında Babaeski / Kırklareli' de doğdu. Ortaöğretimini Babaeski Yabancı Dil Ağırlıklı Lise 'de tamamladı. 2006 yılında başladığı Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksek Okulu hemşirelik bölümünden 2010 yılında mezun oldu.

Meslek hayatına Özel Star Medica Hastanesi Anestezi, Yoğun Bakım ve Reanimasyon Ünitesinde başladı. Bu kurumda yaklaşık olarak 5 ay çalıştı .

2010 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi hemşire kadrosuna atandı. Göreve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde başladı. 2014 yılında TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun düzenlemiş olduğu Neonatal Resüsitasyon Programı'na ve aynı yıl Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü' nün düzenlemiş olduğu Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Programı'na katılarak uygulayıcı sertifikası almaya hak kazanmıştır. Halen Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapmaktadır. Evli ve bir çocuk annesidir.

EKLER

Ek 1

T.C. TRAKYAÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOKAEK 2012/134	
	PROTOKOL ADI	Edirne'de Kadınların Serviks Kanseri Riski ve Serviks Kanseri Taramaları Konusunda Bilgi, Tutum ve İnançları	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. Burcu TOKUÇ	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15/ 09 **Tarih:31.05.2012**
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Burcu TOKUÇ'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Figen EREN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOKAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Başkan	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Farmakoloji A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F İç Hastalıkları A.D	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağ. ve Hast.	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Burcu TOKUÇ Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Prof. Dr. Petek BALKANLI KAPLAN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Prof. Dr. Recep YAĞIZ Üye	Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları	T.Ü.T.F. K.B.B. Hast. A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Doç. Dr. Berkan DEMİRAL Üye		T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	Mazeretli
Avukat Gülden ATİLLA ÖZTÜRK Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E☐ H☒	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Turan EGE
Dekan

Ek 2

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B100ISM4220300/605/ 9816
Konu : Araştırma İsteği.

03/10/2012

VALİLİK MAKAMINA
EDİRNE

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Halk Sağlığı ABD yüksek lisans öğrencisi Figen EREN tarafından planlanan "Edirne'de Kadınların Serviks Kanseri Riski ve Serviks Kanseri Taramaları Konusunda Bilgi,Tutum ve İnançları" konulu tez araştırması ile ilgili Edirne Merkez İlçede bulunan mahallelerde yaşayan kadınlar ile konuya ilişkin araştırma ve anket çalışması için,araştırmanın amacı, beklentileri, gerekçesi, hedef grubu, süresi ve yerini tanımlayan araştırma dosyası ekte sunulmuştur.

Söz konusu araştırma isteği Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup;

Takdir ve tensiplerinize arz ederim.

EKLER:
1) Trakya Üni.Sağlık Bil.Enstitüsü.Md. 28.09.2012 tarih ve 654 sayılı yazısı(1 Sayfa)
2)Tıp Fak.Dekanlığının 27.09.2012 Araştırma izni yazısı ve Anket Çalışma Formu(4 Sayfa)
3)Tez Öneri Formu(5 Sayfa)

Dr.Turgut ÇALIŞKAN
İl Sağlık Müdürü

OLUR
05/10/2012

Abdullah ASLANER
Vali Adına
Vali Yardımcısı

Araştırma ,Bilgi Sistemleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Barutluk Mah.Arnavutköy Cad.TOKİ Evleri -EDİRNE
Tel: 0 284 226 87 01 / 208 Fax: 0 284 226 83 69 E-Posta: edirne@saglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için : AR-GE Şubesi

Ek 3

SAYIN KATILIMCI,

Size Serviks (Rahim ağzı) kanseriyle ilgili tutum, inanç ve davranışlarınızı değerlendirmeye yönelik 55 soruluk bir anket uygulamak istiyoruz.
Ankete ad ve soyadı yazılmayacak, verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.
Bu veriler Edirne ilini temsil edecek bir araştırmada, yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.
Katkı ve katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

T.Ü.T.F. HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

1. Yaşınız: .....

2. Öğrenim Durumunuz:
   1. Okur yazar değil
   2. Okur yazar
   3. İlkokul bitirmiş
   4. Ortaokul bitirmiş
   5. Lise Bitirmiş
   6. Y.O ya da Üniversite bitirmiş

3. Çalışma durumu:
   1. Ev hanımı
   2. Ev dışında çalışıyor
   3. Emekli

4. Medeni Durumunuz:
   1. Evli
   2. Bekar
   3. Dul
   4. Boşanmış
   5. Birlikte yaşıyor

   (Bekar iseniz 9. soruya geçiniz?)

5. Kaç yıldır evlisiniz?.....

6. Bu ilk evliliğiniz mi? 1. Evet 2. Hayır, ise kaçıncı evliliğiniz?.....

7. Eşin çalışma durumu
   1. İşsiz
   2. Çalışıyor
   3. Emekli

8. Eşin Öğrenim Durumu:
   1. Okur yazar değil
   2. Okur yazar
   3. İlkokul bitirmiş
   4. Ortaokul bitirmiş
   5. Lise Bitirmiş
   6. Y.O ya da Üniversite bitirmiş

9. Sizin için en uygun olan hangisidir?
   1. Cinsel yönden aktif değilim
   2. Cinsel yönden aktifim, sürekli bir ilişkim yok
   3. Cinsel yönden aktifim, sürekli bir ilişkim var

10. Sosyal güvenceniz var mı?
    1. Hayır 2. SSK 3. Emekli Sandığı 4. Bağ-Kur 5. Yeşil Kart 6. Diğer

11. Yaşayan kaç çocuğunuz var? .....

12. Kaç kez gebe kaldınız?.....

13. İlk adetinizi kaç yaşında oldunuz?.....

14. İlk cinsel ilişkinizi kaç yaşında yaşadınız? .....

15. Herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
    1. Evet 2. Hayır

16. 15. Soruya yanıtınız evet ise hangi yöntemi kullanıyorsunuz?

1. Hap	5. Vazektomi/Tüp Ligasyonu
2. Kondom	6. Enjeksiyon
3. RIA	7. Geri çekme
4. Norplant	8. Diğer: .....

17. Genellikle en sık başvurduğunuz sağlık birimi hangisidir?

1. Aile Hekimi	4. Özel muayenehane
2. Devlet hastanesi	5. Üniversite hastanesi
3. Özel hastane	6. İşyeri sağlık birimi

18. Sigara içiyormusunuz?

1. Hiç içmedim	3. Günde 1 sigaradan az	5. Günde 5-20 sigara
2. Eskiden içerdim bıraktım	4. Günde 1-5 sigara	6. Günde 20 sigaradan fazla

19. Kontrol için düzenli olarak yılda bir kez Kadın Doğum uzmanına gidiyor musunuz?
    1. Evet 2. Hayır, ise nedeni.....
    .....

20. Pap Smear testinin niçin yapıldığını biliyor musunuz?
    1. Evet , ne için?.....
    2. Hayır.

21. Şimdiye dek size serviks kanserinden korunmak için düzenli Pap Smear testi yaptırmanın gerekli olduğunu söyleyen oldu mu?
    1. Evet, ise kim?.....
    2. Hayır

22. Şimdiye kadar Smear testi yaptırmak için bir sağlık kuruluşuna başvurdunuz mu?
    1. Evet, ise ne zaman?.....
    ise kaç kez? .....
    2. Hayır, ise nedeni?.....
    .....

23. Herhangi bir sağlık kurumuna, başka herhangi bir nedenle başvurunuz sırasında size Smear testi yapıldı mı?
    1. Evet, ise nerede? .....
    2. Hayır

24. Serviks (Rahim ağzı) kanserinden korunmada düzenli Pap Smear testi yaptırmanın yanında başka yöntemler biliyor musunuz?
    1. Evet, ...
    2. Hayır.

25. Serviks (Rahim ağzı) kanserinden korunmak için bir aşı var mı?
    1. Evet 2. Hayır

SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ:

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

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum. (C)					
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer. (C)					
3. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum. (Y)					
4. Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim. (Y)					
5. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam. (C)					
6. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir. (Y)					
7. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim için de endişelenirim. (C)					
8. Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum. (D)					
9. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım. (D)					
10. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir. (C)					
11. Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır. (E)					
12. Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum. (D)					
13. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım. (E)					
14. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor. (D)					
15. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum. (D)					
16. Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim. (Y)					
17. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem. (E)					
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor. (C)					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum. (D)					
20. Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem. (E)					

21. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum. (D)					
22. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder. (Y)					
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım. (E)					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır. (D)					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim. (E)					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar. (C)					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur. (Y)					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşüyorum. (D)					
29. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim. (C)					
30. Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım. (E)					