T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SERVİKS KANSERİ YÖNÜNDEN RİSKLİ KADINLARA YÖNELİK ÇOKLU GİRİŞİMLERİN SAĞLIK SORUMLULUĞU, SERVİKS KANSERİNE İLİŞKİN İNANÇ VE TARAMA YAPTIRMASINA ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ DENEY

Büşra ALTINEL

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Prof. Dr. Belgin AKIN

KONYA-2018

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SERVİKS KANSERİ YÖNÜNDEN RİSKLİ KADINLARA YÖNELİK ÇOKLU GİRİŞİMLERİN SAĞLIK SORUMLULUĞU, SERVİKS KANSERİNE İLİŞKİN İNANÇ VE TARAMA YAPTIRMASINA ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ DENEY

Büşra ALTINEL

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Prof. Dr. Belgin AKIN

KONYA-2018

ÖNSÖZ

Doktora eğitimimin her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle katkı sağlayan danışman hocam sayın Prof. Dr. Belgin Akın'a,

Tez izlem jürimde bulunarak değerli önerileriyle katkı veren hocalarım Sayın Prof. Dr. Emel Ege ve Sayın Doç. Dr. Deniz Tanyere'e,

Araştırmamızın uygulama aşamasında çalışmanın yürütülmesinde çok önemli destek sağlayan 15 No'lu ASM çalışanı ebe Hatice Çatakoğlu'na,

Veri toplama, verilerin elektronik ortama aktarılması ve birçok aşamada hep yanımda olan kardeşim Öğr. Gör. Ülkü Saygılı'ya,

Tezimin her aşamasında beni her konuda destekleyen oda arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Arzu Koçak Uyaroğlu ve Arş. Gör. Dr. Tuba Özaydın'a,

Çalışmaya katılarak çok önemli destek sağlayan tüm kadınlara,

Hayatımın her döneminde beni sonsuz destekleyen ve yanımda olan aileme çok teşekkür ederim.

Arş. Gör. Büşra ALTINEL

Konya /Mart /2018

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALARvi
Özetv ii
Summary vii
1. GİRİŞ 1
1.1. Araştırmanın Amacı 5
1.2. Araştırmanın Hipotezleri 5
1.3. Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi 5
1.3.1. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 6
1.4. Serviks Kanseri Belirtileri ve Erken Tanısı 8
1.4.1. Kadınların Pap Smear Yaptırmasını Etkileyen Faktörler 10
1.4.2. Serviks Kanserinde Riskli Gruplar ve Tarama Programı 11
1.5. Sağlık Davranış Modelleri 12
1.6. Serviks Kanseri Taramasına Katılımı Artırmada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü 14
2. GEREÇ VE YÖNTEM 16
2.1. Araştırmanın Türü 16
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 16
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 17
2.3.1. Araştırmanın Evreni 17
2.3.2. Çalışma Grubu Dışlama Kriterleri 19
2.3.3. Araştırmanın Çalışma Grubu ve Power Analizi 20
2.3.4. Araştırma Çalışma Gruplarının Oluşturulması 21
2.3.5. Randomizasyon ve Körleme 21
2.4. Veri Toplama Araçları 24
2.4.1. Bilgi Formu 24
2.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Sağlık Sorumluluğu) 24
2.4.3. Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği 25
2.4.4. Serviks Kanseri Taraması Katılımına İlişkin Değerlendirme Formu 26
2.5.Ön Uygulama 26
2.6. Verilerin Toplanması 26
2.7. Çoklu Girişimler ve Araştırmanın Uygulama Basamakları 29
2.8.Araştırmanın Değişkenleri 32

2.8.1.Bağımlı Değişkenler (Çıktılar) 32
2.8.2.Bağımsız Değişkenler..... 32
2.9. Verilerin Analizi: 33
2.10.Araştırmanın Etik Boyutu 35
3. BULGULAR 36
3.1. Deney ve Kontrol Grubunun Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puan Ortalamalarının Ön ve Son Test Ölçümlerine İlişkin Bulgular 37
3.2. Deney ve kontrol grubunun, Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları ön ve son test puan ortalamalarına ilişkin bulgular 38
3.3. Girişim Sonrası Deney ve Kontrol Grubunun Serviks Kanseri Taramasına Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular 41
4. TARTIŞMA 44
4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Sağlık Sorumluluğu Yönünden Farklılık Durumu..... 44
4.2. Deney ve Kontrol Grubunun, Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Yönünden Farklılık Durumu 45
4.3. Deney ve Kontrol Grubunun Serviks Kanseri Taramasına Katılım Yönünden Farklılık Durumu 50
4.4.Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları..... 52
4.4.1. Araştırmanın Güçlü Yanları 52
4.4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları 53
5. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 54
5.1. Sonuçlar 54
5.2. Öneriler 55
5.2.1. Uygulamaya yönelik öneriler 55
5.2.2. Araştırmacılara yönelik öneriler..... 56
6. KAYNAKLAR 57
7. EKLER..... 64
EK-A: Bilgi Formu 64
EK-B: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II/ Sağlık Sorumluluğu..... 65
EK-C: Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği..... 67
EK-D: Serviks Kanseri Taraması Katılımına İlişkin Değerlendirme Formu..... 67
EK-E: Grup Eğitimi Planı 68

EK-F: Eğitimlerin Hedefleri ve Davranışları 69
EK-G: 14 Haftalık Girişimler 70
EK- H:Aydınlatılmış Onam Formları 71
EK- I :S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Onayı 73
EK- J: Konya İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Kurum İzni 74
EK- K : Ölçek Kullanım İzin Belgesi 75
EK-L: Serviks Kanseri Yönünden Risk Grubu Belirleme Formu 76
EK- M : Randomize bir çalışmanın raporlanmasında dahil edilecek CONSORT 2010 bilgi kontrol listesi 77
EK-N : ITT Analizi ile Elde Edilen Araştırma Bulguları 79
EK- O: Broşür 81
EK-P: Grup Eğitimi Sunumu 83
EK-R: Kupa 89
EK-S: Magnet 90
EK-T: 15 Nolu Sultan Selim ASM'ye ve Girişimlere İlişkin Bazı Görseller 91
8. ÖZGEÇMİŞ 92

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologist /Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji

ACS: American Cancer Society /Amerikan Kanser Derneği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ARR: Absolute Risk Reduction

DES: Dietilstilbestrol

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HPV: Human Papilloma Virus

HIV: Human Immunodeficiency Virus

ICN: International Council of Nurses /Uluslararası Hemşireler Birliği

ITT: Intention to Treat

KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

mITT: Modified Intention to Treat

PAP: Papanicolaou

RKD: Randomize Kontrollü Deney

RRR: Relative Risk Reduction

SİM: Sağlık İnanç Modeli

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Serviks Kanseri Yönünden Riskli Kadınlara Yönelik Çoklu Girişimlerin Sağlık Sorumluluğu, Serviks Kanserine İlişkin İnanç ve Tarama Yaptırmasına Etkisi: Randomize Kontrollü Deney

Büşra Altınel

Danışman: Prof. Dr. Belgin Akın

Hemşirelik Anabilim Dalı

DOKTORA TEZİ / KONYA -2018

Çalışma, serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan 40-55 yaş arası kadınlara yönelik yapılan çoklu girişimlerin sağlık sorumluluğu, serviks kanserine ilişkin inanç ve tarama yaptırmasına incelemek amacıyla; randomize, ön test - son test kontrollü deneysel tasarımında olarak planlanmıştır. Araştırma Konya ili Karatay bölgesinde bulunan bir Aile Sağlığı Merkezi'nde 13 Mart-18 Haziran 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunu 67 deney ve 67 kontrol grubu olmak 134 kadın oluşturmuştur. On dört hafta boyunca deney grubuna yönelik yapılan girişimler; serviks kanseri ve erken tanısına ilişkin grup eğitimi ve broşür verilmesi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramaları ve motivasyonu artırmaya yönelik verilen materyallerden oluşmaktadır. Kontrol grubu rutin uygulamalara devam etmiştir. Son testlerden sonra kontrol grubunun etik açıdan bilgilenme hakkı dikkate alınarak deney grubuna verilen grup eğitimi, broşür, magnet ve kupa kontrol grubuna da verilmiştir. Veriler; Bilgi Formu, Sağlık Sorumluluğu Ölçeği, Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Serviks Kanseri Taraması Katılımına İlişkin Değerlendirme Formu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; bağımlı gruplarda t testi ve bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Uygulanan çoklu girişimler sonrasında deney ve kontrol grubunun Sağlık Sorumluluğu, Pap smear yarar ve motivasyon, Pap smear engeller ve sağlık motivasyonu puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Çoklu girişimler sonrası deney grubundaki kadınların serviks kanseri taramasına katılım oranı %93 olarak bulunmuş ve kontrol grubuna göre serviks kanseri taramasına katılım oranı anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Bu çalışma sonuçları doğrultusunda serviks kanseri taramasına katılımı artırmaya yönelik farklı yöntemlerin etkinliğinin değerlendirildiği faktöriyel dizaynda çalışmalar yapılması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Serviks kanseri; Erken tanı; Riskli grup, Hemşire

SUMMARY

REPUBLIC of TURKEY
SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUE

The Effect of Multiple Initiations Addressed to Women at Risk of Cervical Cancer on Health Responsibility, Belief towards Cervical Cancer and Participation in Screenings: A Randomized Controlled Experiment

Büşra Altınel

Consultant: Professor Belgin Akın

Department of Nursing

PhD THESIS / KONYA - 2018

This study is pretest-posttest, randomized, and controlled experimental study that was intended to analyze the effect of multiple initiations on beliefs about cervical cancer, health responsibility, and screening participation. The group that is be addressed is women between 40 and 55 years of age who are at risk of cervical cancer. The study was carried out between March 13 and June 18, 2017 in a primary health care center in Karatay (Konya, Turkey). The sample of this study included 134 women (experimental group: 64; control group; 67). The 14 weeks of sessions involving the experimental group included group training and delivery of brochures on cervical cancer, training and counseling during home visits, reminder phone calls, and delivery materials, all aimed to increase motivation to be screened regularly for cervical cancer. The control group maintained their routine practices. To prevent any ethical violations, the group training as well as the brochures, magnets, and mugs that were given to the experimental group before the sessions were provided after the posttests to the control group as well. The study data were collected using an information form, the Cervical Cancer and Pap-Smear Test Health Belief Model Scale, the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (Health Responsibility), and The Assessment Form for Undergoing Pap-Smear Test. The data were analyzed using dependent groups t test and independent groups t test. After the multiple interventions, there was a significant difference between the test and control group's Health Responsibility, Pap smear benefit and motivation, Pap smear obstacle and health motivation scores ($p<0,05$). After multiple interventions, the participation rate of women in the experimental group to cervical cancer screening was found to be 93% and the rate of cervical cancer screening according to the control group was significantly higher ($p<0.05$). In the light of the results of these studies, it may be suggested to conduct studies in factorial design where the effectiveness of different methods to increase participation in cervical cancer screening is evaluated.

Keywords: Cervical cancer, Early diagnosis, Risk group, Nursing

1. GİRİŞ

Serviks kanseri, kadınlar arasında, tüm yaş gruplarında, dünya çapında en yaygın kanser türleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır (Stewart ve Wild 2014). Fatalitesi yüksek bir hastalık olup her iki dakikada bir kadın serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013, Stewart ve Wild 2014). Türkiye'de 40 yaşından sonra serviks kanseri görülme oranı (100.000'de 7.6) artmaya başlamakta ve 50-55 yaş arasında en yüksek görülme oranına (100.000'de 11.7) sahip olmaktadır. Türkiye'de serviks kanseri yönünden 30-65 yaş arası kadınlar risk altında olmasıyla birlikte özellikle 40-55 yaş grubundaki kadınlar en riskli grubu temsil etmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017).

Serviks kanseri kadınlarda Human Papilloma Virus (HPV) ile bağlantılı (özellikle HPV16 ve HPV18) en ciddi sağlık sorunudur. HPV dışında serviks kanserine yakalanma olasılığını artıran pek çok risk faktörü bulunmaktadır (Tuncer 2009, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013, American Cancer Society 2017a). Serviks kanseri taramasında, bölgelere ait risk faktörleri göz önünde bulundurularak, risk altındaki bireylerin öncelikli olarak taramaya katılımlarının sağlanması önemlidir (Tuncer 2009).

Serviks kanseri önlenebilen ve erken dönemde tespit edildiğinde tedavi edilebilen bir kanser türüdür (Kösebay ve Demirkıran 2008, Kaya ve Akın 2009, American Cancer Society 2017b). Serviks kanserinin uzun bir preklinik döneme sahip olması nedeniyle erken tanı olanağı vardır (Kösebay ve Demirkıran 2008, Kaya ve Akın 2009). Serviks kanserini önlemede prekanseröz servikal lezyonların tarama yoluyla erken dönemde saptanmasına dayanan taramalar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde serviks kanseri insidansını ve mortalitesini azaltmada kritik bir sağlık hizmeti olmaya devam etmektedir (Benard ve ark 2014, Ekwueme ve ark 2014, Allemani ve ark 2015, Miller ve ark 2015, Moshkovich ve ark 2015, White ve Wong 2015, Campos ve ark 2017). Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) serviks kanseri tarama programlarının uygulanmasını önermektedir (Wright ve Kuhn 2012, American Cancer Society 2015).

Serviks kanserinin erken tanılanmasında ilk adım genellikle anormal Papanicolaou (Pap) smear testi ya da son yıllarda yapılan HPV DNA testi sonucudur (WHO 2016, American Cancer Society 2017a). Prekanseröz lezyonlar HPV DNA ve Pap-smear testi ile erken dönemde saptanarak serviks kanseri ilerlemeden tedavi edilebilmektedir. Prekanseröz lezyonlarla tedavi edilen kadınların neredeyse tamamı beş yıllık sağkalım oranına sahiptir (Wright ve Kuhn 2012, American Cancer Society 2015, 2016, WHO 2016, American Cancer Society 2017a). Ülkemizde meme, serviks ve kolerektal kanserler ile ilgili ulusal tarama programında, serviks kanseri taraması 30-65 yaş arası kadınlarda beş yılda bir HPV DNA ve Pap Smear testi ile yapılmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016).

Erken tanıda oldukça önemli olan Pap-smear testini yaptıran kadın sayısı tüm dünyada ve ülkemizde istenilen düzeyde değildir (Akyüz ve ark 2006, Oscarsson ve ark 2007, Everett ve ark 2011, Feldman ve ark 2017). Gelişmiş ülkelerde serviks kanseri tarama oranları % 60 ve üzerindeyken (Chen ve ark 2012, Arbyn ve ark 2014, Ekechi ve ark 2014, Richard ve ark 2015), az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bu oran % 20'nin altındadır (Akinyemiju 2012, Coronado Interis ve ark 2015). Ülkemizde ise 15 yaş üstü hiç pap smear testi yaptırmamış kadınların oranı % 72,6'dır (Köse 2015).

Çağdaş halk sağlığı anlayışına göre, birey hasta olmadan önce sağlığının korunması ve geliştirilmesi oldukça önemlidir. Sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamalardan en uygun şekilde yararlanılması ve olumlu davranışların alışkanlıklar halinde bireylerin yaşantısında yer alması gerekmektedir. Olumlu sağlık davranışının kazandırılabilmesi için öncelikli olarak bireylerin bilgi, tutum, inanç, değer ve eğilim düzeyleri (içsel bilişsel faktörler) saptanmalıdır (Özvarış 2015). Bireyin sağlık davranışını geliştirmesi, benimsemesi ve uygulamasıyla ilgili sağlık modellerinden birisi olan "Sağlık İnanç Modeli" bireyin inanç ve davranışları arasında ilişki olduğunu belirtir (Güvenç ve ark 2011). Bir diğer model olan 'Sağlığı Geliştirme Modeli' ise sağlık davranışının ortaya çıkmasını etkileyen temel faktörleri tanımlamaktadır (Pender 2011, Bahar ve Açıl 2014). Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli tarama davranışını kazandırmada en çok kullanılan iki modeldir (Glanz ve ark 2008, Snelling 2014).

Sağlığı toplumsal bir değer haline getirmek, bireyleri sağlık sorunlarını çözmek için bilgi ve becerilerle donatmak ve sağlık hizmetlerinin etkin kullanılmasını sağlamada sağlık eğitimleri önemli bir araçtır (Özvarış 2015). Sağlık eğitimlerinin etkili olabilmesi ve yeni bir sağlık davranışı kazandırılmasında planlı ev ziyaretleri oldukça etkilidir (Taylor ve ark 2010, Duran 2011, Damiani ve ark 2012, Martín-López ve ark 2012, Erci ve ark 2014, Damiani ve ark 2015). Bir sağlık davranışı olan sağlık tarama davranışlarının kazandırılmasında eğitimin tek başına yeterli olmadığı ve birden fazla eyleme geçirici stratejinin (hatırlatıcı, motivasyon, broşür, davet mektupları) birlikte kullanılması gerektiği belirtilmektedir (Morrell ve ark 2005, Stein ve ark 2005, Oscarsson ve ark 2007, Rashid ve ark 2013, Soares ve Silva 2016). Serviks kanseri yönünden risk altında olan sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplarda serviks kanseri insidansı gelişmiş ülkelere göre neredeyse iki kat fazladır. Bu gruplarda taramalara katılımı artırmak için farklı yöntemlerin geliştirilmesi üzerinde durulmakta ve birden fazla girişimin bir arada yer aldığı ve toplumsal yapıya uygun girişimlerin önemi vurgulanmaktadır (Tseng ve ark 2001, Fang ve ark 2007, Paskett ve ark 2011, Soares ve Silva 2016).

Gelişmekte olan ülkelerde bireylerin başvurusuna dayalı fırsatçı taramanın etkili bir yöntem olmadığı, sağlık personeli tarafından yapılan yüzyüze eğitim ve girişimlerin daha etkin olduğu belirtilmiştir (Fernández ve ark 2009, Duran 2011, Damiani ve ark 2012, Martín-López ve ark 2012, Damiani ve ark 2015). Lu ve arkadaşlarının (2012) yaptığı sistematik derlemede konuyla ilgili özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşayan gruplara yönelik Randomize Kontrollü Deneylerin (RKD) yetersiz olduğu, genel toplumsal eğitimlerin taramalara katılımı artırmada yetersiz kaldığı, kültüre ve bireye özel eğitim ve girişimlerim etkili olduğu bulunmuş, bu kapsamda yeni yöntemlerin geliştirilmesi, maliyet etkinliğinin ve aynı zamanda uygulanabilirliğinin ve sürekliliğinin vurgulanmasının önemi üzerinde durulmuştur. Meta-analiz sonuçları da gelişmekte olan ülkelerde yeterli sayı ve kalitede RKD olmadığını belirtmektedir (Everett ve ark 2011, Hitzeman ve Xavier 2012, Lu ve ark 2012).

Türkiye'de taramalara katılımla ilgili yapılan literatür taramasında (YÖK tez tarama, Google akademik ve Türkiye Klinikleri web sayfasında taramalar yapılmıştır. Tarama tarihi: 15.01.2018) yaşlılar üzerinde yapılmış, yayınlanmış olan

bir RKD olduğu görülmektedir (Kıssal ve Beşer 2017). YÖK tez taramada serviks kanseri taramasında başvuruyu artırıcı yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirildiği yayınlanmamış bir RKD doktora tezi bulunmaktadır (Şahiner 2012). Yarı deneysel modelde yapılmış olan çalışmalara bakıldığında ise eğitim, ev ziyareti, broşür ve telefonla hatırlatmanın etkin olduğu sonucuna varılmış ancak yapılan çalışmaların risk altındaki kişileri hedef almamış olduğu, çalışmaların çoğunluğunun yarı-deneysel çalışmalar olması nedeniyle kanıt oluşturması yönünden RKD'lere göre kanıt yönünden daha zayıf olduğu söylenilebilir (Şahiner 2012, Kolutek ve Avci 2015, Ersin ve Bahar 2017, Kocaöz ve ark 2017).

Halk sağlığı hemşiresinin önemli rollerinden biri toplumda risk altındaki bireylere öncelik vermektir. Halk sağlığı hemşireleri ev ziyaretleri ile kadınların taramalara katılım konusundaki özelliklerini, olanaklarını, engel algılarını, aile yapılarını değerlendirmeli, kadınların ve ailelerinin bunları fark etmesine yardımcı olmalıdır. Türkiye'de birinci basamakta çalışan sağlık personelleri kapsadığı nüfusun yaş özelliklerine göre bireyleri ulusal tarama programı doğrultusunda meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları için KETEM'lere yönlendirmektedir. Ülkemizde yaygın tarama programı olmasına ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personellerinin yönlendirmesine rağmen serviks kanseri taramasına katılım oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Bunun yanında taramalara katılımı artırmaya yönelik kanıt niteliğinde çalışmaların yetersiz olduğu ve çoklu müdahale etkinliğinin risk grupları yaklaşımı ile araştırılmadığı görülmektedir. Bu nedenle serviks kanseri açısından risk altında bulunun kadınlara ev ziyaretlerini de içeren sağlık eğitimleri, danışmanlık, telefonla görüşme ve diğer hatırlatıcıları (davet mektupları, kısa mesajlar, mail) içeren çoklu müdahaleler toplumun taramalara katılımını artırmada etkili bir strateji olabileceğini söyleyebiliriz. Sosyoekonomik yönden dezavantajlı, sağlık hizmetlerine ulaşım yönünden engeli olmayan ve serviks kanseri yönünden riskli kadınlara serviks kanseri taramasına katılımı artırmaya yönelik çoklu girişimlerin etkinliğinin ortaya konması hemşirelik bilgisine önemli katkı sağlayacaktır. Elde edilecek bilgilerle özellikle riskli grupların taramaya katılımlarını artırmaya yönelik topluma uygun stratejiler geliştirilmesinde kullanılacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; Serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan 40-55 yaş arası kadınlara yönelik grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramalar ve motivasyonu artırmaya yönelik uygulamalardan oluşan çoklu girişimlerin sağlık sorumluluğu, serviks kanserine ilişkin inanç ve tarama yaptırmasına etkisini incelemektir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

Serviks kanseri yönünden riskli 40-55 yaş arası kadınlara yönelik grup eğitimi, ev ziyaretlerleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramalar ve motivasyonu artırmaya yönelik uygulamaları içeren çoklu girişimlerin uygulandığı deney grubu ile kontrol grubu arasında;

1. $H1_0$: *sağlık sorumluluğu yönünden* fark yoktur.

2. $H2a_0$: *Pap smear yarar ve motivasyon* yönünden fark yoktur.

$H2b_0$: *Pap smear engeller* yönünden fark yoktur.

$H2c_0$: *Serviks kanseri önemseme/ciddiyet* yönünden fark yoktur.

$H2d_0$: *Serviks kanseri duyarlılık* yönünden fark yoktur.

$H2e_0$: *Sağlık motivasyonu* yönünden fark yoktur.

3. $H3_0$: *serviks kanseri taramasına katılım (pap smear testi yaptırma) yönünden* fark yoktur.

1.3. Serviks Kanserinin Epidemiyolojisi

Serviks kanseri, cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon olan HPV'nin geç görülen bir sonucudur. Aşılama ve yeterli tarama yoluyla önlenebilen az sayıda maligniteden biridir. Bununla birlikte özellikle sınırlı ekonomik kaynaklara sahip birçok toplumda büyük bir yük (hastalık, maliyet) olmaya devam etmektedir (Bruni ve ark 2013).

Serviks kanseri, dünyada kadınlar arasında görülen en yaygın dördüncü kanser türüdür (Barbera ve Thomas 2009, Ferlay ve ark 2012, Koh ve ark 2015, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017). 45 yaş altındaki kadınlarda ise en sık görülen ikinci kanser türü ve kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerin üçüncü nedenidir

(Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013, Stewart ve Wild 2014, Koh ve ark 2015). Bununla birlikte yaşa göre standartlaştırılmış oranlara bakıldığında serviks kanseri, insidans açısından (meme ve serviks kanserleri için sırasıyla 100.000'de 39,0 ve 15,3) meme kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (Ferlay ve ark 2010).

Türkiye'de ise kadınlar arasında tüm yaş gruplarında en sık görülen kanserler arasında dokuzuncu sırada, 25-49 yaş gruplarında en sık görülen kanserler arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Cinsiyete göre kanser türlerinin insidansına bakıldığında ise serviks kanseri insidansı 100.000'de 4'tür. Kadınlarda yaşa özel kanser hızlarına bakıldığında ise 40-44 yaş aralığında 100.000'de 7,6, 45-49 yaş aralığında 100.000'de 11.1, 50-54 yaş aralığında ise 100.000'de 11.7 olup, 50-54 yaş aralığında en yüksek görülme oranına sahip olmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017).

1.3.1. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Serviks kanseri gelişiminde çok sayıda predispozan faktör vardır. Epidemiyolojik çalışmalar enfeksiyöz ajan olan HPV'yi en önemli faktör olarak tanımlamaktadır (Ajzen 1985, Schiffman ve ark 2007, Kaur ve Verschraegen 2012). Düşük ve yüksek risk tipli 100'den fazla HPV bulunmaktadır. Düşük risk tipli HPV erkek ve kadınlarda genital ve anüs bölgelerinde siğillere sebep olmaktadır ve nadiren kansere dönüşmektedir. Yüksek riskli tipli HPV ise serviks kanserine neden olan anormal hücrelerin oluşmasına sebep olmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013, American Cancer Society 2015). HPV-16 ve HPV-18 en etkili karsinojen olarak tespit edilmiştir. HPV-16 tek başına serviks kanserlerinin % 60'ını oluşturmaktadır (Schiffman ve ark 2007, Kaur ve Verschraegen 2012). HPV dışında da pek çok risk faktörü serviks kanserine yakalanma olasılığını artırmaktadır. Nadiren de olsa, bu risk faktörlerinden herhangi biri olmadan da kadınlarda serviks kanseri gelişebilmektedir (American Cancer Society 2015).

Serviks kanseri ile ilgili çok sayıda risk faktörü aşağıdaki gibi belirtilmektedir (WHO 2002, Harvard School of Public Health 2008, Taşkın 2009, Taşkın ve ark 2011, Kaur ve Verschraegen 2012, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013, American Cancer Society 2015, Cancer Research 2016, American Cancer Society 2017a).

- HPV enfeksiyonu: HPV 16- HPV 18
- İlk gebelik ve doğum yaşının 17 ve altında olması
- Erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak (16 yaş ve öncesi)
- 40-55 yaşları arasında olmak
- Uzun süreli oral kontraseptif kullanımı
- Üç veya daha fazla tam süreli gebelik
- Ailede serviks kanseri öyküsü (özellikle anne ve kız kardeşte)
- Sigara içme
- Zayıflamış bağışıklık sistemi: HIV(Human immunodeficiency virus)
- Klamidya enfeksiyonu
- Meyve ve sebzelerden zayıf diyet
- Obezite
- Düşük sosyo-ekonomik düzey
- Fetüsün dietilstilbestrolden (DES) etkilenimi
- Birden fazla cinsel partner (kendisinin yada eşinin)
- Etnik/ırk faktörü (siyah ve hispanik kadınlar)
- Eşin sünnetsiz olması
- Eşin penis/prostat kanseri öyküsü
- Hiç pap smear testi yaptırmama
- Kötü hijyen
- Stres

Türkiye'de özellikle 40-55 yaş arasında olma, beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımı, ailede serviks kanseri öyküsü, erken yaşta cinsel ilişki, birden fazla cinsel partner, 17 yaş öncesi gebelik, üç veya daha fazla doğum yapma, sigara içme, düşük sosyoekonomik düzey ve kötü hijyen koşulları önemli risk faktörleridir (Pınar ve ark 2010, Bodur ve ark 2011, Eroğlu ve ark 2011, Kurt ve ark 2013). Serviks kanseri taramasında, bölgeye ait risk faktörleri göz önünde bulundurularak, risk altındaki bireylerin öncelikli olarak taramaya katılımlarının sağlanması gerekmektedir (Tuncer 2009).

1.4. Serviks Kanseri Belirtileri ve Erken Tanısı

Serviks kanserinin erken evresinde hiçbir klinik belirti olmadan hastalık ilerlemeye devam edebilmektedir. Sık karşılaşılan klinik şikayetler; anormal vajinal kanama (İlişki sonrası, menapoz sonrası, menstrüal siklus sonrası), uzun veya normalden daha ağır ve ağrılı menstrüal siklus, cinsel ilişki sırasında ağrı olması ve vajinal akıntıdır. Daha ileri evrelerde ise, bel ve kasık ağrısı, karın, sırt ağrısı, kanlı dışkı, bacak şişmesi, baş dönmesi, yorgunluk ve kilo kaybı görülebilir (Harvard School of Public Health 2008, Kaur ve Verschraegen 2012, American Cancer Society 2015).

Serviks kanseri uzun bir preklinik döneme sahip olması nedeniyle erken tanı imkanı vardır. Serviksin premalign koşulları semptomlara neden olmadığından yalnızca uygun bir tarama testi ile tespit edilebilir. Serviks kanseri taramasının amacı, asemptomatik kadınlarda yüksek dereceli lezyonları saptamak ve tedavi ederek hastalığın ilerlemesini önlemektir (Kösebay ve Demirkıran 2008, Kaya ve Akın 2009, Campos ve ark 2017).

Serviks kanseri, gelişmekte olan ülkelerde ikinci sırada yer alırken, gelişmiş ülkelerde tarama programları sayesinde altıncı ve daha aşağı sıralara inmiştir. Bu durum, serviks kanserinde düzenli yapılan tarama programlarının serviks kanseri ölüm oranlarını azalttığını göstermektedir (Pisani ve ark 1999, Hoque ve ark 2008, Benard ve ark 2014). Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de serviks kanserinden ölüm oranı son 30 yılda % 50'den fazla azalmıştır. Bu durumun Pap Smear testi tarama etkinliğine bağlı olduğu düşünülmektedir (Peto ve ark 2004, American Cancer Society 2015).

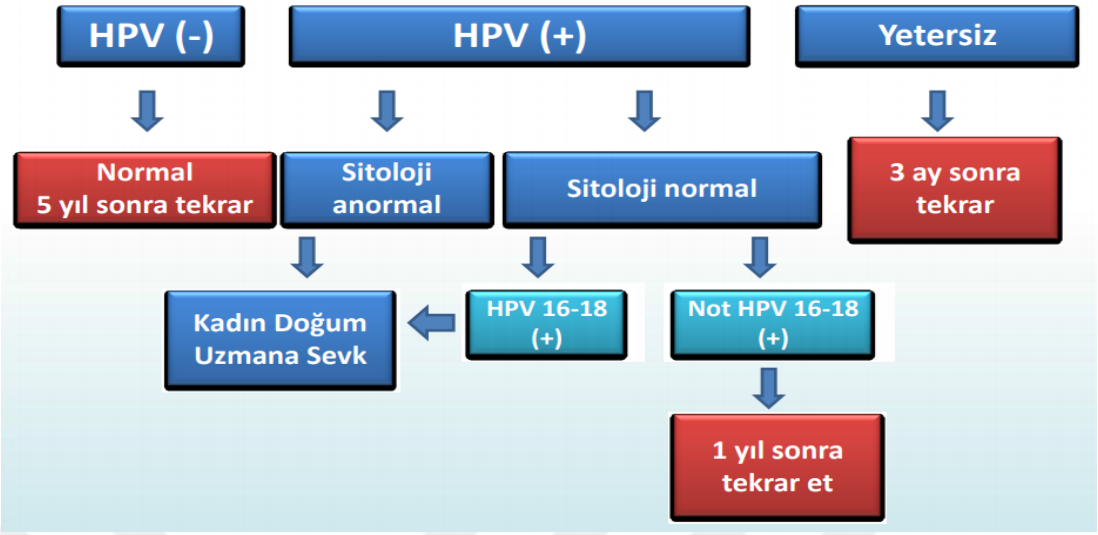
Pap smear, invaziv karsinomaya ilerlemeden önce servikste kanser öncesi değişikliklerin saptayan ve tüm dünyada kullanılan bir tarama testidir (Nottingham 1998). Serviks kanserinin erken tanısı için basit, ucuz, kolay uygulanabilir, duyarlılık seçicilik yönünden oldukça başarılı ve ideal bir tarama testinin özelliklerine sahip olan “Pap Smear Testi” ile serviks kanseri “insitu” evrede saptanabilmektedir. Hastalığın prognozuna bakıldığında “insitu” evresi ile “invaziv” evre arasında kanser tedavisi için çok önemli olan 10 yıl gibi bir süreden bahsedilmektedir. Bu evrede

erken tanılanabildiğinde uygun tedavi ile hastaların iyileşmesi mümkün olabilmektedir (Akyüz ve ark 2006, Feldman ve ark 2017).

Serviks kanseri taramasının planlanması yönünden ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Ülkeler arasında farklılıklar olabilmekle birlikte kadınlar genellikle her beş yılda bir taramaya katılması önerilmektedir. Ülkelerin etnik köken, yaş, eğitim ve sosyoekonomik durumlarına göre Pap smear uygulama programları farklılık göstermektedir (Brinton 1994, Ries ve ark 1999). Amerikan Kanser Derneği (ACS: American Cancer Society) ve Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists) 21-65 yaş arası cinsel yönden aktif kadınların üç yılda bir Pap Smear testi yaptırması gerektiğini bildirmektedir (American Cancer Society 2017a, Feldman ve ark 2017).

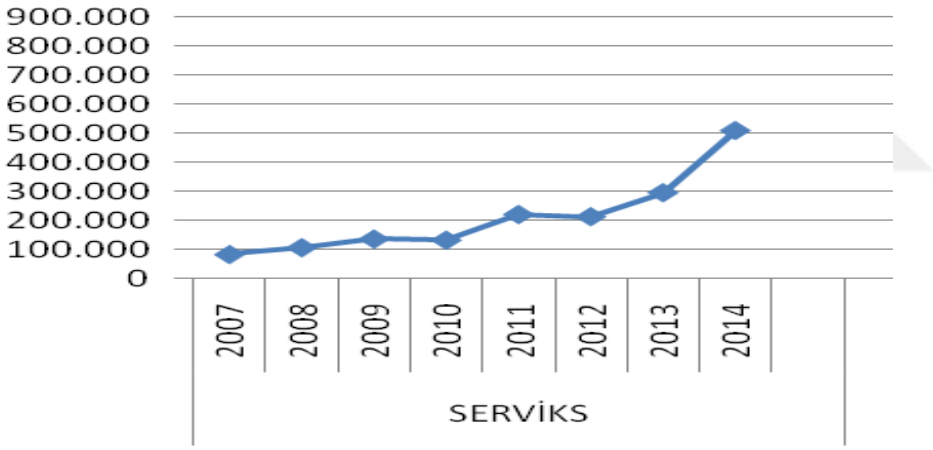
Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önerileri uyarınca 1992'den itibaren Pap Smear testi ile kadınlar taranmaktadır. KETEM'lerde 30-65 yaş grubundaki asemptomatik kadınların her 5 yılda bir Pap smear testi yaptırmaları planlamıştır. Ülkemizde 20 yıldan uzun zamandır smear tabanlı yapılan bu tarama uzmana bağımlı olması, uzmanların konuya ilgisiz davranması, halkın ilgisinin eksik olması gibi birçok nedene bağlı olarak arzu edilen %70 kapsayıcılıktan çok uzak kalmıştır. Ancak hedef kadın nüfusun %20'si tarama programı kapsamında taranabilmiştir. Yenilenen ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaş grubundaki her kadının 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi planlanmıştır (Bkz Çizelge 1.4.1). Son iki HPV DNA testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama sonlandırılmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015a, 2015b). Serviks kanseri taraması gelişmiş ülkelerde serviks kanser insidansı ve mortalitesini önemli ölçüde azaltmıştır (International Agency for Research on Cancer 2017). Türkiye'de ise 20 yıldan uzun süredir yapılan serviks kanseri taraması son yıllarda artmış olsada katılım oranı hala istendik düzeyde değildir (Bkz Çizelge 1.4.2).

Çizelge 1.1. Birinci basamakta uygulanan serviks kanseri tarama yönetim şeması



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015a

Çizelge 1.2. Yıllara göre serviks kanseri taramasına katılım oranları



Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2014

1.4.1. Kadınların Pap Smear Yaptırmasını Etkileyen Faktörler

Dünya genelindeki çeşitli çalışma bulgularına göre kadınların pap smear yaptırmama nedenleri arasında serviks kanseri hakkında farkındalıklarının olmaması, cinsel sağlığa yönelik tutumlar, bireysel inançlar, bilgi eksikliği, erken teşhisin yararlarını bilmeme, taramaya ihtiyaç duymama, vajinal muayeneden korku, utanma, herhangi bir semptom olmaması, yoğunluk, hizmetlere erişim maliyeti, partnerin cesaretlendirmemesi, testin ağrılı olduğunu düşünme, sağlık personelinin

danışmanlık hizmeti eksikliği, olası gizlilik ihlali, toplumsal damgalanma, göçmen statüsü, yoksulluk ve hastaneye uzaklık gelmektedir (Guilfoyle ve ark 2007, Lee ve ark 2008, Montgomery ve ark 2010, Kessler 2012, Thippeveeranna ve ark 2013, Broberg ve ark 2014, Bazargan ve ark 2015, Lim ve Ojo 2017, WHO 2017). Türkiye'de yapılan çalışma sonuçlarına göre ise kadınların pap smear yaptırmama nedenlerinin başında bilgi eksikliği, ihmal etme, gerekli görmeme, utanma (erkek sağlık personeli), kötü sonuç çıkmasından korkma ve zaman bulamama gelmektedir (Özdemir ve Bilgili 2010, Gümüş ve Çam 2011).

1.4.2. Serviks Kanserinde Riskli Gruplar ve Tarama Programı

Serviks kanserinde risk grupları oldukça geniş olduğundan risk grubundaki kadınların etkin bir yöntemle belirlenmesi gerekmektedir. Serviks kanserinde öncelikle toplum temelli araştırmalar yaparak risk analizlerinin yapılması ve sonrasında risk grubundaki kadınların belirlenmesi ve bu kadınların taranması gerekmektedir. Öncelikli risk gruplarının belirlenip taranması serviks kanserinde erken tanı yöntemlerinde maliyet etkinliğini artıracaktır (Tuncer 2009).

Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması önemli bir risk faktörüdür. Düşük sosyoekonomik düzey kadınların kişisel hijyen davranışlarını, sağlık kurumlarına gitme alışkanlıklarını, koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını ve tarama testlerini yaptırmalarını olumsuz etkileyerek kadınlarda geç evre serviks kanseri görülme oranını artırmaktadır (Akyüz ve ark 2006). Riskli gruplarla yapılmış çok sayıda çalışma olmadığından 1994 ve 1999 yıllarında yapılmış olan iki çalışmanın sonuçlarına göre; yaşlı, az eğitimli, sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplar veya kırsal bölgede yaşayan kadınlarda pap smear yaptırma oranlarının daha düşük olduğu görülmektedir (Brinton 1994, Ries ve ark 1999). Düşük ve orta gelirli ülkelerin kırsal alanlarında yaşayan kadınların yanı sıra yüksek gelirli ülkelerde yaşayan yoksul kadınlar arasında da invaziv serviks kanseri riski yüksektir (WHO 2016). Serviks kanserinde, özellikle azınlıklar ve düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler gibi sağlık eşitsizliklerine karşı savunmasız gruplarda, tarama oranlarının arttırılmasında güçlükler bulunmaktadır. Tarama programlarının benimsenmesi ve taramalara katılımı artırmak için bu gruplara özgü stratejiler geliştirilmesi mortaliteyi azaltmada oldukça önemlidir (Seo ve ark 2017, Uy ve ark 2017).

Tarama programlarının öncelikle serviks kanseri gelişme riski taşıyan ve taramalara ulaşamayan kadınları hedef alması gerekmektedir. Pap smear taramasına katılımı artırmada göz önünde bulundurulması gereken pek çok faktör vardır. Bu faktörler gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasında ve ülkedeki farklı nüfus grupları arasında farklılık gösterebilir (International Agency for Research on Cancer 2017). Serviks kanseri taramasına yönelik gelecekteki planlamaların, serviks kanseri için en yüksek ve en düşük risk altındaki kadınların gereksinimine uygun düzenlemeleri içermesi gerektiği düşünülmektedir (Sawaya ve ark 2015). Serviks kanseri taramasına katılımda sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük kadınlar yönünden bir eşitsizlik olduğu, bu kadınların kültürlerine ve eğitim düzeylerine yönelik özel stratejiler geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Tseng ve ark 2001). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bireylerin başvurusuna dayalı fırsatçı taramanın etkili bir yöntem olmadığı, sağlık personeli tarafından yapılan yüzyüze eğitim ve girişimlerin daha etkin olduğu belirtilmektedir (Duran 2011, Damiani ve ark 2012, Martín-López ve ark 2012, Damiani ve ark 2015).

1.5. Sağlık Davranış Modelleri

Bireyin sağlık davranışının geliştirilmesi ve sürdürülmesi ile ilgili çeşitli modeller ve teoriler bulunmaktadır. Bu model ve teorilerin her biri insan davranışını, motivasyonunu ve kişisel davranış süreçlerini açıklamaya çalışmaktadır. Sağlık davranışı ve sağlık eğitimine dayalı olarak sağlığın geliştirilmesine yönelik literatürde en sık yer alan teoriler; 'sosyal bilişsel öğrenme kuramı', 'transteoretik model', 'planlı davranış teorisi' ve 'sağlık inanç modelidir' (Glanz ve ark 2008, Snelling 2014).

Albert Bandura (1986) tarafından geliştirilen Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı yalnızca sağlık davranış psikolojisine değil aynı zamanda sosyal yönlerine de odaklanmaktadır. İnsan davranışlarının, çevresel olaylar ile bireysel düşünce süreçlerinin karşılıklı etkileşiminin bir sonucu olduğu düşüncesine dayanmaktadır (Glanz ve ark 2008, Snelling 2014). Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı; bireylere sağlık riskleri ve sağlık davranışlarının faydaları hakkında bilgi verme, yetenekleri konusunda inançlarını arttırma ve ulaşabilir hedefler belirlemelerine yardımcı olmaya dayanmaktadır. Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı sağlık davranışının ortaya

çıkmasında etkili olan temel faktörleri tanımlayan 'Sağlığı Geliştirme Modeli' ne temel oluşturmaktadır (Snelling 2014).

Transteoretik Model (Prochaska ve ark 1992) çeşitli davranış değişikliği kuramlarında yer alan ilke ve süreçleri bütünleştirmektedir. Transteoretik model değişim aşamalarını kullanarak, sağlık davranışını bir süreç olarak tanımlar ve herhangi bir zamanda bireylerin değişime hazır olma düzeylerini açıklar (Cox 2003, Snelling 2014). Davranış değişikliğinin sonuçtan çok süreç olduğunu, değişimi daha kolay hale getirmek için bireyin hazır oluşluk aşamasına uygun girişimler yapılması gerektiğinin savunur (Prochaska ve Velicer 1997).

Planlı Davranış Teorisi davranışların niyetlerden kaynaklandığını belirten akıl yürütme kuramından geliştirilmiştir (Ajzen 1985). Bireyin davranışının sadece kendi iradesi ile gerçekleşmediğini ve başka faktörlerin de bireyin davranışının şekillenmesinde etkili olduğunu savunur (Ajzen 1991). 'Planlı Davranış Teorisi'nin temelinde bireylerin bilgiye sistematik olarak ulaşarak gerçekçi kararlar verdiği anlayış yer alır (Turan 2008).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri anlamak için kullanılan en eski ve en sık kullanılan modeldir (Rohleder 2012). Rosenstock (1996) tarafından geliştirilen SİM, sağlık davranışlarının bireylerin inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır. Bireylerin sorun oluşturan inanç ve tutumları belirlenirse, planlanan sağlık eğitimlerinin bireylere özgü olarak verilebileceği düşüncesine dayanır (Öz 2004). SİM, bireyi koruyucu davranışlara motive eden ve erken tanı için taramalara katılmasını sağlayan durumları anlamak için ciddiyet, yarar, duyarlılık ve engel algısı olarak adlandırılan temel bileşenleri kullanır (Champion ve Skinner 2008). Bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili tutum ve davranışlarının altında yatan düşüncelerin belirlenmesi ve yanlış ya da eksik olan taraflarının tamamlanması ile bireyleri harekete geçireceği, erken tanı davranışının gelişeceği ve taramalara katılım oranının artacağı düşünülür (Gözüm ve Çapık 2014).

SİM, serviks kanseri taramasına yönelik bilgi durumu ve davranışlarını ele almak için çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır ve çalışmalarda bilgi artışının serviks

kanseri tarama davranışıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Lee ve ark 2008, Kessler 2012). Modelin kültürlere özgü inanç, tutum ve davranışları ele almak için kullanılabileceği bildirilmektedir (Cynthia ve ark 2015). Transteorotik Model bir dizi aşamada sağlık davranışı değişimini açıklamak için kullanılmakla birlikte (Prochaska ve ark 1992) transteorotik modelin tarama davranışlarını artırıp artırmadığı konusundaki bilgilerde tutarsızlık bulunmaktadır (Prochaska ve ark 1992, Vernon ve ark 2008, Tung 2010). Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı içinde öz-yeterlik, davranış değişikliği yapmak için bilgiden daha fazlasının gerekli olduğu görüşünü desteklemektedir. Çalışmalar öz-etkililiği artan kadınların serviks kanseri tarama davranışının da arttığını göstermektedir (Kessler 2012).

1.6. Serviks Kanseri Taramasına Katılımı Artırmada Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Hemşireler, koruyucu sağlık yaklaşımını yüklenebilecek potansiyele sahip sağlık çalışanlarıdır. Halk sağlığı hemşireleri serviks kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitimi vermede, erken tanı için ve sağlık taramalarına katılma konusunda bireylere rehberlik etmede önemli ve vazgeçilmez sağlık ekibi üyeleridir (Pınar ve ark 2010, Öztürk ve ark 2011, Erci ve ark 2014). Halk sağlığı hemşireleri riskli gruplarda erken tanı ve taramalara katılımının önemini açıklar, erken tanı yöntemlerini kullanmaları konusunda davranış kazanmalarını sağlar ve sağlık risklerini azaltmak için gerekli eğitimlerin planlanmasında sorumluluk alırlar. Halk sağlığı hemşireleri, kadınların serviks kanseri konusunda farkındalıklarının artırılmasında, erken tanıya yönlendirilmesinde ve böylece serviks kanseri ölüm oranlarını azaltmada önemli bir yere sahiptirler (Hilton ve ark 2003, Boyle ve Levin 2008, Birol 2009, Erci ve ark 2014, Güler ve Akın 2015).

Erken tanı olanağı olan diğer kanser türleri gibi serviks kanserinde de erken tanı faaliyetlerine katılımın başarısını etkileyen iki önemli faktör bilgi ve farkındalıktır. Toplumun serviks kanserine yönelik bilgilendirilmesi ve böylece farkındalığın artırılması serviks kanseri erken tanı ve tarama programlarının temelini oluşturmaktadır (Tuncer 2009). Sağlığı geliştirme uygulamaları içerisinde oldukça önemli bir yer tutan sağlık eğitimi ve danışmanlık, serviks kanseri taramasına katılımı artırmada birey ve topluma yönelik etkili ve ucuz bir yöntemdir (Durak ve

Karakılınç 2007, Damiani ve ark 2015, Soares ve Silva 2016). Eğitim programları ve danışmanlık hizmetleri, kadınların serviks sağlığı hakkında bilgi sahibi olmalarına yardımcı olan etkili bir yöntem olmanın yanında Pap smear testi yaptırma konusunda cesaretlendirmektedir. Yapılan çalışmalar, serviks kanseri taramsına ilişkin bilgilendirmenin ve yönlendirmenin kadınların taramayı sürdürme olasılığını artırdığını göstermektedir (Champion ve ark 2007, Seçginli ve Nahçıvan 2011, Kessler 2012, Martín-López ve ark 2012, Damiani ve ark 2015).

Türkiye'de ASM'lerde çalışan aile sağlığı elemanları bireyleri taramalar için KETEM'lere yönlendirme yapmaktadır. Bazı ASM'lerde sertifikalı hemşireler bulunmakta ya da haftanın belirli günleri Toplum Sağlığı Merkezi'nden sertifikalı bir hemşire ASM'lere gelip HPV DNA ve Pap Smear örneği almaktadır. Aynı zamanda mobil araçlarla (pembe tırlar) meme kanseri taraması yapılmaktadır. Birinci basamakta çalışan hemşirelerin kadınların serviks kanseri konusunda farkındalıklarının arttırılmasında ve taramalara katılmını sağlamada anahtar bir rol oynayabileceği belirtilmektedir (Hilton ve ark 2003, Kıssal ve Beşer 2017).

Kadınlara verilen eğitim ve danışmanlığın daha etkili olabilmesinde ve yeni bir davranış kazandırılmasında ev ziyareti ile ev ortamında izlemi oldukça önemlidir (Bahar 1998, Tuncer 2009). Kadınların yaşadıkları ortama ilişkin bilgi sahibi olmak, kadınların değer yargılarının anlaşılması ve davranışlarının doğru biçimde değerlendirilebilmesi sağlık eğitimlerinin başarısını artırmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri ev ziyaretleri ile kadını, yaşadığı çevreyi yakından tanıyarak sağlık sorunlarını yerinde saptar. Ayrıca ev ortamı sağlık eğitimi yapılan kadınların kendini daha rahat hissettiği bir ortam olması nedeniyle verilen eğitimin etkili olmasını sağlayabilmektedir Özdemir ve Bilgili 2010, Sungur 2012, Erci ve ark 2014). Çoğunluğu kadın cinsiyetten oluşan hemşireler kadınlarla daha yakın bir iletişim kurabilmektedirler. Bu durum kadınlara sağlık eğitimi vermede ve onlara olumlu sağlık davranışları kazandırma konusunda yarar sağlamaktadır (Durak ve Karakılınç 2007). Hemşirelerin maliyet etkinlik, daha yoğun programlar uygulanabilmesi ve mortalitenin azaltılması yönünden öncelikli olarak risk altındaki gruplarda serviks kanserinden korunmayı ve taramaları içeren eğitim programları hazırlayıp, uygulamaları gerektiği belirtilmektedir (Duarte-Franco ve Franco 2004, Taşkın 2009, Güvenç ve ark 2011).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma; Serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan 40-55 yaş arası kadınlara yönelik yapılan grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim, danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramalar ve motivasyonu artırmaya yönelik uygulamaları içeren 14 haftalık çoklu girişimlerin sağlık sorumluluğu, serviks kanserine ilişkin inanç ve tarama yaptırmasına etkisini incelemek amacıyla; randomize, ön test - son test kontrollü deneysel tasarımındadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya ili Karatay bölgesinde bulunan 15 nolu Selim Sultan Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) yürütülmüştür. Konya il merkezinde Meram, Selçuklu ve Karatay olmak üzere üç bölge bulunmaktadır. Karatay bölgesi, diğer iki bölgeye göre daha düşük sosyo-ekonomik ve eğitim durumuna sahip (okuma yazma bilmeyenlerin oranının yüksek), 16-19 yaş aralığındaki kadınların evlenme oranlarının daha fazla olduğu ve sağlık yönünden daha dezavantajlı bireylerin yaşadığı bir bölgedir (TUİK 2014). Karatay bölgesinde bir Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) bulunmaktadır. 15 numaralı Selim Sultan ASM bu KETEM merkezine yakın bir mesafededir. Ayrıca 15 no'lu ASM'de HPV DNA ve Pap smear testi alınmaktadır. Çalışma yerinin 15 nolu ASM olarak seçilme nedeni; sosyo-ekonomik ve eğitim düzeyi düşük, erken yaşta evlenme oranları ve doğum sayıları yüksek dezavantajlı bir bölge olması, kadınların yaşadıkları bölgenin tarama yaptıracakları KETEM merkezine yakın olması ve aynı zamanda çalışılan ASM'de pap smear testi örneğinin alınıyor olmasıdır.

15 nolu ASM'de iki aile hekimliği uzmanı, iki pratisyen hekim, dört ebe ve bir temizlik personeli çalışmaktadır. İki katlı bir binada hizmet verilen ASM'de her doktor ve ebe için birer oda, bir toplantı odası, bir aile planlaması odası, bir aşı odası, bir pansuman/enjeksiyon/özürlü muayene odası, bir emzirme odası ve bir laboratuvar bulunmaktadır. ASM'de rutin uygulamalar dışında bazı laboratuvar testleri ve serviks ve kolon kanseri erken tanı testleri de yapılmaktadır. Aile sağlığı elemanları Ulusal

tarama programında bulunan meme kanseri taraması için 40-69 yaş grubunda bulunan kadınları KETEM'e yönlendirmelerini yapmaktadırlar. Serviks kanseri taraması için 30-65 yaş arası kadınları telefonla arayarak ASM'ye davet etmektedirler ve HPV DNA- Pap Smear testini ASM'de almaktadırlar. Kolorektal kanseri taraması için de ASM'ye gelen ve tarama yaptırmak isteyen 50-70 yaş arası bireylere gaitada gizli kan testi yapmaktadırlar.

Resim 2.1. Araştırmanın yapıldığı bölge



2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

2.3.1. Araştırmanın Evreni

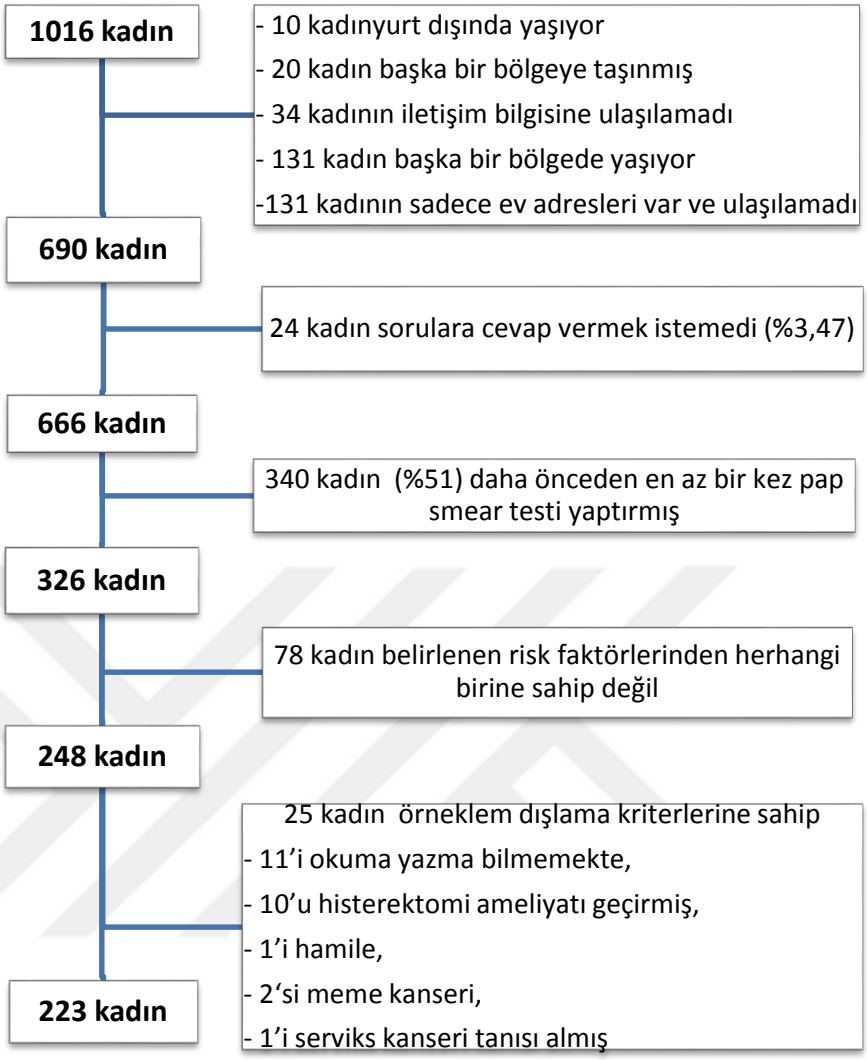
Araştırmanın evrenini 15 No'lu Selim Sultan ASM'ye kayıtlı Türkiye'de en sık görülen ve direkt serviks kanseri ile ilişkili risk faktörlerinden en az birine sahip, 40-55 yaş arası hiç pap smear testi yaptırmamış kadınlar oluşturmuştur. Bu risk faktörleri; beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullanımı, üç veya daha fazla çocuk sahibi olma, 16 yaş ve öncesinde cinsel ilişkiye başlama, gebelik ve doğum yaşının 17 ve altında olması, ailede (özellikle anne ve kız kardeşte) serviks kanseri

öyküsü bulunmasıdır (Harvard School of Public Health 2008, Taşkın 2009, Taşkın ve ark 2011, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013, American Cancer Society 2015). Böylece serviks kanseri açısından en az üç risk faktörüne sahip kadınlar araştırma evrenini oluşturmuştur.

15 No'lu ASM'ye bağlı 40-55 yaş arası kadın sayısı 1016'dır. Araştırma evreninin saptanması amacıyla kadınların tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Ancak kadınlardan 34'üne ait kayıtlı telefon ve adres bilgisi bulunamamıştır. 131 kadının Karatay bölgesi dışında ikamet ettiği, 10 kadının yurtdışında yaşadığı, 20 kadının kayıtlı adresinden başka bir bölgeye taşındığı tespit edilmiştir (131 kadının ev adreslerine ziyaretle ve telefonla ulaşılamamıştır). Böylece toplam 326 kadına ulaşılamamıştır. Ulaşılan 690 kadının 369'una telefonla arama ile 321'ine ise ev ziyareti yolu ile ulaşılmıştır. Bu kadınlardan 24'ü sorulara cevap vermek istememiştir. Geriye kalan 666 kadından 340'ının daha önceden en az bir kez pap smear testi yaptırdığı verdikleri beyanlardan belirlenmiştir. 326 kadından 78'i ise belirlenen risk faktörlerinden herhangi birine sahip olmadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Belirlenen risk faktörlerinden en az birine sahip ve hiç pap smear testi yaptırmamış 248 kadın çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Evrendeki kadınların 25'i örneklem dışlama kriterleri (11'i okuma yazma bilmemekte, 10'u histerektomi ameliyatı geçirmiş, biri hamile, ikisi meme kanseri, biri serviks kanseri tanısı almış) kapsamında çalışma dışı bırakılmıştır. Örnek seçim kriterlerine uyan serviks kanseri yönünden yüksek risk grubunda bulunan 223 kadın araştırmanın çalışma evrenini oluşturmuştur (Çizelge 2.1).

Araştırma evreninin saptanması sürecinde, ASM kayıtlarında telefon numarası olan kadınlara telefon yolu ile, telefon numaraları olmayan kadınlara ise ev adreslerine en az bir ziyaret gerçekleştirilerek ulaşılmaya çalışılmıştır. Telefonla arama yolu ile ulaşılamayan kadınlarında eğer varsa adreslerine ziyaret gerçekleştirilmiş eğer evde yoksa geri dönüş yapılması için posta kutularına açıklayıcı not ve telefon numarası bırakılmıştır. Geri dönüş sağlayan kadınlar çalışma evrenine dahil edilmiştir.

Çizelge 2.1. Araştırmanın çalışma evreninin belirlenmesine yönelik akış şeması



2.3.2. Çalışma Grubu Dışlama Kriterleri

RKD Çalışma Grubu Dışlama Kriterleri

- Okur yazar olmamak
- Daha önce serviks kanseri ile ilgili herhangi bir eğitim almış olmak
- Gebe veya doğum sonu üç aylık dönemde olmak
- Herhangi bir kanser tanısı almış olmak
- Cinsel deneyimi olmamak
- Histerektomi operasyonu geçirmiş olmak

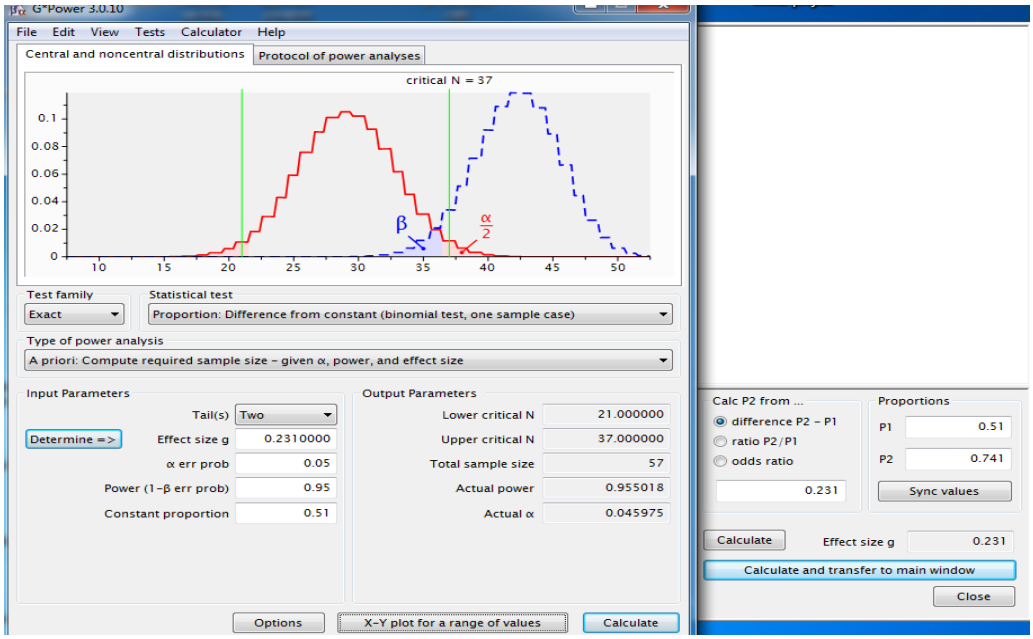
Araştırma başladıktan sonra girişimlerin tümünü alma oranı %100'dür ve girişimlere katılım tam olarak sağlanmıştır.

2.3.3. Araştırmanın Çalışma Grubu ve Power Analizi

RKD'nin örnek büyüklüğü Power analizi ile çift yönlü p değeri doğrultusunda belirlenmiştir. Bölgeye ait Pap smear testi yaptırma oranı çalışma evreni belirleme sürecinde saptanmış ve bölgeye özel pap smear testi yaptırma oranının % 51 olduğu bulunmuştur. Kadınların Pap smear testi yaptırma oranlarını artırmaya yönelik Türkiye'de yapılmış olan eğitim ve danışmanlığı içeren bir çalışmada Pap smear testi yaptırma oranının % 23.1 artırıldığı (Şahiner 2012) temel alınarak G*Power programı kullanılarak etki büyüklüğü 0.231 bulunmuştur. Bu etki büyüklüğü sonucuna göre RKD'nin örnek büyüklüğü Power analizi ile belirlenmiş olup, %95 güçle her bir grupta 57 kadın bulunması gerektiği saptanmıştır (Bkz. Resim 2.2) .

RKD çalışması sonlandıktan sonra elde edilen bulgular G*Power 3.1 programı kullanılarak % 5 hata payı ve 0,8 etki büyüklüğü ile Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli ölçeği alt boyutlarından *Pap Smear Yarar ve Motivasyon*'a göre 0,98 (%98), *Pap Smear Engeller, Serviks Kanseri Önemseme/Ciddiyet, Serviks Kanseri Duyarlılık, Serviks Kanseri Sağlık Motivasyonu* alt boyutları ve *Sağlık Sorumluluğu* ölçeğine göre 1,00 (%100) olduğu belirlenmiştir ve çalışmada kullanılan örnek büyüklüğünün yeterli olduğu sonucuna varılmıştır.

Resim 2.2. G*Power çalışma grubu belirlenmesi



2.3.4. Araştırma Çalışma Gruplarının Oluşturulması

Güç analizi ile belirlenen örnek büyüklüğü doğrultusunda RKD'nin çalışma grubu (134) seçilmesi, basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak evrenden (223) rastgele seçilmiştir.

2.3.5. Randomizasyon ve Körleme

Randomizasyon öncesinde çalışma grubundaki kadınlara araştırma ile ilgili genel bilgi verilip araştırmaya katılmaları için genel onamları alınmıştır. Kadınların tümü araştırmaya katılım için onam vermişlerdir.

Randomizasyon: Çalışmada randomize atama ve randomizasyonun gizlenmesi yapılarak seçim yanlılığı kontrol altına alınmıştır. Bu kapsamda deney ve kontrol gruplarına; kadınların isimlerini ve özelliklerini bilmeyen bir istatistik uzmanı tarafından randomize atama yapılmıştır. Evrenden rastgele seçilen 134 kadın deney ve kontrol gruplarına 67'şer kadın olarak randomize atanmıştır.

RKD'lerde gruplardaki denek sayılarının eşit ya da dengeli olmasıyla birlikte prognostik faktörler yönünden de benzer olması istenmektedir. Tabakalı randomizasyon yöntemine göre, deney ve kontrol gruplarında ortaya çıkabilecek dengesizlikler sınırlandırılmaktadır. Bu yöntemin ilk aşaması risk faktörlerine göre tabakalara ayırmak olup, her bir tabaka içerisinde tekrar randomizasyon yapılmakta ve randomizasyon yöntemlerinden de permütasyon yöntemi kullanılmaktadır. Permütasyon yöntemindeki belirlenen faktörlerlerin her bir kombinasyonu için üretilmektedir. Her bir tabakadaki deneklerin özellikleri homojen olacağı için de tabakalara ayırmak çalışmanın güvenilirliğini artırmaktadır (Beller ve ark 2002, Alpar ve Uludağ 2003).

Tabakalandırma yapılmadan bir örneklemde istenmeyen bazı durumlarla karşılaşılabilir. Bu sebeple randomizasyonun sağlanmasında tabakalı örnekleme yöntemi (doğum sayısı yönünden) uygulanmıştır. Her bir grupta doğum sayısı yönünden eşit dağılımı sağlamak için tabaka oluşturulmuştur. Tabakalama işleminden sonra istatistik uzmanı tarafından bilgisayar üzerinde basit

randomizasyon yöntemi kullanılarak deney ve kontrol gruplarına randomize atama yapılmıştır. Girişimler başlayana kadar deney ve kontrol gruplarında kimlerin yer aldığı araştırmacıdan gizlenmiştir.

Çizelge 2.2. Deney ve kontrol grubundaki kadınların bazı temel sağlık özelliklerinin dağılımı (Girişim öncesi)

	Deney (n=67)		Kontrol (n=67)			
	n	%	n	%	χ^{2**}	p
Eğitim Durumu						
İlkokul	62	92,5	62	92,5		
Ortaokul	3	4,5	3	4,5	1,111	0,574
Lise	1	1,5	2	3,0		
Üniversite ve üzeri	1	1,5	0	0,0		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	7	10,4	6	9,0	0,085	0,770
Çalışmıyor	60	89,6	61	91,0		
Ekonomik Durum Algısı						
İyi	12	17,9	9	13,5		
Orta	46	68,7	50	74,6	0,654	0,721
Kötü	9	13,4	8	11,9		
Anne veya Kız Kardeşte Serviks Kanseri Öyküsü						
Var	9	13,4	9	13,4	0,000	1,000
Yok	58	86,6	58	86,6		
Beş Yıldan Daha Uzun Süre Oral Kontraseptif Kullanma Durumu						
Evet	20	29,9	23	34,3	0,308	0,579
Hayır	47	70,1	44	65,7		
Doğum Sayısı						
2	8	11,9	7,0	10,4		
3	29	43,3	29	43,3		
4	16	23,9	19	28,4	0,964	0,915
5	10	14,9	7,0	10,4		
6 ve daha fazla	3	6,0	5,0	7,5		

	n	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	Min-Maks	t	p
İlk Cinsel İlişki Yaşı							
Deney	67	19,02	3,288	19,00	14,00-28,00	0,433	0,666
Kontrol	67	18,82	2,194	19,00	14,00-24,00		
İlk Doğum Yaşı							
Deney	67	20,53	3,358	20,00	15,00-31,00	-0,272	0,786
Kontrol	67	20,68	2,985	20,00	15,00-35,00		

*Kadınların medeni durumu incelendiğinde tüm kadınların evli olduğu bulunmuştur.**Gözlerdeki frekanslardan herhangi biri 5 ile 25 arasında ise Continuity Correction test uygulanmıştır.

Çizelge 2.2'de deney ve kontol grubundaki kadınların bazı temel özellikleri verilmiştir. Temel özellikler incelendiğinde yaş ortalaması deney grubunda 46,44±4,576, kontrol grubunda ise 46,28±4,470'dir. Deney ve kontrol grubunun % 92,5'i ilkokul mezunudur. Deney grubunda yer alanların % 89,6'sı kontrol grubunda yer alanların % 91'i çalışmamaktadır. Deney grubunun % 68,7'si, kontrol grubunun

% 74,6'sı ekonomik durumunu orta olarak algılamaktadır. Kadınların deney grubunda ilk cinsel ilişki yaşı ortalaması 19,02±3,288, ilk doğum yaşı ortalaması 20,53±3,358, doğum sayısı ortalaması 3,56±0,988'dir. Kontrol grubunda ilk cinsel ilişki yaşı ortalaması 18,82±2,194, ilk doğum yaşı ortalaması 20,68±2,985, doğum sayısı ortalaması 3,64±1,068'dir. Deney grubunun oral kontraseptif kullanma durumu % 29,9 iken kontrol grubunun % 34,3'tür. Gruplar arasında temel özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Çizelge 2.3. Deney ve kontrol grubundaki kadınların bazı temel özelliklerinin dağılımı (Deney ve kontrol grubundaki ayrılmalar sonrası)

	Deney (n=57)		Kontrol (n=57)			
	n	**%**	**n**	**%**	χ^2	**p**
Eğitim Durumu						
İlkokul	52	91,2	52	91,2		
Ortaokul	3	5,3	3	5,3	1,333	0,631
Lise	1	1,8	2	3,5		
Üniversite ve üzeri	1	1,8	0	0,0		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	5	8,8	4	7,0	0,121	1,000
Çalışmıyor	52	91,2	53	93,0		
Ekonomik Durum Algısı						
İyi	9	15,8	6	10,5		
Orta	42	73,7	46	80,7	0,873	0,646
Kötü	6	10,5	5	8,8		
Anne veya Kız Kardeşte Serviks Kanseri Öyküsü						
Var	6	10,5	6	10,5	0,000	1,000
Yok	51	89,5	51	89,5		
Oral Kontraseptif Kullanma Durumu						
Evet	18	31,6	18	31,6	0,000	1,000
Hayır	39	68,4	39	68,4		
Doğum Sayısı						
2	4	7	4	7		
3	25	43,9	25	43,9		
4	14	24,6	16	28,1	2,163	0,826
5	10	17,5	7	12,3		
6 ve daha fazla	4	7	5	8,7		

	n	**Ortalama**	**Std. Sapma**	**Ortanca**	**Min-Maks**	**t**	**p**
İlk Cinsel İlişki Yaşı							
Deney	57	19,28	3,256	19,00	14,00-28,00	0,889	0,376
Kontrol	57	18,82	2,097	19,00	14,00-24,00		
İlk Doğum Yaşı							
Deney	57	20,72	3,421	20,00	15,00-31,00	0,145	0,885
Kontrol	57	20,63	3,010	20,00	15,00-35,00		

*:p<0,05 **:p<0,01 ***:p<0,001

Çizelge 2.3'te müdahalelere başlamadan deney grubundan 10, kontrol grubundan 10 kadının ayrılmasından sonra deney ve kontrol grubunun temel özelliklerinin dağılımı incelenmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak bir faklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Körleme: RKD'de tekli körleme (veri toplayıcılar, istatistikçi ve raporlama yönünden) yapılmıştır. Son testler deney ve kontrol grubunda kimlerin olduğunu bilmeyen bir başka araştırmacı (veri toplama formu konusunda eğitilmiş ve İç Hastalıkları Hemşireliği ABD doktora öğrencisi) tarafından yapılmıştır ve veriler 'A' ve 'B' şeklinde kodlama yapılarak aynı kişi tarafından bilgisayara aktarılmıştır. Gruplar yönünden kodlanmış verilerin analizi bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. İstatistiksel analizler yapıldıktan ve araştırma raporu yazıldıktan sonra yardımcı araştırmacı tarafından deney ve kontrol grubu için yapılan kodlamaları açıklanmıştır. Veri toplayıcı, istatistik uzmanı ve raporlama yönünden körleme uygulanmıştır. Bu şekilde saptama yanlılığı, istatistiksel yanlılık ve raporlama yanlılığı kontrol edilmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Deneysel araştırmada araştırmacı tarafından hazırlanan Bilgi Formu, Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Sağlık Sorumluluğu Ölçeği ve Serviks Kanseri Taraması Katılımına İlişkin Değerlendirme Formu kullanılmıştır.

2.4.1. Bilgi Formu (EK-A)

Deneysel çalışmada kullanılmak üzere araştırmacı tarafından literatür (American Cancer Society 2015, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016) doğrultusunda hazırlanan form, bireylerin temel özelliklerini belirlemeye yönelik 10 sorudan oluşmaktadır.

2.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Sağlık Sorumluluğu) (EK-C)

Ölçek, Walker ve ark (1987) tarafından, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile

ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek başlangıçta 48 maddeden oluşmuş ancak 1996 yılı revizyon sonrası 52 maddeye çıkarılmıştır. Toplam 52 maddeden oluşan bu ölçekte manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere toplam altı alt boyut yer almaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur ve dörtlü likert (Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4)) tipindedir.

Bu çalışmada Bahar ve ark (2008) tarafından uyarlanan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" ölçeğinin Türkçe formundaki "Sağlık Sorumluluğu" alt boyutu kullanılmıştır (Bahar ve ark 2008). "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı toplamda 0,92 olup Sağlık Sorumluluğu alt boyutu Cronbach Alpha katsayısı 0,77'dir. Sağlık sorumluluğu alt boyutunda en düşük puan 9, en yüksek puan 36'dır. Puan düştükçe sağlık sorumluluğu düşmekte, puan arttıkça sağlık sorumluluğu da artmaktadır.

2.4.3. Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (EK-B)

Ölçek; Sağlık İnancı Kuramı temel alınarak Güvenç ve ark (2011) tarafından geliştirilmiştir (Güvenç ve ark 2011). 35 maddeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tümü için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.62-0.86 arasında, alt boyutları için Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0.79-0.87 arasında değişmektedir.

Ölçekte, "kesinlikle katılmıyorum" cevabı 1, "katılmıyorum" 2, "kararsızım" 3, "katılıyorum" 4 ve "kesinlikle katılıyorum" 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 5 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin her boyutu ayrı ayrı değerlendirilmekte olup tek bir toplam puanda birleştirilmemektedir. Engel algısı haricindeki alt boyutlar, Pap Smear tarama davranışıyla pozitif olarak ilişkilidir. Ölçekte hiçbir madde ters puanlandırılmamaktadır. Değerlendirmede, her birey için alt boyut sayısı kadar puan elde edilir.

Pap smear yarar ve motivasyon alt boyutu 8 maddeden oluşmaktadır (İlk 8 madde). Puan dağılımı 8-40 arasındadır. Puanların artması yarar ve motivasyon algılarının arttığını göstermektedir.

Pap smear engeller alt boyutu 14 maddeden oluşmaktadır (9 - 22 madde arası).

Puan dağılımı 14-70 arasındadır. Puanların artması engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir

Serviks kanseri önemseme/ciddiyet alt boyutu 7 maddeden oluşmaktadır (23-29 madde). Puan dağılımı 7-35 arasındadır. Puanların artması önemseme/ciddiyet algılarının arttığını göstermektedir.

Serviks kanseri duyarlılık alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır (30-32 madde). Puan dağılımı 3-15 arasındadır. Puanların artması duyarlılıklarının arttığını göstermektedir.

Serviks kanseri sağlık motivasyonu 3 maddeden oluşmaktadır (İlk 33-35 madde). Puan dağılımı 3-15 arasındadır. Puanların artması sağlık motivasyonunun arttığını göstermektedir.

2.4.4. Serviks Kanseri Taraması Katılımına Ilişkin Değerlendirme Formu (EK-D)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form taramalara katılım durumunu ve hangi uygulamanın daha etkin olduğunu sorgulayan dört sorudan oluşmaktadır. Bu form sadece son testte uygulanmıştır.

2.5. Ön Uygulama

Bilgi formundaki soruların anlaşılırlığını değerlendirmek için araştırma öncesinde araştırmanın yapılacağı bölgede pap smear yaptıran kadınlardan oluşan 15 kişilik bir grupta ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında herhangi bir sorun tespit edilmemiştir. Tüm formların doldurulması toplam 15 dakika sürmüştür.

2.6. Verilerin Toplanması

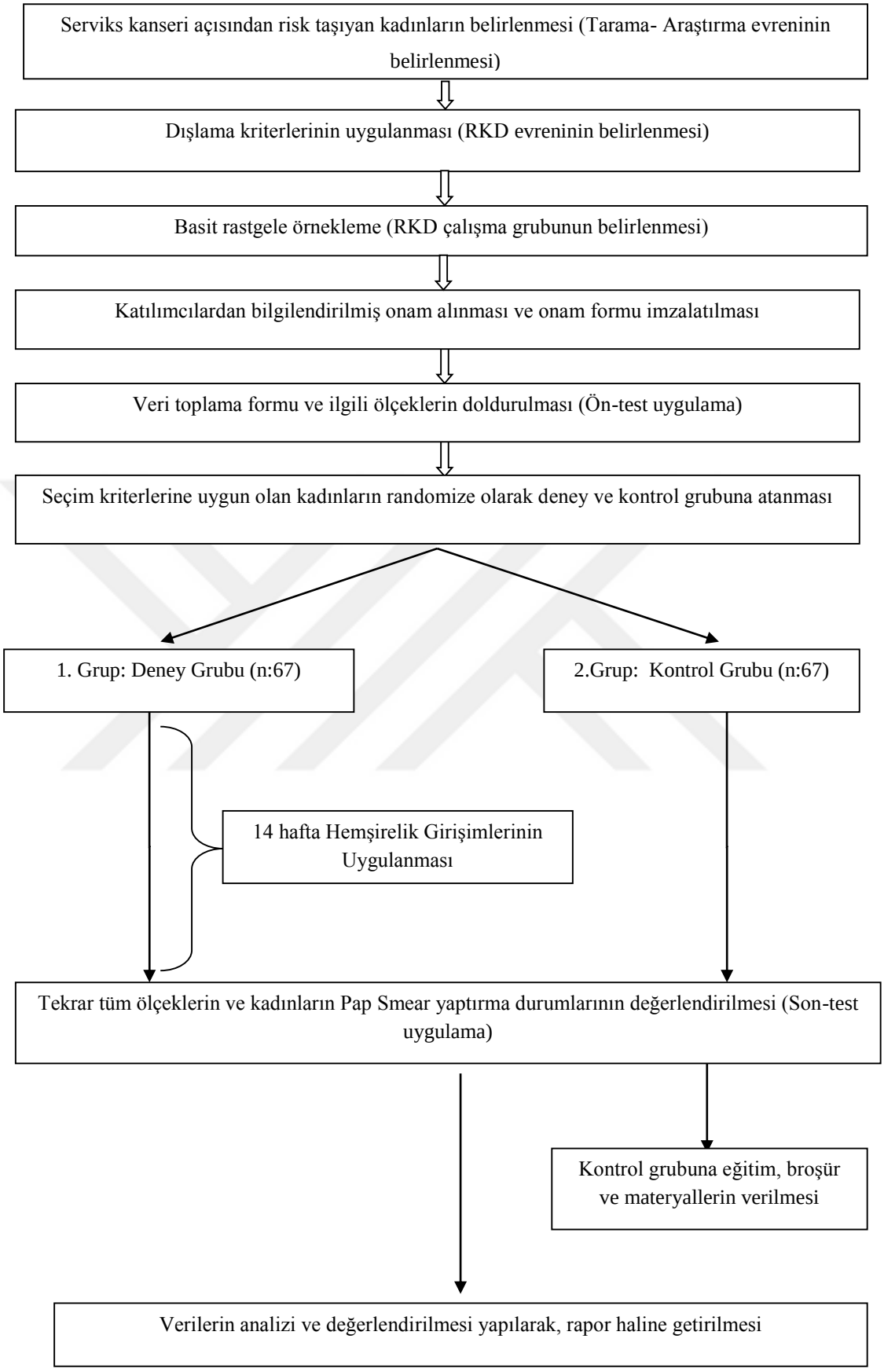
Ön testler: Randomizasyon öncesi kadınların evlerine ziyaret yapılarak, evlerinde ulaşılamayan kadınlara ise telefon ile ulaşılarak sözel ya da yazılı onam alınmış, hemen sonrasında araştırmacı tarafından 15-18 Mart 2017 tarihleri arasında araştırmayı kabul eden kadınlara ön testler uygulanmıştır. Ön testte, Bilgi Formu (Bkz. EK-A), Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Bkz. EK-B), Sağlık Sorumluluğu Ölçeği (Bkz. EK-C) uygulanmıştır.

Son testler: Yardımcı araştırmacı tarafından 14. haftanın sonunda deney ve kontrol gruplarının ASM'ye çağırılması ile ya da ev ziyaretleri yapılarak 12-18 Haziran 2017 tarihleri arasında son testler uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki kadınlara son testte; Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Bkz. EK-B), Sağlık Sorumluluğu Ölçeği (Bkz. EK-C) ve Pap Smear Yaptırmaya İlişkin Değerlendirme Formu (Bkz. EK-D) uygulanmıştır.

Veri toplama sürecinde yanlılığı önlemek için; deney ve kontrol grubuna uygulanacak olan son-testler araştırma konusu ile ilgili bilgilendirilmiş ve gruplar hakkında bilgisi olmayan bir araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Toplanan veriler aynı araştırmacı tarafından SPSS'e 'A' ve 'B' olarak kodlanarak kayıt edilmiştir.

Çizelge 2.4. Ölçüm araçları ön test- son test uygulama takvimi

Ölçüm Araçları	Ölçüm Zamanları			
	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Ön test 1. Hafta	Son Test 14. Hafta	Ön Test 1. Hafta	Son Test 14. Hafta
Bilgi Formu	X	---	X	---
Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	X	X	X	X
Sağlık Sorumluluğu Ölçeği	X	X	X	X
Serviks Kanseri Taraması Katılımına İlişkin Değerlendirme Formu	---	X	---	X



Şekil 2.1. Çalışma akış şeması

2.7. Çoklu Girişimler ve Araştırmanın Uygulama Basamakları

Araştırmanın uygulama süreci 13 Mart 2017 – 14 Haziran 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte serviks kanseri erken tanısına yönelik eğitimler, ev ziyaretleri ve hatırlatıcı aramalar 14 hafta boyunca devam etmiştir. Araştırmanın uygulama aşamasına ilişkin ayrıntılı bilgi aşağıda verilmiştir (Bkz. EK-G).

Tanışma, bilgilendirici onam ve ön testlerin uygulanması: Randomizasyon öncesi çalışma grubundan çalışmaya katılmak istediklerine dair yazılı onamları alınmıştır. Deney ve kontrol gruplarına ev ziyareti yolu ile ya da ASM'ye çağırılarak 13-018 Mart 2017 tarihleri arasında ön-testler (Bilgi Formu, Sağlık Sorumluluğu Ölçeği ve Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği) araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Randomizasyon sonrası gerekli açıklamalar yapılarak deney grubundaki kadınlardan grup eğitimi için telefonla randevu alınmıştır.

Deney Grubu: 14 hafta boyunca deney grubuna yönelik yapılan çoklu girişimler, Omaha sisteminin dört temel hemşirelik girişimini (sağlık eğitimi rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, vaka yönetimi, sürveyans) içerecek şekilde düzenlenmiştir (The Omaha System 2018). Deney grubuna serviks kanseri taramasına katılımı artırmaya yönelik grup eğitimi ve broşür verilmesi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı ve motivasyonu artırmaya yönelik uygulamalardan oluşan çoklu girişimler uygulanmıştır.

Birinci Aşama: Grup eğitimi ve broşür, magnet ve kupa verilmesi (motivasyonu artırıcı uygulamalar): Deney grubundaki kadınlara serviks kanseri ve taramasına ilişkin ASM'de bir grup eğitimi verilmiştir. Grup eğitiminde kadınlar 8'li gruplar halinde ASM'ye çağırılarak 40 dakika süren serviks kanseri ve sağlık taramasına ilişkin bir eğitim yapılmıştır (Bkz. EK-E, EK-F, EK-P). Grup eğitimi deney grubundaki kadınlara düz anlatım şeklinde sunulmuştur. Grup eğitimleri (bir grupta sekiz kadın, diğer yedi grupta yedişer kadından oluşmak üzere) 20-24 Mart 2017 tarihleri arasında her bir grup için yaklaşık 40 dakika olmak üzere tek oturumda yapılmıştır. Eğitim içeriği 'kadın üreme organlarının anatomisi, serviksin anatomisi, serviks kanseri ve önemi, risk faktörleri, belirtileri, erken tanı ve önemi, pap smear

testi' konu başlıklarından oluşmuştur (Bkz. EK- P). Eğitimde bilgisayar, projeksiyon cihazı, döner levha ve pap smear örneği alımında kullanılan materyallar (spekulum, cervibrush) kullanılmıştır. Eğitim sonrasında merak edilen diğer konular bireyler ile karşılıklı soru-cevap şeklinde tartışılmıştır ve grup içi etkileşim sağlanmıştır. Görüşme sonunda dört hafta sonra ev ziyareti yapılacağı söylenerek randevu alınmıştır. Toplamda bir haftada sekiz kez grup eğitimi yapılmış ve yaklaşık 320 dakika sürmüştür.

Bilgilendirme oturumunun ardından katılımcılara, anlatılan içerik ile ilgili bilgi içeren broşür verilmiştir (Bkz. Ek-O). Serviks kanseri ve taramalarına yönelik olan broşür içeriği temelde şu sorulara yönelik bilgiler içermiştir: Serviks kanseri, serviks kanseri risk faktörleri ve servik kanseri belirtilerinin neler olduğu, Pap smear testi nedir? Pap smear testi nasıl yapılır? Kimler Pap Smear testi yaptırmalıdır? Pap smear testi nerelerde yaptırılır? sorularının yanıtlarını içermiştir. Çalışma öncesi oluşturulan broşürün içerik geçerliliğine yönelik olarak üç öğretim üyesinden (Halk Sağlığı Hemşireliği ve Kadın ve Doğum Sağlığı Hemşireliği ABD'da iki profesör ve Kadın ve Doğum Sağlığı Hemşireliği ABD'da yardımcı doçent) uzman görüşü alınmıştır.

Grup eğitiminin arkasından broşürle birlikte motivasyonel mesajlar içeren ve hatırlatıcı olarak ‘5 Yılda Bir Pap Smear Test İle Sarıl Hayata’ yazılı magnet (Bkz. EK-S).ve ‘Rahim Ağzı Kanserine Erken Tanı İle Dur De! Kendine Şans Tanı!’ yazılı kupa verilmiştir (Bkz. EK-R).

İkinci Aşama: Birinci ev ziyareti: Grup eğitimlerinden sonra dört hafta sonra 17-23 Nisan 2017 tarihleri arasında kadınlara birinci planlı ev ziyareti yapılmıştır. Ev ziyaretinde verilen bireysel eğitimler, grup eğitimini pekiştirme amaçlı olmuştur. Ev ziyareti sırasında grup eğitiminde anlatılan konular gözden geçirilerek anlaşılmayan noktalara yönelik düz anlatım ve soru-cevap yöntemi ile interaktif bir eğitim yapılmıştır. Eğitimin içeriğini serviks kanseri, risk faktörleri, risklerden korunma ve taramaların önemi oluşturmuştur. Ev ziyareti süreci içerisinde danışmanlık hizmeti de verilmiştir. Danışmanlık hizmeti; kadınların kadın hastalıklarına ve sağlığı geliştirmelerine yönelik soruları cevaplanıp, gerekli yönlendirme işlemlerinin yapılması ve izlenmesini kapsamaktadır. Ziyaretler maksimum 40 dakika sürmüştür.

Her bir ziyarette eğitimin hedeflerine yönelik değerlendirmeler yapılmıştır. Birinci ev ziyaretleri (57 ziyaret) yedi günde toplamda 2280 dakika sürmüştür.

Üçüncü Aşama: Birinci telefonla arama: Kadınlarla ilk tanışma ve bilgilendirilmiş onamlarının alınmasından sonra iletişim için telefon numaraları istenmiştir. Birinci ev ziyaretinden iki hafta sonra 1-5 Mayıs 2017 tarihleri arasında gündüz saatlerinde olmak üzere arama yapılmıştır. Aramalar kadınlara 'serviks kanseri taramasına katılımlarını' hatırlatıcı içerikte olmuştur. Toplamda 57 kadınla yaklaşık 171 dakika görüşme yapılmıştır.

Dördüncü Aşama: İkinci ev ziyareti: Birinci ev ziyaretinden dört hafta sonra 13-18 Mayıs 2017 tarihleri arasında ikinci ev ziyaretleri gereçkeleştirilmiştir. Daha önce verilen eğitimleri pekiştirici olarak 20 dakikalık düz anlatım ve soru-cevap şeklinde döner levha ile bir eğitim verilmiş ve danışmanlık yapılmıştır. Serviks kanseri taramasına katılan kadınlara daha çok birincil korumaya yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmiştir. Aynı zamanda beş yıl sonra testi tekrarlamanın önemi vurgulanmıştır. Pap smear testi yaptıran kadınların sonuçları takip edilip bilgilendirmesi ve gerekli yerlere yönlendirilmesi yapılmıştır. İkinci ev ziyaretleri (57 ziyaret) yedi günde toplamda 1140 dakika sürmüştür.

Beşinci Aşama: İkinci telefonla arama: İkinci ev ziyaretinden iki hafta sonra 29 Mayıs- 2 Haziran 2017 tarihleri arasında gündüz saatlerinde kadınlar 'serviks kanseri taramalarını hatırlatıcı' içerikte telefonla aranmıştır. Bu süreçte pap smear testi yaptıran kadınlara '65 yaşına kadar her beş yılda bir' bu testi yaptırmalarının önemi vurgulanmıştır. Toplamda 57 kadınla yaklaşık 114 dakika görüşme yapılmıştır.

Beş aşamadan oluşan girişimlerin uygulanması toplamda 4025 dakika sürmüştür.

Son testlerin uygulanması: Son testler (Sağlık Sorumluluğu Ölçeği, Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Serviks Kanseri Taraması Katılımına İlişkin Değerlendirme Formu) deney ve kontrol grupları ASM'ye davet edilerek, ASM'ye gelmeyen kadınlara ise ev ziyareti yapılarak 12-16 Haziran 2017 tarihleri arasında körlenmiş araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Rutin Bakım Alan Grup: Bu gruptaki kadınlara 13-18 Mart 2017 tarihleri arasında ön test ve 12-18 Haziran 2017 tarihleri arasında son test olmak üzere iki kez ölçüm yapılmıştır. Kontrol grubundaki kadınlara 13-18 Mart 2017 tarihleri arasında Bilgi Formu, Sağlık Sorumluluğu Ölçeği, Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği uygulanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmamıştır. Bu grup rutin uygulamalara devam etmiştir. ASM'de kadınlara yönelik yapılan rutin uygulama, ASM'ye gelen 35-65 yaş kadınlara sağlık personeli tarafından serviks kanseri taramasına katılım için yönlendirmelerini ve bireysel olarak telefonla arayarak taramalara katılıma davet edilmelerini içermektedir. Kontrol grubuna 12-18 Haziran 2017 tarihleri arasında son-test (Sağlık Sorumluluğu Ölçeği, Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Serviks Kanseri Taraması Katılımına İlişkin Değerlendirme Formu) uygulanmıştır. Çalışma sonlandıktan sonra kontrol grubundaki kadınlar aranarak serviks kanseri erken tanısına ilişkin eğitim için ASM'ye davet edilmiş, ASM'ye gelen kontrol grubundaki kadınların etik açıdan bilgilenme hakkı dikkate alınarak grup eğitimi verilmiştir. Grup eğitimi sonrası broşür, magnet ve kupa kontrol grubuna da verilmiştir.

2.8.Araştırmanın Değişkenleri

2.8.1.Bağımlı Değişkenler (Çıktılar)

- Kadınların serviks kanseri taramasına katılma durumu
- Serviks kanseri ve pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeği puan düzeyi
    - Pap smear yarar ve motivasyonu alt boyutu puan düzeyi
    - Pap smear engeller alt boyutu puan düzeyi
    - Serviks kanseri önemseme/ciddiyet alt boyutu puan düzeyi
    - Serviks kanseri duyarlılık alt boyutu puan düzeyi
    - Sağlık motivasyonu alt boyutu puan düzeyi
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II /Sağlık sorumluluğu puan düzeyi

2.8.2.Bağımsız Değişkenler

- Çoklu Girişimler: Temel hemşirelik fonksiyonlarından üçünü içeren (koruyucu, eğitim verici, sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olma) uygulamalardan

oluşmuştur (Serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan kadınlara yönelik yapılan serviks kanseri erken tanısına ilişkin grup eğitimi ve broşür, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatma ve motivasyonu artırıcı uygulamaları içeren çoklu girişimlerin uygulanması).

Çalışmada kadınların temel özelliklerine ilişkin değişkenler (Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, algılanan ekonomik durum, anne ya da kız kardeşte serviks kanseri öyküsü bulunması, cinsel ilişki yaşı, ilk doğum yaşı, doğum sayısı, oral kontraseptif kullanma durumu) randomizasyonla kontrol altına alınmıştır.

2.9. Verilerin Analizi: Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 23 istatistiksel analiz programı ile yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde sınanmıştır. Deney ve kontrol gruplarının bağımsız değişkenleri ile ölçek puanları ve taramalara katılımları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde uygun istatistiksel analizlerden yararlanılmıştır (Bkz. Çizelge 2.5.)

Çizelge 2.5. Bu çalışmada kullanılan istatistiksel analizlerin dağılımı

İstatistik Yapılan Alanlar	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
Bağımlı Değişkenlerin Normallik Analizi	Kolmogrov-Smirnov, Shapiro-Wilk ve Anderson Darling*
Deney ve Kontrol Gruplarının Benzerlik Analizi	Sayı, Yüzde ve ortalama-standart sapma, Chi-square (Gözlerdeki frekanslardan herhangi biri 5 ile 25 arasında ise Continuity Correction)
Deney grubunun ve kontrol grubunun grup içi 'Sağlık sorumluluğu ve Serviks kanseri ve pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeği' ön test ve son test puanları karşılaştırılması	Bağımlı gruplarda t testi, mITT, ITT, Etki büyüklüğü (d), Güven aralığı hesaplamaları
Deney grubu ve kontrol gruplarının arasında 'Sağlık sorumluluğu ve Serviks kanseri ve pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeği' ön test ve son test puanlarının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi, mITT, ITT, Etki büyüklüğü (d), Güven aralığı
Deney ve kontrol grubunun serviks kanseri taramasına katılma durumları	Chi-square (Gözlerdeki frekanslardan herhangi biri 5 ile 25 arasında ise Continuity Correction), mITT, Relatif Etkinlik, ARR (Absolute Risk Reduction), RRR (Relative Risk Reduction)

*Verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde modified intention to treat (mITT) ve denetim amaçlı intention to treat (ITT) analizleri yapılmıştır. Modified intention to treat analizi çalışmadan ayrılanların analizden çıkarılmasına dayanan bir yöntemdir (Abraha ve Montedori 2010, Faltin ve ark 2012, Akın ve Koçoğlu 2017). Bu çalışmada çalışmanın başında hiçbir girişim almadan çalışmadan ayrılan 20 kadının verileri analizlerden çıkarılmıştır. ITT ise randomizasyonun sürdürülmesinde ve çalışmadan ayrılma durumunda yanlılığın önlenmesinde kullanılan temel bir yöntemdir. ITT analizi randomizasyon sonrasında ortaya çıkan ayrılma, uyumsuzluk, tedavi/girişimi alıp almama vb. hiçbir gerekçeyi dikkate almadan her katılımcının atandığı grupa göre analiz edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntemde araştırmacıların eksik olan verileri tamamlamak için istatistik stratejilerden birisini kullanması gerekmektedir (Gravel ve ark 2007, Akın ve Koçoğlu 2017). Eksik veriler ele alınırken uygulanacak yaklaşım verinin kesikli ya da sürekli veri olmasına göre değişmektedir. Kesikli verilerde, kayıp veriler olabilecek en iyi sonuç (best-case scenario) varsayılarak ya da en kötü (worst-case scenario) sonuç varsayılarak doldurulmaktadır. Sürekli verilerde ise kayıplar doldurulurken kullanılan en yaygın yöntem en son gözlemlenen verinin sonuç ölçümlerinin (Last Observation Carried Forward) tekrarlanarak doldurulmasıdır (Partlak Günüşen ve Üstün 2009). Bu çalışmanın ITT analizi için araştırma sürecinde deney ve kontrol gruplarından ayrılan 20 kadına ulaşmak mümkün olmadığından son testler kadınların ön testlerde verdiği cevaplar tekrarlanarak doldurulmuştur ve eksik olan veriler bu şekilde tamamlanmıştır. Etki büyüklüğü G-Power 3.1 programı ile ortalama puanlar ve standart sapma değerleri kullanılarak hesaplanmıştır (Bkz. EK-N).

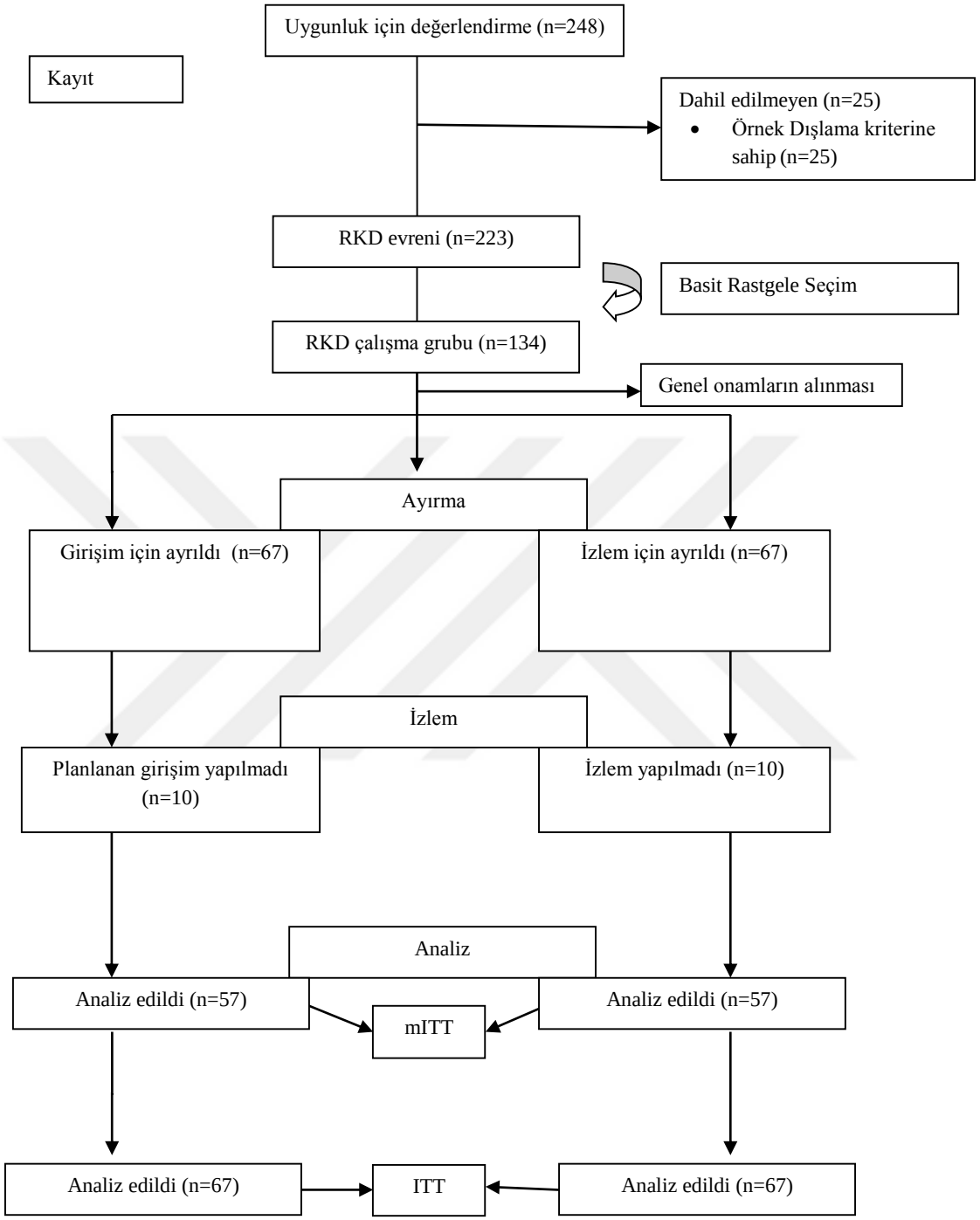
İki grup ortalaması arasındaki farkın hesaplandığı istatistiksel yöntemler için etki büyüklüğü hesaplanmasında genellikle Cohen's d formülü kullanılmaktadır. Cohen's d formülü grupların ortalamaları ve harmanlanmış standart sapmaları (pooled standart deviation) ile hesaplanmaktadır. Hesaplamalar sonucunda elde edilen d; 0,20 ise küçük etki büyüklüğü, 0,50 ise orta ve 0,80 ise büyük etki büyüklüğünü ($d \leq 0,20$ zayıf, $0,20 < d < 0,80$ orta ve $d \geq 0,80$ büyük etki büyüklüğü) ifade etmektedir. Etki büyüklüklerinin önündeki negatif (-) ifade girişimlerin olumsuz yönde olduğunu ve pozitif (+) ifade girişimlerin olumlu yönde etkisinin olduğunu göstermektedir (Cohen 1988).

Verilerin değerlendirilmesinde yanlılığı önlemek için; veri tabanına kayıt edilen verilerin analizi araştırmacıdan bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır.

2.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan 24.06.2016 tarih ve 2016/06 sayılı etik kurul izni (Bkz. EK-I) etik kurul izni ve Konya İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden kurum izni (Bkz. EK-J) alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmada kullanılacak olan ölçeklerin kullanılmasına ilişkin yazarlardan izin alınmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen her iki gruptaki kadınlara bilgi verilerek deney ve kontrol grubundan aydınlatılmış yazılı onamlar alınmıştır. Etik açıdan son testler uygulandıktan sonra deney grubuna verilen grup eğitimi, broşür, magnet ve kupalar kontrol grubuna da verilmiştir. Öğretim Üyesi Yetiştirme Koordinatörlüğünden mali destek alınmıştır.

3. BULGULAR



Şekil 3.1. Kadınların serviks kanseri erken tanısını artırmaya yönelik çalışmanın deney ve kontrol grubu CONSORT (2010) akış şeması
Kaynak: http:// www.consort-statement.org/consort-2010

CONSORT 2010'a göre hazırlanmış olan deney ve kontrol grubunun akış şeması Şekil 3.1 'de verilmiştir. RKD'nin evrenini serviks kanserine yönelik belirlenen beş risk faktöründen en az birine sahip 40-55 yaş arası hiç pap smear testi

yaptırmamış 248 kadın oluşturmuştur. RKD'nin dışlama kriterleri uygulandığında okuma yazma bilmeyen 11, histerektomi ameliyatı geçiren 10, meme kanseri tanısı alan iki, serviks kanseri tanısı alan bir ve biri hamile olmak üzere 25 kadın çalışma dışı bırakılmıştır ve çalışma evreni 223 kadından oluşmuştur. Bu kadınlar arasından 134 kadın rastgele seçilerek RKD'nin çalışma grubu belirlenmiştir. Çalışma grubundaki 134 kadın deney/kontrol gruplarına 67'şer olarak randomize atanmıştır. Araştırmada girişimler başlamadan önce deney ve kontrol gruplarından 10'ar kadın araştırmadan kendi istekleri ile ayrılmışlardır. Çalışma bulgularının sunulmasında mITT uygulanmıştır. Bunun yanında kontrol amacıyla ITT analizi yapılarak bulgular arasında bir farklılık olmadığı gözlenmiştir (Bkz EK-N).

Serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan 40-55 yaş arası kadınlara; serviks kanseri ve erken tanısına ilişkin grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramaları ve motivasyonel mesajlardan oluşan çoklu girişimlerin sağlık sorumluluğuna, serviks kanseri ilişkin sağlık inancına ve taramalara katılımına etkisini belirlemek amacına yönelik yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında incelenmiştir.

1. Deney grubu ile kontrol grubunun *Sağlık Sorumluluğu* alt boyutu ön ve son test puanlarına ilişkin bulgular
2. Deney ve kontrol grubunun *Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği* alt boyutları ön ve son test puanlarına ilişkin bulgular

3. Deney ve kontrol grubunun *Serviks Kanseri Taraması*na katılım oranlarına ilişkin bulgular

3.1. Deney ve Kontrol Grubunun Sağlık Sorumluluğu Puan Ortalamalarının Ön ve Son Test Ölçümlerine İlişkin Bulgular ($H1_0$ hipotezine yönelik elde edilen bulgular)

Çizelge 3.1. Deney ve kontrol grubundaki kadınların sağlık sorumluluğu puanı ortalamalarının ön ve son test ölçümlerine göre dağılımı (n: 114)

		Sağlık Sorumluluğu		Ön Test-Son Test Farkı		Etki Büyüklüğü *(%95 CI)
		Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	t	p	d
Deney Grubu (n:57)		18,35±4,434	20,28 ±4,283	-6,639	0,000	0.443 (0,070 , 0,814)
Kontrol Grubu (n:57)		15,14±2,863	14,82±2,791	2,070	0,043	
Gruplar Arası Fark	**t**	4,593	8,057			
	p	0,000	0,000			
Etki Büyüklüğü *(%95 CI)	**d**		1.510 (1,090 , 1,924)			

**p<0,000

Çizelge 3.1'de $H1_0$ hipotezine göre (*$H2_0$: serviks kanseri yönünden riskli kadınlara yönelik çoklu girişimlerin uygulandığı deney grubu ile kontrol grubu arasında: serviks kanserine yönelik sağlık sorumluluğupuanları yönünden fark yoktur*) deney ve kontrol grubundaki kadınların *Sağlık Sorumluluğu* alt boyutu puan ortalamalarının ön test ve son test ölçümlerine göre dağılımı gösterilmektedir.

Deney grubunun sağlık sorumluluğu alt boyutunun ortalama puanının grup içi karşılaştırmalarda son testte ön teste göre kadınların sağlık sorumluklarının arttığı, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,001) ve etki büyüklüğünün (0,443) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun sağlık sorumluluğu alt boyutu puanları son testte (14,82 ± 2,791) ön teste göre (15,14 ± 2,863) olumsuz yönde azalmıştır ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Gruplar arası karşılaştırmada 14 haftalık hemşirelik girişimleri sonrası son testte deney ve kontrol grubunun Sağlık Sorumluluğu puanları yönünden farkın anlamlı olduğu (p<0,001) ve etki büyüklüğünün (1,510) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çizelge 3.1'e göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin alt boyutu olan *Sağlık Sorumluluğu* için $H1_0$ hipotezi reddedilmiştir.

3.2. Deney ve kontrol grubunun, Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları ön ve son test puan ortalamalarına ilişkin bulgular ($H2_a$, $H2_b$, $H2_c$, $H2_d$, $H2_e$ hipotezlerine yönelik elde edilen bulgular)

Çizelge 3.2. Deney ve kontrol grubundaki kadınların serviks kanseri ve pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ön test ve son test ölçümlerine göre dağılımı (n: 114)

		Ön Test	Son Test	Ön Test-Son Test Farkı		Etki Büyüklüğü	*(%95 CI)
		Ort±SS	Ort±SS	t	p	d	
Pap Smear Yarar ve Motivasyon Alt Boyutu							
Deney Grubu		28,35±3,749	32,23±2,952	-12,686	0,000	1,150	(0,751 , 1,545)
Kontrol Grubu		27,96±2,803	27,05±3,573	3,676	0,001		
Gruplar Arası Fark	**t**	0,623	8,431				
	p	0,535	0,000				
Etki Büyüklüğü(%95 CI)	**d**		1,581 (1,157 , 2,000)				
Pap Smear Engeller Alt Boyutu							
Deney Grubu		44,89±6,332	32,05±5,041	20,142	0,000	2,244	(1,771 , 2,711)
Kontrol Grubu		42,74±5,287	42,89±6,132	-0,404	0,688		
Gruplar Arası Fark	**t**	1,975	-10,313				
	p	0,051	0,000				
Etki Büyüklüğü*(%95 CI)	**d**		1,931 (1,482 , 2,374)				
Serviks Kanseri Önemseme/Ciddiyet Alt Boyutu							
Deney Grubu		23,26±5,384	24,35±4,673	-3,807	0,000	0,216	(-0,153 , 0,584)
Kontrol Grubu		23,39±4,814	23,02±4,715	1,075	0,287		
Gruplar Arası Fark	**t**	-0,128	1,516				
	p	0,898	0,132				
Etki Büyüklüğü(%95 CI)	**d**		0,283 (-0,087 , 0,651)				
Serviks Kanseri Duyarlılık Alt Boyutu							
Deney Grubu		8,11±2,006	7,82±1,983	1,544	0,128	0,145	(-0,223 , 0,512)
Kontrol Grubu		7,84±2,025	7,53±2,036	1,359	0,180		
Gruplar Arası Fark	**t**	0,697	0,792				
	p	0,487	0,430				
Etki Büyüklüğü*(%95 CI)	**d**		0,144 (-0,224 , 0,511)				
Sağlık Motivasyonu Alt Boyutu							
Deney Grubu		7,91±2,798	8,12±2,693	-1,302	0,198	0,076	(-0,291 , 0,443)
Kontrol Grubu		6,70±2,035	5,47±1,712	7,480	0,000		
Gruplar Arası Fark	**t**	2,641	6,267				
	p	0,010	0,000				
Etki Büyüklüğü*(%95 CI)	**d**		1,174 (0,774 , 1,570)				

Çizelge 3.2. Deney ve kontrol grubundaki kadınların *Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'*nin alt boyutları (Pap Smear Yarar ve Motivasyon, Pap Smear Engeller, Serviks Kanseri Önemseme/Ciddiyet, Serviks Kanseri Duyarlılık, Sağlık Motivasyonu) puan ortalamalarının ön test ve son test ölçümlerine göre dağılımı gösterilmektedir.

Deney grubunun *Pap Smear Yarar ve Motivasyon* alt boyutunun son testte ön teste göre kadınların pap smear yarar ve motivasyonunun arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$) ve etki büyüklüğünün (1,150) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada hemşirelik girişimleri sonrası deney grubunun pap smear yarar ve motivasyon puanının (32,23 ± 2,952) kontrol grubuna (27,05 ± 3,573) göre arttığı hemşirelik girişimlerinin etkili olduğu ($p<0,001$) ve etki büyüklüğünün (1,581) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Deney grubunun *Pap Smear Engeller* alt boyut puanının hemşirelik girişimleri sonrasında (son-test: 32,05 ± 5,041) hemşirelik girişimleri öncesine (ön-test:44,89 ± 6,332) göre azaldığı ($p<0,001$) ve etki büyüklüğünün (2,244) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada hemşirelik girişimleri sonrasında deney grubunun Pap Smear Engeller puanının (32,05 ± 5,041) kontrol grubuna (42,89 ± 6,132) göre azaldığı, hemşirelik grişimlerinin etkili olduğu ($p<0,001$) ve etki büyüklüğünün (1,931) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Deney grubunun *Serviks Kanseri Önemseme/Ciddiyet* alt boyut puanının deney sonrasında (24,35 ± 4,673) deney öncesine göre (23,26 ± 5,384) arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Ayrıca etki büyüklüğünün (0,216) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında Serviks Kanseri Önemseme/Ciddiyet puanları yönünden farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Deney grubunun *Serviks Kanseri Duyarlılık* alt boyut puanının hemşirelik girişimi sonrasında (7,82 ± 1,983) girişim öncesine göre (8,11 ± 2,006) azaldığı ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucu bulunmuştur ($p>0,05$). Etki büyüklüğünün (0,128) düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada da deney ve kontrol grubunun Serviks Kanseri Duyarlılık puanları

yönünden farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05) ve etki büyüklüğünün (0,144) düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Deney grubunun *Sağlık Motivasyonu* alt boyut puanı son testte (8,12 ± 2,693) ön testte (7,91 ± 2,798) göre artmıştır ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Gruplar arası karşılaştırmada deney sonrası kontrol grubunun Sağlık Motivasyonu puan ortalaması (5,47 ± 1,712) deney grubuna (8,12 ± 2,693) göre daha düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (p<0,001).

Çizelge 3.2'ye göre Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları için $H2a_0$ (*serviks kanserine yönelik Pap smear yarar ve motivasyon),* $H2b_0$ (*Pap smear engeller),* $H2e_0$ *(Sağlık motivasyonu)* hipotezleri reddedilmiş, $H2c_0$ *(Serviks kanseri önemseme/ciddiyet*), $H2d_0$ (*Serviks kanseri duyarlılık*) hipotezleri ise reddedilememiştir.

3.3. Girişim Sonrası Deney ve Kontrol Grubunun Serviks Kanseri Taramasına Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular ($H3_0$ hipotezine yönelik elde edilen bulgular)

Çizelge 3.3. Deney ve kontrol grubundaki kadınların serviks kanseri taramasına katılımlarının dağılımları (n: 114)

Pap Smear Testi	Yaptıran		Yaptırmayan		χ^2	p
	n	%	n	%		
Deney Grubu	53	93,0	4	7,0	74,452	**0,000*** **
Kontrol Grubu	7	12,3	50	87,7		

****:p<0,001*

Çizelge 3.3'te $H3_0$ hipotezine göre (*$H3_0$: serviks kanseri yönünden riskli kadınlara yönelik çoklu girişimlerin uygulandığı deney grubu ile kontrol grubu arasında: serviks kanseri taramasına katılım yönünden fark yoktur)* girişim sonrası deney ve kontrol grubunun Pap smear testi yaptırma oranlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Girişim sonrası pap smear testi yaptıranların oranı deney grubunda %

93,7 iken kontrol grubunda % 12,3'dür. Uygulanan ki-kare analizi sonucuna göre girişim sonrası deney grubu ile kontrol grubunun pap smear testi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Deney grubunda girişim sonrası pap smear testi yaptıranların oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir. Çizelge 3.3.1.'e göre Pap Smear yaptırma durumları yönünden $H3_0$ hipotezi reddedilmiştir.

Deney ve kontrol grubunda girişim etkinliğinin derecesini incelemek üzere Rölatif Etkinlik, Absolute Risk Reduction (ARR) ve Rölatif Risk Reduction (RRR) hesaplanmıştır. Deney grubundaki kadınların pap smear testi yaptırma oranı kontrol grubundan 7,61 kat daha fazladır (Rölatif Etkinlik: 7,61). Uygulanan hemşirelik girişimlerinin %80 başarılı olduğu sonucuna varılmıştır (ARR: %80). Kontrol grubunda serviks kanseri taramasına katılmayan kadınların %92'si deney grubunda olsaydı serviks kanseri taramasına katılabileceklerdi (RRR:0,92).

Pap smear testi yaptıran deney grubunda yer alan kadınlara ayrıca girişimlerin etkinliği sorulmuştur. Pap smear testi yaptırmada eğitim ve danışmanlığın etkisinin olduğunu düşünenlerin oranı % 96,2, broşürlerin etkisi olduğunu düşünenlerin oranı % 67,9, telefonun etkisi olduğunu düşünenlerin oranı % 83,0'dür.

Uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında Pap Smear testi yaptıran 53 kadından sadece birinin sonucu 'HPV pozitif' olarak çıkmıştır. Gerekli yönlendirmeler ve takibi yapılarak tedavisi gerçekleştirilmiştir.

Çizelge 3.4. Deney grubundaki kadınların serviks kanseri taramasına katılım zamanlarının dağılımları (n: 53)

Serviks Kanseri Taramasına Katılım	n	%
Grup eğitimi sonrası	21	39,6
1.Ev ziyareti sonrası	6	11,3
1.Telefonla arama sonrası	9	17,0
2.Ev ziyareti sonrası	10	18,9
2.Telefonla arama sonrası	7	13,2

Uygulanan çoklu girişimler sonrasında kadınların geriye dönük olarak serviks kanseri taramasına katılım zamanları incelendiğinde, grup eğitimi, broşür ve motivasyonel mesajlar içeren kupa ve magnet verilmesinden sonra birinci ev ziyaretine kadar geçen sürede kadınların %39,6'sı tarama yaptırmıştır. Birinci ev ziyareti sonrasında kadınların %11,3'ü, birinci telefonla arama sonrasında %17, ikinci ev ziyareti sonrasında %18,9 ve son telefonla arama sonrasında ise %13,2'si serviks kanseri taramasına katılmıştır. Bu oranlar sonucunda grup eğitimi, broşür ve motivasyonel mesajlar içeren uygulamaların en etkin yöntem olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.5. Deney grubundaki kadınların serviks kanseri taramasına katılma zamanlarına göre temel özellikleri

	1. Aşama		2. Aşama		3. Aşama		4. Aşama		5. Aşama	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doğum yeri										
İl	4	19,00	0	0	1	11,11	3	30	3	37,5
İlçe	10	47,61	3	50	6	66,66	3	30	2	31,25
Köy	7	33,39	3	50	2	22,22	4	40	2	31,25
Eğitim Durumu										
İlkokul	18	85,71	6	100	8	88,89	10	100	7	100
Ortaokul	2	9,52	-	-	1	11,11	-	-	-	-
Üniversite	1	4,77	-	-	-	-	-	-	-	-
Çalışma durumu										
Çalışıyor	2	9,52	-	-	2	22,22	-	-	-	-
Çalışmıyor	19	90,48	6	100	7	77,78	10	100	7	700
Ekonomik durum algısı										
İyi	6	28,57	-	-	-	-	2	20	1	14,29
Orta	11	52,38	6	100	7	77,78	8	80	6	85,71
Kötü	4	19,05	-	-	2	22,22	-	-	-	-
Ailde Serviks Kanseri Öyküsü										
Var	3	14,29	1	16,67	1	11,11	-	-	1	14,29
Yok	18	85,71	5	83,33	8	88,89	10	100	6	85,71
Doğum Sayısı										
2	3	14,29	-	-	-	-	1	10	-	-
3	10	47,62	5	83,33	1	11,11	4	40	3	37,5
4	6	28,57	1	16,67	3	33,33	2	20	2	31,25
5	1	4,76	-	-	3	33,33	1	10	2	31,25
6	1	4,76	-	-	2	22,23	2	20	-	-
Oral Kontraseptif Kullanma Durumu										
Evet	6	28,57	2	33,33	2	22,22	2	20	5	71,43
Hayır	15	71,43	4	66,67	7	77,78	8	80	2	28,57

Grup eğitimine katılan kadınların temel özelliklerine bakıldığında %47,61'inin doğum yeri köy, %85,71'i ilkokul mezunu, %90,48'i çalışmıyor, %52,8'inin ekonomik durum algısı orta, %85,71'inin ailde serviks kanseri öyküsü yok, %85,71'i üç veya daha fazla çocuğa sahip ve %28,57'si oral kontraseptif kullanmıştır.

4. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan 40-55 yaş arası kadınlara yönelik serviks kanseri ve erken tanısına ilişkin grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramaları ve motivasyonu artırmaya yönelik uygulamalardan oluşan çoklu girişimlerin serviks kanseri sağlık inancına, sağlık sorumluluğuna ve taramalara katılımına etkinliğini belirlemektir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular araştırma hipotezleri doğrultusunda üç başlık altında tartışılmıştır.

1. Deney ve kontrol grubunun *Sağlık Sorumluluğu* yönünden farklılık durumu
2. Deney ve kontrol grubunun, *Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli* yönünden farklılık durumu
3. Deney ve kontrol grubunun *Serviks Kanseri Taramasına Katılımı* yönünden farklılık durumu

4.1. Deney ve kontrol grubunun Sağlık Sorumluluğu yönünden farklılık durumu

Bu çalışmada; serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan 40-55 yaş arası kadınlara yönelik yapılan; serviks kanseri ve erken tanısına ilişkin grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramaları ve motivasyonel mesajlar içeren materyallerden oluşan çoklu girişimlerin uygulanması ile ilgili sonuçlar 'Deney grubu ile kontrol grubu arasında sağlık sorumluluğu yönünden $H1_0$ (*$H1_0$: serviks kanseri yönünden riskli kadınlara yönelik çoklu girişimlerin uygulandığı deney grubu ile kontrol grubu arasında: serviks kanserine yönelik sağlık sorumluluğu yönünden fark yoktur*) hipotezini desteklememektedir.

Deney grubunun *sağlık sorumluluğu* alt boyutunun ortalama puanının ön test ve son test karşılaştırmalarında son testte ön teste göre kadınların sağlık sorumluklarının olumlu yönde arttığı, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ve etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada 14 haftalık hemşirelik girişimleri sonrası son testte deney ve kontrol

grubunun sağlık sorumluluğu puanları yönünden farkın anlamlı olduğu ve etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1).

Literatürde serviks kanseri ile ilgili çalışmalarda sağlığı geliştirme modeli ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Sağlık sorumluluğu, kadınların bireysel iyilik hali için sorumluluk hissetmesidir. Kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi ve gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Kadının kendi sağlığının farkında olması, kendisine sunulan hizmetlerden yararlanmayı bilmesi ve olumlu yönde davranış değişikliği geliştirmesidir (Bahar ve Açıl 2014). Kıssal ve Beşer'in (2017) yaşlı kadınlar üzerinde yaptığı müdahale çalışmasında deney grubunun müdahale öncesi sağlık sorumluluğu puanı deney ve kontrol arasında fark azalmıştır. Bu değişim anlamlı bulunamamıştır. Sağlığı geliştirme modelleri ile planlanan eğitimin ve bazı hemşirelik girişimlerinin tarama davranışına etkisinin incelendiği çalışmada müdahale grubunun sağlık sorumluluğu puanları olumlu yönde arttığı ve deney ve kontrol grubunun puanları arasındaki farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Ersin ve Bahar 2017). Kadınlarda bireysel sorumluluğun yüksek olması motivasyonlarını artırmada ve serviks kanseri erken tanısına katılma davranışlarını etkilemektedir. Kadının kendi sağlık sorumluluğunu alması ve gerektiğinde alanında uzman kişilere başvurması anlamına gelen sağlık sorumluluğunda çoklu hemşirelik girişimleri sonrasında deney ve kontrol grubu arasında fark olması sınırlı sayıda olan literatürle benzerdir.

4.2. Deney ve kontrol grubunun, serviks kanseri ve pap smear testi sağlık inanç modeli yönünden farklılık durumu

Bu çalışmada; serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan 40-55 yaş arası kadınlara yönelik yapılan grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramaları ve motivasyonu artırmaya yönelik uygulamalardan oluşan çoklu girişimlerin uygulanması ile ilgili sonuçlar 'Deney grubu ile kontrol grubu arasında Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları için $H2a_0$ (*serviks kanserine yönelik Pap smear yarar ve motivasyon),* $H2b_0$ (*Pap smear engeller),* $H2e_0$ *(Sağlık motivasyonu)* hipotezleri reddedilmiş, $H2c_0$ *(Serviks kanseri önemseme/ciddiyet*), $H2d_0$ (*Serviks kanseri*

duyarlılık) hipotezleri ise reddedilememiştir.

Deney grubunun *pap smear yarar ve motivasyon* algılarının hemşirelik girişimleri sonrasında girişim öncesine göre olumlu yönde değiştiği, etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ve güven aralıklarının dar olması elde edilen etkinin güçlü olduğunu göstermektedir (Çizelge 3.2). Kadınlara yönelik yapılan 14 haftalık hemşirelik girişimleri deney grubunda pap smear yarar ve motivasyon algılarının artmasında olumlu yönde değişiklik sağlamıştır. Kadınlar serviks kanseri taramasına katılımın sonucunda serviks kanserine yakalanma riskinin azalacağını ve yarar sağlayacağını düşünmektedir. Algılanan yarar, bireyin sağlık davranışının gerçekleştirmeye açık olup olmadığını belirlemektedir (Glanz ve ark 2008).

Yapılan yarı-deneysel çalışmalara bakıldığında; Amerika'da yaşayan düşük gelirli Koreli kadınlar üzerinde, hem psikososyal hem de taramaya erişim engellerini gidermek için psikoeğitimsel danışmanlığı içeren çok yönlü müdahaleyi değerlendiren bir çalışmanın sonucunda yapılan müdahaleler kadınların yarar algılarını olumlu yönde değiştirmede etkili olmuştur (Fang ve ark 2007). Türkiye'de yapılan evde planlı izlemin taramalara katılıma etkisinin incelendiği çalışmada kadınların pap smear yarar ve motivasyon puanlarının müdahale sonrasında anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir (Kolutek ve Avci 2015). Yine Türkiye'de 18 yaş üstü kırsal alanda yaşayan kadınlara yönelik KETEM'lerde verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada kadınların eğitim sonrası pap smear yarar ve motivasyon algıları anlamlı olarak yükseldiği saptanmıştır (Kocaöz ve ark 2017). Sağlığı geliştirme modelleri ile planlanan eğitimin ve bazı hemşirelik girişimlerinin tarama davranışına etkisinin incelendiği çalışmada da müdahale grubunun yarar algılarının arttığı belirlenmiştir (Ersin ve Bahar 2017).

RKD'lere bakıldığında ise; düşük gelirli, 50 yaş üstü ve taramalara katılmayan Hispanik kadınlar arasında serviks kanseri taramasına katılımda sağlık eğitiminin etkisini incelemek amacıyla yapılan RKD'de kadınların yarar algılarının yükseldiği bulunmuştur (Fernández ve ark 2009). Türkiye'de sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınlarda serviks kanseri erken tanı davranışlarına etkisinin incelendiği çalışmada müdahale sonrası yarar algı

puanları artmıştır (Kıssal ve Beşer 2017). Yapılan bir kaç araştırmada da algılanan yarar algılarının yüksek olmasını serviks kanseri taramasına katılımı artırmada etkili olduğunu göstermektedir (Lee ve ark 2008, Tung 2010). Literatür incelendiğinde; kadınlara yönelik yapılan eğitim ve diğer uygulamaların kadınların pap smear yarar ve motivasyon algılarını olumlu yönde değiştirmesinde, dolaylı olarak pap smear testi yaptırmalarında olumlu etkiye sahip olduğu ve çalışma ile benzer özelliklere sahip olduğu görülmektedir. Serviks kanserine yönelik yapılan grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlığın, motivasyonel mesajlar içeren materyallerin verilmesi pap smear yarar ve motivasyon algılarını yükseltmede etkili bir yaklaşımdır.

Deney grubunun *pap smear engeller* puanlarının hemşirelik girişimi sonrasında girişim öncesine göre azalma gözlenmiştir. Kadınların tarama davranışına katılımında engellerinin azaldığı ve etki büyüklüğünün yüksek düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Güven aralıklarının dar olması da etkinin güçlü olduğunu göstermektedir (Çizelge 3.2). Kadınların serviks kanseri erken tanısına katılımı engel algısı ile doğrudan ilişkilidir. Kadınların algıladıkları engeller ne kadar azaltılırsa Pap smear testi yaptırma oranları da o kadar artmaktadır (Glanz ve ark 2008, Aydoğdu ve Bahar 2011). Yapılmış olan yarı-deneysel çalışmalara bakıldığında; düşük gelirli kadınlarla yapılmış olan çalışmalar engel algısının azalmasında verilen eğitimin etkin olduğunu göstermiştir (Fang ve ark 2007, Fang ve ark 2017). Türkiye'de yapılmış olan çalışmalarda da verilen sağlık eğitimleri ve diğer hemşirelik girişimleri kadınların pap smear engeller algısının azalmasında etkili olmuştur (Kolutek ve Avci 2015, Ersin ve Bahar 2017, Kocaöz ve ark 2017). Yaşlı kadınlar üzerinde sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin incelendiği RKD'de müdahale sonrası deney grubunun engel algısı puan ortalaması artmıştır (Kıssal ve Beşer 2017). Literatür incelendiğinde, bu çalışmada olduğu gibi dezavantajlı gruplarda eğitimsel girişimlerin engel algısını azaltabileceği görülmektedir. Verilen grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık bilgi eksikliğinden ya da yanlış bilgilerden kaynaklanan engelleri azaltmakta etkili olurken çalışmamızda ayrıca unutmaktan kaynaklı engelleri azaltmaya yönelik olarak uygulanan diğer hatırlatıcıların (telefonla arama, el broşürü) taramalara katılımda etkili olduğu düşünülmektedir.

Deney grubunun *serviks kanseri önemseme/ciddiyet* algılarının deney sonrasında deney öncesine göre olumlu yönde arttığı ve deney grubuna verilen eğitimlerin etkili olduğu görülmüştür. Etki büyüklüğü orta düzeydedir ve güven aralıklarının dar olması etkinin güçlü olduğunu göstermektedir. Gruplar arası farka bakıldığında ise deney ve kontrol grubunda son testlere göre serviks kanseri önemseme/ciddiyet puanlarının istatistiksel olarak farklı olmadığı bulunmuştur (Çizelge 3.2). Algılanan ciddiyet kavramı, serviks kanserinin ciddiyetine ilişkin kişisel inançları tanımlamaktadır. Algılanan ciddiyet serviks kanserinden kaynaklı ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçlarını değerlendirmektedir (Glanz ve ark 2008).

Literatüre bakıldığında evde planlı izlemin taramalara katılıma etkisinin incelendiği bir yarı deneysel çalışmada (Kolutek ve Avci 2015) ve sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınlarda serviks kanseri erken tanı davranışlarına etkisinin incelendiği RKD'de (Kıssal ve Beşer 2017) kadınların serviks kanseri önemseme/ciddiyet puanlarının ön teste göre son testte artış sağlanamadığı sonucuna varılmıştır. KETEM'lerde verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yarı deneysel olarak yapılan bir çalışmada kadınların eğitim sonrası serviks kanseri önemseme ciddiyet algıları yönünden anlamlı bir fark bulunamadığı bildirilmiştir (Kocaöz ve ark 2017). Ersin ve Bahar (2017)'ın sağlığı geliştirme modelleri ile planlanan eğitimin ve bazı hemşirelik girişimlerinin tarama davranışına etkisinin incelendiği çalışmada deney ve kontrol grupları arasında ciddiyet algısı puan ortalamaları yönünden bir fark saptanmamıştır (Ersin ve Bahar 2017). Bu çalışmaların yürütüldüğü çalışma grupları genellikle asemptomatik sağlam kadınlardır. Çevrelerinde serviks kanseri olan birey çok az ya da bulunmamaktadır. Bu durum, kadınların serviks kanserine ilişkin önemseme/ciddiyet duyarlılığının oluşmasında bir engel oluşturmuş olabilir. Ayrıca deney grubunda hemşirelik girişimleri sonrası girişim öncesine göre serviks kanseri önemseme/ciddiyet algısında artış olması uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliğini göstermesi yönünden beklenen bir sonuçtur. Serviks kanseri yönünden riskli kadınlarla çalışmamız, grup eğitimi, ev ziyaretleri ve danışmanlık hizmetlerinin kadınların risk altında olduklarını farkına varmalarında ve önemseme/ciddiyet algılarının deney grubunda müdahale öncesine göre yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Girişimlerin deney grubunda önemseme/ciddiyet algısında orta düzeyde olumlu bir değişim yaratmakla

birlikte kontrol grubu ile arasında bir fark oluşturmamıştır. Önemseme/ciddiyet algıları toplumun genelinde düşük olması nedeniyle istenilen düzeyde etkili bir değişim olmaması uygulanan hemşirelik girişimlerinin daha uzun süre devam etmesi gerektirdiğini düşündürmektedir.

Deney grubundaki kadınların *serviks kanseri duyarlılık* algılarının hemşirelik girişimleri sonrasında girişim öncesine göre olumsuz yönde azaldığı ve etki büyüklüğünün düşük düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmada da deney ve kontrol grubunun serviks kanseri duyarlılık puanları yönünden farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (Çizelge 3.2). Serviks kanserine duyarlılığın artması ile riski azaltmak için gerekli davranışı gösterme olasılığı da artmaktadır (Glanz ve ark 2008).

Literatüre bakıldığında hemşirelik girişimlerinin serviks kanseri duyarlılık algısını olumlu yönde artırabileceği görülmektedir (Fang ve ark 2007, Ersin ve Bahar 2017, Kıssal ve Beşer 2017). Bazı çalışmalarda ise hemşirelik girişimlerinin serviks kanseri duyarlılık algısında etkin olmadığını göstermektedir (Kolutek ve Avci 2015, Kocaöz ve ark 2017). Çalışmalar arasındaki bu farklılığın sebebi, çalışma gruplarının farklı yaş aralığında olması, verilen eğitimlerin farklı yöntemlerden oluşması ve izlem sürelerinin farklı olmasından kaynaklı olabilir. Aynı zamanda bu çalışmada verilen ilk grup eğitiminin ardından kadınlar serviks kanseri taramasına katılmaya başlamışlardır. Taramaya katılım oranları oldukça yüksek ve sadece bir kadının sonuçları negatiftir. Bu durum kadınların serviks kanseri duyarlılık algılarını artırmada bir engel olmuş olabilir.

Deney grubunun sağlık motivasyonu puanı son testte ön testte göre olumlu yönde artmıştır. Gruplar arası karşılaştırmada müdahale sonrası kontrol grubunun sağlık motivasyonu puan ortalaması deney grubuna göre olumsuz yönde daha düşük olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır (Çizelge 3.2). Literatüre bakıldığında, evde planlı izlem ile verilen eğitimlerle kadınların serviks kanseri sağlık motivasyon puanları arttığı belirlenmiştir (Kolutek ve Avci 2015). KETEM'lerde verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği yarı deneysel çalışmada ise kadınların sağlık motivasyonu algılarının arttığı fakat bu sonucun anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Kocaöz ve ark 2017). Sağlığı geliştirme

modelleri ile planlanan eğitimin değerlendirildiği yarı-deneysel çalışmada ise müdahale grubunun motivasyon algılarının olumlu yönde arttığı belirlenmiştir. Ayrıca deney ve kontrol grubunun son testleri arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur (Ersin ve Bahar 2017). Çalışmamızın sonuçları literatür doğrultusunda benzerdir. Serviks kanseri yönünden riskli kadınlara verilen ev ziyareti yolu ile eğitim, hatırlatıcı aramalar ve motivasyonel mesajlar içeren materyalleri içeren çoklu girişimler sağlık motivasyon algısını artırmada etkili bir yöntem olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma kapsamında verilen 14 haftalık çoklu girişimler sonrasında kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından *Pap Smear Yarar ve Motivasyon ve Sağlık Motivasyonu* puanlarını artırdığı, *Pap Smear Engeller* puanını azalttığı ve girişimlerin etkili olduğu, *Serviks Kanseri Önemseme/Ciddiyet ve Serviks Kanseri Duyarlılık* alt boyutları puanlarında ise etkili olmadığı sonucuna varılmıştır.

4.3. Deney ve kontrol grubunun serviks kanseri taramasına katılımı yönünden farklılık durumu

Bu çalışmamızda; serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan 40-55 yaş arası kadınlara yönelik yapılan; serviks kanseri ve erken tanısına ilişkin grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramaları ve motivasyonel mesajlar içeren materyallerden oluşan çoklu girişimlerin uygulanması ile ilgili sonuçlar 'Deney grubu ile kontrol grubu arasında taramalara katılım (pap smear testi yaptırma) yönünden $H3_0$ *($H3_0$: serviks kanseri yönünden riskli kadınlara yönelik çoklu girişimlerin uygulandığı deney grubu ile kontrol grubu arasında: serviks kanseri taramasına katılım (pap smear testi yaptırma) yönünden fark yoktur)* hipotezini desteklememektedir. Girişim sonrası deney grubundaki kadınların pap smear testi yaptırma oranları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.3).

Yurt dışında yapılmış olan çalışmalara bakıldığında dezavantajlı azınlıklara özgü verilen eğitimlerin ve çoklu müdahale içeren hemşirelik girişimlerinin serviks kanseri taramasına katılımda etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Fang ve ark 2007,

Mishra ve ark 2009, Nuño ve ark 2011, Paskett ve ark 2011, Fang ve ark 2017). Düşük gelirli 50 yaş üstü taramalara katılmayan Hispanik kadınlar arasında serviks kanseri taramasına katılımda sağlık personelinin verdiği sağlık eğitiminin etkisini incelemek amacıyla yapılan RKD'de kadınların serviks kanseri taramasına katılım oranı kontrol grubuna gore daha yüksek ancak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (Fernández ve ark 2009). Dezavantajlı gruplara sadece eğitim verilmesinin serviks kanseri taramasına katılımında etkili olmadığı düşünülmektedir. Son üç yılda pap smear testi yaptırmamış Amerika da yaşayan Vietnamlı kadınlar üzerinde yapılan ev ziyaretinin etkinliğini belirlemek için yapılan RKD'de taramalara katılımın arttığını göstermektedir (Taylor ve ark 2010). Rashid ve ark (2013) daha önce tarama yaptırmış olan bireylerde hatırlatma yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada telefonla aramanın diğer yöntemlere (SMS, davet mektupları, posta yolu) daha etkili olduğunu bulmuştur (Rashid ve ark 2013). Jamaika'da yapılan ön test son test eğitim verilen bir çalışmada kadınların % 40.7'si müdahale sonrasında serviks kanseri taramasına katılmıştır (Coronado Interis ve ark 2015). Serviks kanseri riski taşıyan kadınların taramalara katılıma eğitimin etkisinin değerlendirildiği bir sistematik derlemede eğitim verilen grubun verilmeyen gruba göre iki kat daha fazla taramalara katıldığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca riskli grupta telefonla hatırlatmanın da taramalara katılmada etkin olduğunu belirtilmiştir (Musa ve ark 2017).

Türkiye'de yapılmış olan çalışmalara bakıldığında ise; Güvenç ve ark larının yaptığı (2013) broşür verilmesi, telefonla arama ve yüzyüze görüşmeyi içeren üç aşamalı hemşirelik girişimlerinden oluşan yarı deneysel çalışmada sadece aramanın taramalara katılımda etkili olmadığı ve yüzyüze görüşme ile taramalara katılım oranlarının arttığı sonucuna varılmıştır (Güvenç ve ark 2013). Evde planlı izlemin taramalara katılıma etkisinin incelendiği çalışmada kadınların girişim sonrası taramalara katılım oranı % 84,3 olarak bulunmuştur (Kolutek ve Avci 2015). Sağlığı geliştirme modelleri ile yapılan hemşirelik girişimlerinin yaşlı kadınlarda serviks kanseri erken tanı davranışlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada müdahale sonrası deney grubunun % 30'unun taramalara katıldığı belirlenmiş, kontrol grubunda katılım olmamıştır (Kıssal ve Beşer 2017). Kırsal alanda yaşayan 18 yaş üstü kadınlara yönelik KETEM'lerde verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yarı deneysel olarak yapılan bir çalışmada kadınların eğitim sonrası serviks kanseri

taramasına katılım oranı % 33,6 olarak bulunmuştur (Kocaöz ve ark 2017). Sağlığı geliştirme modelleri ile planlanan eğitimin ve bazı hemşirelik girişimlerinin tarama davranışına etkisinin incelendiği çalışmada müdahale grubunun serviks kanseri erken tanısına katılım oranı % 38 olarak belirlenmiştir (Ersin ve Bahar 2017).

Literatüre göre çalışma sonucumuz taramalara katılımı artırma yönünden benzer ve katılma oranı yönünden (% 93) çok daha yüksektir. Bunun nedeni serviks kanseri yönünden riskli kadınlara yapılan grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile verilen eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramalar ve motivasyonel mesajlar içeren materyalleri içeren çoklu hemşirelik girişimlerinin serviks kanseri taramasına katılımda daha etkili olmasına dayanmaktadır.

4.4.Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

4.4.1. Araştırmanın Güçlü Yanları

Araştırmamız RKD olması yönünden güçlü bir çalışma tasarım türüdür. Çalışmamızda randomizasyon yapılmıştır ve bunun nasıl yapıldığı ayrıntılı biçimde açıklanmıştır. Araştırmamızda veri toplayıcı, istatistikçi ve raporlama yönünden körleme yapılmıştır. RKD'nin veri toplama araçları geçerlik ve güvenilirlikleri yapılmış ölçeklerden oluşmaktadır. Veriler alanında uzman bir kişi tarafından toplanmıştır. Araştırmamızda; çalışma dışı kalma ve çalışmadan ayrılma durumları tanımlanmıştır. Hemşirelik girişimleri tüm kadınlara aynı şekilde uygulanarak girişim bütünlüğü sağlanmıştır. Ayrıca girişimlerimiz dört temel (koruyucu, eğitim verici, sağlık bakım ekibinin etkin bir üyesi olma ve hemşirelik araştırmaları yapma) hemşirelik işlevlerini içerecek şekilde kombine olarak hazırlanmıştır. Verilerin analizlerinde uygun istatistiksel yöntemler, mITT, ITT uygulanmış olup, etki büyüklüğü ve güven aralığı gibi değerler hesaplanmıştır. Araştırma sürecince hemşirelik girişimlerinin uygulandığı deney grubunda herhangi bir olumsuz etki görülmemiştir.

4.4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, dezavantajlı bir bölgedeki bir ASM'ye kayıtlı kadınlar ile yapıldığından örneklem bölgedeki tüm kadınları temsil etmemektedir. Risk grubunun belirlenmesinde Türkiye'de en sık görülen risk faktörlerinden tespit edilen beş risk faktörünün olması bir sınırlılık oluşturmaktadır. Ön testler her iki gruba da uygulanmıştır ve bunun etkilenmeye neden olabileceği düşünülmektedir. Serviks kanseri yönünden risk belirleme formu doldurulurken bazı kadınlardan telefon yolu ile bilgi alınmıştır. Kadınların telefonda verdikleri beyanlar esas alınmıştır. Girişim protokolüne yönelik uzman değerlendirmesi alınmaması bir sınırlılık oluşturmaktadır. Diğer çalışmalarda güven aralıklarının raporlanmaması tartışma bölümünde karşılaştırma yapabilmek için bir sınırlılık oluşturmaktadır. Ayrıca izlemin son iki haftası Ramazan ayı içerisine denk gelmiş olması kadınların tarama programına katılmalarında bir engel teşkil ettiği için sınırlılık oluşturmuştur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan 40-55 yaş arası kadınlara yönelik yapılan grup eğitimi, ev ziyaretleri yolu ile eğitim ve danışmanlık, telefonla hatırlatıcı aramaları ve motivasyonel mesajlar içeren materyallerden oluşan çoklu girişimlerin sağlık sorumluluğu, serviks kanserine ilişkin inanç ve taramaya katılmasına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada; veriler deney grubundaki kadınların 14 haftalık süreç sonunda sağlık inançlarının ve sağlık sorumluluğunun olumlu yönde etkilendiğini, hemşirelik girişimlerinin kadınların serviks kanseri tarama programlarına katılımı artırmada etkili olduğunu ortaya koymuştur.

1. Araştırma hipotezlerine yönelik olarak $H1_0$ hipotezi reddedilmiştir. Hemşirelik girişimlerinin Sağlık Sorumluluğu puanı yönünden etkili olduğu belirlenmiştir.

- Deney grubunda sağlık sorumluluğunun müdahale sonrasında müdahale öncesine göre olumlu yönde arttığı (d:0,443 [CI: 0,070 , 0,814]), deney ve kontrol grubunun son testler arasındaki farklılığın deney grubunun lehine bir sonuç (d:1,510 [CI: 1,090 , 1,924]) oluşturduğu belirlenmiştir. Girişimlerin etkili ve yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur.
- Kontrol grubunun sağlık sorumluluğunun son testte ön teste göre azalması kontrol grubundaki kadınların sağlık sorumluluğunun olumsuz yönde değiştiğini (d:0,113 [CI: -0,255 , 0,480]) göstermektedir.

2. Araştırma hipotezlerine yönelik olarak Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları için $H2a_0$ (*serviks kanserine yönelik Pap smear yarar ve motivasyon),* $H2b_0$ (*Pap smear engeller),* $H2e_0$ *(Sağlık motivasyonu)* hipotezleri reddedilmiş, $H2c_0$ *(Serviks kanseri önemseme/ciddiyet*), $H2d_0$ (*Serviks kanseri duyarlılık*) hipotezleri ise reddedilememiştir.

- Deney grubunun Pap Smear Yarar ve Motivasyon algılarının müdahale sonrasında müdahale öncesine göre olumlu yönde değiştiği (d:1,150 [CI: 0,751 , 1,545]), deney ve kontrol grubu son testler arasındaki farklılığın deney grubunun lehine olduğu (d:1,581 [CI: 1,157 , 2,000]) saptanmıştır.

- Deney grubunun Pap Smear Engeller algılarının müdahale sonrasında müdahale öncesine göre olumlu yönde azaldığı (d:2,244 [CI: 1,771 , 2,711]), deney ve kontrol grubu son testler arasında farklılığın deney grubunun lehine olduğu (d:1,931 [CI: 1,482 , 2,374]) saptanmıştır. Girişimlerin etkili ve yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.
- Deney grubunun Serviks Kanseri Önemseme/Ciddiyet algılarının müdahale sonrasında müdahale öncesine göre olumlu yönde değiştiği (d:0,216 [CI: -0,153 , 0,584]) belirlenmiştir. Girişimlerin deney grubunda zaman içindeki değişimde orta düzeyde etkili olduğu, deney ve kontrol grupları arasındaki fark yönünden etkili olmadığı sonucuna varılmıştır.
- Deney grubunun Serviks Kanseri Duyarlılık algılarının müdahale sonrasında müdahale öncesine göre (d:0,145 [CI: -0,223 , 0,512]) ve deney ve kontrol grubu son testler arasındaki farklılığa göre olumlu yönde bir değişiklik olmadığı (d:0,144 [CI: -0,224 , 0,511]) saptanmıştır. Girişimlerin deney grubunda etkili olmadığı sonucuna varılmıştır.
- Deney ve kontrol grubu Sağlık Motivasyonu algılarının son testler arasındaki farklılığın deney grubunun lehine yönelik olduğu (d:1,174 [CI: 0,774 , 1,570]) saptanmıştır.

3.Araştırma hipotezlerine yönelik olarak $H3_0$ hipotezi reddedilmiştir. Uygulanan hemşirelik girişimlerinin serviks kanseri taramasına katılımda etkili olduğu saptanmıştır.

- Deney ve kontrol grubunun serviks kanseri taramasına katılım oranı hemşirelik girişimleri sonrası son testte deney grubunun oldukça yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir.

5.2. Öneriler

5.2.1. Uygulamaya yönelik öneriler

- Hemşirelerin çalıştıkları bölgede yaşayan risk grubundaki kadınların gereksinimlerine uygun taramalara yönelik planlama ve uygulamaların geliştirilmesi

- Hemşirelerin, serviks kanseri taramasına katılımı artırmak için kadınların kendilerini daha rahat hissedecekleri ev ortamlarında planlı ev ziyaretleri yapması
- Taramaya katılmayı artırma faaliyetlerinde ev ziyareti, telefon ile hatırlatma, grup eğitimleri, broşür verilmesi ve birden fazla hatırlatıcının olması gibi hizmetlerin birlikte kullanılması, bu hizmetlerin sunumunda halk sağlığı hemşirelerinin aktif olarak rol alması önerilebilir.

5.2.2. Araştırmacılara yönelik öneriler

- Ülkemizde serviks kanseri taramasına katılımı artırmaya yönelik farklı yöntemlerin etkinliğinin değerlendirildiği faktöriyel dizaynda RKD'ler yapılması,
- Saha çalışmalarında maliyet etkinliğin ölçülmesi,
- Araştırmalarda tartışma bölümünde karşılaştırma yapılabilmesi için ITT analizlerinin yapılması, etki büyüklüklerinin ve güven aralıklarının raporlamasına özen gösterilmesi,
- Taramalara katılım yönünden çalışma etkilerinin değerlendirilmesi açısından sistematik derleme ve meta-analiz çalışmalarının sayısının arttırılması önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

Abraha I, Montedori A, 2010. Modified intention to treat reporting in randomised controlled trials: systematic review. The BMJ, 340, c2697.

Ajzen I, 1985. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In: Action control. Eds: Springer, p. 11-39.

Ajzen I, 1991. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes, 50, 2, 179-211.

Akın B, Koçoğlu D, 2017. Randomize kontrollü deneyler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 4, 1, 73-92.

Akinyemiju TF, 2012. Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: analysis of the World Health Survey. PLoS One, 7, 11, e48834.

Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G, 2006. Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 48, 1, 025-9.

Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang X-S, Bannon F, Ahn JV, Johnson CJ, Bonaventure A, 2015. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). The Lancet, 385, 9972, 977-1010.

Alpar R, Uludağ AK, 2003. Reducing the bias in clinical trials (Randomization & Blinding). FABAD J Pharm Sci, 28, 113-22.

American Cancer Society, 2015. Global Cancer Facts & Figures. Atlanta.

American Cancer Society, 2016. What are the key statistics about cervical cancer? Erişim tarihi 20 Mayıs 2017. Erişim adresi, http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/detailedguide/cervical-cancer-key-statistics.

American Cancer Society, 2017a. Cervical Cancer, Erişim tarihi 25 Mayıs 2017. Erişim adresi, https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer.html.

American Cancer Society, 2017b. Cancer Facts & Figures 2017. Atlanta.

Arbyn M, Fabri V, Temmerman M, Simoens C, 2014. Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data (Belgium, 2002-2006). PLOS ONE, 9, 4, e92615.

Aydoğdu NG, Bahar Z, 2011. Yoksul kadınlarda sağlık inanç modeli ve sağlığı geliştirme modeli kullanımının meme ve serviks kanseri erken tanı davranışlarındaki değişime etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4, 34-40.

Bahar Z, Açıl D, 2014. Sağliği geliştirme modeli: kavramsal yapi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 7 1, 59-67.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A, 2008. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12, 1, 1-13.

Barbera L, Thomas G, 2009. Management of early and locally advanced cervical cancer. Seminars in Oncology, 36, 2, 155-69.

Bazargan M, Lucas-Wright A, Jones L, Vargas R, Vadgama JV, Evers-Manly S, Maxwell AE, 2015. Understanding perceived benefit of early cancer detection: community-partnered research with african american women in south los angeles. J Womens Health (Larchmt), 24, 9, 755-61.

Beller EM, Gebski V, Keech AC, 2002. Randomization in clinical trials. MJA, 177, 565-7.

Benard VB, Thomas CC, King J, Massetti GM, Doria-Rose VP, Saraiya M, Centers for Disease C, Prevention, 2014. Vital signs: cervical cancer incidence, mortality, and screening - United States, 2007-2012. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 63, 44, 1004-9.

Birol L, 2009. Hemşirelik süreci: hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım İzmir, Etki Yayınları, s. 12-40.

Bodur S, Eryılmaz MA, Civcik S, Durduran Y, 2011. Kanserlerin toplumdaki dağılımının belirlenmesi ve insidansın tahmininde KETEM kayıtlarının katkısı: Konya örneği. Genel Tip Dergisi, 21, 4.

Boyle P, Levin B, 2008. Dünya kanser raporu 2008. Lyon, WHO.

Brinton LA, 1994. Ways that women may possible reduce their risk of breast cancer, Oxford University Press.

Broberg G, Strander B, Ellis J, Adolfsson A, 2014. Attending cervical cancer screening, opportunities and obstacles: a qualitative study on midwives' experiences telephoning non-attendees in Sweden. Scand J Public Health, 42, 7, 691-7.

Bruni L, Alemany L, Diaz M, Xavier Bosch F, de Sanjosé S, 2013. Chapter 77 - Cervical cancer: Burden of disease and risk factors a2 - goldman, marlene b. in: women and health (Second Edition). Eds: Troisi R, Rexrode KM: Academic Press, p. 1159-73.

Campos NG, Tsu V, Jeronimo J, Mvundura M, Kim JJ, 2017. Evidence-based policy choices for efficient and equitable cervical cancer screening programs in low-resource settings. Cancer medicine, 6, 8, 2008-14.

Cancer Research UK, 2016. Cervical cancer risk factors, Erişim tarihi 18 Mart 2017. Erişim adresi, http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/cervical-cancer/risks-causes.

Champion V, Skinner CS, Hui S, Monahan P, Juliar B, Daggy J, Menon U, 2007. The effect of telephone versus print tailoring for mammography adherence. Patient Education and Counseling, 65, 3, 416-23.

Champion VL, Skinner CS, 2008. The health belief model. Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 4, 45-65.

Chen HY, Kessler CL, Mori N, Chauhan SP, 2012. Cervical cancer screening in the United States, 1993-2010: characteristics of women who are never screened. J Womens Health (Larchmt), 21, 11, 1132-8.

Cohen J, 1988. Statistical power analysis for the behavioral sciences . Hilsdale. NJ: Lawrence Earlbaum Associates, 2.

Coronado Interis E, Anakwenze CP, Aung M, Jolly PE, 2015. increasing cervical cancer awareness and screening in jamaica: effectiveness of a theory-based educational intervention. Int J Environ Res Public Health, 13, 1, ijerph13010053.

Cox CC, 2003. ACSM's worksite health promotion manual: A guide to building and sustaining healthy worksites, Human Kinetics 1.

Cynthia MM, Daisy YM-C, Christina MC, Yongjian O, Yuanyuan L, 2015. Breast, cervical, and colorectal cancer education and navigation: results of a community health worker intervention. health promotion practice, 17, 3, 353-63.

Damiani G, Federico B, Basso D, Ronconi A, Bianchi CBNA, Anzellotti GM, Nasi G, Sassi F, Ricciardi W, 2012. Socioeconomic disparities in the uptake of breast and cervical cancer screening in Italy: a cross sectional study. BMC public health, 12, 1, 99.

Damiani G, Basso D, Acampora A, Bianchi CB, Silvestrini G, Frisicale EM, Sassi F, Ricciardi W, 2015. The impact of level of education on adherence to breast and cervical cancer screening: Evidence from a systematic review and meta-analysis. Preventive medicine, 81, 281-9.

Duarte-Franco E, Franco EL, 2004. Cancer of the uterine cervix. BMC women's health, 4, 1, 13.

Durak S, Karakılınç H, 2007. kanser kontrolünde birinci basamak sağlik kuruluşlarinin rolü. Türkiye'de kanser kontrolü. Onur Matbaacılık Ltd. Ankara. s. 519-522.

Duran ET, 2011. Examination with the health belief model of women's attitudes to cervical cancer and early diagnosis in Turkey: a qualitative study. Asian Pac J Cancer Prev, 12, 5, 1179-84.

Ekechi C, Olaitan A, Ellis R, Koris J, Amajuoyi A, Marlow LA, 2014. Knowledge of cervical cancer and attendance at cervical cancer screening: a survey of Black women in London. BMC Public Health, 14, 1096.

Ekwueme DU, Uzunangelov VJ, Hoerger TJ, Miller JW, Saraiya M, Benard VB, Hall IJ, Royalty J, Li C, Myers ER, 2014. Impact of the National breast and cervical cancer early detection program on cervical cancer mortality among uninsured low-income women in the US, 1991–2007. American journal of preventive medicine, 47, 3, 300-8.

Erci B, Avci İ, Hacıalioğlu N, Kılıç D, Tanrıverdi D, 2014. Halk sağlığı hemşireliği, Amasya, Göktuğ Yayınları, p. 29-40.

Eroğlu C, Keşli R, Eryılmaz MA, Ünlü Y, Gönenç O, Çelik Ç, 2011. Serviks kanseri için riski olan kadinlarda HPV tiplendirmesi ve hpv sikliğinin risk faktörleri ve servikal smearle ilişkisi. 66, 71.

Ersin F, Bahar Z, 2017. Effects of nursing interventions planned with the health promotion models on the breast and cervical cancer early detection behaviors of the women. International Journal, 10, 1, 421.

Everett T, Bryant A, Griffin MF, Martin-Hirsch PP, Forbes CA, Jepson RG, 2011. Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. Cochrane Database Syst Rev, 5, CD002834.

Faltin F, Kenett R, Ruggeri F, 2012. Statistical Methods in Healthcare, Somerset, UNITED KINGDOM, Wiley.

Fang CY, Ma GX, Tan Y, Chi N, 2007. A multifaceted intervention to increase cervical cancer screening among underserved Korean women. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 16, 6, 1298-302.

Fang CY, Ma GX, Handorf EA, Feng Z, Tan Y, Rhee J, Miller SM, Kim C, Koh HS, 2017. Addressing multilevel barriers to cervical cancer screening in Korean American women: A randomized trial of a community-based intervention. Cancer, 123, 6, 1018-26.

Feldman S, Goodman A, Peipert J, 2017. Screening for cervical cancer. Melin J.

Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM, 2010. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. International journal of cancer, 127, 12, 2893-917.

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F, 2012. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevelance worldwide in 2012. International journal of cancer.

Fernández ME, Gonzales A, Tortolero-Luna G, Williams J, Saavedra-Embesi M, Chan W, Vernon SW, 2009. Effectiveness of Cultivando la Salud: a breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women. American Journal of Public Health, 99, 5, 936-43.

Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, 2008. Health behavior and health education: theory, research, and practice, John Wiley & Sons.

Gözüm S, Capik C, 2014. A guide in the development of health behaviours: Health belief model (HBM). Dokuz Eylül Universitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7, 230-7.

Gravel J, Opatrny L, Shapiro S, 2007. The intention-to-treat approach in randomized controlled trials: are authors saying what they do and doing what they say? Clinical Trials, 4, 4, 350-6.

Guilfoyle S, Franco R, Gorin SS, 2007. Exploring older women's approaches to cervical cancer screening. Health Care Women Int, 28, 10, 930-50.

Gümüş AB, Çam O, 2011. Relationships between early diagnosis attitudes in cervical cancer of women and levels of self-esteem, body perception and hopelessness. Nobel Medicus, 7, 3, 46-52.

Güvenç G, Akyüz A, Han Açıkel C, 2011. Health belief model scale for cervical cancer and pap smear test: Psychometric testing, 67, 2, 428-37.

Güvenç G, Akyüz A, Yenen MC, 2013. Effectiveness of nursing interventions to increase pap smear test screening. Res Nurs Health, 36, 2, 146-57.

Güler Ç, Akın L, 2015. Halk sağlığı, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s. 1676-1729.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2014. Kanser Taramaları Kısa Raporu, Erişim tarihi 15 Ekim 2017, Erişim adresi, http://kanser.gov.tr/index.php/kanser/kanser-taramalari/1444-kanser-taramalar%C4%B1-k%C4%B1sa-rapor-2014.

Harvard School of Public Health, 2008. Cancer-cervical cancer, Erişim tarihi 19 Kasım 2016. Erişim adresi, http://www.diseaseriskindex.harvard.edu/.

Hilton LW, Jennings-Dozier K, Bradley PK, Lockwood-Rayermann S, DeJesus Y, Stephens DL, Rabel K, Sandella J, Sbach A, Widmark C, 2003. The role of nursing in cervical cancer prevention and treatment. Cancer, 98, 9 Suppl, 2070-4.

Hitzeman N, Xavier EM, 2012. Interventions to increase cervical cancer screening rates. Am Fam Physician, 85, 5, 443-5.

Hoque M, Hoque E, Kader SB, 2008. Evaluation of cervical cancer screening program at a rural community of South Africa. East Afr J Public Health, 5, 2, 111-6.

International Agency for Research on Cancer, 2017. Cancer screening in the European Union. Lyon.

Kaur H, Verschraegen CF, 2012. Cervical Cancer. Oncologic imaging: A multidisciplinary approach, Elsevier**:** 441-53.

Kaya M, Akın A, 2009. Serviks kanseri tarama programları, halk sağlığı yaklaşımı ile servikal kanser Ankara, Hacettepe üniversitesi kadın sorunları araştırma ve uygulama merkezi yayınları, s. 6-15.

Kessler TA, 2012. Increasing mammography and cervical cancer knowledge and screening behaviors with an educational program. Oncol Nurs Forum, 39, 1, 61-8.

Kıssal A, Beşer A, 2017. Results of breast and cervical cancer Health Promotion Model for older Turkish women. Journal of Human Sciences, 14, 3, 2374.

Kocaöz S, Özçelik H, Talas MS, Akkaya F, Özkul F, Kurtuluş A, Ünlü F, 2017. The effect of education on the early diagnosis of breast and cervix cancer on the women's attitudes and behaviors regarding participating in screening programs. J Cancer Educ.

Koh W-J, Greer BE, Abu-Rustum NR, Apte SM, Campos SM, Cho KR, Chu C, Cohn D, Crispens MA, Dorigo O, 2015. Cervical cancer, version 2.2015. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 13, 4, 395-404.

Kolutek R, Avci IA, 2015. The effect of training and monitoring at home on the knowledge level and practices of married women regarding breast and cervical cancer. J Breast Health, 11, 4, 155-62.

Köse M, (2015). Sağlik istatistikleri yilliği 2014. Ankara, Sağlık Bakanlığı.

Kösebay D, Demirkıran F, 2008. İnvaziv serviks kanseri, temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi, Ankara, Güneş Tıp Kitap Evleri, s. 1193-1219.

Kurt A, Canbulat N, Savaşer S, 2013. Adolesan dönem cinselliğiyle öne çıkan serviks kanseri ve risk faktörleri. Medical Journal of Bakırköy, 9, 2, 59-63.

Lee EE, Fogg L, Menon U, 2008. Knowledge and beliefs related to cervical cancer and screening among Korean American women. West J Nurs Res, 30, 8, 960-74.

Lim JNW, Ojo AA, 2017. Barriers to utilisation of cervical cancer screening in Sub Sahara Africa: a systematic review. European Journal of Cancer Care, 26, 1, e12444.

Lu M, Moritz S, Lorenzetti D, Sykes L, Straus S, Quan H, 2012. A systematic review of interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among Asian women. BMC public health, 12, 1, 413.

Martín-López R, Hernández-Barrera V, de Andres AL, Carrasco-Garrido P, de Miguel AG, Jimenez-Garcia R, 2012. Trend in cervical cancer screening in Spain (2003–2009) and predictors of adherence. European Journal of Cancer Prevention, 21, 1, 82-8.

Miller JW, Royalty J, Henley J, White A, Richardson LC, 2015. Breast and cervical cancers diagnosed and stage at diagnosis among women served through the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. Cancer Causes & Control, 26, 5, 741-7.

Mishra SI, Luce PH, Baquet CR, 2009. Increasing Pap smear utilization among Samoan Women: Results from a community based participatory randomized trial. Journal of health care for the poor and underserved, 20, 2 Suppl, 85.

Montgomery K, Bloch JR, Bhattacharya A, Montgomery O, 2010. Human papillomavirus and cervical cancer knowledge, health beliefs, and preventative practices in older women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 39, 3, 238-49.

Morrell S, Taylor R, Zeckendorf S, Niciak A, Wain G, Ross J, 2005. How much does a reminder letter increase cervical screening among under-screened women in NSW? Australian and New Zealand journal of public health, 29, 1, 78-84.

Moshkovich O, Lebrun-Harris L, Makaroff L, Chidambaran P, Chung M, Sripipatana A, Lin SC, 2015. Challenges and opportunities to improve cervical cancer screening rates in US health centers through patient-centered medical home transformation. Advances in preventive medicine.

Musa J, Achenbach CJ, O'Dwyer LC, Evans CT, McHugh M, Hou L, Simon MA, Murphy RL, Jordan N, 2017. Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. PLoS One, 12, 9, e0183924.

Nottingham J, 1998. Informed consent. Screening programmes need consent forms. BMJ, 317, 7163, 948-9.

Nuño T, Martinez ME, Harris R, García F, 2011. A promotora-administered group education intervention to promote breast and cervical cancer screening in a rural community along the US–Mexico border: a randomized controlled trial. Cancer Causes & Control, 22, 3, 367-74.

Oscarsson MG, Benzein EG, Wijma BE, Carlsson PG, 2007. Promotion of cervical screening among nonattendees: a partial cost-effectiveness analysis. Eur J Cancer Prev, 16, 6, 559-63.

Öz F, 2004. Sağlık alanında temel kavramlar, Ankara, İmaj İç ve Dış Tic. A.Ş.

Özdemir O, Bilgili N, 2010. Knowledge and practices of nurses working in an education hospital on early diagnosis of breast and cervix cancers. TAF Preventive Medicine Bulletin, 9, 6, 605-12.

Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S, 2011. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. DEUHYO ED, 4, 4, 153-158.

Özvarış Ş, 2015. Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. Halk sağlığı ve temel bilgiler. Eds. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, p. 1690-3.

Partlak Günüşen N, Üstün B, 2009. Randomize kontrollü çalışmalarda örneklemden kayıplar olduğunda gerekli bir istatistiksel analiz: intention to treat analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 1, 1, 46-56.

Paskett ED, McLaughlin JM, Lehman AM, Katz ML, Tatum CM, Oliveri JM, 2011. Evaluating the efficacy of lay health advisors for increasing risk-appropriate pap test screening: a randomized controlled trial among ohio appalachian women. Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 20, 5, 835.

Pender N, 2011. Heath Promotion Model Manual, Erişim tarihi 25 Kasım 2017. Erişim adresi, https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf.

Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE, 2004. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. Lancet, 364, 9430, 249-56.

Pınar G, Topuz Ş, An Ş, Doğan N, Kaya N, Algıer L, 2010. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 1, 11-8.

Pisani P, Parkin DM, Bray F, Ferlay J, 1999. Erratum: Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. Int. J. Cancer, 83, 18-29 (1999). Int J Cancer, 83, 6, 870-3.

Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC, 1992. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol, 47, 9, 1102-14.

Prochaska JO, Velicer WF, 1997. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot, 12, 1, 38-48.

Rashid RMA, Mohamed M, Hamid ZA, Dahlui M, 2013. Is the phone call the most effective method for recall in cervical cancer screening? Results from a randomised control trial. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 14, 10, 5901-4.

Richard A, Rohrmann S, Schmid SM, Tirri BF, Huang DJ, Guth U, Eichholzer M, 2015. Lifestyle and health-related predictors of cervical cancer screening attendance in a Swiss population-based study. Cancer Epidemiol, 39, 6, 870-6.

Ries L, Kosary C, Hankey B, Miller B, Clegg L, Edwards B, 1999. SEER cancer statistics review 1973–1996. Bethesda, MD: National Cancer Institute.

Rohleder P, 2012. Critical issues in clinical and health psychology, Sage.

Sawaya GF, Kulasingam S, Denberg TD, Qaseem A, for the clinical guidelines committee of the American College of P, 2015. Cervical cancer screening in average-risk women: Best practice advice from the clinical guidelines committee of the american college of physicians. Annals of Internal Medicine, 162, 12, 851-9.

Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S, 2007. Human papillomavirus and cervical cancer. The Lancet, 370, 9590, 890-907.

Seçginli S, Nahcivan NO, 2011. The effectiveness of a nurse-delivered breast health promotion program on breast cancer screening behaviours in non-adherent Turkish women: A randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 48, 1, 24-36.

Seo JY, Li J, Li K, 2017. Cervical cancer screening experiences among chinese american immigrant women in the united states. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.

Snelling A, 2014. Introduction to health promotion, John Wiley & Sons.

Soares MBO, Silva SRd, 2016. Interventions that facilitate adherence to Pap smear exam: integrative review. Revista brasileira de enfermagem, 69, 2, 404-14.

Stein K, Lewendon G, Jenkins R, Davis C, 2005. Improving uptake of cervical cancer screening in women with prolonged history of non-attendance for screening: a randomized trial of enhanced invitation methods. Journal of Medical Screening, 12, 4, 185-9.

Stewart BW, Wild CP, 2014. World cancer report 2014.

Sungur G, 2012. Kronik hastalıklarda kültürel yaklasım, Kültürlerarası Hemsirelik, İstanbul, Tıp Kitabevi, s. 181-199.

Şahiner G, 2012. Servikal Kanser Taramasına Başvuruyu Artırıcı Yönetemlerin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.

Taşkın L, 2009. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, s. 655-684.

Taşkın L, Eroğlu K, Terzioğlu F, Vural G, Kutlu Ö, 2011. Hemşire ve ebeler için doğum ve kadın sağlığı uygulama rehberi, Ankara, Palme Yayıncılık, s. 123.

Taylor VM, Jackson JC, Yasui Y, Nguyen TT, Woodall E, Acorda E, Li L, Ramsey S, 2010. Evaluation of a cervical cancer control intervention using lay health workers for vietnamese american women. American Journal of Public Health, 100, 10, 1924-9.

The Omaha System, 2017. Erişim tarihi 10 Mart 2018. Erişim adresi, http://www.omahasystem.org/overview.html.

Thippeveeranna C, Mohan SS, Singh LR, Singh NN, 2013. Knowledge, attitude and practice of the pap smear as a screening procedure among nurses in a tertiary hospital in North Eastern India. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 14, 2, 849-52.

Tseng DS, Cox E, Plane MB, Hla KM, 2001. Efficacy of patient letter reminders on cervical cancer screening. Journal of general internal medicine, 16, 8, 563-8.

TUİK, 2014. Seçilmiş Göstergelerle Konya. Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu.

Tuncer A, 2009. Türkiye'de kanser kontrolü, Ankara, Koza Matbaacılık, s. 86-92.

Tung W-C, 2010. Benefits and barriers of pap smear screening: differences in perceptions of vietnamese american women by Stage. Journal of Community Health Nursing, 27, 1, 12-22.

Turan AH, 2008. İnternet alışverişi tüketici davranışını belirleyen etmenler: geliştirilmiş teknoloji kabul modeli (E-TAM) ile bir model önerisi. Akademik Bilişim, 8.

Türkiye Sağlığı Kurumu, 2013. Serviks Kanseri, Erişim tarihi 15 Haziran 2017. Erişim adresi, http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-turleri/56-serviks-kanseri.html.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015a. Smear'den HPV'ye serviks kanseri taramaları, Erişim tarihi 10 Ocak 2018. Erişim adresi, http://kanser.gov.tr/Dosya/Sunular/smearHPVmujdegul042015.pdf.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015b. Türkiye Kanser Kontrol Programı, Erişim tarihi 15 Ekim 2017. Erişim adresi, http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi.pdf.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016. Serviks Kanseri Tarama Programi Ulusal Standartları, Erişim tarihi 15 Mart 2017. Erişim adresi, http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017. Türkiye Kanser İstatistikleri, Erişim tarihi 10 Ocak 2017. Erişim adresi, http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzuuun.pdf.

Uy C, Lopez J, Trinh-Shevrin C, Kwon SC, Sherman SE, Liang PS, 2017. Text messaging interventions on cancer screening rates: a systematic review. Journal of Medical Internet Research, 19, 8, e296.

Vernon SW, del Junco DJ, Tiro JA, Coan SP, Perz CA, Bastian LA, Rakowski W, Chan W, Lairson DR, McQueen A, Fernandez ME, Warrick C, Halder A, Diclemente C, 2008. promoting regular mammography screening ii. results from a randomized controlled trial in US Women Veterans. JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 100, 5, 347-58.

White MC, Wong FL, 2015. Preventing premature deaths from breast and cervical cancer among underserved women in the United States: insights gained from a national cancer screening program. Cancer Causes & Control, 26, 5, 805-9.

WHO, 2002. National cancer control programmes Policies and managerial guidelines, WHO**:** 180.

WHO, 2016. Screening as well as vaccination is essential in the fight against cervical cancer, Erişim tarihi 27 Nisan 2017. Erişim adresi, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers/fight-cervical-cancer/en/.

Wright TC, Kuhn L, 2012. Alternative approaches to cervical cancer screening for developing countries. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 26, 2, 197-208.

EKLER

EK-A: BİLGİ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon Numarası:

1. Doğum tarihiniz:
2. Medeni durumunuz nedir?
   1. Evli 2. Bekar.....
3. Eğitim durumunuz nedir?
   1. Okur yazar
   2. İlkokul mezunu
   3. Ortaokul mezunu
   4. Lise mezunu
   5. Üniversite ve üzeri
4. Çalışıyor musunuz?
   1. Çalışıyor
   2. Çalışmıyor (ne iş yapıyorsunuz.....)
   3. Emekli
5. Şu anki ekonomik durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?
   1. İyi 2. Orta 3. Kötü
6. Ailede (özellikle anne ve kız kardeşte) serviks kanseri (rahim ağzı kanseri) öyküsü var mıdır?
   1. Evet (Kimde?.....) 2. Hayır
7. İlk cinsel ilişki yaşınız.....
8. İlk doğum yaşınız.....
9. Kaç doğum yaptınız?.....
10. Oral kontraseptif kullandınız mı?
    1.Evet (Süre.....) 2. Hayır
11. Daha önce rahim ağzı kanserine yönelik eğitim aldınız mı?
    1. Evet 2. Hayır

EK-B: RAHİM AĞZI (SERVİKS) KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Pap Smear Yarar ve Motivasyon					
1. Smear (Pap Smear) testi yaptırmak, rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır					
2. Düzenli olarak yaptırdığım smear (Pap Smear) testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir					
3. Bana göre smear (Pap Smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur					
4. Düzenli olarak smear (Pap Smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinden ölme riskimi azaltacaktır					
5. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim					
6. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir					
7. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım					
8. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm					
Pap Smear Engeller					
1. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle smear (Pap Smear) testi yaptırmaktan korkarım					
2. Ne yapılacağını bilmediğim için smear (Pap Smear) testi yaptırmaktan korkarım					
3. Smear (Pap Smear) testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum					
4. Smear (Pap Smear) testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım					
5. Smear (Pap Smear) testi yaptırmak çok fazla zaman alır					
6. Smear (Pap Smear) testi yaptırmak çok ağrılıdır					
7. Sağlık personeli smear (Pap Smear) testi yaptırırken kaba davranır					
8. Yıllık olarak smear (Pap Smear) testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam					
9. Yaşamımda smear (Pap Smear) testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var					
10. Belirli aralıklarla simir (Pap Smear) testi yaptırmak için çok yaşlıyım					
11. Simir testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok					
12. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, smear (Pap Smear) testi yaptırmak bunu engellemez					
13. Smear (Pap Smear) testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim					
14. Smear (Pap Smear) testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam					

Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet	**Kesinlikle katılmıyorum**	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle katılıyorum**
1. Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur					
2.Rahim ağzı kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar					
3. Rahim ağzı kanserini düşünmekten korkarım					
4. Rahim ağzı kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım					
5. Rahim ağzı kanseri olmak eşimle, erkek arkadaşımla ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaratabilir					
6. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir					
7. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam					
Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık					
1. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
2. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissediyorum					
Sağlık Motivasyonu					
1. Sağlığım için dengeli beslenirim					
2. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım					
3. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim					

EK-C: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II/ SAĞLIK SORUMLULUĞU

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgilinkitapları okurum				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				

EK-D: PAP-SMEAR YAPTIRMAYA İLİŞKİN DEĞERLENDİRME FORMU

1. Pap Smear testi yaptırdınız mı?

1. Evet 2. Hayır

2.Pap smear yaptırmanızda verilen eğitim ve danışmanlığın etkisi oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

3.Pap smear yaptırmanızda size verilen broşürün etkisi oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

4.Pap smear yaptırmanızda telefon ile aranmanın etkisi oldu mu?

1. Evet 2. Hayır

EK-E: Hemşirelik Girişimlerindeki Grup Eğitiminin Planı

Eğitim Başlığı: Serviks Kanseri ve Erken Tanısı

Amaç: Kadınlara serviks kanseri ve erken tanısına yönelik bilgiler vererek, serviks kanserine yönelik bilgi düzeyini ve farkındalığı artırıp taramalara katılımını sağlamaktır.

İçerik:

-Kadın üreme organlarının anatomik yapısı

-Serviksin anatomisi

-Serviks kanseri ve önemi

--Serviks kanserinin görülme sıklığı

-Serviks kanserinin risk faktörleri

-Serviks kanserinin belirtileri

-Serviks kanseri erken tanı yöntemleri

-Pap smear testi ve önemi

-Pap smear testi yapılmadan önce dikkat edilmesi gereken kurallar

Eğitim grubu: 8 kadın

Yöntem: Grup eğitimi (düz anlatım, soru-cevap)

Materyal: Bilgisayar, projeksiyon cihazı, slayt, döner levha, broşür ve pap smear örneği alımında kullanılan materyaller

Ortam: 15 no'lu ASM içerisinde bulunan eğitim salonu ya da hemşire odası

Süre: 40 dakika

Sıklık: 1 kez

EK-F: Hemşirelik Girişimlerindeki Eğitimlerin Hedefleri ve Davranışları

Bilişsel Alan Hedefleri

1. Kadın üreme organlarının isimlerini sayabilir.
2. Maket/resim üzerinde kadın üreme organlarının yerlerini gösterebilir.
3. Serviks kanserinin tanımını söyleyebilir.
4. Serviks kanserinin risk faktörlerini bilir.
5. Kendisine ait serviks kanseri açısından risk faktörlerini sayabilir.
6. Serviks kanserinin belirtilerinin bilir.
7. Serviks kanserinin erken tanısı olduğunu bilir.
8. Serviks kanserinin erken tanısının nasıl yapıldığını bilir.
9. Pap smear testinin ne olduğunu bilir.
10. Pap smear testinin ne zaman yapıldığını bilir.
11. Pap smear testinin nerelerde yapıldığını bilir.

Duyuşsal Alan Hedefleri

1. Serviks kanserine yakalanma riski olduğunu fark eder.
2. Kendisinde serviks kanserine yönelik bir belirti olduğunda bu durumu farkedebilir.
3. Serviks kanserinin erken dönemde tanılanabileceğine inanır.
4. Serviks kanserinin erken dönemde tanılanmasının hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyeceğine inanır.
5. Pap smear testi yaptırmanın önemine ve gerekliliğine inanır.
6. Pap smear testi yaptırmaya gönüllü ve istekli olur.

Psikomotor Alan Hedefleri

1. Pap smear testi yaptırmak içim zaman ayırır
2. Pap smear testi yaptırmadan önce dikkat edilmesi gereken kuralları uygular
3. Pap smear testini isteyerek yaptırır

EK-G: 14 Haftalık Girişimler

Tarih	Uygulamalar	Süre	Müdahale İçeriği
1. Hafta	Tanışma ve ön hazırlık	30 dk	• Tanışma, araştırmanın amacının açıklanması, uygulamalar hakkında bilgi verilmesi ve aydınlatılmış onamların alınması • Ön testlerin uygulanması (Bilgi Formu, Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Sağlık Sorumluluğu Ölçeği)
2. Hafta	Grup Eğitimi	40 dk	• Grup eğitimin uygulanması • Broşürün verilmesi • Hatırlatıcı magnet ve kupanın verilmesi • Ev ziyaretleri için randevu alınması
6.Hafta	1. Ev ziyareti	20 dk	• Eğitimin uygulanması (Grup eğitiminin tekrar edilmesi) • Danışmanlık hizmetinin verilmesi • Son ev ziyareti için randevu alınması
8.Hafta	Telefonla Arama	5 dk	• Pap Smear testi yaptırmanın öneminin vurgulanması
10.Hafta	2. Ev Ziyareti	15 dk	• Eğitim ve Danışmanlık verilmesi (İki eğitimi pekiştirici) • Pap Smear testi yaptıran kadınların sonuçlarının konuşulması, gerekli yönlendirmelerin yapılması
12. Hafta	Telefonla Arama	5 dk	• Pap Smear testi yaptırmanın öneminin vurgulanması
14. Hafta	Son testlerin uygulanması	15 dk	• Serviks Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, • Sağlık Sorumluluğu Ölçeği • Pap Smear Yaptırmaya İlişkin Değerlendirme Formu

EK- H:AYDINLATILMIŞ ONAM FORMLARI

Sayın Katılımcı;

Sizi "Serviks Kanseri Yönünden Riskli Kadınlara Yönelik Çoklu Girişimlerin Sağlık Sorumluluğu, Serviks Kanserine İlişkin İnanç ve Tarama Yaptırmasına Etkisi" başlıklı araştırmaya davet ediyorum. Bu araştırma, Konya ili Karatay bölgesi 15 Numaralı Selim Sultan Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan 40-55 yaş arası kadınlara yönelik yapılan sağlık eğitimi ve danışmanlık içeren çoklu girişimlerin serviks kanseri taramasına katılımına etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. 14 hafta sürecek olan bu araştırmada size iki kez uygulama yapılacaktır (ilk hafta ve 14. hafta sonunda). Ayrıca kura ile belirlenen kişilere eğitimler yapılacaktır. Bu uygulamalar; anket ve ölçeklerin uygulanmasını içermektedir.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Bu araştırmanın sizin için herhangi bir risk durumu bulunmamaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanız gerekmektedir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

Araştırmaya Katılmak İstiyorum	Tarih:
Araştırmaya Katılmak İstemiyorum	İmza:

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırmacı Büşra ALTINEL tarafından, bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırmaya başlamadan önce aydınlatılmış onamdaki bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum ve yanıtlarını aldım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı Büşra ALTINEL'E hangi telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı :

Adı soyadı :
İmza :

Araştırmacı :

Adı Soyadı : Büşra ALTINEL
İmza :

EK- I :S.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Onayı

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

T.C.
SELCUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı :2016/06	**Toplantı Tarihi :24.06.2016**

Karar Sayısı 2016/39 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Belgin AKIN'ın, "Serviks Kanseri Yönünden Riskli Kadınlara Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Serviks Kanseri İnanç / Tutum ve Taramalara Katılıma Etkisi: Randomize Kontrollü Deney" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 15.06.2016 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra Doç. Dr. Belgin AKIN'ın, "Serviks Kanseri Yönünden Riskli Kadınlara Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Serviks Kanseri İnanç / Tutum ve Taramalara Katılıma Etkisi: Randomize Kontrollü Deney" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

Doç. Dr. Musa ÖZATA
Başkan V.

Prof.Dr.Ramazan ARI
Üye

Doç.Dr.Musa ÖZATA
Üye

Doç.Dr.Sema YILMAZ
Üye

Doç.Dr.Nazan AKTAŞ
Üye

Dolunay ALTINÖZEN
Sekreterya

EK- J: Konya İl Halk Sağlığı Müdürlüğü Kurum İzni

KONYA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBESİ
05/09/2016 09:53 - 86104336 - 799 - E.1328
00029413326

T.C.
KONYA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

İSLÂM DÜNYASI TURİZM BAŞKENTİ KONYA

Sayı : 86104336/799
Konu : Büşra ALTINEL'in Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Arş. Gör. Büşra ALTINEL "Serviks Kanseri Yönünden Riskli Kadınlara Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Serviks Kanseri İnanç/Tutum ve Taramalara Katılma Etkisi: Randomize Kontrollü Deney" konulu araştırma tezini Kurumumuza bağlı Karatay 15 Nolu Selim Sultan Aile Sağlığı Merkezinde yapmak istemektedir. Araştırmasını ilgili aile sağlığı merkezinde yapabilmesi hususunda;

Olurlarınıza arz ederim.

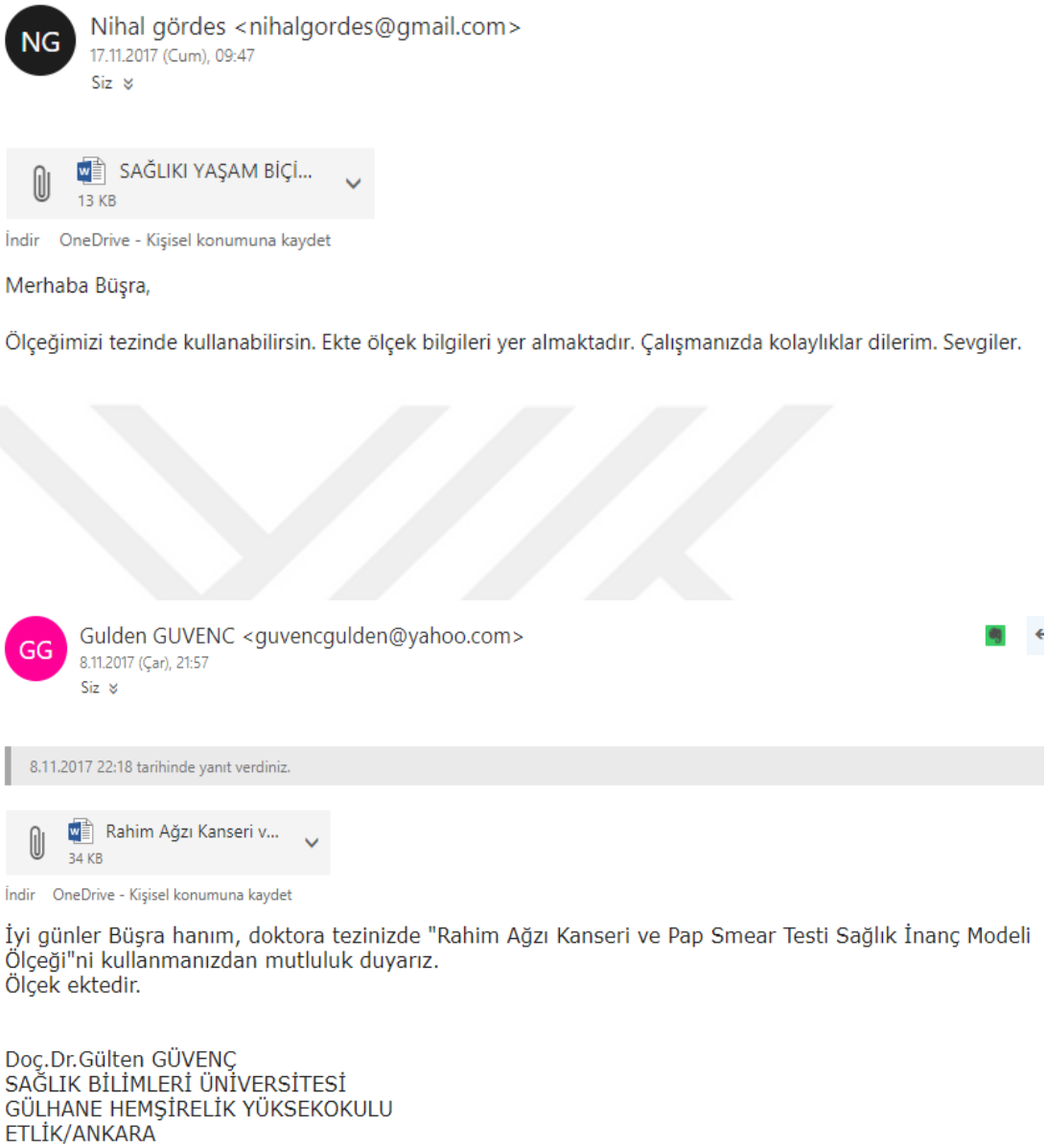
Dr. Hasan ÖZNAVRUZ
Halk Sağlığı Müdürü

O L U R
.../.../2016
Mehmet ÜNAL
Vali a.
Vali Yardımcısı

Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi
Faks No:03322230075
e-Posta:hatice.afsarkes@saglik.gov.tr İnt.Adresi: konya.hsmtsagligi@saglik.gov.tr
Bilgi için:Hatice AFŞAR KES
Unvan:EBE
Telefon No:03322230000/1227

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 99bee321-8f60-48cf-a6e8-01e475280d44 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK- K : Ölçek Kullanım İzin Belgesi



NG

Nihal gördes <nihalgordes@gmail.com>
17.11.2017 (Cum), 09:47
Siz

SAĞLIKI YAŞAM BİÇİ...
13 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

Merhaba Büşra,

Ölçeğimizi tezinde kullanabilirsin. Ekte ölçek bilgileri yer almaktadır. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim. Sevgiler.

GG

Gulden GUVENC <guvencgulden@yahoo.com>
8.11.2017 (Çar), 21:57
Siz

8.11.2017 22:18 tarihinde yanıt verdiniz.

Rahim Ağzı Kanseri v...
34 KB

İndir OneDrive - Kişisel konumuna kaydet

İyi günler Büşra hanım, doktora tezinizde "Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği"ni kullanmanızdan mutluluk duyarız.
Ölçek ektedir.

Doç.Dr.Gülten GÜVENÇ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
ETLİK/ANKARA

EK-L: Serviks Kanseri Yönünden Risk Grubu Belirleme Formu

Sayın katılımcı bu araştırma, doktora tezi için planlanmıştır. Araştırmada sizlere araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formu uygulanacaktır. Bu çalışma "Serviks kanseri yönünden risk grubunda bulunan kadınların belirlenmesi ve risk grubundaki kadınlara yönelik bazı hemşirelik girişimlerinin uygulanması' amacıyla yapılmaktadır. Araştırma süresince elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor/yayında sizin adınız geçmeyecektir. Araştırma için size ücret ödenmeyecek ve sizden para talep edilmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Cevaplarınız araştırmanın güvenirliği açısından çok önemlidir. Bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica ederiz. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Tarih: Adı Soyadı:
Adres:
Telefon Numarası

Sosyo-Demografik Özellikler

1. Doğum tarihiniz:
2. Medeni durumunuz nedir?
   1. Evli 2. Bekar
3. Eğitim durumunuz nedir?
   1. Okur yazar
   2. İlkokul mezunu
   3. Ortaokul mezunu
   4. Lise mezunu
   5. Üniversite ve üzeri

Sağlık Özellikleri

4. Ailede (özellikle anne ve kız kardeşte) serviks kanseri (rahim ağzı kanseri) öyküsü var mıdır?
   1. Evet (Kimde?.....) 2. Hayır
5. Daha önce herhangi bir kanser tanısı aldınız mı?
   1. Evet..... 2. Hayır
6. Hiç Pap smear testi yaptırdınız mı?
   1. Evet 2. Hayır
7. Histerektomi ameliyatı oldunuz mu?
   1. Evet 2. Hayır
8. Serviks kanserine yönelik herhangi bir eğitim aldınız mı?
   1. Evet 2. Hayır

Doğurganlık Özellikleri

9. İlk cinsel ilişki yaşınız.....
10. İlk gebelik yaşınız:.....
11. Son gebelik tarihiniz:……..
12. İlk doğum yaşınız.....
13. Kaç doğum yaptınız?.....
14. Oral kontraseptif kullandınız mı?
    1.Evet (Süre.....)

EK- M : Randomize bir çalışmanın raporlanmasında dahil edilecek CONSORT 2010 bilgi kontrol listesi

Bölüm/başlık	Madde No	Kontrol Listesi	Maddesi Bildirilen Sayfa Numarası
Başlık ve özet	1a	Başlıkta randomize bir çalışma olarak tanımlama	vii - viii
	1b	Çalışma dizaynı, yöntemler, bulgular ve sonuçlarının yapılandırılmış özeti (özgül kılavuz için, bakınız özetler için CONSORT	S.Ü Sağ. Bil. Ens. Tez yazım kılavuzunda yapılandırılmamış özet istenmektedir
Giriş			
Arka plan ve amaçlar	2a	Bilimsel arka plan ve gerekçenin açıklanması	1-15
	2b	Özgül amaçlar veya hipotezler	5
Yöntemler			
Çalışma dizaynı	3a	Çalışma dizaynının tanımlaması (paralel, faktöriyel, gibi) ayırma oranları dahil	16
	3b	Çalışma başladıktan sonra yöntemlerdeki önemli değişiklikler (uygunluk kriterleri gibi), sebeplerle birlikte	36
Katılımcılar	4a	Katılımcılar için uygunluk kriterleri	17-19
	4b	Verilerin toplandığı ortamlar ve yerler	16
Girişimler	5	Kopyalamaya olanak sağlamak için, yeterli detaylarla her grup için girişimler, tam olarak nasıl ve ne zaman uygulandığı dahil	26-32
Sonuçlar	6a	Eksiksiz bir şekilde tanımlanmış önceden belirlenmiş birincil ve ikincil sonuç ölçümleri, nasıl ve ne zaman değerlendirildiği dahil	27, 32
	6b	Çalışma başladıktan sonra çalışma sonuçlarındaki herhangi bir değişiklik, nedenleriyle	-
Örneklem büyüklüğü	7a	Örneklem büyüklüğü nasıl belirlendi	17-19
	7b	Uygulandığında, ara analizlerin ve durdurma yönergelerinin açıklaması	26, 27
Randomizasyon Dizi oluşturma	8a	Rastgele ayırma dizisi oluşturmada kullanılan yöntem	21
	8b	Randomizasyon tipi; herhangi bir kısıtlamanın ayrıntıları (bloklama ve blok boyutu gibi)	21, 22
Ayırmayı gizleme mekanizması	9	Girişimler ayrılana kadar diziyi gizlemek için yapılan adımları tanımlayan rasgele ayırma dizisi sağlamada kullanılan mekanizma (sıralı olarak numaralandırılmış kaplar gibi)	24
Uygulama	10	Rastgele ayırma dizisini kim oluşturdu, katılımcıları kim kaydetti ve girişimler için katılımcıları kim ayırdı	21
Körleme	11a	Eğer yapıldıysa, girişimler için ayrıldığında kim (örneğin, katılımcılar, bakım verenler, sonuçları değerlendirenler) ve nasıl körleştirildi	24
	11b	Eğer ilgili ise girişimlerin benzerliğinin açıklaması	-
İstatistiksel Yöntemler	12a	Birincil ve ikincil sonuçlar için grupların karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel yöntemler	33-35

	12b	Alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler gibi ek analizler için yöntemler	33-35
Bulgular			
Katılımcı akışı (bir diyagram şiddetle önerilir)	13a	Her grup için, rasgele ayrılan, planlanan tedaviyi alan ve birincil sonuçlar için analiz edilen katılımcı sayısı	36
	13b	Her grup için, randomizasyondan sonraki kayıplar ve hariç bırakmalar, nedenleriyle birlikte	36, 37
Çalışmaya alım	14a	Çalışmaya alım ve izlem sürelerini tanımlayan tarihler	29-32
	14b	Çalışma neden sonlandırıldı veya durduruldu	-
Temel veriler	15	Her grubun temel demografik ve klinik özelliklerini gösteren bir tablo	22, 23
Analiz edilen sayılar	16	Her grup için, her analize dahil edilen katılımcı sayısı (payda) ve analizin asıl olarak seçilen gruplara göre olup olmadığı	38-43
Sonuçlar ve tahmin	17a	Birincil ve ikincil her sonuç için, her grup için sonuçlar ve tahmini etki boyutu ve hassasiyeti (%95 güven aralığı gibi)	38-43
	17b	İkili sonuçlar için, hem kesin ve hem nispi etki boyutunun sunulması önerilir	38-43
Yan analizler	18	Yapılan herhangi diğer analiz sonuçları, alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler dahil, önceden belirlenmiş olanları planlanmamış olanlardan ayırarak	-
Zararlar	19	Her grupta bütün önemli zararlar veya istenmeyen etkiler (özgül kılavuz için, zararlar için CONSORT'a bakınız[28])	-
Tartışma			
Kısıtlılıklar	20	Çalışma kısıtlılıkları; potansiyel önyargı kaynakları; beklenmeyen durum ve eğer bağlantılı ise analizlerin çeşitliliğini ele alan	53
Genelleştirebilirlik	21	Çalışma bulgularının genelleştirebilirliği (dış geçerlik, uygulanabilirlik)	44-53
Yorum	22	Sonuçlarla tutarlı yorum, yararları ve zararları dengeleme ve diğer ilgili kanıtları göz önünde tutma	44-53
Diğer bilgiler			
Kayıt	23	Çalışma kaydının ismi ve kayıt numarası "Increasing Participation in Cervical Cancer Screening and Risk for Beliefs/Attitudes Among Women at Risk" NCT03076879. 26 Eylül 2017)	+
Protokol	24	Tam çalışma protokolüne nereden erişilebilir, eğer mevcutsa	ClinicalTrials.gov
Fon bulma	25	Fon kaynakları ve diğer destekler (ilaçların sağlanması gibi), fon sağlayıcıların rolleri	-

*Tüm maddeler üzerinde önemli açıklamalar için bu raporun CONSORT 2010 Açıklama ve Detaylandırması (13) ile birlikte okumasını şiddetle tavsiye ederiz. İlişkili ise, küme randomize çalışmalar (11), eşit etkinlik ve eş değerlik çalışmaları (12), farmakolojik olmayan tedaviler (32), bitkisel girişimler (33) ve pragmatik çalışmalar (34) için CONSORT eklerinin de okunmasını tavsiye ederiz. İlave eklentiler mevcuttur: bunlar için ve bu kontrol listesi ile bağlantılı günümüze kadar olan kaynaklar için www.consort-statement.org 'a bakınız.

EK-N : ITT Analizi ile Elde Edilen Araştırma Bulguları

Çizelge 1. Deney ve kontrol grubundaki kadınların serviks kanseri ve pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeği alt boyut puan ortalamalarının ön test ve son test ölçümlerine göre dağılımı (n: 134)

		Ön Test Ort±SS	Son Test Ort±SS	Ön Test-Son Test Farkı t	p	Etki Büyüklüğü d	*(%95 CI)
Pap Smear Yarar ve Motivasyon Alt Boyutu							
Deney Grubu		28,23±3,810	31,52±3,564	-10,510	0,000	1,249 (0,879 , 1,619)	
Kontrol Grubu		27,62±2,917	26,85±3,500	3,617	0,001		
Gruplar Arası Fark	**t**	1,044	7,654				
	p	0,298	0,000				
Etki Büyüklüğü(%95 CI)	**d**		1,322 (0,946 , 1,694)				
Pap Smear Engeller Alt Boyutu							
Deney Grubu		45,28±6,154	34,38±7,450	13,841	0,000	-1,901 (-2,309 , -1,493)	
Kontrol Grubu		43,13±5,195	43,26±5,922	-0,404	0,687		
Gruplar Arası Fark	**t**	2,184	-7,637				
	p	0,31	0,000				
Etki Büyüklüğü*(%95 CI)	**d**		1,480 (1,095 , 1,861)				
Serviks Kanseri Önemseme/Ciddiyet Alt Boyutu							
Deney Grubu		23,37±5,023	24,29±4,372	-3,741	0,000	0,447 (-0,104 , 0,790)	
Kontrol Grubu		23,44±4,479	23,13±4,396	1,074	0,287		
Gruplar Arası Fark	**t**	-0,910	1,537				
	p	0,928	0,127				
Etki Büyüklüğü(%95 CI)	**d**		0,267 (-0,074 , 0,607)				
Serviks Kanseri Duyarlılık Alt Boyutu							
Deney Grubu		8,14±1,955	7,91±1,944	1,541	0,128	-0,181 (-0,159 , 0,520)	
Kontrol Grubu		7,85±1,971	7,58±1,985	1,358	0,179		
Gruplar Arası Fark	**t**	0,880	0,967				
	p	0,381	0,335				
Etki Büyüklüğü*(%95 CI)	**d**		0,168 (-0,172 , 0,507)				
Sağlık Motivasyonu Alt Boyutu							
Deney Grubu		7,74±2,737	8,00±2,702	-2,241	0,028	0,279 (-0,061 , 0,619)	
Kontrol Grubu		6,59±1,992	5,52±1,708	6,987	0,000		
Gruplar Arası Fark	**t**	2,778	6,267				
	p	0,060	0,000				
Etki Büyüklüğü*(%95 CI)	**d**		1,897 (1,486 , 2,303)				

Çizelge 2. Deney ve kontrol grubundaki kadınların sağlık sorumluluğu ölçeği puanı ortalamalarının ön ve son test ölçümlerine göre dağılımı (n: 134)

Gruplar		Ön Test	Son Test	Ön Test-Son Test Farkı		Etki Büyüklüğü *(%95 CI)
		Ort±SS	Ort±SS	t	p	d
Deney Grubu (n:67)		18,29±4,599	20,07 ±4,636	-7,475	0,000	0,917 (0,561 , 1,273)
Kontrol Grubu (n:67)		15,20±2,749	14,95±2,716	1,979	0,052	
Gruplar Arası Fark	**t**	4,719	7,799			
	p	0,000	0,000			
Etki Büyüklüğü *(%95 CI)	**d**		1,348 (0,970 , 1,721)			

**p<0,000

Çizelge3.Deney ve kontrol grubundaki kadınların pap smear yaptırma dağılımları (n: 134)

	Deney		Kontrol			
	n	%	n	%	χ^2	p
Son 4 Ay İçinde Pap Smear Testi Yaptırma						
Evet	53	79,1	7	10,4	93,800	**0,000*** **
Hayır	14	20,9	60	89,6		
Etki Büyüklüğü *(%95 CI)	**d**		3,055 (2,437 , 3,673)			

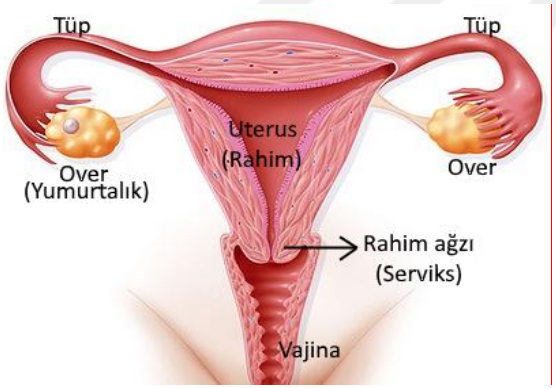
***:*p<0,001*

ARR= 0,83, RR=0,06, RRR=0,94

EK- O: Broşür

SERVİKS (RAHİM AĞZI) KANSERİ

Serviks rahimin vajinaya açılan dar bir boynudur. Serviks hücreleri anormalleşip kontrolsüz bir şekilde büyümeye başladığında serviks kanseri oluşmaktadır.



*Kadınlar arasında en sık görülen ikinci kanser türüdür.

*Her yıl, dünya çapında yaklaşık 500.000 kadın serviks kanseri tanısı almakta ve 270.000'den fazla kadın servikal kanser nedeniyle ölmektedir.

*Servikal kanser Human Papilloma Virus (HPV) olarak bilinen yaygın bir virüs tarafından oluşur.

*Serviks kanseri önlenebilir bir hastalıktır.

*Smear/Pap-smear testiyle tarama sayesinde erken tanı ve etkin bir tedavi mümkündür.

SERVİKAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ



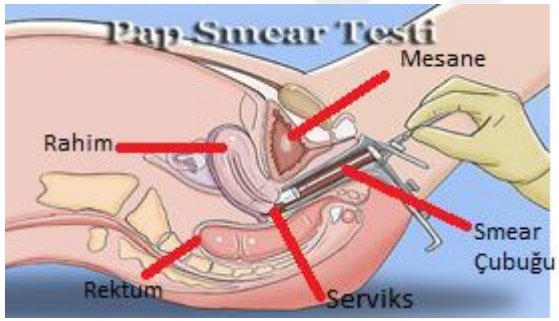


SERVİKAL KANSER BELİRTİLERİ



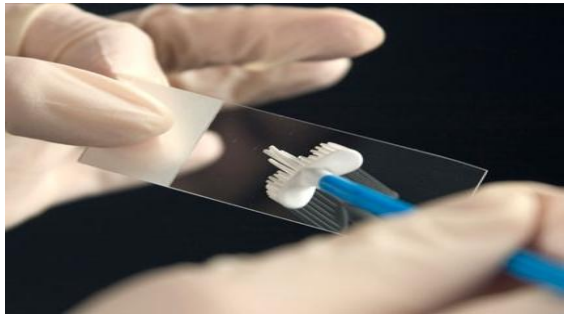
PAP SMEAR TESTİ NEDİR?

Pap smear testi serviks bölgesinden sürüntü (örnek) alınarak yapılan incelemedir. Ağrısız ve birkaç dakika içinde sonlanan oldukça basit bir yöntemdir.



PAP SMEAR TESTİ NASIL YAPILIR?

Jinekolojik muayene sırasında, steril özel bir çubukla rahim ağzındaki hücrelerden sürüntü şeklinde bir örnek cam üzerine alınır. Alınan bu örnek patolojiye gönderilerek incelettirilir.



KİMLER PAP SMEAR TESTİ YAPTIRMALIDIR?

5 Yılda Cinsel hayatı başlayan her kadın,

1 kez rahim ağzı taramalarına mutlaka katılmalıdır.

PAP SMEAR TESTİ YAPTIRMADAN ÖNCE NELERE DİKKAT EDİLMELİ?

Smear alınmadan önce 48 saat süre ile cinsel ilişkide bulunulmamalıdır.

Smear alınmasından önce en az 72 saat süre ile hazneye herhangi bir krem/ilaç uygulanmamalı ve hazne yıkanmamalıdır.

Test için en ideal zaman adet kanamanız bittikten 10 gün sonrasında başlayarak sonraki ilk adet gününüze kadar olan süredir.

PAP SMEAR TESTİ NERELERDE YAPTIRILIR?

- **KARATAY KETEM**
- **SELÇUKLU KETEM**
- **MERAM EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ KETEM**
- **SELİM SULTAN ASM**

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



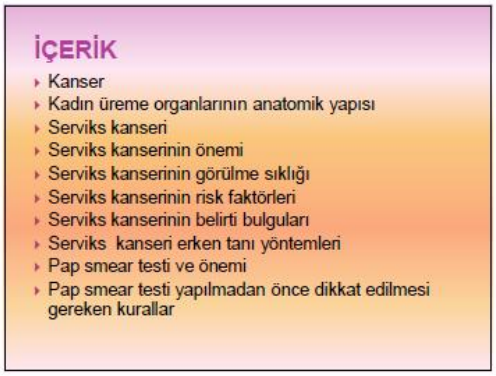
SERVİKS (RAHİM AĞZI) KANSERİNE DUR DE!

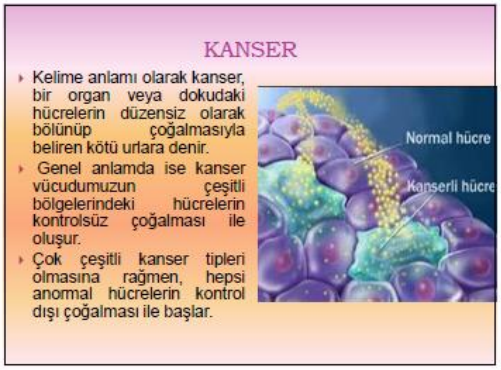
Hazırlayan

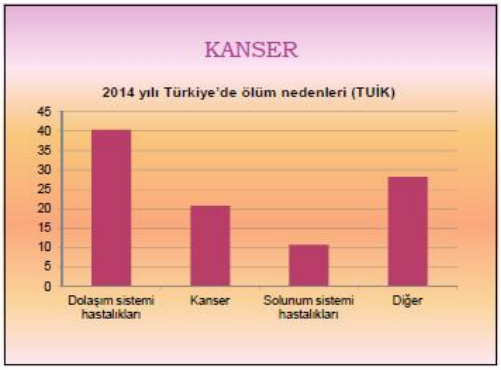
Arş. Gör. Büşra ALTINEL
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD
KONYA-2017

EK-P: Grup Eğitimi Sunumu

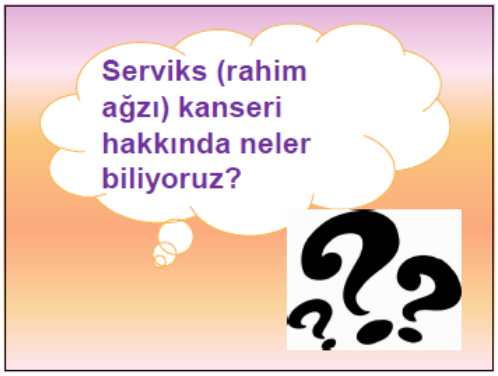




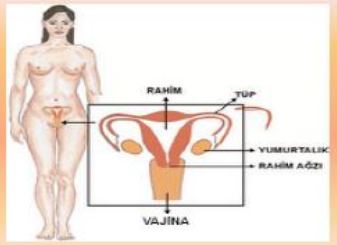




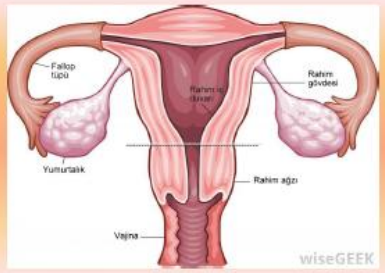




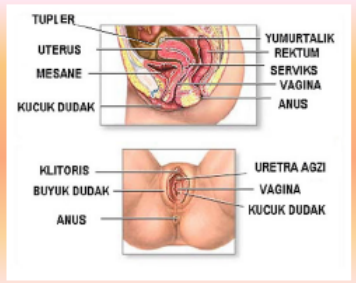
KADIN ÜREME ORGANLARININ ANATOMİK YAPISI



KADIN ÜREME ORGANLARININ ANATOMİK YAPISI

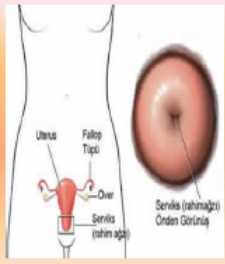


KADIN ÜREME ORGANLARININ ANATOMİK YAPISI



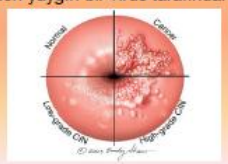
SERVİKSİN ANATOMİSİ

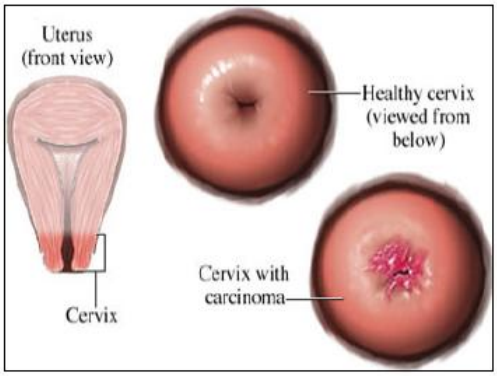
- Serviks rahimin alt kısmıdır.
- Serviks 2-2,5 cm uzunluğunda, sert ve adaleli bir organdır.
- Serviks, enfeksiyonların rahime ulaşmasını engellemeye yardımcı, önemli bir bariyer görevi görmektedir.



SERVİKS KANSERİ

- Serviks hücreleri anormalleşip kontrolsüz bir şekilde büyümeye başladığında serviks kanseri oluşmaktadır.
- Servikal kanser Human Papilloma Virus (HPV) olarak bilinen yaygın bir virüs tarafından oluşur.





SERVİKS KANSERİNİN ÖNEMİ

- Serviks kanseri **tarama testleri** (pap smear) sayesinde henüz kanser aşamasına gelmeden önce tespit edilen ve etkili bir şekilde tedavi edilebilen bir kanser türüdür.



SERVİKS KANSERİNİN ÖNEMİ

- Serviks kanserinde kanser öncüsü lezyonların ortaya çıkmasından kanser oluşumuna kadar geçen süre 5-10 yıl arasındadır.
- Kanser öncüsü lezyon aşamasında veya çok erken evre kanser aşamasında tespit edildiğinde iyileşme şansı oldukça yüksek bir kanser türüdür.

SERVİKS KANSERİNİN ÖNEMİ



Serviks kanseri nedeniyle her 2 dakikada 1 kadın hayatını kaybediyor

Her 10 serviks kanseri olgusunun 9'u düzenli pap testleri ile önlenebilir ve herhangi bir anormal sonuc varsa olumlu yönde takibi yapılabilirdir.



SERVİKS KANSERİNİN GÖRÜLME SIKLIĞI

Kadınlarda meme kanserinden sonra en sık görülen ikinci kanser türüdür.

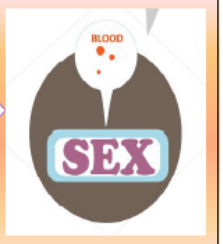
SERVİKS KANSERİNİN RİSK FAKTÖRLERİ

Anne ya da kız kardeşte serviks kanseri öyküsü bulunması

SERVİKS KANSERİNİN BELİRTİ BULGULARI

Serviks Kanserinin Erken Dönem Belirtileri

Cinsel ilişki sırasında ve sonrasında ağrı ya da kanama



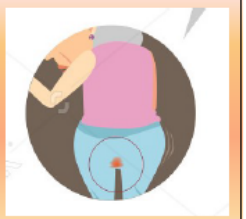
Serviks Kanserinin Erken Dönem Belirtileri

Anormal vajinal kanama, kötü kokulu akıntı



Serviks Kanserinin Erken Dönem Belirtileri

Menapoz sonrası kanama



Serviks Kanserinin Erken Dönem Belirtileri

Adet düzensizliği



Serviks Kanserinin Geç Dönem Belirtileri

Bacak şişmesi



Serviks Kanserinin Geç Dönem Belirtileri

Karın ağrısı, Pelvik ağrı



Serviks Kanserinin Geç Dönem Belirtileri

Bel ağrısı



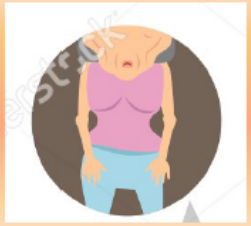
Serviks Kanserinin Geç Dönem Belirtileri

Kanlı dışkı



Serviks Kanserinin Geç Dönem Belirtileri

Kilo kaybı



Serviks Kanserinin Geç Dönem Belirtileri

Baş ağrısı, yorgunluk



BAZEN HİÇBİR BELİRTİ VERMEYEBİLİR!!!

SERVİKS KANSERİ ERKEN TANI YÖNTEMİ

- Serviks kanserinin ilk tanı yöntemi 'jinekolojik muayene ve PAP SMEAR testi'dir.
- Smear sonucu normal değilse; daha ileri tanı araçları kullanılır ve rahim ağzından parça alınır.

SERVİKS KANSERİ ERKEN TANI YÖNTEMİ

Tüm kadınlarda yılda bir yapılması önerilen test:

PAPSMEAR

Pap smear testi serviks bölgesinden sürüntü (örnek) alınarak yapılan incelemedir.

PAP SMEAR TESTİ VE ÖNEMİ

- Temelde bir kanser tarama testidir
- Hedefi rahim ağzı kanseri öncüsü lezyonları yakalamaktır

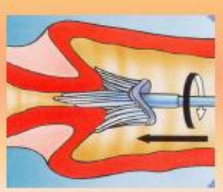
PAP SMEAR TESTİ VE ÖNEMİ

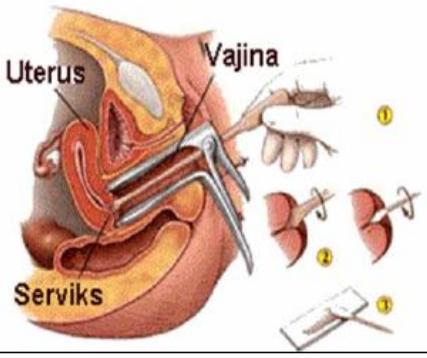
- Serviks kanseri erken dönemde bulgu vermediğinden erken tespit ancak pap smear testi ile olabilmektedir
- Başarılı tarama yapılan her ülkede serviks kanserine bağlı ölümler azalmaktadır.

SMEAR ÖRNEĞİ NASIL ALINIR?

- Çabuk uygulanabilen, ağrısız, kansız bir işlemdir
- Alınma işlemi 15 -30 sn
- Vaginal spekulum takıldıktan sonra rahim ağzı görülür.
- Gözle görülebilen yaralar açısından değerlendirilir.
- Jinekolojik muayene sırasında, steril özel yumuşak bir çubukla rahim ağzındaki hücrelerden sürüntü şeklinde bir örnek cam üzerine alınır.
- Alınan bu örnek patolojiye gönderilerek incelettirilir.







Ne Sıklıkla Yaptırılmalıdır?

- İLK TARAMA: cinsel aktivite başlangıcında
- Yüksek risk grubunda: yılda bir
- Düşük risk grubunda: üç yılda bir

SERVİKS KANSERİNDE ULUSAL TARAMA PROGRAMI

- 30-35 yaş aralığındaki bayanların en az bir kez smear aldırması
- Bunun sonrasında 5 yılda bir smear tekrarı yaptırması
- 65 yaşına gelmiş son iki testi negatif olanların taramasının sonlandırılması

Pap Smear Testi Yaptırmadan Önce Dikkat Edilmesi Gereken Kurallar

- Pap smear testinden önce en az 24 saat süre ile vajina sabun veya benzeri maddelerle yıkanmamalı.
- Kullanılıyorsa pap smear testi yaptırmadan önce en az 48 saat süre ile vajinal ovül (fitil) veya kremlerin kullanımı bırakılmalı.
- Smear alınmadan önce 48 saat süre ile cinsel ilişkide bulunulmamalıdır.
- Test için en ideal zaman adet kanamanız bittikten 10 gün sonrasında başlayarak sonraki ilk adet gününüze kadar olan süredir.

PAP SMEAR TESTİNİ NERELERDE YAPTIRABİLİRİZ?

- **KARATAY KETEM**
- **SELÇUKLU KETEM**
- **MERAM EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ KETEM**
- **15 numaralı ASM**

Servikal Kansere Dur De!

Pap Smear Testi Yaptırmama Nedenleri

- Kanser olma ihtimali korkusu
- Herhangi bir belirti bulgu olmaması
- Bilgisizlik
- Yaşlı olma
- Utanma
- Sağlık hizmetlerinde olumsuz deneyimler
- Eşlerin izin vermemesi



Serviks Kanserinden Korunmak İçin;



EK-R: Kupa


Rahim Ağzı
Kanserine
ERKEN TANI ile
DUR DE!
KENDİNE ŞANS TANI


ANNELER...
KIZ KARDEŞLER...
EŞLER...
KIZ ÇOCUKLARI...
Her kadın
RAHİM AĞZI KANSERİ
riski taşır!

EK-S: Magnet



EK-T: 15 Nolu Sultan Selim ASM'ye ve Müdahalelere İlişkin Bazı Görseller







8. ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Samsun'da doğdu. İlk ve orta öğretimini Samsun'da tamamladı. 2008 yılında Ankara Üniversitesi Çankırı Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. Mezun olduktan sonra bir yıl Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hemşire olarak görev yaptı. 2010 yılında Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu'na araştırma görevlisi olarak atandı. Yüksek Lisansını Ondokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği ABD'da 2011 yılında tamamladı. 2013 yılından itibaren Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.