

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI

RAHİM AĞZI KANSERİ VE TARAMASI KONUSUNDA  
KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ  
ÜZERİNE ETKİSİ

DR. EMİNE GİZEM TABAR  
UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2021

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİMDALI

RAHİM AĞZI KANSERİ VE TARAMASI KONUSUNDA  
KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ  
ÜZERİNE ETKİSİ

DR. EMİNE GİZEM TABAR  
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. MEHTAP KARTAL

## İçindekiler

TABLO LİSTESİ.....	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	iv
EKLER LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR .....	vi
ÖZET .....	viii
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2 GENEL BİLGİLER .....	4
2.1 Rahim Ağzı Kanseri.....	4
2.1.1 Rahim Ağzı Kanserinin Epidemiyolojisi .....	4
2.1.2 Rahim Ağzı Kanserinin Risk Faktörleri.....	5
2.1.3 Rahim Ağzı Kanserinin Klinik Belirti ve Bulguları.....	11
2.1.4 Rahim Ağzı Kanserinden Korunma ve Alınabilecek Önlemler .....	11
2.1.5 Rahim Ağzı Kanseri Erken Tanısı ve Tarama Programları.....	14
2.2 Sağlık İnanç Modeli .....	18
2.2.1 Sağlık İnanç Modeli Tanımı .....	18
2.2.2 Sağlık İnanç Modeli Kavramları.....	21
3 GEREÇ VE YÖNTEMLER .....	23
3.1 Araştırma Modeli.....	23
3.2 Araştırma Örnekleme .....	23
3.3 Araştırma Uygulaması .....	26
3.4 Eğitim Materyalinin Hazırlanması.....	27
3.5 Veri Toplama Araçları .....	29
3.5.1 İlk Değerlendirme.....	29
3.5.2 Eğitim Sonrası Değerlendirme.....	31
3.5.3 Telefonla Değerlendirme .....	31
3.6 İstatiksel Analizler .....	31
4 BULGULAR .....	32
4.1 İlk Değerlendirme Bulguları.....	32
4.2 Eğitim Sonu Değerlendirme Bulguları .....	38
4.3 Telefonla Değerlendirme Bulguları .....	39
5 TARTIŞMA.....	52
6 SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61

7	KAYNAKLAR.....	62
8	EKLER.....	73
8.1	Ek-1: Etik Kurul Onayı.....	73
8.2	Ek-2: İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü Onayı.....	74
8.3	Ek-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	75
8.4	Ek-4: Rahim Ağızı Kanseri Broşürü.....	76
8.5	EK-5: İlk Değerlendirme Formu.....	77
8.6	EK-6: EĞİTİM SONRASI DEĞERLENDİRME FORMU.....	87
8.7	EK-7: TELEFONLA DEĞERLENDİRME FORMU.....	93



## TABLO LİSTESİ

**Tablo 1. HPV Aşıları**

**Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik veriler Açısından Karşılaştırılması**

**Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Risk Faktörleri Açısından Karşılaştırılması**

**Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Aşı Yaptırma ve Tarama Programına Katılım Davranışları Açısından Karşılaştırılması**

**Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Gruplarının bilgi puanları Açısından Karşılaştırılması**

**Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sonuçları Açısından Karşılaştırılması**

**Tablo 7. Müdahale Grubunun Bilgi Puanları Açısından İlk ve Eğitim Sonu Değerlendirme Karşılaştırması**

**Tablo 8. Müdahale Grubunun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sonuçları Açısından İlk ve Eğitim Sonu Değerlendirme Karşılaştırması**

**Tablo 9. Müdahale Grubunun Bilgi Puanları Açısından İlk ve Telefonla Değerlendirme Karşılaştırması**

**Tablo 10. Müdahale Grubunun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sonuçları Açısından İlk ve Telefonla Değerlendirme Karşılaştırması**

**Tablo 11. Kontrol Grubunun Bilgi Puanları Açısından İlk ve Telefonla Değerlendirme Karşılaştırması**

**Tablo 12. Kontrol Grubunun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sonuçları Açısından İlk ve Telefonla Değerlendirme Karşılaştırması**

**Tablo 13. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Telefonla Değerlendirme Bulgularının Bilgi Puanları Açısından Karşılaştırılması**

**Tablo 14. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Telefonla Değerlendirme Bulgularının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sonuçları Açısından Karşılaştırılması**

**Tablo 15. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Telefonla Değerlendirme Bulgularının Tarama Davranışına Uyum ve Aşı Yaptırma Durumu Açısından Karşılaştırılması**

**Tablo 16. Müdahale Grubundaki Katılımcılardan Taramaya Katılanlar ile Katılmayanların Bilgi Puanları ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

**Tablo 17. Kontrol Grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların Bilgi Puanları ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

**Tablo 18. Müdahale Grubundaki Katılımcılardan Taramaya Katılanlar ile Katılmayanların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması**

**Tablo 19. Kontrol Grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması**

**Tablo 20. İzlemdaki Kayıpların Müdahale Grubu İçin Karşılaştırması (İlk Değerlendirmeleri Üzerinden)**

**Tablo 21. İzlemdaki Kayıpların Kontrol Grubu İçin Karşılaştırması (İlk Değerlendirmeleri Üzerinden)**

## **ŞEKİL LİSTESİ**

**Şekil 1.** Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri

**Şekil 2.** Uygulama Akış Şeması

## **EKLER LİSTESİ**

Ek-1. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Ek-2. İzmir Milli Eğitim Müdürlüğü

Ek-3. Gönüllülük Onamı

Ek-4. Rahim Ağzı Kanseri Farkındalığı Broşürü

Ek-5. İlk Değerlendirme Formu

Ek-6. Eğitim Sonu Değerlendirme Formu

Ek-7. Telefonla Değerlendirme Formu



## KISALTMALAR

HPV: Human Papilloma Virüsü  
CIN: Servikal İntraepitelyal Neoplazi  
HIV: Human İmmunodeficiency Virüsü  
AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome  
DNA: Deoksiribo Nükleik Asit  
IARC: The International Agency for Research on Cancer  
FDA: U.S Food and Drug Administration  
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü  
ACCP: American Society of Colposcopy and Cervical Pathology  
AÇS-AP: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması  
LGSIL: Low Grade Squamous İntraepithelial Lesion  
HGSIL: High Grade Squamous İntraepithelial Lesion  
PAP: Papanicolaou testi  
FIGO: Federation of Gynecologist and Obstetrics  
ASM: Aile Sağlığı Merkezi  
TSM: Toplum Sağlığı Merkezleri  
KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri  
GLOBOCAN: Global Burden of Cancer Study  
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

## TEŞEKKÜR

*Tez konumu seçme sürecinden başlayarak bu tez çalışmasının tüm aşamalarında bana rehberlik eden, beni cesaretlendiren ve motive eden sayın tez danışmanım değerli hocam Prof. Dr. Mehtap Kartal'a sıkışık zamanlarda dahi haftasonu demeden her zaman yardım çağrıma yanıt verdiği için teşekkürlerimi sunarım.*

*Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki, değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün Özçakar, Prof. Dr. Azize Dilek Güldal, Prof. Dr. Vildan Mevsim, Doç. Dr. Tolga Günvar'a; uzmanlarım Uzm. Dr. Ediz Yıldırım, Uzm. Dr. Makbule Neslişah Tan, Uzm. Dr. Gizem Limnili'ye, asistanlık sürecindeki bilgi birikimim ve mesleki tecrübelerime katkıları sundukları için teşekkürü borç bilirim.*

*Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm arkadaşlarıma tez sürecinde bana hem moral hem motivasyon desteği oldukları için içtenlikle teşekkür ederim.*

*Her zaman yanımda olan tüm başarılarımın arkasındaki en büyük desteğim aileme ve her konuda sırtımı yaslayabileceğimi bildiğim bütün tez sürecini benimle tecrübe eden ve özveri ile destek olan eşim Hüseyin Tabar'a sevgiyle teşekkürlerimi sunarım.*

## ÖZET

### **RAHİM AĞZI KANSERİ VE TARAMASI KONUSUNDA KADINLARA VERİLEN EĞİTİMİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Emine Gizem TABAR, Dokuz Eylül üniversitesi Aile Hekimliği AD, İzmir

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mehtap KARTAL

E-posta: gizemkabayuka@gmail.com

Türkiye’de yürütülen tarama çalışmalarına rağmen rahim ağzı kanserlerinin önemli bir kısmı ileri evrede yakalanmaktadır. Bu nedenle kadınların rahim ağzı kanseriyle ilgili farkındalıklarının artırılması çok önemlidir.

Bu araştırmanın amacı, kadınların ihtiyaçlarına yönelik hazırlanan bir eğitim programının rahim ağzı kanseriyle ilgili farkındalıkları, bilgi düzeyleri ve tarama davranışları üzerine etkisini incelemektir.

İzmir ilinde Balçova ve Narlıdere Halk Eğitim Merkezi kursiyeri olan 30-65 yaş arası 238 kadına ilk değerlendirme formu uygulanmıştır ve tüm katılımcılara T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı internet sitesinden elde edilen rahim ağzı kanseri farkındalığı ve tarama programı konularıyla ilgili yazılı eğitim materyali (broşür) verilmiştir. Bu merkezlerden Narlıdere (n=122) müdahale grubu, Balçova (n=116) ise kontrol grubu olarak belirlenmiş ve müdahale grubuna Sağlık İnanç Modeli temel alınarak hazırlanan grup eğitimleri yaklaşık bir saat süren interaktif sunuma dayalı görsel bir eğitim modeli uygulanmıştır. Kontrol grubuna ise standart bilgilendirme verilmiştir. Eğitimin etkilerini saptamaya yönelik eğitimin hemen sonrasında müdahale grubuna Eğitim Sonu Değerlendirme Formu uygulanmıştır. Eğitim müdahalesinden 6 ay sonra hem müdahale grubu hem kontrol grubuna telefonla ulaşılarak Telefonla Değerlendirme Formu uygulanmıştır.

Eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmede müdahale grubunda bilgi puanları ( $p<0,001$ ), SİM ölçek puanları ( $p<0,001$ ) anlamlı olarak artış göstermiştir. Bu parametreler kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bilgi düzeyleri ( $p<0,001$ ) ve tarama yaptırma oranları ( $p=0,003$ ) müdahale grubu lehine anlamlı olarak farklıdır. SİM ölçek puanları açısından değerlendirildiğinde ölçeğin Sağlık Motivasyonu algısında

müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı fark vardır ( $p < 0,001$ ) ancak diğer dört alt boyutta iki grup arasından anlamlı fark saptanmamıştır.

Verilen eğitim rahim ağzı kanseri farkındalığını arttırmada ve davranış değişikliği yaratmada etkili bulunmuş olsa da bu sonuçları topluma genelleştirebilmek ve maliyet etkinliğini saptayabilmek adına ek çalışmalara ihtiyaç vardır.



## SUMMARY

### **THE IMPACT OF EDUCATION ON WOMEN'S KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS IN CERVICAL CANCER AND PARTICIPATION IN SCREENING PROGRAM**

Dr. Emine Gizem TABAR, Dokuz Eylul University Department of Family Medicine,  
Izmir

Despite the screening studies carried out in Turkey, a significant portion of cervical cancers are caught at an advanced stage. For this reason, it is very important to increase the awareness of women about cervical cancer.

The aim of this study is to examine the effect of a training program prepared for women's needs on cervical cancer awareness, knowledge levels and screening behaviors.

The first evaluation form was applied to 238 women between the ages of 30-65 who are trainees of Balçova and Narlıdere Public Education Center in İzmir province and all participants were given written training material (brochure) on cervical cancer awareness and screening program obtained from the website of the Republic of Turkey Ministry of Health Public Health Institution Cancer Department was provided. Of these centers, Narlıdere (n=122) was determined as the intervention group and Balçova (n=116) as the control group, and a visual training model based on an interactive presentation, which lasted about one hour, was applied to the intervention group, which was prepared on the basis of the Health Belief Model (HBM). The Post-Training Evaluation Form was applied to the intervention group right after the training to determine the effects of the training. Six months after the training intervention, both the intervention group and the control group were reached by phone and the Telephone Evaluation Form was applied.

Before and after the training, knowledge scores ( $p<0.001$ ) and HBM scale scores ( $p<0.001$ ) increased significantly in the intervention group. When these parameters are compared with the control group, their knowledge level ( $p<0.001$ ) and screening rates ( $p=0.003$ ) are significantly different in favor of the intervention group. When evaluated in terms of HBM scale scores, there is a significant difference between the intervention and control groups in the perception of Health Motivation of

the scale ( $p < 0.001$ ), but no significant difference was found between the two groups in the other four sub-dimensions.

Although the education given has been found to be effective in increasing the awareness of cervical cancer and creating behavioral change, additional studies are needed to generalize these results to the society and to determine the cost effectiveness.



## 1 GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, tüm dünyada sıklığı giderek artış göstermekte olan bir sağlık problemidir ve hem toplumsal hem de bireysel düzeyde ciddi sosyoekonomik yüke, maddi, manevi kayıp ve zorluklara yol açmaktadır. Ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir toplum sağlığı problemidir (1). Küresel olarak yaklaşık her 6 ölümden biri, ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser nedeniyledir (1,2).

Dünya nüfusunun devam eden artışı, yaşlanması ve risk faktörlerine daha çok maruz kalınması kanser insidansında artışa neden olmaktadır. Bu nedenle gelecekte kanser yükünde büyük artış beklenmektedir (2, 3). Kanserde benzer seyir devam ettiği takdirde 2030 yılına gelindiğinde yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması, yani 2008 verilerine göre yeni vakalarda %75 artış olması öngörülmektedir (4).

Dünya genelinde kadın kanserleri görülme sıklığı açısından değerlendirildiğinde meme kanseri, kolorektal kanserler ve akciğer kanseri sonrası 4. sırada rahim ağzı kanseri görülmektedir (5). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2018 yılı sağlık istatistiklerine göre rahim ağzı kanseri 2016 yılında en sık görülen 10 kadın kanserinden biridir. Ülkemizde rahim ağzı kanserinin insidansı %4,3 olup 2002 yılından bu yana artış göstermektedir (6).

Dünya Sağlık Örgütü rahim ağzı kanserinin ülke düzeyinde taranmasını önermektedir. Tarama yöntemi ve tarama sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. Ancak kesin öneri; bir kadının, en azından hayatında bir kere, 30-65 yaş aralığındayken uygun bir yöntemle rahim ağzı kanseri açısından taranmasıdır. Bir kez bile olsa sürüntü testi yaptıran kadınların rahim ağzı kanseri nedeni olarak hayatlarını kaybetme olasılığının 3 kat azaldığı bilinmektedir. Periyodik kontrol ve taramaların yapıldığı ülkelerde rahim ağzı kanserinden ölüm oranlarının azaldığı bildirilmektedir. Rutin tarama testi yaptırmak rahim ağzı kanseri riskini azaltan en önemli sağlık davranışıdır (7,8).

Rahim ağzı kanserinin klinik bulgular ortaya çıkana dek uzun asemptomatik bir dönemi bulunmaktadır. Bu sebeple düzenli tarama yöntemleriyle anormal hücre sel değişiklikler erken tespit edilirse preinvaziv hastalığın invaziv kansere dönüşmesi önlenir (9).

Rahim ağız kanserinin gelişiminde HPV'nin olmazsa olmaz bir risk faktörü olarak belirlenmesi, rahim ağız kanserinin önlenmesinde HPV taraması ve HPV aşılarının geliştirilmesine katkıda bulunmuştur (10). Servikal displazili dokuların %99,7'sinde Human Papilloma Virus (HPV) DNA'sı (Deoksiribonükleik asit) tespit edilmiştir (11).

2012 yılı Aralık ayında yenilenen ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaş grubundaki her kadının 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan olguların Pap-smear testi ile tekrar değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu karara göre bugün yürütülmekte olan tarama programında primer olarak HPV testleri kullanılmaktadır. HPV testi bilgisi aile hekimliği bilgi sistemine TC kimlik numarası endekli olarak entegre edilmiş olup pozitif ve negatif olguların izlemi planlanmaktadır. Bu program ülke çapında kurulan 124 Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) ve Aile Hekimleri tarafından yürütülmektedir (12).

Ulusal kanser tarama hizmetleri kapsamında 2011 yılına kadar hedef popülasyonun %70'inin taranması hedeflenmiştir. Ancak 2008 yılında kadınların rahim ağız kanseri taraması için bu merkezlere başvurma oranının sadece %11,3 olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç hizmet sunumuna ilişkin birçok gelişme kaydedilmesine rağmen, kadınların rahim ağız kanseri ulusal tarama programına katılımlarının hala istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir (13, 14).

TUİK sağlık araştırması 2012 verilerine göre 15 yaş ve üzeri kadınların sürüntü testi yaptırma oranı %22,1'dir (15). Türkiye'de farklı bölge ve gruplarda yapılmış çalışmalarda ise kadınların sürüntü testi yaptırma oranlarının düşük olduğu, bu oranların %11 ile %56 arasında değiştiği görülmektedir (16, 17).

Bu durum tarama programının uzmana bağımlı olması, uzmanların konuya ilgisiz davranması, halkın ilgisinin eksik olması gibi birçok nedene bağlanabilir (12).

Kadınların sosyodemografik ve kültürel özellikleri, sosyoekonomik durumları, rahim ağız kanseri ve tarama testine yönelik bilgi eksiklikleri, sağlık inançları ve engel algıları birer etken olarak saptanmıştır (18). Sağlıklı olma durumunu etkileyen unsurlardan bir kısmı kişiye ait özelliklerdir; bu özellikler arasında genetik etmenler olduğu gibi, kişinin bilgi, tutum ve davranışları da yer almaktadır (19).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla 1950'lerin başında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (20).

Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin öngörülmesidir (21).

Kanser tarama davranışlarında etkili olan bireysel faktörler, sağlık inancı ve sağlık davranışları ile yakından ilişkilidir. Kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde etkili olan durumları anlatan Sağlık İnancı Modelinde (SİM) inanç ve davranışlarla ilgili kavramlar; duyarlılık, ciddiyet/önemseme, öz-yeterlilik, motivasyon, yarar ve engel algılarıdır (22).

Erken tanı için bireye sağlık taramalarına katılma konusunda rehberlik etmede birinci basamak sağlık sunucularının rolü önemlidir. Bireylerin ve toplumların sağlığının korunması ve geliştirilmesi için öncelikli olarak bireylerin sağlık ile ilgili tutumlarını saptamak gereklidir. Sağlık davranışları ile ilgili inanç ve tutumlar tanımlanabilirse tutum ve davranışlarda değişiklik oluşturabilmek mümkün olabilecektir. Bu amaçlandığında ilk koşul etkili sağlık eğitimi vermektir.

Bu çalışmanın amacı İzmir ilinde yaşayan 30-65 yaş aralığındaki kadınlara Sağlık İnancı Modeli temel alınarak hazırlanan rahim ağzı kanseri konusunda verilen eğitimin bilgi, tutum ve davranış üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

## 2 GENEL BİLGİLER

### 2.1 Rahim Ağzı Kanseri

#### 2.1.1 Rahim Ağzı Kanserinin Epidemiyolojisi

Her yıl dünyada 14 milyondan fazla insan kanser tanısı almaktadır (23). Sadece 2015 yılında 8,8 milyon insan kanser sebebiyle hayatını kaybetmiş olup bu sayı tüm ölümlerin yaklaşık altıda birine eşittir (24).

Dünya Sağlık Örgütü – World Health Organization (DSÖ-WHO) raporlarına göre kanserden ölümlerin yaklaşık üçte ikisi az gelişmiş ülkelerde görülmekte ve neden olarak da geç evrede tanı alma ve tedavi olanaklarının kısıtlılığı gösterilmektedir (23).

Dünya genelinde kadın kanserleri; görülme sıklığı açısından değerlendirildiğinde meme kanseri, kolorektal kanserler ve akciğer kanseri sonrası 4. sırada rahim ağzı kanseri görülmektedir (5). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2018 verilerine göre dünya çapında 570.000 vaka ve 311.000 ölüm sayısı bildirilmiştir (5, 25). Oran olarak da rahim ağzı kanseri dünya çapında kadınlarda kanser insidansının %6,6'sını ve kansere bağlı ölümlerin %7,5'ini oluşturmaktadır (25).

Dünyadaki 184 ülkenin 39'unda kadınlarda en sık görülen kanser rahim ağzı kanseri olup, 45 ülkede de kadınlarda kansere bağlı ölümlerin en sık sebebidir. Rahim ağzı kanserinin görülme sıklığı ülkeler arası farklılıklar göstermekte ve hastalık daha çok düşük gelirli ülkelerdeki kadınları etkilemektedir. Küresel yükün %70'i gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere kaynaklanmaktadır, tüm yeni vakaların beşte birinden fazlası Hindistan'da tanı almaktadır (26).

Ülkeler arasında rahim ağzı kanseri tanısı alan kadın sayısında görülen bu farklılıklar aynı zamanda kadınların ırk ve etnik kökenlerine göre de değişmektedir. Doğu Avrupa, Karayipler, Afrika, Latin Amerika ve Balkanlar'da rahim ağzı kanseri insidansı yüksek iken Batı ve Kuzey Avrupa, Kuzey Amerika ve Okyanusya gibi gelişmiş ülkelerde düşüktür (27, 28).

Avrupa'da Doğu Avrupa Ülkeleri ile Balkan Ülkeleri'nde yıllık insidans yüz binde 24-40 arasındadır. Buna karşılık Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde yıllık insidans yüz binde 16 ve daha altındadır. En yüksek bölgesel insidans ve mortalite oranları ise Afrika'da görülmektedir (5,25).

Ülkemizde rahim ağzı kanserinin insidansı %4,3 olup 2002 yılından bu yana artış göstermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2018 yılı sağlık istatistiklerine göre rahim ağzı kanseri 2016 yılında en sık görülen 10 kadın kanserinden biridir (6).

2013 verilerine göre yılda 1686 kadın rahim ağzı kanseri tanısı almakta ve 663 kişi bu nedenle hayatını kaybetmektedir. Kadınlarda görülen kanserler arasında sıklık açısından on birinci sırada, 15-44 yaş aralığında ise beşinci sırada tanı almaktadır (29). 2014 yılı verilerine göre de kanser nedenli hayatını kaybeden kadın sayısı 27.022 olup. Bu kadınlardan rahim ağzı kanseri tanısı alan kadın sayısı 1548 (%2)'dir (30).

Ülkemizde rahim ağzı kanserlerinin ortalama tanı aldığı yaş 48,7'dir ve yarısı kür şansının kaybedildiği ileri evrelerde tespit edilmektedir (31).

### **2.1.2 Rahim Ağzı Kanserinin Risk Faktörleri**

Tüm kadınlar rahim ağzı kanseri yönünden risk altında olsa da bireysel risk faktörleri ve olumsuz sağlık davranışları riski artırmaktadır. Fakat bu risk faktörlerine sahip birçok kadında rahim ağzı kanseri gelişmediği gibi bu risk faktörlerinden herhangi birini taşımayan kadınlarda nadiren de olsa rahim ağzı kanseri gelişebilmektedir (32).

Rahim ağzı kanserine cinsel yolla bulaşan insan papilloma virüsünün (HPV) neden olduğu bilinmektedir. Kanser gelişiminde HPV türlerinin rolü büyük olduğu kabul edilmektedir (33, 34).

İnsanlarda enfeksiyona neden olan HPV'nin 100'den fazla türü vardır. Bunlardan HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33, HPV 45, HPV 51, HPV 52, HPV 53 türlerinin yüksek karsinojenik risk etmeni olduğu bulunmuş ve rahim ağzı kanseri ile ilişkisi olduğu kanıtlanmıştır. Diğer HPV türlerinden bazıları kadın ve erkek genital bölgesinde bulunmakta ve düşük risk faktörleri olarak kabul edilmektedir. Tanı alan tüm rahim ağzı kanserlerinin yaklaşık olarak %70'ine HPV 16 ve HPV 18'in neden olduğu bilinmektedir (32).

Erken tanı, hastalığın gidişatını belirleyen en önemli faktördür. Fakat HPV enfeksiyonu genellikle belirti vermediği için erken dönemde fark edilmemektedir. Bu nedenle rahim ağzı kanseri ile ilişkili kadın mortalitesini azaltmanın en etkili yollarından biri risk gruplarını belirlemek ve onlara yönelik tedbirler almaktır (35).

Rahim ağız kanseri risk faktörleri değiştirilebilir (davranış ilişkili) ve değiştirilemez (sosyo-demografik) faktörler olarak ele alınmalıdır (32).

Rahim ağız kanseri için değiştirilemez faktörler arasında kadının yaşı, sahip olduğu ırkı, 15 yaşından önce menarş öyküsünün olması ve aile öyküsü yer alırken; değiştirilebilir (davranış ilişkili) risk faktörleri arasında tütün mamulü kullanımı ve tütün ürününe maruz kalma (pasif içicilik), oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımı, HPV enfeksiyonu başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyona sahip olma, erken yaşta başlayan cinsel deneyim ve erken yaşta gebelik gibi birçok faktör yer almaktadır (36-40).

Rahim ağız kanseri değiştirilebilir bu risk faktörlerinin bilinmesi, öncül lezyonların invaziv kansere dönüşme süresinin 2-15 yılı bulması ve tarama olanağı olması ile önlenemez nadir kanserlerden biridir. İngiltere'de yapılan bir araştırmada rahim ağız kanseri vakalarının %99,8'inin önlenemez olduğu ifade edilmiştir (41).

Değiştirilebilir risk faktörlerinin kadınlar tarafından bilinmesi hazırlayıcıların önlenmesi, bu faktörlere sahip kadınları düzenli tarama testleri yaptırmaya teşvik etmek ve önleme çalışmalarına katılımlarını sağlamak açısından önemlidir (32).

#### Değiştirilebilir (Davranış İlişkili) Risk Faktörleri

- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü (özellikle HPV, Herpes Simpleks Tip II Klamidya ve HIV enfeksiyonu),
- Fazla sayıda seksüel partner (kendisinin veya eşinin),
- Erken ilk cinsel ilişki yaşı,
- Cinsel eşin sünnetli olmaması,
- Çok doğum yapmak,
- Erken yaşta uzun süre oral kontraseptif kullanımı,
- Sigara,
- Obezite,
- Folat, karoten ve C vitamininden fakir diyet,
- İnrauterin dönemde Diethylstilbestrol (DES) ile karşılaşma,
- Rutin sitolojik tarama yapılmaması (42-44, 65)

## Değiştirilemez (Sosyo-demografik) Risk Faktörleri

- İleri yaş,
- Aile öyküsü,
- Irk,
- Düşük sosyo-ekonomik durum,
- Düşük eğitim düzeyi (43)

## Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Öyküsü

### HPV:

En önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden biri olan HPV enfeksiyonu rahim ağzı kanseri için majör risk faktörü olarak gösterilmektedir (16, 32, 45).

Bosh ve ark. (1995)'nin yapmış oldukları çalışmada rahim ağzında gelişen tümörlerin %93'ünde HPV DNA'sı saptanmıştır. Günümüzde yapılan çalışmalarda da rahim ağzı kanseri olgularında HPV DNA'sına rastlanma oranları benzerlik göstermektedir. Rahim ağzı kanseri vakalarında HPV varlığının %99,7 olduğu gösterilmiştir. Ayrıca HPV enfeksiyonu penis, vulva ve vajina kanserinin %40'ına, anüs kanserinin %90'ına, ağız kanserinin ise %3'üne neden olmaktadır (46).

Literatürde tanımlı pek çok HPV tipi olmasına rağmen rahim ağzı kanseri vakalarının pek çoğu HPV 16 ve 18 tipleri ile ilişkilidir (47).

HPV yaklaşık olarak 120 tipten oluşmaktadır. HPV 6 ve 11 genital siğillerden sorumlu olan esas alt tiplerdir (%90). Birçok çalışmada rahim ağzı kanseri gelişiminin %71'inden sorumlu olan HPV 16 ve HPV 18 başta olmak üzere HPV 31, HPV 33, HPV 45, HPV 51, HPV 52, HPV 53'ün rahim ağzı kanseri ile kuvvetli bir ilişkisinin olduğu ortaya konulmuştur (37, 47- 49).

Bu enfeksiyon çoğunlukla cinsel ilişki ile bulaşmaktadır ve skuamoz intraepital lezyonlara neden olmaktadır. Çoğu lezyon immünolojik tedavilerle 6-12 ay arasında kaybolmaktadır fakat bu lezyonların küçük bir kısmı devam etmekte ve rahim ağzı kanserine neden olabilmektedir (45, 48, 50, 51). Kadınların çoğu yaşamlarının bir döneminde HPV enfeksiyonu ile karşılaşmaktadırlar. Enfeksiyon genel olarak cinsel aktif kişilerde görülür (52).

Pek çok meta-analiz en yüksek HPV prevalansının 20'li yaşların ortalarında olduğunu bildirmektedir ve bunların büyük bir kısmı cinsel davranışlarla

ilişkilendirilmiştir (47, 53). Benzer bir şekilde HPV'nin pik yaptığı bir diğer dönem 40'lı yaşların ortaları olarak belirtilmiştir (53).

**Chlamydia trachomatis:**

Koskela ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada C. trachomatis enfeksiyonu geçirmiş kişilerde servikal skuamöz hücrelerde karsinom riskinin arttığı bulunmuştur (54). C. trachomatis enfeksiyonu ayrıca HPV'ye yakalanma riskini artıran faktörlerden biri olarak da karşımıza çıkmaktadır (55).

**Human immunodeficiency virus (HIV):**

Yapılan çalışmalar HIV pozitif olan kadınların HPV enfeksiyonuna yakalanma riskinin HIV negatif olanlara oranla daha yüksek olduğunu bildirmektedir (56, 57).

HIV bağışıklık sisteminin işlevlerini bozarak kadınların daha kolay HPV enfeksiyonuna yakalanmasına sebep olur. Bağışıklık sistemi aynı zamanda kanser hücrelerinin apoptozisini sağlar ve AIDS gelişen hastalarda bu mekanizmanın bozulması nedeni ile prekanseröz lezyonlar normale göre daha hızlı bir şekilde rahim ağzı kanserine dönüşür. Clamydia trachomatis, Trichomonas vaginalis, genital herpes enfeksiyonları yüksek riskli HPV tiplerinin kanser yapıcı etkisini güçlendirebilir (33, 58).

## Üreme ve Cinsel Faktörler

**Cinsel davranışlar:**

Cinsel davranışlar ile rahim ağzı kanseri arasında yakın ilişki vardır. Bu faktörlerin başında çoklu cinsel partnere sahip olma gelmektedir (59). Bir meta-analize göre birden fazla cinsel partnere sahip olan kadınların tek eşli olan kadınlara göre rahim ağzı kanserine yakalanma ihtimali artmaktadır. Bu risk artışını genel olarak HPV enfeksiyonu riskine atfeden araştırmacılar da vardır. Bununla birlikte aynı çalışmada, HPV enfeksiyonu kontrol edildikten sonra bile kanser riski hala çok eşli olanlarda daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu nedenle diğer faktörler sabit tutulsa bile çok eşliliğin kanser riskine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir (60).

Aynı zamanda ilk cinsel ilişki yaşının küçük olması rahim ağzı kanseri riskini artırmaktadır. 16 yaşından önce ilk koitusun yaşanması erken yaşlarda HPV'ye karşı

immün cevabın yetersiz kalması nedeniyle rahim ağzı kanseri etiolojisinde önemi rol oynamaktadır (58, 61-64).

Parite:

İki ya da daha fazla doğum yapan kadınlarda rahim ağzı kanseri gelişme riski daha fazladır. Gebelik döneminde korunmasız cinsel ilişki HPV enfeksiyonuna yakalanma riskini daha fazla artmaktadır. Ek olarak hormonal değişim de HPV enfeksiyonu ve kanser hücreleri gelişimini kolaylaştırmaktadır. Bağışıklık sisteminin gebelik sırasında zayıflaması nedeni ile HPV enfeksiyonuna yakalanma riski artmaktadır (58, 61, 64, 65).

Başka bir çalışmaya göre de üç ve daha fazla sayıda doğum yapmak, küretaj ve düşük nedeniyle doğum travmalarının oluşması, ilk gebelik ve doğum yaşının 20 ve altında olmasının hormonal değişimlere sebep olması nedeniyle rahim ağzı kanserine yol açtığı düşünülmektedir. Ülkemizde Pınar ve ark. (2009)'nın yaptığı bir çalışmada polikliniğe başvuran rahim ağzı kanserli kadınların büyük oranda erken yaşta evlendikleri (%53,3) ve 3'ten fazla çocuğa sahip oldukları (%86,7) tespit edilmiştir. Ayrıca rahim ağzı kanserli olguların %66,7'sinin en az bir düşüğü, %33,3'ünün ise 2 küretajı bulunmaktadır (37, 49, 66).

Kombine oral kontraseptifler:

Kombine oral kontraseptiflerin 5 yıl ve daha uzun süre kullanılmasının kanser riskini iki katına çıkarabileceği bildirilmiştir (67). Oral kontraseptif kullanımı bırakıldıktan on yıl sonra rahim ağzı kanseri riski normale dönmektedir (61).

İlişki sırasında kondom gibi bariyer yöntemleri kullanmak HPV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalık etmenlerinin bulaşmasını önleyerek rahim ağzı kanseri riskini azaltır (37, 58, 61, 62).

Sigara

Sigara içmenin, tütün ile ilişkili metabolitlerin kanda artmasına neden olarak immün yanıtı tetiklenmesi sonucunda kanser oluşumunu arttırdığı düşünülmektedir. Ayrıca nikotin ve benzer kimyasalların servikal sküamöz hücre DNA'larında bazı hasarlara da neden olabileceği gösterilmiştir (67).

Bugüne kadar yapılan pek çok çalışma sigara içmenin servikal intraepitelyal neoplazi 3 (CIN 3) ve invaziv rahim ağzı kanseri için en önemli risk faktörlerinden biri olduğunu göstermiştir. Rahim ağzı kanseri ile sigara içilmesi arasında güçlü bir korelasyon bulunmaktadır (68, 69).

## Obezite

Vücut kitle indeksi 30'un üzerinde olan kadınlarda rahim ağzı kanseri riski, daha düşük kilolu kadınlara göre 2 kat yüksek bulunmuştur (70).

## Beslenme ve diyetle ilgili diğer faktörler

Karoten, C vitamini alımının yetersiz olması ve folik asit yetersizliği rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırmaktadır. Ayrıca A vitamini eksikliğinin de rahim ağzı kanseri için risk faktörü olduğu düşünülmektedir (37).

Başka bir çalışmada da C vitamini, folat, E vitamini, betakaroten, A vitamini alımı ile rahim ağzı kanseri oluşumu arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (71).

## Sosyo-ekonomik durum

Bireylerin sosyo-ekonomik durumlarının kötü olması, sağlık hizmetlerine, tarama testlerine ulaşmasının güçleşmesine neden olmaktadır. Bu durum yoksul kadınları daha da riskli kılmaktadır. Sosyo-ekonomik durumu düşük bireylerin yetersiz hijyen davranışları enfeksiyon ajanları ile karşılaşma olasılıklarını arttırmakta bu durum da kadınların rahim ağzı kanserine yakalanma riskini önemli ölçüde arttırmaktadır. Hijyen davranışlarına ek olarak düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kadınların sağlıklı gıdaya erişiminin kısıtlı olması, sebze ve meyveden fakir beslenmesi de diğer bir etken olarak gösterilmektedir (32).

### **2.1.3 Rahim Ağzı Kanserinin Klinik Belirti ve Bulguları**

Rahim ağzı kanseri erken dönemde genellikle asemptomatiktir. Kanser invaziv hale geldiğinde en yaygın görülen erken dönem belirtileri; anormal vajinal kanama (postmenopozal kanama, postkoital kanama, intermenstrual kanama, menoraji, muayene sonrası kanama ve uzun menstrüel kanama), artmış veya kanlı vajinal akıntı ve koitus sırasında ağrıdır (72).

Geç dönem semptomları ise parametrium, vajina, pelvik duvarlar, mesane tutulumuna göre değişebilmektedir. Bunlardan bazıları kötü kokulu vajinal akıntı, hematüri, künt pelvik ağrı ekstremiteler veya sırt ağrısıdır. Kitlenin lenfatik dolaşımı engellenmesine bağlı alt ekstremitelerde ödem görülebilmektedir (73, 74).

### **2.1.4 Rahim Ağzı Kanserinden Korunma ve Alınabilecek Önlemler**

Birincil korunma: Bilinen risk faktörlerini azaltmayı hedeflemektedir. Bu doğrultuda alınabilecek önlemler HPV aşısı ile aşılama, riskli davranışlardan kaçınma, sağlıklı bir yaşam sürdürme, bariyer kontraseptif yöntem kullanımınıdır.

İkincil korunma: Tarama ve kanser öncülü lezyonların tedavisidir. Kanser tarama programlarına katılım ve lezyonların erken tanısı esastır.

Üçüncül korunma: Hastalığın yönetimi ve rehabilitasyon hizmetleridir (75, 76).

Kanserde birincil korunma her hastalıkta olduğu gibi başarılı ve en etkili korunmadır (77).

Birincil korunma kapsamında başta sağlık çalışanlarında ve toplumda riskli cinsel davranışlara yönelik farkındalığı arttırmayı amaçlayan eğitimler verilmeli, bu davranışları değiştirmeye yönelik uygun stratejiler uygulanmalı (güvenli cinsel yaşam, tek eşlilik, kondom), HPV aşısı maliyet etkin bir şekilde geliştirilmeli ve tanıtılmalı, sigara kullanımının azaltılması sağlanmalıdır (78, 79).

Profilaktik HPV aşısı rahim ağzı kanserini önlemede en birincil metottur (80).

#### **HPV Aşıları**

HPV aşıları tüm dünyada rahim ağzı kanserinin sorumlusu olan HPV 16 ve 18'e karşı koruma sağlamaktadır. Bütün dünyada iki önemli ilaç firmasının iki farklı aşısı kullanılmaktadır. U.S. Food and Drug Administration (FDA) tarafından kabul edilen ilk aşı Merck Sharp & Dohme (MSD) firmasının quadrivalan (HPV 6,11,16,18 tiplerine karşı şuş içerir) Gardasil aşısı ve GlaxoSmithKline (GSK) firmasının bivalan

(HPV 16 ve 18 tiplerine karşı şuş içerir) Cervarix aşısıdır. Her iki aşının da rahim ağzında oluşabilecek preinvaziv lezyonları %100'e yakın önlediği gösterilmiştir (81).

Kuadrivalan (Gardasil®) HPV 16, 18, 6 ve 11'in VLP L1 içermektedir. CIN ve rahim ağzı kanserinin önlenmesinden başka, özellikle genç kadınlarda dış genitalerde sıklıkla izlenen kondiloma akkuminatum lezyonlarının da önlenmesini amaçlamaktadır (82).

Bu aşular tüm aşılanmış kadınlarda doğal enfeksiyondan kırk kat fazla antikor oluşmasına yol açmakta, HPV enfeksiyonundan, persistan HPV enfeksiyonundan ve HPV ile ilişkili CIN'den korumaktadır. Bu aşular, rahim ağzı sekresyonunda nötralizan antikor miktarını artırarak virüsün içeri girmesini immünolojik olarak önlemektedir (83-86).

HPV aşısı, enfeksiyonun kendisinden daha fazla immün yanıtı neden olur. Bunun en önemli nedeni, HPV enfeksiyonun viremiye neden olmadan epitele sınırlı kalması, aşının ise sistemik olarak immün yanıtı neden olmasıdır (86).

Dokuz valanlı HPV aşısı da ACIP ve FDA tarafından Aralık 2014'te 11-12 yaş kız ve erkekler için onay almıştır. Kız ve erkekler için hedef yaş grubu olan 11-12 yaşta aşılanmaya başlanmadıysa 26 yaşa kadar tavsiye edilmektedir. 9 valanlı aşı bivalan veya kuadrivalan aşı ile 3 doz aşılanmayı tamamlayan hasta grubuna ise rutinde önerilmez fakat yarım kalmış aşılama şemasında tamamlayıcı olarak kullanılabilir (87).

**Tablo 1: HPV Aşıları (88)**

Karakteristik	Bivalan (2vHPV)	Kuadrivalan (4 vHPV)	Dokuz Valan (9 vHPV)
Marka Adı	Cervarix	Gardasil	Gardasil 9
Etken	16 18	6 11 16 18	6 11 16 18 31 33 45 52 58
Üretici Firma	GlaxoSmithKline	Merck and Co. Inc	Merck and Co. Inc
Üretim Şekli	L1 kodlayan rekombinant bakülovirus ile enfekte <i>trichoplusia ni</i> böcek hücre hattı	L1 ifade eden <i>Saccharomyces cerevisiae</i> (Fırıncı mayası)	L1 ifade eden <i>Saccharomyces cerevisiae</i> (Fırıncı mayası)
Adjuvan	500 µg alüminyum hidroksit 50 µg 3-O-desasil-4 monofosforil lipit A	225 µg amorf alüminyum hidroksifosfat sülfat	500 µg amorf alüminyum hidroksifosfat sülfat
Doz başına hacim	0.5 ml	0.5 ml	0.5 ml
Uygulama	Kas içi	Kas içi	Kas içi

Bivalan, kuadrivalan ve 9 valanlı HPV aşısı kadınlar için 9-26 yaş arasında, kuadrivalan ve 9 valanlı HPV aşısı erkekler için yine 9-26 yaş arasında tavsiye edilmektedir. Bivalan aşısı ise sadece kadınlar için onay almıştır. Aşının önerilen erken yaşta yapılması yüksek antikör titrelerinin oluşmasını sağlar. Erken aşılanmanın önerilmesinin bir diğer sebebi de cinsel aktivite başlamadan önce kullanıldığında etkinliğinin daha yüksek olmasıdır (89).

İdeal olarak aşılanma kişi cinsel yönden aktif olmadan yapılmalıdır. Çünkü HPV enfeksiyonu cinsel yolla bulaşır ve kişi cinsel yönden aktif olduktan sonra hızla HPV ile enfekte olabilmektedir (90, 91).

Ne kadar erken yaşta aşılanmaya başlanırsa (timus bezi gerilemeden önce) vücudun savunma sistemi o oranda iyi uyarılabilmektedir (92).

Cinsel aktif kadınlar da aşılabilir (93). Aşılma öncesi hiçbir yaş grubunda HPV DNA testi önerilmez ve eğer HPV DNA pozitif olsa bile kişinin HPV aşısı olması önerilir. Bivalan aşı ile yapılan immünojenite çalışmalarında 55 yaşına kadar olan olgularda aşının genç popülasyona oranla daha düşük olmakla beraber, güçlü (doğal enfeksiyona oranla 3-4 kat) ve uzun süreli bir antikor yanıtı oluşturduğu belirlenmiştir (94).

Kişilerin aşılma ve aşılınmamasına bakılmaksızın rahim ağzı kanseri taraması devam etmektedir (88). Çünkü aşılama kadınlar kuadrivalan aşının koruma sağlamadığı bir karsinogenik HPV tipi ile sonradan enfekte olabilirler (95).

Yüksek riskli HPV tiplerine karşı immünite gelişmesini sağlayarak rahim ağzı kanserinden korunmada güvenli ve etkin olduğu ispatlanan HPV aşısı ABD, Kanada, Avustralya, İngiltere, Meksika ve Hong Kong gibi ülkeler başta olmak üzere birçok ülkede rutin aşı programına dahil edilmiştir (96).

2007 yılında Centers for Disease Control and Prevention (CDC) kurul kararı ile 9-26 yaş arası kız çocukları 6 ay içinde üç dozdan oluşan aşı programına alınmışlardır (97).

Ne var ki kadın kanserleri arasında rahim ağzı kanserinin ilk sıralarda yer aldığı Doğu ve Orta Afrika başta olmak üzere Afrika bölgesinde, yüksek maliyetler sebebiyle HPV aşısı rutin uygulamada değildir. Bu ülkelerin çoğu, aşının tek bir dozu için bile ödenek ayıracak bir bütçeye sahip değildirler (98).

Türkiye’de HPV aşısı, henüz Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal aşı çizelgesine eklenmemiştir ancak kullanılmasına onay verilmiştir (99).

HPV enfeksiyonu cinsel yolla bulaştığı için ve vektör-rezervuar olarak erkekler önemli rol oynadığından toplum bazlı bir aşılama programı yapılacaksa erkeklerin de buna dahil edilmesinin genel başarıyı arttıracığı ileri sürülmektedir (84, 86).

Aşının çok ciddi yan etkileri görülmemiştir. Lokal olarak ağrı, kızarıklık, şişlik ve ateş çok yaygın görülmekteyken, kanama ve kaşıntı da yaygın görülen yan etkilerindendir (99, 100).

### **2.1.5 Rahim Ağzı Kanseri Erken Tanısı ve Tarama Programları**

Rahim ağzı kanserinin erken tanısı önemlidir. Rahim ağzı kanserinin oluşumu uzun bir süreçtir. Bu süreçte çıplak gözle fark edilmeyen ve hiçbir belirtinin olmadığı uzun bir dönem mevcuttur. Tarama testleri ile epitel içinde başlayan patolojik

değişikliklerin %90-95 oranında tespit edilmesi erken tanının önemini arttırmaktadır. Tarama programlarına katılma rahim ağzı kanseri riskini azaltan diğer birçok sağlık davranışından daha etkilidir (18).

Rahim ağzı kanseri kadınlarda önlenebilecek kanserlerin başında gelmektedir. Bunun nedeni, etiolojideki birçok risk faktörünün bilinmesi, etkinliği kanıtlanmış tarama testleri imkanının olması ve rahim ağzı kanseri preinvaziv sürecinin uzun olmasıdır (101).

Sekonder korunma, hastalık belirtilerinin henüz ortaya çıkmadığı dönemde sağlıklı görünen kişilere erken tanı için tarama yöntemlerinin uygulanmasını, tespit edilen prekanseröz lezyonların tedavi edilmesini ve kanserin ilerlemesinin önlenmesini kapsamaktadır (102).

Dünya Sağlık Örgütü rahim ağzı kanserinin ülke düzeyinde taranmasını önermektedir. Tarama yöntemi ve tarama sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir. Ancak kesin öneri; bir kadının, hiç değilse hayatında bir kere, 30-65 yaş arasında uygun bir yöntemle rahim ağzı kanseri açısından taranmasıdır (7, 8).

Tarama yöntemi ülke şartlarına göre Sitoloji (servikal smear), HPV Testi, Sitoloji/HPV cotesting, VIA/VILI (asetik asit ya da Lugol ile gözlemsel muayene) ya da See and Treat (şüpheli görünen rahim ağzından eksizyonel biyopsi) şeklinde olabilir. Tarama sıklığı da ülke şartlarına göre 2, 5, 10 yıl arayla veya kadının hayatında bir kere olabilir. Ancak hiçbir zaman tarama aralığının 2 yıldan az olması önerilmemektedir (103).

Bir kez bile olsa sürüntü testi yaptıran kadınların rahim ağzı kanseri nedenli olarak hayatlarını kaybetme olasılığının 3 kat azaldığı bilinmektedir. Periyodik kontrol ve taramaların yapıldığı ülkelerde rahim ağzı kanserinden ölüm oranlarının azaldığı bildirilmektedir. Rutin tarama testi yaptırmak rahim ağzı kanseri riskini azaltan en önemli sağlık davranışıdır (7, 8).

### Türkiye’de Rahim Ağzı Kanseri Tarama Programı

Kanser kontrol programlarının önemli hedeflerinden biri erken tanı ile kanser mortalitesinin azaltılmasıdır. Ülkemizde rahim ağzı kanseri taraması ulusal bir program içinde başlatılmış ve çalışma 81 ilde hizmet vermektedir (104).

Rahim ağız kanseri taramasında kullanılan yöntemlerden olan Pap-smear testi rahim ağızından dökülen hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu sitolojik tarama testi ile henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif servikal lezyonlar saptanır. HPV DNA testi rahim ağızındaki hücrelerde Human papilloma virus DNA'sının varlığını araştırır. Ülkemizin altyapısı ve olanakları değerlendirildiğinde ideal yöntem 30-65 yaşları arasındaki kadınları beş yılda bir uygulanacak HPV testi veya Pap-smear testi ile taramadır (105).

2012 yılı Aralık ayında yenilenen ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaş grubundaki her kadının 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan olguların Pap-smear testi ile tekrar değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu karara göre bugün yürütülmekte olan tarama programında primer olarak HPV testleri kullanılmaktadır. HPV testi bilgisi aile hekimliği bilgi sistemine TC kimlik numarası endeksli olarak entegre edilmiş olup pozitif ve negatif olguların izlemi yapılmaktadır. Bu program ülke çapında yaygın olarak hizmet veren Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) ve Aile Hekimleri tarafından yürütülmektedir (12, 106).

Tarama programı ile rahim ağız patolojilerinin henüz preinvazif evrede tespit edilmesi, bu lezyonların etkin ve basit yöntemlerle tedavi edilmesi ve bu sayede invaziv kanser insidansının, morbidite ve mortalitesinin düşürülmesi, rahim ağız kanseri tedavisine bağlı maliyetin önlenmesi amaçlanmıştır. Buna göre rahim ağız kanseri ulusal tarama programının çerçevesi aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır: (76)

- Taramada mutlak hedef 30–40 yaş aralığındaki tüm kadınların en az bir kez tarama yaptırmasıdır.
- Türkiye'nin koşulları dikkate alındığında gerçekleştirilebilir ideal hedef ise, 30 yaşında başlanacak olan toplum tabanlı taramadır.
- Taranacak popülasyonun geliştirilecek davet yöntemleriyle beş yıllık aralıklarla taranması ve son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda taramanın kesilmesi planlanmıştır.

Özel durumlar olarak;

- Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olgularda (CIN II ve III varlığı benign kabul edilmemektedir) vajinal sitolojiyle takip gerekli değildir. CIN II

ve III nedeniyle histerektomi olmuş olgularda; üç dökümente edilebilen, teknik yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sitoloji yokluğunda tarama kesilmelidir.

- HIV enfeksiyonu tanısı alan ve/veya immünsüpressif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kere, bu iki testin sonuçları negatif ise yılda bir kere taranmalıdır. Rahim ağzı kanseri için immünosüpressif tedavi (HIV-pozitif olgular dahil) alanlarda iyi sağlık koşulları oluşana kadar yılda bir smear almaya devam edilmelidir.

Testin değerlendirilmesi ilgili devlet hastanelerinin patolojileri tarafından yapılmaktadır. Tarama sonuçları örneğin alındığı merkez tarafından en geç bir ay içerisinde değerlendirilerek kişiye bildirilmektedir. Tarama testi sonucunda patoloji saptandığında kadın, ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedir. Kesin tanı konulan hastalar uygun görülen kanser tedavi merkezlerine sevk edilmektedir. KETEM ve aile hekimliklerinde verilen hizmetlerin tamamı ücretsizdir (14, 76, 104, 106).

Tüm kanserlerde yaşam süresinin uzatılması erken tanı ile yakından ilgilidir. Bunun yanında giderek daha genç yaşta ortaya çıkmakta olan rahim ağzı kanseri erken tanındığı, henüz pre-kanseröz lezyon aşamasında yakalandığı takdirde doğurganlığı koruyucu cerrahi tedavi yöntemleri uygulanabilmekte, rahim ağzına sınırlı kanserlerde de görece daha basit tedavi yöntemleri ile kür sağlanabilmektedir (107).

Ülkemizde rahim ağzı kanser vakalarının ortalama yaşı 48,7 olarak saptanmıştır ve olguların yaklaşık olarak yarısı kür şansını yitirdiği ileri evrede tanı almaktadır (12).

Dünya genelinde de her geçen gün yükü artan kanserin mortalite, morbidite, tedavi maliyeti, tedavi süresi ve komplikasyonları dikkate alındığında kanserden korunma öncelikli olarak ele alınması gereken konulardan biri olarak değerlendirilmektedir (32).

Türkiye’de rahim ağzı kanseri tarama programına katılım ile ilgili çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda tarama testi yaptırma oranı %16-55 aralığında bulunmuştur (18, 101, 107-114).

Türkiye’de ve diğer birçok ülkede sağlık otoriteleri tarafından yürütülen tarama programlarına rağmen, katılım oranlarının yetersiz olmasının nedenlerini araştıran çalışmalarda, kadınların sosyodemografik ve kültürel özellikleri, sosyoekonomik

durumları, rahim ağzı kanseri ve tarama testine yönelik bilgi eksiklikleri, sağlık inançları ve engel algıları birer etken olarak saptanmıştır (18, 102, 116).

Aynı zamanda sağlık sisteminden kaynaklanan bazı sorunların da kadınların rahim ağzı kanseri tarama programına katılımı konusundaki davranışlarını olumsuz olarak etkilediği bildirilmiştir. Sağlık merkezlerine ulaşım olanaklarının yetersizliği, testlerin sağlık çalışanları tarafından yeterince önerilmemesi, sağlık merkezinde uzun süre bekleme ve çocuklarına bu esnada çocuklarına bakabilecek kimselerinin olmaması, hizmetin maliyeti, hizmetin kalitesi, devamlılığı ve hizmet veren personelin bilgi, beceri ve tutumu bu sorunların başlıcaları olarak sayılabilir. Bununla birlikte kadınlar testlerin yapılaş şekline ilişkin utanma veya korku, testlerin sonucundan korkma, testlerin yan etkilerinden korkma gibi diğer nedenlerle de tarama testi yaptırmayı ihmal etmektedir (117, 118).

Kadınların rahim ağzı kanseri tarama programına katılımlarını arttırmada ise; rahim ağzı kanseri, risk faktörleri ve tarama testi konularında farkındalık oluşturma ve bilgilendirme amaçlı müdahalelerin yapılması ve sağlığı koruma davranışlarının geliştirilmesinin önemli olduğu ülkemizde yapılan birçok çalışmada belirtilmiştir (16, 18).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda tarama programına katılım oranında artış saptanmıştır (101, 119). Kanserde erken teşhis ve taramanın yanı sıra, kanser nedenleri, risk faktörleri ve belirtileri hakkında toplumda farkındalığı artırarak bilinç oluşturmak davranış değişikliği yaratma açısından oldukça önemlidir (120).

Günümüz halk sağlığı felsefesine göre öncelikli olan bireyin hasta olmadan önce, henüz sağlıklı iken sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleridir (121).

## **2.2 Sağlık İnanç Modeli**

### **2.2.1 Sağlık İnanç Modeli Tanımı**

Bireyler çoğunlukla hasta olduklarında sağlık arama davranışında bulunmaktadır. Ancak modern halk sağlığı kuramlarına göre asıl önemli olan bireylerin herhangi bir belirti göstermeden, hasta olmadan önce, henüz sağlıklı iken sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleridir (121).

Sağlıklı olma durumu birçok faktörden etkilenir. Sağlıklı olma durumunu etkileyen bireysel özellikler arasında genetik faktörlerin yanı sıra kişinin bilgi tutum ve davranışları da bulunmaktadır (122).

Bireylerin tutum ve davranışlarının gerekçelerine odaklanan Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlığı koruyan ve geliştiren davranışlara ek olarak birçok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu neyin motive ettiğini ya da engellediğini açıklamada ve ölçmede kullanılan etkin bir rehberdir (123).

Amerika'da 1950'li yıllarda halk sağlığı araştırmacılarının dikkatini özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük topluluklardaki taramalara katılım durumunun yetersizliği çekmiştir. Çalışmalarında, yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum gibi özelliklerin sağlık arama davranışlarında etkili olduğunu; ancak sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması halinde bile düşük sosyo-ekonomik şartlara sahip bireylerin sağlık hizmetlerinden daha az faydalandıklarını fark etmişlerdir. Bu durum bireylerin sağlık arama davranışlarında başka faktörlerin de etkili olduğunu göstermiştir. Buradan yola çıkan araştırmacılar sağlık eğitiminin etkinliğini artırıcı psikososyal bir model oluşturmayı düşünmüşlerdir (124).

Taramalara katılımdaki yetersizliğin nedenlerini açıklamak için Rosenstock, ilk kez 1966'da Sağlık İnanç Modelini geliştirmiştir. Model daha sonraki yıllarda Becker ve arkadaşlarının çalışmalarıyla detaylandırılmıştır (125).

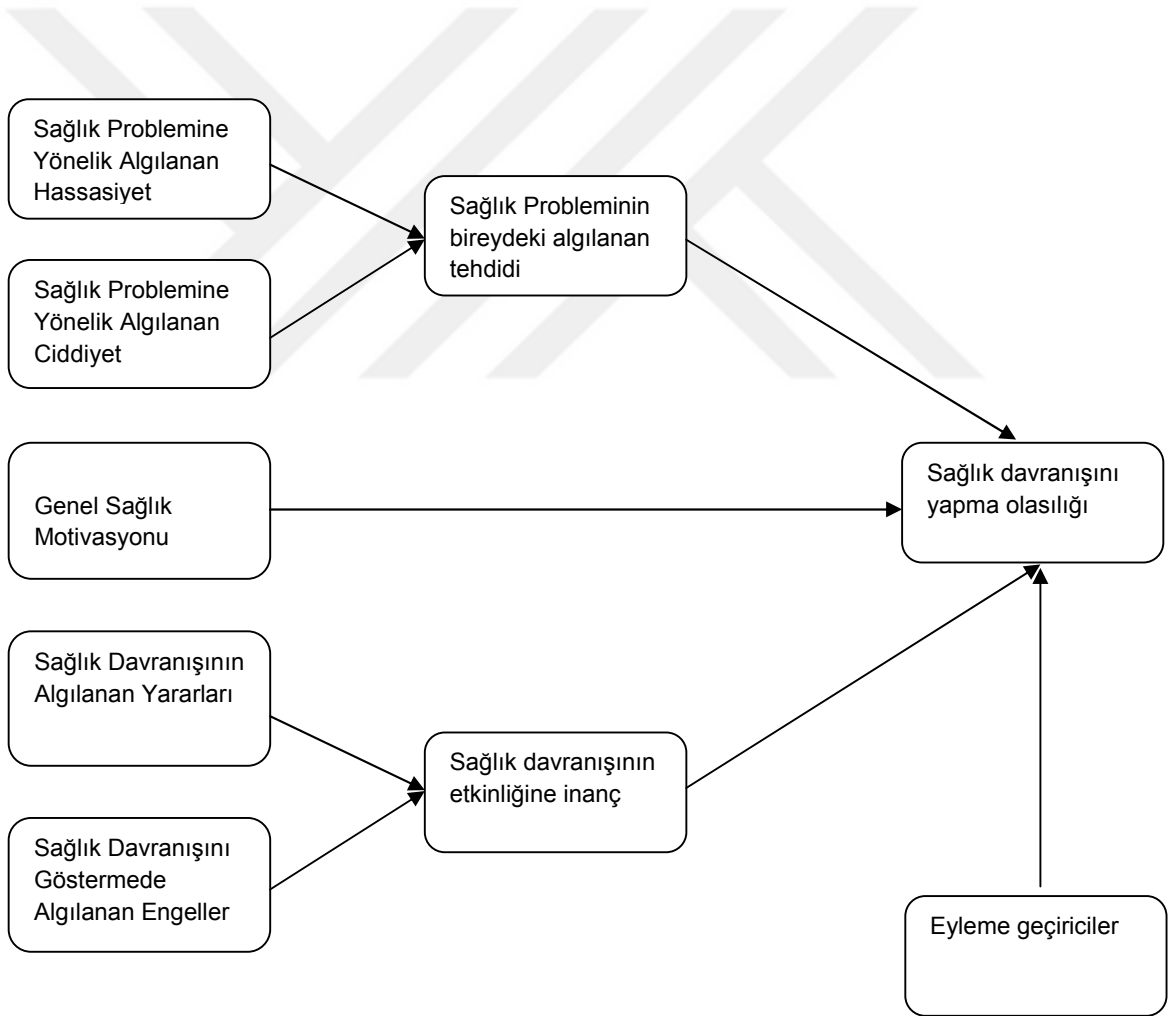
SİM, bireyin sağlık arama davranışlarının nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini anlamak için kullanılan en eski, belki de en çok kullanılan modeldir (126).

SİM'e göre, bireylerin sağlık davranışları inanç, değer ve tutumlarından etkilenmektedir. Sağlık arama davranışlarının önünde engel olduğu düşünülen inanç, değer ve tutumlar belirlenirse, verilecek sağlık eğitimini ya da uygulanacak tedavi yöntemlerini bireye spesifikleştirerek yapılandırmak mümkün olabilecektir (122).

Bireyler bir sağlık probleminden dolayı zarar göreceğine yönelik hassasiyete/duyarlılığa sahip olmaları durumunda, eyleme geçtiklerinde bu zararların azalacağını, başlarına gelebilecek kötü durumlardan korunacaklarını düşünürler. Eyleme geçilmez ise, engel algısını oluşturan faktörlerin sağlık probleminin getireceği sorunlardan daha ağır bastığına inanmaktadırlar. Bir örnekle açıklamak gerekirse, kansere yakalanma konusunda hassasiyeti olan bir kişi,

kanserin getirdiği kötü sonuçlara maruz kalmaktansa, uygun zaman bulamama, maddi yetersizlik, doktora veya sağlık kurumlarına ulaşmakta yaşanan güçlükler gibi engellerin üstesinden gelerek sağlık taramalarını yaptırmayı seçecektir. SİM, bireylerin koruyucu davranışlarında neyin etkili olduğunu, taramalarını yaptırmak ve mevcut hastalıklarını kontrol altında tutabilmek için nasıl harekete geçtiklerini anlamak için birkaç bileşen kullanmaktadır (127).

Conner ve Berkshire'in çalışmasında SİM bileşenlerinin hangileri olması gerektiğine ilişkin 46 niteliksel çalışma incelenmiş; duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algılarının SİM'in en temel bileşenleri olduğu tespit edilmiştir. Öz etkililik/yeterlilik ise modele sonradan sigara içme ve aşırı yeme gibi olumsuz sağlık davranışlarıyla mücadele etmek adına eklenmiştir (127).



Şekil 1: Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri (127)

## 2.2.2 Sağlık İnanç Modeli Kavramları

### *Duyarlılık/Hassasiyet Algısı*

Kişinin kendisinde gördüğü risk veya sağlık problemine ilişkin hassasiyet bireylerin sağlıkla ilgili sergilediği davranışlarda önemli bir algı oluşturur. Kişi kendini ne kadar riskli olarak değerlendirirse, risk oluşturacak davranışından o kadar kaçınacaktır (128).

### *Ciddiyet/Önemseme Algısı*

Gelişebilecek bir hastalığın sonuçlarının ve şiddetinin birey tarafından nasıl algılandığıdır. Bireylerin hastalıklara karşı oluşan algıları söz konusu hastalığa attığı değere bağlıdır. Bu algı özellikle bireyin sağlık bilgisinden etkilenir (128).

Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyet birleşerek algılanan tehditi oluşturmaktadır (115).

### *Yarar Algısı*

Bireyin hastalıktan korunmak veya hastalığın şiddetini azaltmak için önerilen koruyucu davranışı gerçekleştirdiği zaman kendisinde oluşacak yarara inanmasıdır (128, 129).

Birey hassasiyet gösterdiği konularda eyleme geçerse oluşacak olumlu sonuçları yararlar olarak algılar (129).

### *Engel Algısı*

Bireyin yeni davranışı sergilemesinin ve bu duruma adapte olmasının önüne geçen durumlar engel algısını oluşturur (128).

Champion ve Skinner, birçok araştırma sonucunda algılanan engellerin davranış sergilemede en önemli faktör olduğunun belirlendiğini bildirmiştir (129).

### *Eyleme Geçiriciler*

SİM'in ilk formlarında bireyleri harekete geçiren etkenlerin neler olduğu üzerinde durulmuştur. Bireylerin eyleme geçmelerinde fiziksel semptomlarının,

çevresel uyarıların veya iletişim araçlarının tetikleyici etkenler olabilecekleri bulunmuştur (129).

### *Öz etkililik*

Modele sonradan eklenmiştir. Öz etkililik, bireyin bir davranışa yönelik girişimde bulunabileceğine ve bu girişimin sonucunda başarılı olabileceğine ilişkin güvenidir. Bu inanç bireyi eylemi gerçekleştirmeye güçlü bir şekilde teşvik eder. Öz etkililiği yüksek bireyler daha kolay eyleme geçerler. Öz etkililik, planlanmış davranış, motivasyonu koruma ve transteorik model gibi birçok davranış değiştirme modelinin bileşenleri arasında bulunmaktadır (130).

Rahim ağzı kanseri için Güvenç, Akyüz ve Açık tarafında uyarılan Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Türk kadınlarının rahim ağzı kanseri ve tarama programına katılım konusundaki sağlık inançlarını değerlendirmede araştırmacılar için güvenilir ve tatmin edici bir kaynaktır (131).

### 3 GEREÇ VE YÖNTEMLER

#### 3.1 Araştırma Modeli

Araştırma, verilen sağlık eğitiminin sonuçlarını ölçmeye yönelik bir müdahale çalışması olarak planlanmıştır. Kadınların ihtiyaçlarına yönelik hazırlanan eğitim programının rahim ağzı kanseriyle ilgili bilgi, tutum ve davranışları üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu doğrultuda önce 30-65 yaş grubundaki kadınlara araştırmacı tarafından hazırlanan İlk Değerlendirme Formu uygulanmıştır. İlk değerlendirme formu uygulandıktan sonra çalışmaya katılan tüm kadınlara rahim ağzı kanseri farkındalığı ve tarama testi konuları ile ilgili yazılı eğitim materyali (broşür) verilmiştir.

Müdahale grubuna seminer şeklinde planlanan eğitim programı yaklaşık 3-12 kişilik gruplar halinde araştırmacı tarafından verilmiştir. Müdahale grubundaki eğitime katılan kadınlara Eğitim Sonrası Değerlendirme Formu uygulanmıştır. Bilgi düzeyi tutum ve tarama davranışları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında bir farklılık olup olmadığı eğitimden altı ay sonra yapılan telefon görüşmesi ile Telefonla Değerlendirme Formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

#### 3.2 Araştırma Örnekleme

Bu çalışmanın evreni, Balçova ve Narlıdere Halk Eğitim Merkezlerinde düzenlenen kurslara katılan 30-65 yaş arası kadınlar olarak belirlenmiştir. Open-epi yöntemi ile anlamlılık düzeyi (1-alpha):0,95, güç (1-beta):0,80, örneklem büyüklüğü oranı; Müdahale/Kontrol:1, kontrol grubunda yeterli bilgi düzeyi %20, müdahale grubunda yeterli bilgi düzeyi: %40 olarak alınan örneklem büyüklüğü her bir grup için 91 katılımcı olarak hesaplanmıştır.

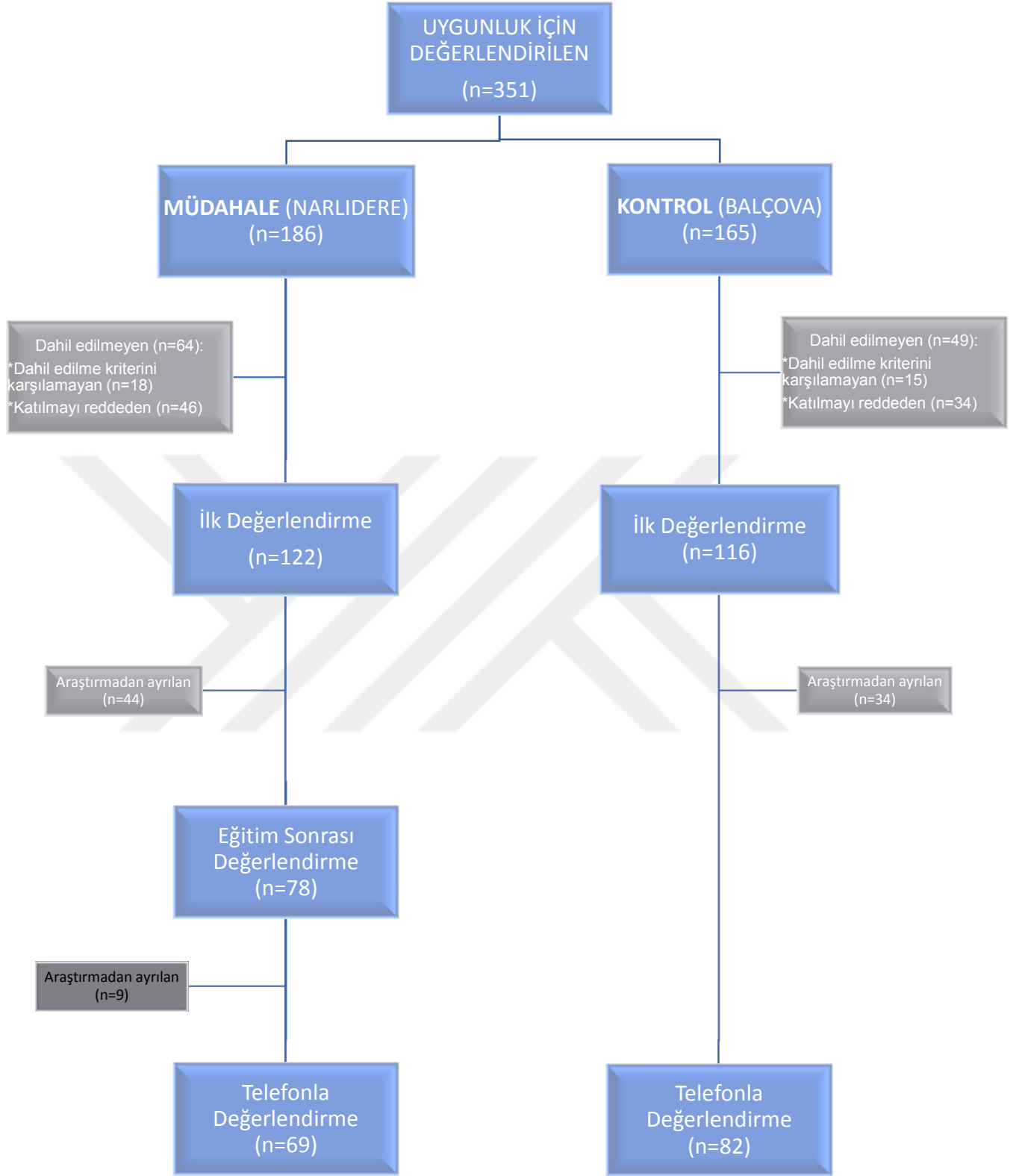
Narlıdere Halk Eğitim Merkezi kursiyerleri müdahale grubu, Balçova Halk Eğitim Merkezi kursiyerleri kontrol grubu olarak belirlenmiş olup bu merkezlerde çalışmaya katılmak üzere toplam 351 kadın ile görüşülmüştür. Bu kadınların 186'sı Narlıdere Halk Eğitim Merkezi kursiyeri olup 186 kadından 46 kişi çalışmaya katılmayı reddetmiş, 18'i dahil edilme kriterlerini karşılayamamıştır. Çalışmaya katılmak üzere görüşülen toplam 351 kadından 165 tanesi Balçova Halk Eğitim Merkezi kursiyeri olup 165 kadından 34 kişi çalışmaya katılmayı reddetmiş, 15'i dahil edilme kriterlerini karşılayamamıştır.

Bu nedenle iki merkezden toplamda 238 kişi çalışmaya dahil edilmiş olup müdahale grubu 122, kontrol grubu 116 gönüllü kadının katılımıyla oluşturulmuştur (Şekil-2).

Müdahale grubundan 78 kişi eğitimlere katılırken 44 kişi eğitime çağrılmalarına rağmen katılım göstermemiştir. Müdahale grubunda olup eğitime katılan 78 kişiye telefonla değerlendirme formunu uygulamak üzere eğitimden sonraki 6. ay ulaşılmaya çalışılmış olup yalnızca 69 kişiye ulaşılabilmektedir. Diğer 9 kişi ise 3 kez aranmalarına rağmen telefonla değerlendirme formunu yanıtlamamıştır.

Kontrol grubundaki 116 kişi de 6. ayda telefonla değerlendirme amaçlı aranmış olup 82 kişi telefonla değerlendirme formunu yanıtlamıştır. Diğer 34 kişi 3 kez aranmış olup buna rağmen telefonla değerlendirme formunu yanıtlamamıştır.





Şekil 2. Uygulama Akış Şeması

### 3.3 Araştırma Uygulaması

Çalışmaya Kasım-Aralık 2019'da Balçova ve Narlıdere Halk Eğitim Merkezlerinde dzenlenen kurslara katılan 30-65 yaş arası, rahim ağzı kanseri öyküsü olmayan, son 5 yıl içinde rahim ağzı kanseri taraması yaptırmamış olan gönüllü kadınlar dahil edilmiştir.

Gerekli izinler; Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu (Ek-1), İzmir Milli Eğitim Müdürlüğü (Ek-2), Balçova ve Narlıdere Halk Eğitim Merkezi müdürlerinden alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacını belirten bir açıklama yapılmış ve yazılı olarak gönüllülük onamı alınmıştır (Ek-3).

İlk karşılaşmada, tüm katılımcılara araştırmacı tarafından İlk Değerlendirme Formu (sosyodemografik verilerin, iletişim bilgilerinin, kadınların risk faktörlerinin ve tarama davranışlarının sorgulandığı, araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanan 52 sorudan oluşan bilgi soruları ve rahim ağzı kanseri belirtilerinin bilinmesi durumunu araştıran bilgi sorusu ve SİM ölçeği) uygulanmış ve tüm katılımcılara T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı internet sitesinden elde edilen rahim ağzı kanseri farkındalığı ve tarama programı konularıyla ilgili yazılı eğitim materyali (broşür) verilmiştir (Ek4). Buna ek olarak "Rahim ağzı kanseri kadınlarda en sık görülen kanserlerden biridir. Sağlık Bakanlığı bu konuda erken tanı için bir tarama programı geliştirmiştir. Bu testi yaptıırırsanız rahim ağzı kanserini erken teşhis etmemiz ve tedavinin de erken yapılması mümkün olacaktır. Aynı zamanda rahim ağzı kanserine neden olan Human Papilloma Virus'une karşı geliştirilmiş bir aşı mevcuttur." şeklinde sözlü bilgilendirme yapılmıştır.

Araştırma müdahale grubu olarak belirlenen Narlıdere Halk Eğitim Merkezi kursiyerlerine SİM temelli eğitim, 2019-Aralık ayı boyunca yaklaşık 3-12 kişilik gruplar halinde verilmiştir. Eğitim bitiminde katılımcılara Eğitim Sonrası Değerlendirme Formu (ilk değerlendirmede sorulan bilgi soruları ve SİM ölçeği) uygulanmıştır.

Müdahale ve kontrol gruplarıyla konuyla ilişkili olarak 2020-Haziran ayında telefonla ulaşılarak eğitim müdahalesinin etkinliğini değerlendirmek amaçlı Telefonla Değerlendirme Formu (aynı bilgi soruları, SİM ölçeği ve tarama yaptıırma durumunu sorgulayan sorular) doldurulmuştur.

### 3.4 Eğitim Materyalinin Hazırlanması

Katılımcılara, Sağlık İnanç Modeli temelinde hazırlanan eğitim programı uygulanmıştır.

Duyarlılık bileşeni: bireylerin rahim ağzı kanserine olan duyarlılıklarını arttırmayı hedeflediğimiz bu bölümde amacımız rahim ağzı kanserine yakalanmada bireysel risk faktörlerinin farkındalığını arttırmak olarak belirlenmiştir.

Kadınlara “Rahim ağzı kanserini duymayan var mı? Bu hastalıkla baş eden tanıdığınız var mı? Neler biliyorsunuz?” şeklinde hem açık uçlu hem kapalı uçlu sorular yöneltilerek kadınların interaktif katılımı hedeflenmiştir.

“Sizce rahim ağzı kanseri kimlerin başına gelebilir?” sorusu yöneltilerek katılımcıların risk faktörleri ile ilgili bilgisi/farkındalığı sorgulanmıştır. Eksik bilgiler eklenmiş, yanlış bilinenler düzeltilmiştir.

Kadınlara “Sizce rahim ağzı kanseri olma olasılığınız nedir?” sorusu yöneltilip gelen yanıtlara göre “Neden risk taşıdığınızı ya da taşımadığınızı düşünüyorsunuz?” sorusu yöneltilmiştir. Bilgilendirme yapıldıktan sonra tekrar risklerini değerlendirmeleri istenmiştir. Aynı zamanda katılımcıların risk faktörleri açısından bilgi düzeyini arttırmak hedeflenmiştir.

Önemseme/Ciddiyet bileşeni: bireylerin ciddiyet algısını arttırmayı hedeflediğimiz bu bölümde amacımız rahim ağzı kanserine yönelik bireysel tehdidin ve rahim ağzı kanserinin önemini algılanması olarak belirlenmiştir.

Bireylere “Sizce rahim ağzı kanseri sağlığınıza ve yaşamınıza etkileri açısından ne kadar önemli/ciddi bir hastalıktır?” sorusunu yöneltilmiştir. Yüksek riski ortaya çıkaran faktörler sorgulanarak bireyin hastalığın ciddiyetini fark etmesi amaçlanmıştır. Düşük riskli olduğunu ifade eden katılımcılara yönelik olarak bilgilendirme yapıp risklerini tekrar değerlendirmeleri istenmiştir ve hastalığın önemini fark etmesi sağlanmıştır.

Daha sonra “Sizce rahim ağzı kanserine bağlı olarak hayatınızda ne gibi sorunlar ya da değişiklikler olabilir?” sorusu yöneltilmiş kişinin hastalığın morbiditesi ve mortalitesi hakkındaki bilgisi sorgulanmıştır. Bu konuda bilgilendirme yapılarak katılımcıların bilgi düzeyini arttırmak hedeflenmiştir.

Yarar Algısı bileşeni: yarar algısını arttırmayı hedeflediğimiz bu bölümde amacımız rahim ağzı kanseri taraması yaptıranın rahim ağzı kanserinin mortalite ve morbiditesi üzerine olan olumlu sonuçlarının algılanması olarak belirlenmiştir.

Bireylere “Sizce bu testi yaptırmak biraz önce konuştuğumuz olumsuzlukların sizin başınıza gelmesini ne kadar önleyebilir?” sorusu yöneltilmiş gelen yanıtlara göre bilgilendirme yapılarak katılımcıların testin rahim ağzı kanserinin erken tanısındaki önemini/yararını fark etmesi ve bu konudaki bilgi düzeyini arttırmak hedeflenmiştir.

Engel Algısı bileşeni: engel algısını azaltmayı hedeflediğimiz bu müdahalede bireyin rahim ağzı kanseri taraması yaptırmada olası engelleri açığa çıkararak çözüm yolları ile ilgili farkındalığını ve yaratıcılığını arttırmak amaçlanmıştır.

Öncelikle taramanın hangi merkezlerde kim tarafından ve nasıl yapıldığı anlatılmıştır. Daha sonra katılımcıların taramaya katılım konusundaki motivasyonları sorgulanmıştır. Tarama yaptırmada istekli olmayan katılımcılara bu tutumlarının nedeni sorularak engeller ortaya çıkarılmaya çalışılmış ve gelen yanıtlara yönelik bilgilendirmeler detaylandırılarak engellerin aşılabilirliğini fark etmesi istenilmiştir. Tarama yaptırmada istekli olan katılımcılara test yaptırmada olasılıklarını arttıran faktörler sorulmuş taramanın önündeki engeller ve çözüm yollarını fark etmesi sağlanmıştır.

Sağlık Motivasyonu bileşeni: Genel sağlık motivasyonunu arttırmayı hedeflediğimiz bu bölümde bireyin sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve sağlık kontrollerine aktif yaklaşması olmasa dahi düzenli katılımı konusundaki tutumunu desteklemek hedeflenmiştir. Bu bileşenlerin rahim ağzı kanserinden korunmadaki önemine vurgu yapılmıştır.

Bu temelde hazırlanan görsel eğitim materyali katılımcıların aktif olarak katılım sağlayabildikleri sunum tekniğiyle uygulanmış ve katılımcılara aşağıda belirtilen başlıklar hakkında detaylı bilgiler sunulmuştur:

- Rahim ağzı anatomisi
- Rahim ağzı kanseri nedir?
- Rahim ağzı kanseri neden önemlidir ve görülme sıklığı nedir?
- Rahim ağzı kanseri risk faktörleri nelerdir?
- Rahim ağzı kanseri belirtileri nelerdir?
- Rahim ağzı kanseri erken tanısı mümkün müdür? Erken tanının önemi nedir?
- Rahim ağzı kanseri tarama programı
- Kimler tarama yaptırmalıdır, tarama hangi kurumlarda yapılabilir?
- Tarama testi öncesi dikkat edilmesi gerekenler

-Kanserden korunma yolları nelerdir?

-HPV aşısı koruyuculuğu

-Aşı kimlere uygulanabilir?

### 3.5 Veri Toplama Araçları

Veri toplama sırasında sosyodemografik veriler, risk durumları ve tarama yaptırmama durumları yalnızca ilk değerlendirmede; bilgi düzeyini değerlendiren sorular ve SİM ölçeği tüm görüşmelerde uygulanmıştır.

#### 3.5.1 İlk Değerlendirme

##### İletişim Bilgileri ve Sosyodemografik Veriler

İlk karşılaşmada uygulanan İlk Değerlendirme Formunun birinci bölümünü katılımcıların demografik verilerini ve iletişim bilgilerini sorgulayan sorular oluşturmaktadır. Bu formda ad-soyadı, telefon numarası, yaş, boy ve kilo bilgileri, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım durumu, HPV, HPV aşısı ve rahim ağzı kanseri konusunda bilgi sahibi olup olmadığı, bu konularda mevcut bilgilerini hangi kaynaklardan edindiği ve bundan sonra hangi kaynaklardan bilgi edinmek istedikleri sorulmuştur.

##### Risk Faktörleri

Formun ikinci kısmında çalışmaya katılan kadınların rahim ağzı kanseri açısından risk durumlarını değerlendirmek için parite, üreme davranışları ve kullandıkları aile planlaması yöntemleri, cinsel davranışları, ilk adet yaşı, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü ve aile öyküsü sorulmuştur.

##### Bilgi Düzeyleri

Formun bir sonraki bölümünde rahim ağzı kanseriyle ilgili katılımcıların bilgi düzeylerini ölçmek için ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan rahim ağzı kanseri ve HPV konularında 52 adet bilgi sorusu yer almaktadır. Bu sorular içerik olarak yaş, sıklık, belirtiler, rahim ağzı kanseri risk faktörleri, koruyucu etkenler, Türkiye'deki tarama programı, tarama testi için başvuru öncesinde yapılması ve yapılmaması gerekenler, HPV ve HPV aşısı ile ilgili olup katılımcılara 3'lü likert tipinde "doğru", "yanlış", "bilmiyorum" seçenekleriyle sorulmuştur. Soruyu

doğru yanıtlayan katılımcılar her soru için bir puan almış, yanlış yanıtlayan ya da “Bilmiyorum” yanıtını veren katılımcılar ilgili sorudan puan alamamıştır. Bilgi düzeyini sorgulayan bir diğer soru da rahim ağzı kanseri risk faktörlerinin bilinme durumunu sorgulamak için rahim ağzı kanserinin 14 risk faktörü şıklar halinde yazılmış olup katılımcılardan bildikleri seçenekleri işaretlemeleri istenmiştir. Katılımcılar bu risk faktörlerinden işaretledikleri şık sayısı kadar puan almışlardır.

### Tarama Davranışları

Formun son bölümünde kadınların rahim ağzı kanseri taramalarına katılım durumu, kendilerine ve çocuklarına HPV aşısı yaptırma durumları sorulmuş ve sağlık inançlarını belirlemeye yönelik “Rahim Ağzı Kanserinden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” uygulanmıştır.

### Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Sağlık İnanç Modeli (SİM), hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla 1950’lerin başında Hochbaum, Kegeles, Leventhal, Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (20).

Ölçek Champion tarafından meme kanseri ve mamografi için geliştirilmiş, rahim ağzı kanseri ve Pap-smear testine de uyarlanmıştır. Bireyin hastalığa karşı duyarlılığını, hastalığın nedenleri ve korunmada neler yapılması gerekliliği konusundaki bilgisini ve hastalığın önemi ile ilgili algısını ölçmeye olanak sağlayan SİM Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Güvenç, Akyüz ve Açıknel tarafından 2010 yılında yapılmıştır.

Ölçek, duyarlılık (3 madde), ciddiyet (7 madde), Pap-smear yarar ve motivasyonu (8 madde), sağlık motivasyonu (3 madde), Pap-smear engelleri (14 madde) olmak üzere 35 madde ve beş ana boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde 1’den 5’e kadar değişen 5’li likert tipi ölçekleme- “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “kesinlikle katılıyorum” (5)- yöntemi kullanılmıştır.

Ölçeğin her boyutu ayrı ayrı değerlendirilmektedir ve tek bir toplam puanda birleştirilmez. Her birey için alt ölçek sayısı kadar puan elde edilir. Puanların yükselmesi duyarlılık, önemseme ve motivasyonun arttığını yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığıını ifade etmektedir. Engel algısı alt ölçeği haricindeki alt ölçekler Pap-smear tarama davranışı ile pozitif olarak

ilişkilidir. Bireyin engel algısı puanının yüksek olması, Pap-smear testi yaptırma ile ilgili engellerin yüksek olduğunu gösterir

### **3.5.2 Eğitim Sonrası Değerlendirme**

Eğitim sonrası değerlendirme aşamasında yukarıda detaylı olarak anlatılan araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi düzeyini ölçen sorular ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği aynı şekilde uygulanmıştır (Eğitim Sonrası Değerlendirme Formu).

### **3.5.3 Telefonla Değerlendirme**

Bu aşamada Telefonla Değerlendirme Formu uygulanmıştır. Bu form içerik olarak İlk Değerlendirme Formunda yer alan araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi soruları, SİM ölçeği ve davranış değişikliğini ölçmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Katılımcıların eğitim sonrasında tarama davranışlarını belirlemeye yönelik kendisine ve çocuğuna aşı yaptırma durumları, aşı yaptırmaya yönelik tutumları, rahim ağzı kanseri taraması yaptırma durumları sorulmuştur.

## **3.6 İstatiksel Analizler**

Araştırmada veriler SPSS.24 Programına girilmiştir. Tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, tepe noktası) yanı sıra hipotez testleri uygulanmıştır. Normal dağılım için kategorik değişkenlerde ki-kare, ölçülebilir değişkenler için ise t testi, eğitim öncesi-sonrası değerlendirmelerde Bağımlı Örneklemde t testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler; yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sigara kullanımı, bilgi düzeyi, tutum ve tarama davranışı, bağımlı değişkenler; müdahale durumu olarak belirlenmiştir.

## 4 BULGULAR

### 4.1 İlk Değerlendirme Bulguları

Araştırmanın ilk değerlendirme aşamasına Narlıdere ve Balçova Halk Eğitim Merkezi kursiyeri olan 30-65 yaş arası 238 kadın katılmış olup müdahale grubu 122 (Narlıdere), kontrol grubu 116 (Balçova) olacak şekilde ayrılmıştır.

Sosyodemografik veriler, müdahale ve kontrol grubu için karşılaştırıldığında yaş ortalaması müdahale grubunda  $52,51 \pm 8,52$  iken kontrol grubunda  $48,09 \pm 8,33$ 'tür ve aralarında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,001$ ). Her iki grup için de en genç katılımcı 30, en yaşlı katılımcı ise 65 yaşındadır.

Müdahale grubunda eğitim düzeyine bakıldığında en yüksek çoğunluk %45,9 oranıyla üniversite mezunlarında iken, kontrol grubunda da %41,37 ile en yüksek çoğunluk yine üniversite mezunlarında saptanmıştır ve aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,254$ ).

Katılımcıların çalışma durumu yüzdelerine bakıldığında müdahale grubunda ev hanımı olan kadınların oranı %34,4 çalışan/emekli kadınların oranı %65,6 kontrol grubunda ev hanımı olan kadınların oranı %41,4 çalışan/emekli kadınların oranı %58,6 olup müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,166$ ).

Gelir düzeyine bakıldığında müdahale grubundaki katılımcıların %21,3'ü gelirim giderimden az %57,37'si gelirim giderime eşit ve %21,3'ü gelirim giderimden fazla şekilde yanıtlamıştır. Bu oranlar kontrol grubunda gelirim giderimden az %20,68 gelirim giderime eşit %55,17 gelirim giderimden fazla %24,13 şeklindedir. Aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,873$ ).

Müdahale ve kontrol gruplarının sosyodemografik veriler açısından karşılaştırılması Tablo 2'de yer almaktadır.

**Tablo 2. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik veriler Açısından Karşılaştırılması**

	<b>Müdahale (n=122)</b>	<b>Kontrol (n=116)</b>	<b>p değeri</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Yaş ortalaması</b>	52,51±8,52	48,09±8,33	<b>0,001</b>
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul	14 (%11,5)	16 (%13,8)	0,254
Ortaokul	8 (%6,6)	16 (%13,8)	
Lise	44 (%36,1)	36 (%31,0)	
Üniversite ve üzeri	56 (%45,9)	48 (%41,4)	
<b>Çalışma Durumu</b>			
Ev hanımı	42 (%34,4)	48 (%41,4)	0,166
Çalışan/Emekli	80 (%65,6)	68 (%58,6)	
<b>Gelir Düzeyi</b>			
Gelirim Giderimden Az	26 (%21,3)	24 (%20,7)	0,873
Gelirim Giderime Eşit	70 (%57,4)	64 (%55,2)	
Gelirim Giderimden Fazla	26 (%21,3)	28 (%24,1)	

Katılımcıların risk faktörleri sorgulandığında; beden kitle indeksi 30'un üstünde olan bireyler müdahale grubunun %18,9'unu kontrol grubunun %19,8'unu oluşturmaktadır ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,489).

Sigara kullanım durumları sorgulandığında; müdahale grubundaki katılımcıların %31,1'i içiyorum %24,6'sı bıraktım %24,6'sı hiç içmedim şeklinde yanıtlamıştır. Kontrol grubundaki katılımcıların ise %12,1'i içiyorum %13,8'i bıraktım %74,1'i hiç içmedim şeklinde yanıtlamıştır ve iki grup arasında anlamlı fark vardır (p=0,001).

İlk doğum yapma yaşı açısından değerlendirildiğinde; müdahale grubundaki kadınların %7,7'sinin kontrol grubundaki kadınların ise %12,3'ünün ilk doğum yaşı 20'den küçüktür ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,179).

Toplam gebelik sayılarına bakıldığında; 3 veya daha fazla gebelik geçiren kadınların oranı müdahale grubunda %33,6 kontrol grubunda ise %31,0 olarak bulunmuştur ve bu açıdan iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur (p=0,388).

Katılımcılar kendisinin ya da eşinin birden fazla cinsel partner öyküsü açısından sorgulandığında; müdahale grubunda bu oran %10,2 kontrol grubunda ise %7,4 olup iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,376$ ).

Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü açısından karşılaştırıldığında; müdahale grubunda %2,5 kontrol grubunda ise %3,4 oranla cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü mevcuttur ve bu açıdan iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,472$ ).

Katılımcılar doğum kontrol hapi kullanımı açısından sorgulandığında; müdahale grubunda hiç doğum kontrol hapi kullanmayan kadınların oranı %60,7 kontrol grubunda %58,6 olarak bulunmuştur. 1 yıl ya da daha az doğum kontrol hapi kullanan kadınların oranı müdahale grubunda %18,0 ve kontrol grubunda %27,6'dır. 1-5 yıl süre ile doğum kontrol hapi kullanan kadınların oranı müdahale grubunda %9,8 ve kontrol grubunda %10,3'tür. 5 yıl ve daha uzun doğum kontrol hapi kullanan kadınların oranı ise müdahale grubunda %11,5 kontrol grubunda %3,4 olup iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,062$ ).

Katılımcıların birinci derece yakınlarında jinekolojik kanser öyküsü sorgulandığında; müdahale grubundaki kadınların %4,9'u kontrol grubundaki kadınların ise %6,9'u evet olarak yanıtlamıştır ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p=0,355$ ).

Sosyoekonomik durumları açısından karşılaştırmak için katılımcıların gelir düzeyine bakıldığında; müdahale grubundaki katılımcılar %21,3 oranla gelirim giderimden az %57,37 oranla gelirim giderime eşit ve %21,3 oranla gelirim giderimden fazla şekilde yanıtlamıştır. Kontrol grubunda katılımcıların %20,68'i gelirim giderimden az %55,17'si gelirim giderime eşit %24,13'ü gelirim giderimden fazla şeklinde olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p=0,873$ ).

Müdahale ve kontrol gruplarının risk faktörleri açısından karşılaştırılması Tablo 3'te yer almaktadır.

**Tablo 3. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Risk Faktörleri Açısından Karşılaştırılması**

		<b>Müdahale (n=122)</b>	<b>Kontrol (n=116)</b>	<b>p değeri</b>
		<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Obezite</b>	Var	23 (%18,9)	23 (%19,8)	0,489
	Yok	99 (%81,1)	93 (%80,2)	
<b>Sigara</b>	İçiyorum	38 (%31,1)	14 (%12,1)	<b>&lt;0,001</b>
	Bıraktım	30 (%24,6)	16 (%13,8)	
	Hiç içmedim	54 (%24,6)	86 (%74,1)	
<b>Doğum yaşının 20'den küçük olması</b>	Evet	9 (%7,7)	13 (%12,3)	0,179
	Hayır	108 (%92,3)	93 (%87,7)	
<b>3 ve daha fazla gebelik</b>	Evet	41 (%33,6)	36 (%31,0)	0,388
	Hayır	81 (%66,4)	80 (%69,0)	
<b>Birden fazla cinsel partner öyküsü</b>	Evet	12 (%10,2)	8 (%7,4)	0,376
	Hayır	106 (%89,8)	100 (%92,6)	
<b>Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü</b>	Evet	3 (%2,5)	119 (%97,5)	0,472
	Hayır	4 (%3,4)	112 (%96,6)	
<b>Doğum kontrol hapı kullanımı</b>	Hayır	74 (%60,7)	68 (%58,6)	0,062
	1 yıl ve daha az	22 (%18,0)	32 (%27,6)	
	1-5 yıl	12 (%9,8)	12 (%10,3)	
	5 yıl ve daha uzun	14 (%11,5)	4 (%3,4)	
<b>Jinekolojik kanser öyküsü</b>	Evet	6 (%4,9)	8 (%6,9)	0,355
	Hayır	116 (%95,1)	108 (%93,1)	
<b>Düşük sosyoekonomik durum</b>	Gelirim giderimden az	26 (%21,3)	24 (%20,7)	0,873
	Gelirim giderime eşit	70 (%57,4)	64 (%55,2)	
	Gelirim giderimden fazla	26 (%21,3)	28 (%24,1)	

Katılımcıların tarama programına katılım davranışları sorgulandığında; müdahale grubunda Pap-smear testi yaptırmış olanların oranı %60,7 kontrol

grubunda ise %57,8'dir ve bu açıdan iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,649).

Düzenli pap-smear testi yaptıranların oranı ise müdahale grubunda %18,9 kontrol grubunda ise %15,5'tir. Bu açıdan iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,496).

Katılımcılar arasında daha önce HPV-DNA varlığının araştırılma oranına bakıldığında ise müdahale grubunda bu oran %6,6 kontrol grubunda ise %5,2'dir ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,650).

Müdahale grubundaki katılımcıların HPV aşısı yaptırma oranı %4,1 kontrol grubundaki katılımcıların HPV aşısı yaptırma oranı %6,9 olup iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,342).

Katılımcıların çocuklarına HPV aşısı yaptırma oranlarına bakıldığında; müdahale grubunda bu oran %6,0 kontrol grubunda ise %4,2'dir. Bu açıdan iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,386).

Katılımcılar müdahale grubunda %17,9 oran ile aşı yaptırmayı düşünüyorum %25,0 oran ile aşı yaptırmayı düşünmüyorum %57,1 oran ile kararsızım şeklinde yanıtlamıştır. Kontrol grubunda ise katılımcılar %28,0 oran ile aşı yaptırmayı düşünüyorum %20,0 oran ile aşı yaptırmayı düşünmüyorum %52,0 oran ile kararsızım şeklinde yanıtlamıştır. Bu açıdan iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,198).

Müdahale ve kontrol gruplarının aşı yaptırma ve tarama programına katılım davranışları açısından karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Aşı Yaptırma ve Tarama Programına Katılım Davranışları Açısından Karşılaştırılması**

	<b>Müdahale (n=122)</b>	<b>Kontrol (n=116)</b>	<b>p değeri</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b>Pap-smear yaptıranlar</b>	74 (%60,7)	67 (%57,8)	0,649
<b>Düzenli Pap-smear yaptıranlar</b>	23 (%18,9)	18 (%15,5)	0,496
<b>HPV-DNA yaptıranlar</b>	8 (%6,6)	6 (%5,2)	0,650
<b>Kendisine aşı</b>	5 (%4,1)	8 (%6,9)	0,342
<b>Çocuğuna aşı</b>	7 (%6,0)	4 (%4,2)	0,386

Tüm katılımcıların rahim ağzı kanseriyle ilgili sorulara verdikleri yanıt doğrultusunda 0 ile 52 arasında değişebilen bilgi puanlarının ortalaması değerlendirildiğinde müdahale ve kontrol grupları bilgi puanı ortalamaları sırasıyla 14,16±7,77 ve 15,75±9,27'dir. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur (p=0,153).

Rahim ağzı kanseri risk faktörleri ile ilgili sunulan 14 seçenek üzerinden bilgi puan ortalamaları müdahale ve kontrol grupları için sırasıyla 3,03±2,33 ve 3,72±2,36'dir ve iki grup arasında anlamlı fark vardır (p=0,024).

Müdahale ve kontrol gruplarının bilgi puanları açısından karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Bilgi Puanları Açısından Karşılaştırılması**

	<b>Müdahale (n=122)</b>	<b>Kontrol (n=116)</b>	<b>p değeri</b>
	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortalama±SS</b>	
<b>Bilgi düzeyi (0-52)</b>	14,16±7,77	15,75±9,28	0,153
<b>Risk Faktörleri (0-14)</b>	3,03±2,33	3,72±2,36	<b>0,024</b>

Katılımcılar Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puanları açısından değerlendirildiğinde; müdahale grubundaki katılımcıların yarar-motivasyon algısı puanlarının ortalaması 30,967±7,7, kontrol grubunda 30,72±7,13 olup iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,801).

Katılımcıların engel algısı puanlarının ortalaması müdahale grubunda 35,93±11,85, kontrol grubunda 33,41±12,55 olup iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,113).

Katılımcıların önemseme/ciddiyet puan ortalaması müdahale grubunda 21,34±6,76, kontrol grubunda 20,45±5,51'dir ve iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,267).

Katılımcıların duyarlılık algısı puan ortalamaları müdahale grubunda 6,89±2,88, kontrol grubunda 7,86±2,40'tır ve aralarında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,005). Duyarlılık algısı alt boyutunda t testi için etki büyüklüğü hesaplandığında aradaki farkın etki gücü düşük olarak saptanmıştır (eta kare=0.01).

Katılımcıların sağlık motivasyonu algısı puan ortalamaları müdahale grubunda 9,59±3,42, kontrol grubunda 9,66±5,87'dir ve iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,891).

Müdahale ve kontrol gruplarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sonuçları açısından karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sonuçları Açısından Karşılaştırılması**

	<b>Müdahale (n=122)</b>	<b>Kontrol (n=116)</b>	<b>p değeri</b>
	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortalama±SS</b>	
<b>Yarar ve Motivasyon Algısı</b>	30,967±7,7	30,72±7,13	0,801
<b>Engel algısı</b>	35,93±11,85	33,41±12,55	0,113
<b>Önemseme/Ciddiyet algısı</b>	21,34±6,76	20,45±5,51	0,267
<b>Duyarlılık algısı</b>	6,89±2,88	7,86±2,40	0,005
<b>Sağlık Motivasyonu algısı</b>	9,59±3,42	9,66±5,87	0,891

#### 4.2 Eğitim Sonu Değerlendirme Bulguları

Müdahale grubunda (n=122) çağırıldıkları eğitime katılan 78 kişi mevcuttur. 44 kişi katılım göstermemiştir.

Müdahale grubuna düzenlenen eğitim sonrasında katılımcıların ilk ve eğitim sonu bilgi düzeyi karşılaştırıldığında; ilk değerlendirmedeki puan ortalaması (13,64±7,98), yaklaşık iki katına çıkarak (30,70±8,24) anlamlı fark göstermiştir ( $p<0,001$ ). Risk faktörlerinin bilinme puan ortalaması da büyük bir artış göstererek ilk değerlendirmedeki 2,77±2,40 değerinden 10,54±2,46'ye yükselmiştir ( $p<0,001$ ).

Müdahale grubunun bilgi puanları açısından ilk ve eğitim sonu değerlendirme karşılaştırması tablo 7'de yer almaktadır.

**Tablo 7. Müdahale Grubunun Bilgi Puanları Açısından İlk ve Eğitim Sonu Değerlendirme Karşılaştırması**

	<b>Müdahale Grubu (n=78)</b>		
	<b>İlk Değerlendirme</b>	<b>Eğitim Sonu</b>	<b>p değeri</b>
	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortalama±SS</b>	
<b>Bilgi Düzeyi</b>	13,64±7,98	30,70±8,24	<b>&lt;0,001</b>
<b>Risk Faktörleri</b>	2,77±2,40	10,54±2,46	<b>&lt;0,001</b>

Müdahale grubunun ilk ve eğitim sonu Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sonuçları karşılaştırıldığında; eğitim sonrasında Yarar ve Motivasyon Algısı Önemseme/Ciddiyet algısı Duyarlılık algısı ve Sağlık Motivasyonu algısı olmak üzere ölçeğin dört bileşeninde puan ortalamaları artış göstermiş olup Engel algısı için puan ortalamaları azalmıştır. İlk ve eğitim sonu değerlendirme puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur. ( $p<0,001$ ).

Müdahale grubunun sağlık inanç modeli ölçeği sonuçları açısından ilk ve eğitim sonu değerlendirme karşılaştırması tablo 8'de yer almaktadır.

**Tablo 8. Müdahale Grubunun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sonuçları Açısından İlk ve Eğitim Sonu Değerlendirme Karşılaştırması**

	Müdahale Grubu (n=78)		
	İlk Değerlendirme	Eğitim Sonu Değerlendirme	p değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
<b>Yarar ve Motivasyon Algısı</b>	30,91±7,92	34,50±7,29	<0,001
<b>Engel algısı</b>	35,33±12,00	27,15±12,00	<0,001
<b>Önemseme/Ciddiyet algısı</b>	21,02±7,11	23,55±6,17	<0,001
<b>Duyarlılık algısı</b>	6,87±2,89	8,97±2,65	<0,001
<b>Sağlık Motivasyonu algısı</b>	9,60±3,17	10,98±3,35	<0,001

#### 4.3 Telefonla Değerlendirme Bulguları

Müdahale grubunda olup çağırıldıkları eğitime katılan 78 kişi olmasına rağmen telefonla değerlendirme aşamasında ulaşılabilen katılımcı sayısı 69 kişidir.

Bilgi düzeyi açısından müdahale grubundaki katılımcılar değerlendirildiğinde; ilk değerlendirmedeki 13,26±7,94 puan ortalamasının, telefonla değerlendirmede 25,59±7,47 ortalamaya çıktığı saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Yine Risk Faktörlerinin doğru bilinmesiyle ilgili puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilk değerlendirmedeki değer (2,78±2,41) yaklaşık 3 katına çıkarak (9,41±3,28) anlamlı fark yaratmıştır ( $p<0,001$ ).

Müdahale grubunun bilgi puanları açısından ilk ve telefonla değerlendirme karşılaştırması tablo 9'da yer almaktadır.

**Tablo 9. Müdahale Grubunun Bilgi Puanları Açısından İlk ve Telefonla Değerlendirme Karşılaştırması**

	Müdahale Grubu (n=69)		
	İlk Değerlendirme	Telefonla Değerlendirme	p değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
<b>Bilgi Düzeyi</b>	13,26±7,94	25,59±7,47	<b>&lt;0,001</b>
<b>Risk Faktörleri</b>	2,78±2,41	9,41±3,28	<b>&lt;0,001</b>

Müdahale grubunun telefonla değerlendirme aşamasında da Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sonuçları ilk sonuçlarla karşılaştırıldığında; Yarar ve Motivasyon Algısı Önemseme/Ciddiyet algısı Duyarlılık algısı ve Sağlık Motivasyonu algısı olmak üzere ölçeğin dört bileşeninde puan ortalamaları artış göstermiş olup Engel algısı için puan ortalamaları azalmıştır. Müdahale grubunun ilk ve altı aylık izlem sonrası telefonla değerlendirme bulguları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Müdahale grubunun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sonuçları açısından ilk ve telefonla değerlendirme karşılaştırması tablo 10'da yer almaktadır.

**Tablo 10. Müdahale Grubunun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sonuçları Açısından İlk ve Telefonla Değerlendirme Karşılaştırması**

	Müdahale Grubu (n=69)		
	İlk Değerlendirme	Telefonla Değerlendirme	p değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
<b>Yarar ve Motivasyon Algısı</b>	30,61±8,33	32,80±8,03	<b>&lt;0,001</b>
<b>Engel algısı</b>	36,44±11,85	30,54±11,39	<b>&lt;0,001</b>
<b>Önemseme/Ciddiyet algısı</b>	21,86±6,85	23,33±6,30	<b>&lt;0,001</b>
<b>Duyarlılık algısı</b>	6,97±2,95	8,32±2,70	<b>&lt;0,001</b>
<b>Sağlık Motivasyonu algısı</b>	9,52±3,10	11,39±3,64	<b>&lt;0,001</b>

Kontrol grubundaki katılımcılar telefonla değerlendirme aşamasında bilgi düzeyi açısından karşılaştırıldığında; ilk değerlendirmede 16,26±9,86 ortalamaya sahip kontrol grubu katılımcılarının telefonla değerlendirmedeki bilgi düzeyi ortalama

puanları  $19,71 \pm 8,26$  olarak saptanmıştır. Bu artış müdahale grubundaki artıştan az olmasına rağmen oldukça anlamlı bir fark yaratmıştır ( $<0,001$ ). Risk faktörlerinin doğru bilinme puan ortalaması da kontrol grubunda  $3,82 \pm 2,38$  değerinden  $4,48 \pm 1,74$ 'ya çıkmıştır ki bu değişim de anlamlıdır ( $<0,001$ ).

Kontrol grubunun bilgi puanları açısından ilk ve telefonla değerlendirme karşılaştırması tablo 11'de yer almaktadır.

**Tablo 11. Kontrol Grubunun Bilgi Puanları Açısından İlk ve Telefonla Değerlendirme Karşılaştırması**

	Kontrol Grubu (n=82)		
	İlk Değerlendirme Ortalama $\pm$ SS	Telefonla Değerlendirme Ortalama $\pm$ SS	p değeri
<b>Bilgi Düzeyi</b>	16,26 $\pm$ 9,86	19,71 $\pm$ 8,26	<0,001
<b>Risk Faktörleri</b>	3,82 $\pm$ 2,38	4,48 $\pm$ 1,74	<0,001

Kontrol grubunun ilk ve telefonla değerlendirme Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sonuçları karşılaştırıldığında; Yarar ve Motivasyon Algısı Engel algısı Önemseme/Ciddiyet algısı Duyarlılık algısı bileşenlerinde anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ( $p>0,005$ ). Sağlık Motivasyonu algısı için ise telefonla değerlendirme puan ortalaması anlamlı artış göstermiştir ( $p<0,001$ ).

Kontrol grubunun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sonuçları açısından ilk ve telefonla değerlendirme karşılaştırması tablo 12'de yer almaktadır.

**Tablo 12. Kontrol Grubunun Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sonuçları Açısından İlk ve Telefonla Değerlendirme Karşılaştırması**

	Kontrol Grubu (n=82)		
	İlk Değerlendirme Ortalama $\pm$ SS	Telefonla Değerlendirme Ortalama $\pm$ SS	p değeri
<b>Yarar ve Motivasyon Algısı</b>	30,46 $\pm$ 7,23	30,60 $\pm$ 6,66	0,673
<b>Engel algısı</b>	33,13 $\pm$ 12,47	33,20 $\pm$ 11,95	0,845
<b>Önemseme/Ciddiyet algısı</b>	20,76 $\pm$ 5,45	20,97 $\pm$ 5,43	0,328
<b>Duyarlılık algısı</b>	7,98 $\pm$ 2,60	8,07 $\pm$ 2,41	0,493
<b>Sağlık Motivasyonu algısı</b>	9,74 $\pm$ 3,88	10,66 $\pm$ 3,35	<b>&lt;0,001</b>

## Müdahale ve Kontrol Gruplarının Telefonla Değerlendirme Bulgularının Karşılaştırılması

Verilen eğitimden sonraki 6. ayda bilgi düzeylerinde artış devam eden müdahale grubundaki katılımcıların bilgi puanı ortalaması  $25,62 \pm 7,45$  iken kontrol grubundaki katılımcılarda  $19,70 \pm 8,26$  olup iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $<0,001$ ).

Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılar risk faktörlerinin bilinme puan ortalaması açısından karşılaştırıldığında; müdahale grubunda  $9,40 \pm 3,28$  kontrol grubunda ise  $4,47 \pm 1,73$  olan puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ( $<0,001$ ).

Müdahale ve kontrol gruplarının telefonla değerlendirme bulgularının bilgi puanları açısından karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir.

**Tablo 13. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Telefonla Değerlendirme Bulgularının Bilgi Puanları Açısından Karşılaştırılması**

	Müdahale (n=69)	Kontrol (n=82)	p değeri
	Ortalama $\pm$ SS	Ortalama $\pm$ SS	
<b>Bilgi Düzeyi</b>	$25,62 \pm 7,45$	$19,70 \pm 8,26$	$<0,001$
<b>Risk Faktörleri</b>	$9,40 \pm 3,28$	$4,47 \pm 1,73$	$<0,001$

Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılar 6 aylık izlem süresi bitiminde Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sonuçları açısından karşılaştırıldığında; ölçeğin dört bileşeninde iki grup arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (Yarar ve Motivasyon Algısı için  $0,068$  Engel algısı için  $p=0,169$  Duyarlılık algısı için  $p=0,554$  Sağlık Motivasyonu algısı için  $p=0,200$  Önemseme/Ciddiyet algısı için ise iki grup arasında anlamlı olarak yüksektir ( $p=0,009$ ).

Müdahale ve kontrol gruplarının telefonla değerlendirme bulgularının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sonuçları açısından karşılaştırılması Tablo 14'te verilmiştir.

**Tablo 14. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Telefonla Değerlendirme Bulgularının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Sonuçları Açısından Karşılaştırılması**

	Müdahale (n=69)	Kontrol (n=82)	p değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Yarar ve Motivasyon Algısı	32,80±8,03	30,60±6,66	0,068
Engel algısı	30,55±11,40	33,20±11,95	0,169
Önemseme/Ciddiyet algısı	23,33±6,30	20,85±5,18	<b>0,009</b>
Duyarlılık algısı	8,32±2,70	8,07±2,41	0,554
Sağlık Motivasyonu algısı	11,39±3,64	10,66±3,35	0,200

Müdahale grubundaki 22 (%31,9) katılımcı 6 aylık izlem süresi içerisinde rahim ağzı kanseri taraması yaptırmışken kontrol grubundaki 10 (%12,2) katılımcı rahim ağzı kanseri taraması yaptırmıştır ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,003).

Müdahale grubundaki 2 (%2,9) katılımcı HPV aşısı yaptırmışken kontrol grubundaki katılımcılardan HPV aşısı yaptıran olmamıştır. Fakat iki grup arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0,207).

Müdahale grubundaki 9 (%13) katılımcı izlem süresi içerisinde çocuğuna HPV aşısı yaptırmışken kontrol grubundaki 3 (%3,7) katılımcı çocuğuna HPV aşısı yaptırmıştır ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,034).

Müdahale ve kontrol gruplarının telefonla değerlendirme bulgularının tarama davranışına uyum ve aşı yaptırma durumu açısından karşılaştırılması Tablo 15'te verilmiştir.

**Tablo 15. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Telefonla Değerlendirme Bulgularının Tarama Davranışına Uyum ve Aşı Yaptırma Durumu Açısından Karşılaştırılması**

		Müdahale (n=69)	Kontrol (n=82)	p değeri
Tarama Yaptırma Durumu	Evet	22 (%31,9)	10 (%12,2)	<b>0,003</b>
	Hayır	47 (%68,1)	72 (%87,8)	
Kendine Aşı Yaptırma Durumu	Evet	2 (%2,9)	0 (%0,0)	0,207
	Hayır	67 (%97,1)	82 (%100)	
Çocuğuna Aşı Yaptırma Durumu	Evet	9 (%13)	3 (%3,7)	<b>0,034</b>
	Hayır	60 (%87,0)	79 (%96,3)	

Müdahale grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların bilgi puanları karşılaştırıldığında; tarama programına katılanların bilgi puanı ortalaması 33,22±4,30 tarama programına katılmayanların bilgi puanı ortalaması ise 22,02±5,76 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0,001$ ).

Risk durumunun sorgulandığı soruya verilen yanıtlar puanlandığında tarama yaptıran grubun puan ortalaması 10,86±3,00 tarama yaptırmayan grubun puan ortalaması 8,72±3,21 olup iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,011$ ).

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tarama programına katılanlar ile tarama programına katılmayanların puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,005$ ).

Müdahale grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların bilgi puanları ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Telefonla Değerlendirme) puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 16'da yer almaktadır.

**Tablo 16. Müdahale Grubundaki Katılımcılardan Taramaya Katılanlar ile Katılmayanların Bilgi Puanları ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Telefonla Değerlendirme) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Tarama Yaptırma Durumu	Yaptıranlar (n=22)	Yaptırmayanlar (n=47)	p değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Bilgi Düzeyi	33,22±4,30	22,02±5,76	<b>&lt;0,001</b>
Risk Faktörleri	10,86±3,00	8,72±3,21	<b>0,011</b>
Yarar ve Motivasyon Algısı	33,77±8,64	32,34±7,78	0,494
Engel algısı	27,23±8,55	32,09±12,28	0,062
Önemseme/Ciddiyet algısı	21,18±6,41	24,34±6,05	0,051
Duyarlılık algısı	8,77±2,63	8,11±2,70	0,339
Sağlık Motivasyonu algısı	11,95±3,62	11,13±3,66	0,384

Kontrol grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların bilgi puanları karşılaştırıldığında tarama programına katılanların bilgi puanı ortalaması 31,90±3,57 tarama programına katılmayanların bilgi puanı ortalaması ise 18,01±7,24 olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0,001$ ).

Risk durumunun sorgulandığı soruya verilen yanıtlar puanlandığında tarama yaptıran grubun puan ortalaması 5,80±2,53 tarama yaptırmayan grubun puan ortalaması 4,29±1,53 olup iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,009$ ).

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında Yarar ve Motivasyon Algısı ( $p=0,015$ ) ve Sağlık Motivasyonu algısı ( $p=0,005$ ) alt bileşenlerinde iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır. Diğer bileşenlerde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,005$ ).

Müdahale grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların bilgi puanları ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Telefonla Değerlendirme) puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 17’de yer almaktadır.

**Tablo 17. Kontrol Grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların Bilgi Puanları ve Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (Telefonla Değerlendirme) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Tarama Yaptırma Durumu	Yaptıranlar (n=10) Ortalama±SS	Yaptırmayanlar (n=72) Ortalama±SS	p değeri
Bilgi Düzeyi	31,90±3,57	18,01±7,24	<b>&lt;0,001</b>
Risk Faktörleri	5,80±2,53	4,29±1,53	<b>0,009</b>
Yarar ve Motivasyon Algısı	33,70±3,34	30,17±6,90	<b>0,015</b>
Engel algısı	30,10±7,59	33,62±12,41	0,227
Önemseme/Ciddiyet algısı	17,44±4,04	19,47±3,68	0,528
Duyarlılık algısı	7,40±3,63	8,17±2,21	0,350
Sağlık Motivasyonu algısı	12,90±2,13	10,35±3,38	<b>0,005</b>

Müdahale grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Müdahale grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması Tablo 18'de yer almaktadır.

**Tablo 18. Müdahale Grubundaki Katılımcılardan Taramaya Katılanlar ile Katılmayanların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması**

Tarama Yaptırma Durumu	Yaptıranlar (n=22)	Yaptırmayanlar (n=47)	p değeri
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
<b>Yaş ortalaması</b>	50,8182	53,4255	0,237
<b>Eğitim Durumu</b>			0,100
Lise öncesi	2	12	
Lise ve üzeri	20	35	
<b>Çalışma Durumu</b>			
Ev hanımı	12	16	0,088
Çalışan/Emekli	10	31	
<b>Gelir Düzeyi</b>			0,503
Gelirim Giderimden Az	7	9	
Gelirim Giderime Eşit	11	27	
Gelirim Giderimden Fazla	4	11	

Kontrol grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında taramaya katılan kadınların yaş ortalaması 43 olup taramaya katılmayanların yaş ortalaması 47,8'dir ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,017$ ). Eğitim durumları değerlendirildiğinde ise tarama yaptıran kadınların tamamı lise ve üzeri eğitime sahipken yaptırmayanlardan 24 kişi lise öncesi 48 kişi ise lise ve üzeri eğitime sahiptir. İki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,024$ ). Diğer parametrelerde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,005$ ).

Kontrol grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması Tablo 19'da yer almaktadır.

**Tablo 19. Kontrol Grubundaki katılımcılardan taramaya katılanlar ile katılmayanların Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması**

<b>Tarama Yaptırma Durumu</b>	<b>Yaptıranlar (n=10)</b>	<b>Yaptırmayanlar (n=72)</b>	<b>p değeri</b>
	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortalama±SS</b>	
<b>Yaş ortalaması</b>	43	47,8	<b>0,017</b>
<b>Eğitim Durumu</b>			<b>0,024</b>
Lise öncesi	0	24	
Lise ve üzeri	10	48	
<b>Çalışma Durumu</b>			
Ev hanımı	8	25	0,090
Çalışan/Emekli	2	47	
<b>Gelir Düzeyi</b>			0,987
Gelirim Giderimden Az	2	14	
Gelirim Giderime Eşit	6	42	
Gelirim Giderimden Fazla	2	16	

Kontrol grubundaki katılımcılardan çalışmayı tamamlayanlar ile çalışmadan ayrılanlar karşılaştırıldığında sosyodemografik özellikler, risk faktörleri, bilgi düzeyleri ve SİM ölçek puanları açısından tüm parametrelerde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Kontrol grubundaki katılımcılardan çalışmayı tamamlayanlar ile çalışmadan ayrılanların karşılaştırılması Tablo 20'de yer almaktadır.

**Tablo 20. İzlemdaki Kayıpların Müdahale Grubu İçin Karşılaştırması (İlk Değerlendirmeleri Üzerinden)**

	Müdahale Grubu Karşılaştırması		
	Çalışmayı Tamamlayanlar (n=69)	Çalışmadan Ayrılanlar (n=53)	P değeri
<b>Yaş ortalaması</b>	52,59±8,48	52,59±8,48	0,91
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul	10 (%14,5)	4 (%7,5)	0,63
Orta okul	4 (%5,8)	4 (%7,5)	
Lise	23 (%33,3)	21 (%39,6)	
Üniversite ve üzeri	32 (%46,4)	24 (%45,3)	
<b>Çalışma Durumu</b>			
Ev hanımı	28 (%40,6)	14 (%26,4)	0,07
Çalışan/Emekli	41 (%59,4)	39 (%73,6)	
<b>Gelir Düzeyi</b>			
Gelirim Giderimden Az	16 (%23,2)	10 (%18,9)	0,81
Gelirim Giderime Eşit	38 (%55,1)	32 (%60,4)	
Gelirim Giderimden Fazla	15 (%21,7)	11 (%20,8)	
<b>Obezite</b>			
Evet	14 (%20,3)	9 (%17,0)	0,41
Hayır	55 (%79,7)	44 (%83,0)	
<b>Sigara</b>			
İçiyorum	23 (%33,3)	15 (%28,3)	0,42
Bıraktım	19 (%27,5)	11 (%20,8)	
Hiç içmedim	27 (%39,1)	27 (%50,9)	
<b>Doğum yaşının 20'den küçük olması</b>			
Evet	4 (%5,8)	5 (%9,4)	0,34
Hayır	65 (%94,2)	48 (%90,6)	
<b>3 ve daha fazla gebelik</b>			
Evet	19 (%27,5)	22 (%41,5)	0,07
Hayır	50 (%72,5)	31 (%58,5)	

<b>Birden fazla cinsel partner öyküsü</b>			
Evet	5 (%7,2)	7 (%13,2)	0,21
Hayır	64 (%92,8)	46 (%86,8)	
<b>Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü</b>			
Evet	3 (%4,3)	0 (%0,0)	0,18
Hayır	66 (%95,7)	53 (%100)	
<b>Doğum kontrol hapı kullanımı</b>			
Hayır	41 (%59,4)	33 (%62,3)	0,49
1 yıl ve daha az	13 (%18,8)	9 (%17,0)	
1-5 yıl	5 (%7,2)	7 (%13,2)	
5 yıl ve daha uzun	10 (%14,5)	4 (%7,5)	
<b>Bilgi düzeyi (0-52)</b>	13,26±7,94	15,32±7,45	0,15
<b>Risk Faktörleri (0-14)</b>	2,78±2,41	3,36±2,19	0,18
<b>Yarar ve Motivasyon Algısı</b>	30,61±8,33	31,43±6,85	0,55
<b>Engel algısı</b>	36,44±11,85	35,26±11,93	0,59
<b>Önemseme/Ciddiyet algısı</b>	21,86±6,85	20,64±6,63	0,32
<b>Duyarlılık algısı</b>	6,97±2,95	6,77±2,82	0,70
<b>Sağlık Motivasyonu algısı</b>	9,52±3,10	9,68±3,84	0,80

Müdahale grubundaki katılımcılardan çalışmayı tamamlayanlar ile çalışmadan ayrılanlar karşılaştırıldığında sosyodemografik özellikler, risk faktörleri, bilgi düzeyleri ve SİM ölçek puanları açısından tüm parametrelerde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Müdahale grubundaki katılımcılardan çalışmayı tamamlayanlar ile çalışmadan ayrılanların karşılaştırılması Tablo 21'de yer almaktadır.

**Tablo 21. İzlemdaki Kayıpların Kontrol Grubu İçin Karşılaştırılması (İlk Değerlendirmeleri Üzerinden)**

	Kontrol Grubu Karşılaştırması		
	Çalışmayı Tamamlayanlar (n=82)	Çalışmadan Ayrılanlar (n=34)	P değeri
<b>Yaş ortalaması</b>	47,21±8,49	50,20±7,63	0,79
<b>Eğitim Durumu</b>			0,73
İlkokul	11 (%13,4)	5 (%14,7)	
Orta okul	13 (%15,9)	3 (%8,8)	
Lise	26 (%31,7)	10 (%29,4)	
Üniversite ve üzeri	32 (%39,0)	16 (%47,1)	
<b>Çalışma Durumu</b>			0,43
Ev hanımı	33 (%40,2)	15 (%44,1)	
Çalışan/Emekli	49 (%59,8)	19 (%55,9)	
<b>Gelir Düzeyi</b>			0,52
Gelirim Giderimden Az	16 (%47,1)	8 (%23,5)	
Gelirim Giderime Eşit	48 (%58,5)	16 (%47,1)	
Gelirim Giderimden Fazla	18 (%22,0)	10 (%29,4)	
<b>Obezite</b>			0,54
Evet	16 (%19,5)	7 (%20,6)	
Hayır	66 (%80,5)	27 (%79,4)	
<b>Sigara</b>			0,59
İçiyorum	10 (%12,2)	4 (%11,8)	
Bıraktım	13 (%15,9)	3 (%8,8)	
Hiç içmedim	59 (%72,0)	27 (%79,4)	
<b>Doğum yaşının 20'den küçük olması</b>			0,20
Evet	11 (%13,4)	2 (%5,9)	
Hayır	71 (%86,6)	32 (%94,1)	
<b>3 ve daha fazla gebelik</b>			0,50
Evet	26 (%31,7)	10 (%29,4)	
Hayır	56 (%68,3)	24 (%70,6)	

<b>Birden fazla cinsel partner öyküsü</b>			
Evet	6 (%7,3)	2 (%5,9)	0,57
Hayır	76 (%92,7)	32 (%94,1)	
<b>Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü</b>			
Evet	3 (%3,7)	1 (%2,9)	0,67
Hayır	79 (%96,3)	33 (%97,1)	
<b>Doğum kontrol hapı kullanımı</b>			
Hayır	49 (%59,8)	19 (%55,9)	0,79
1 yıl ve daha az	22 (%26,8)	10 (%29,4)	
1-5 yıl	9 (%11,0)	3 (%8,8)	
5 yıl ve daha uzun	2 (%2,4)	2 (%5,9)	
<b>Bilgi düzeyi (0-52)</b>	16,26±9,86	14,25±7,68	0,36
<b>Risk Faktörleri (0-14)</b>	3,82±2,38	3,47±9,86	0,46
<b>Yarar ve Motivasyon Algısı</b>	30,46±7,23	31,35±6,96	0,54
<b>Engel algısı</b>	33,13±12,47	34,09±12,90	0,71
<b>Önemseme/Ciddiyet algısı</b>	20,76±5,45	19,71±5,69	0,35
<b>Duyarlılık algısı</b>	7,98±2,60	7,59±1,84	0,37
<b>Sağlık Motivasyonu algısı</b>	9,74±3,88	9,44±3,89	0,70

## 5 TARTIŞMA

Çalışmamız; 30-65 yaş arası kadınların rahim ağzı kanseri ve tarama programına dair bilgi düzeyini arttırmak amacıyla sağlık inanç modeli bileşenlerinin (yarar ve motivasyon, engel, önemseme/ciddiyet, duyarlılık, sağlık motivasyonu algısı) rehberliğinde hazırladığımız eğitim programının, hedef nüfusun taramaya katılımı üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla tasarlanmıştır.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında tartışılmıştır:

1. Müdahale ve Kontrol gruplarının tarama yaptırma oranları açısından farklılık durumu
2. Müdahale ve Kontrol gruplarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sonuçları açısından farklılık durumu

### 1. Müdahale ve Kontrol gruplarının tarama yaptırma oranları açısından farklılık durumu

Ülkemizde ve Dünyada yapılan pek çok eğitim müdahalesinde müdahale grubu lehine tarama programına katılım oranlarında artış saptanmıştır. Çalışmamızda da verilen eğitim sonrasında müdahale grubundaki katılımcıların %31,9'u rahim ağzı kanseri tarama davranışını (pap-smear ve HPV-DNA) gerçekleştirirken, standart bilgilendirme yaptığımız kontrol grubumuzda bu oran %12,2'dir.

Jamaika'da kadınlara Trans Teorik Model ve Sağlık İnanç Modeline dayalı bir eğitim müdahalesi uygulanarak yapılan bir çalışmada kadınların %40,7'sinin müdahale sonrasında rahim ağzı kanseri taramasına katıldığı tespit edilmiştir (Coronado Interis ve ark 2015). Bu çalışmada katılımcılara hastane ve diğer sağlık merkezlerine başvuru sırasında ulaşılmış ve hali hazırda sağlık hizmeti almak için başvuran kadınlarda tasarlanmış olması tarama oranına daha olumlu yansımış olabilir (132).

Kırsal alanda yaşayan 18 yaş üstü kadınlara yönelik tek oturum olarak düzenlenen yüz yüze teorik ve pratik eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla Kocaöz ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada eğitim sonrası altı aylık izlemde kadınların rahim ağzı kanseri taramasına katılım oranı %33,6 olarak bulunmuştur (Kocaöz ve ark 2017). Bu araştırmada da çalışmamıza benzer olarak toplum tabanlı bir popülasyon belirlenmiş olup Niğde'nin farklı köylerinde yaşayan

kadınlara ulaşılmıştır. Altı aylık izlem süresi sonrasında tarama yaptıran kadın oranı sosyodemografik özellikleri farklı bir kadın grubunda çalışılmasına rağmen çalışmamızla benzerdir (133). Öncesi-sonrası şeklinde tasarlanan bu çalışmalar kontrol grubu olmaması açısından çalışmamızdan farklılık göstermektedir.

Tomas Nuño ve arkadaşlarının ABD-Meksika sınırındaki bir kırsal alanda meme kanseri ve rahim ağzı kanseri tarama programlarına katılım oranlarını arttırmak amacıyla eğitim müdahalesi şeklinde tasarladıkları çalışmada bir yıllık takipte tarama testi yaptıran kadın oranı kontrol grubunda %58 müdahale grubunda %67 ( $p=0,15$ ); iki yıllık takipte kontrol grubunda %87 müdahale grubunda %93 olarak saptanmıştır ( $p=0,007$ ) (134). Çalışmamızdan farklı olarak sosyal bilişsel teori çerçevesinde hazırlanan bir eğitim materyali kullanılmış ve hedef popülasyon kırsal kesimde yaşayan doğurganlık çağı sonrasındaki 50 yaş ve üzeri kadınlar olarak belirlenmiştir. Kadınların eğitim seviyesi %80 oranında ilkökul ve altı olması yönüyle de farklıdır. Tarama oranlarında ulaşılan farklılıkların bu denli yüksek olması farklı ülkelerin kendilerine özgü tarama programları yürütüyor olması ile ilişkili olabilir. Takip süresinin çalışmamızdan uzun olması da oranların farklı olmasında etkili olmuş olabilir.

Eğitim seviyeleri ve gelir düzeyleri düşük olan 50 yaş ve üstü Hispanik kadınlara sağlık personeli tarafından verilen yazılı materyal ve video gösterimi şeklindeki sağlık eğitiminin rahim ağzı kanseri taramasına katılımında etkisini incelemek amacıyla Fernández ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada müdahale grubundaki kadınların rahim ağzı kanseri taramasına katılım oranı (%39,5) kontrol grubuna (%23,6) göre daha yüksektir ( $p<0,05$ ) (135). Bu çalışmanın popülasyonu 50 yaş ve üzeri kadınlar olarak belirlenmiştir. Bu açıdan ve eğitim seviyelerinin düşük olması bakımından çalışmamız ile farklılık göstermektedir. Bu çalışmada eğitim müdahalesinin içeriği hakkında detaylı bilgi verilmemiş olup ev ziyaretleri şeklinde bire bir uygulanmış iki hafta sonra katılımcılara ulaşılarak herhangi bir yardıma ihtiyaç duyup duymadıkları sorulmuştur. Katılımcılara eğitim müdahalesi sonrasında altı aylık bir izlem süreci sonrası tarama yaptıran durumları değerlendirilmiştir. Çalışmanın tarama oranları çalışmamızdaki değerlere yakın bulunmuştur. Fernández ve arkadaşlarının çalışmasında müdahale ve kontrol grupları arasında tarama yaptıran oranlarında anlamlı fark saptanmasında eğitimin birebir ev ziyaretleri şeklinde uygulanmış olması etkili olmuş olabilir. Çalışmamızda ise sosyodemografik olarak farklı bir kadın

popülasyonu olması eğitim seviyelerinin yüksek olması yine yüz yüze SİM temelli bir eğitim verilmesi oranların benzer olmasında etkili olmuş olabilir.

Güvenç ve arkadaşlarının 2500 katılımcı ile Ankara'da yürüttüğü çalışmada broşür verilmesi, telefonla arama ve yüz yüze görüşmeyi içeren üç aşamalı hemşirelik girişimlerinden oluşan yöntemler etkililik açısından karşılaştırılmış ve yüz yüze görüşme ile taramalara katılım oranlarının arttığı sonucuna varılmıştır. Yüz yüze görüşme sonrasında 688 katılımcı (%26,8) rahim ağzı kanseri taraması yaptırmıştır (136). Bu çalışmada yüz yüze görüşmelerin içeriği aydınlatılmamış olup yüz yüze davet sonrasında tarama testi yaptıran kadınların oranı bizim çalışmamıza göre düşük saptanmıştır. Üç basamaklı müdahalede her müdahale sonrasında katılımcılar öncesi-sonrası şeklinde değerlendirilmiş olup kontrol grubu bulunmamaktadır ve bu açılardan çalışmanın tasarımı çalışmamızdan farklıdır. Bulgulardaki farklılıkların bu nedenle meydana geldiğini düşünmekteyiz.

İran'da Shobeiri ve arkadaşları tarafından tasarlanan çalışmada kadınlara sağlık inanç modeli temel alınarak hazırlanan bir eğitim iki oturum şeklinde verilmiş ve bu eğitim sonrasında 2 aylık izlem süresi içinde Müdahale grubundaki kadınların %42,5'i Kontrol grubundaki kadınların ise %10'u rahim ağzı kanseri taraması yaptırmıştır ( $p < 0,001$ ) (137). Çalışmamızda kontrol grubunun tarama testi yaptıran oranları bu çalışmadakilere yakın bulunmuştur. Müdahale grubu için ise bu çalışmadaki oran daha yüksektir. Fark bulunmasının nedeni kırsal kesimde yaş ortalaması daha düşük bireylerde tasarlanmış olması ve eğitimin haftada bir 3 oturum olmak üzere yüz yüze grup eğitimleri şeklinde verilmesi olabilir.

Çalışmamızda tarama davranışlarında meydana gelen değişim müdahale grubu lehine literatüre benzer oranlarda artış göstermiştir. Eğitim sonrasında altı aylık izlem süresinin dördüncü ayında başlayan Covid-19 pandemisi ve ülkemizde de vakaların görülmeye başlaması üzerine bu kapsamda alınan önlemler ve halkın sağlık kuruluşlarına başvurudaki haklı endişesi bu oranların daha yüksek saptanmasında önündeki en önemli engel olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda müdahale grubu ve kontrol grubu eğitim müdahalesi öncesi rahim ağzı kanseri risk faktörleri açısından sigara kullanımı dışındaki tüm faktörlerde benzerdir. Eğitim müdahalesinde risk faktörlerine de detaylı vurgu yapılmış olup sigara kullanıcısı kadınların müdahale grubumuzda daha fazla olması tarama yaptıran oranlarının daha fazla olmasına neden olmuş olabilir. Eğitim öncesi iki

grubun risk faktörleri harici diğer temel özellikleri değerlendirildiğinde eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyleri ve mevcut tarama davranışları açısından iki grubun birbirine benzer olmasına dayanarak bu faktörlerin eğitim müdahalesinin sonuçlarına bir etkisinin olmadığını düşünmekteyiz.

Diğer bir bakış açısıyla müdahale grubunda olup altı aylık izlem süreci içinde tarama yaptıran kadınlar ile yaptırmayanların sosyodemografik özellikler açısından benzer olması tarama yaptırma durumunun eğitim müdahalesi ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Kontrol grubunda ise tarama yaptıran kadınların daha genç ve daha eğitilmiş olması verilen broşür ve uygulanan ilk değerlendirme formu ile genç ve eğitilmiş kadınlarda tarama yaptırmak üzere gereken motivasyonu sağlanmış olabileceğini düşündürmektedir.

## 2. Müdahale ve Kontrol gruplarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği sonuçları açısından farklılık durumu

Gözüm ve Çapık 2014 yılında yaptıkları çalışmada “Bireylerin sağlık davranışları; sahip oldukları inanç, değer ve tutumlarına göre farklılaşmaktadır. Sorun olarak görülen inanç ve tutumların saptanması, sağlık eğitimin kişiye daha uygun olarak belirlenmesi ve uygulanmasında rehberlik sağlamaktadır.” şeklinde ifade etmiştir (122).

İlk kez Rosenstock tarafından kullanılan daha sonra da Becker ve arkadaşlarının çalışmalarıyla genişletilen sağlık inanç modeli (SİM) kişinin, sağlığa ilişkin eylemlerini sağlık davranışlarına karşı hissettikleri; inanç, değer ve tutumlarının etkilediğini savunmaktadır. Kişiyi neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamak ve sorun yaratabilecek davranışları tahmin etmek için sistematik bir yöntem olan SİM’den yararlanarak sorun olarak görülen bu inanç ve tutumlar saptanırsa, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri o kişi için daha uygun olarak belirlenebilecektir (122, 138).

Literatüre bakıldığında pek çok çalışma rahim ağzı kanseri tarama testi yaptırmama durumu ile SİM ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarını ilişkilendirmiştir. (113, 136, 137, 139, 140)

Kadınların inançları ve bilişsel faktörleri tarama davranışlarıyla önemli ölçüde ilişkilidir. Sağlık İnanç Modeli ölçeği kadınlarda tarama davranışlarına ilişkin inançlarını değerlendirmek için yaygın olarak kullanılır (127).

Son yıllarda davranış değişikliği oluşturmak için öncelikli olarak bu anlamda tutum değişikliği meydana getirmek esası değerlendirildiği için eğitim müdahalelerinde sağlık inanç modeli temel alınarak hazırlanan eğitim programları uygulanmaktadır.

Çalışmamızda rahim ağzı kanserine yönelik SİM ölçeği tüm katılımcılara ilk karşılaşmada uygulanmıştır. SİM 5 alt boyutu (yarar ve motivasyon, engel, önemseme/ciddiyet, duyarlılık, sağlık motivasyonu algısı) olan ve alt boyut bazında değerlendirilen bir ölçektir. Müdahale grubunda tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde istenen değişiklik sağlanmıştır. Kontrol grubunda ise altı aylık izlem süresi sonunda ölçeğin dört alt boyutunda herhangi bir anlamlı değişim saptanmamış (yarar ve motivasyon, engel, önemseme/ciddiyet, duyarlılık algısı) fakat sağlık motivasyonu algısında ilk değerlendirme puan ortalamasına göre artış saptanmıştır. Bu artış kontrol grubuna broşür verilmiş olması ile ilgili olabilir. Sağlık Motivasyonu algısı kişinin beslenme egzersiz ve düzenli sağlık kontrolüne gitme gibi genel sağlık davranışlarına yönelik tutumlarını ölçen bir alt boyuttur. Eğitim müdahalesi sonrasındaki izlem süresi içinde başlayan Covid-19 Pandemisi nedeniyle bireylerde daha sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz yapma eğilimi meydana gelmiş olabileceği ve sağlık motivasyonu algısı alt boyutundaki puan artışının bununla da ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Eğitim müdahalesi öncesinde uygulanan ön-test'teki ölçek puanları müdahale ve kontrol gruplarında karşılaştırıldığında Duyarlılık algısı harici tüm alt boyutlarda iki grup birbirine benzerdir. Duyarlılık alt boyutu puanları kontrol grubunda daha yüksek saptanmış olmasına rağmen Kontrol grubu içinde olup izlem süreci sonrasında tarama yaptıran kadınların duyarlılık algısının tarama yaptırmayanlara göre daha düşük bulunması tarama testi yaptırma üzerine büyük bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir.

Eğitim müdahalesi sonrasındaki ölçek puanları açısından müdahale ve kontrol gruplarını karşılaştırdığımızda; tüm alt boyutlarda müdahale grubu lehine puan farkı vardır. Ayrıca önemseme/ciddiyet algısı alt boyutundaki müdahale lehine olan puan artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Müdahale grubundaki katılımcılarda

tarama programına katılım oranlarının kontrol grubuna göre yüksek olması, eğitim sonrasında ölçek puanlarının kontrol grubuna göre daha fazla artış göstermesi ile ilişkili olabilir. Bu durum tarama programına katılımında sağlık inançlarının etkili olduğu hipotezini desteklemektedir.

Kontrol grubundaki tarama davranışını gösteren ve göstermeyen katılımcıların ölçek puanları karşılaştırıldığında puanları yüksek olanlar tarama programına daha fazla katılım göstermişlerdir. Sağlık inanç modeli açısından yapılan değerlendirme kadınların taramaya katılım davranışlarının inanç ve tutumlarından etkilendiğini göstermiştir. Öte yandan müdahale grubundaki tarama davranışı gösteren ve göstermeyen katılımcıların ölçek puanları karşılaştırıldığında iki grup arasında sağlık inançları açısından bir fark bulunmamıştır.

Müdahale grubundaki tarama yaptıran katılımcıların hem bilgi puanları açısından hem risk faktörlerinin bilinme durumunun sorgulandığı soruya verilen yanıtlar açısından müdahale grubunda olup izlem süreci sonrasında tarama yaptırmayanlara göre yüksek puanlar alması tarama yaptıran oranlarının uygulanan eğitim müdahalesi ile arttırıldığını destekler niteliktedir. Aynı şekilde kontrol grubunda olup tarama yaptıran kadınların yaptırmayanlara göre bilgi puanlarının yüksek olması konuya dair bilgi düzeyi yüksek kadınların tarama davranışlarına katılım konusunda daha olumlu bir tutum sergilediğini göstermektedir. Buna dayanarak tarama programına katılımında en etkili faktör kadınların bilgi düzeyini arttırmak olarak değerlendirilebilir.

Literatürde rahim ağzı kanseri taraması yaptıran oranları ile sağlık inançlarını ilişkilendiren ve çalışmamızla benzer özellikte sonuçlar elde eden çalışmalar bulunmaktadır.

İran'da 2012 yılında Pizadeh ve Mazaheri tarafından Sağlık İnanç Modeli çerçevesinde planlanan bir müdahale çalışmasında müdahale grubuna 3 oturum şeklinde eğitim verilmiştir. Müdahale sonrasında ölçek puanları kontrol grubunda değişkenlik göstermemiş olup müdahale grubunda engel algısı hariç tüm alt bileşenlerde anlamlı düzeyde artış göstermiştir. Engel algısı alt bileşeni puanları ise anlamlı düzeyde düşüş göstermiştir. Bu sonuçlar çalışmamızla örtüşmektedir ve söz konusu çalışmada da müdahale grubunda tarama yaptıran oranlarının (%97,14) kontrol grubuna (%2,86) göre yüksek olması sağlık inançlarının tarama programına katılımı ile ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Mısır'da Hanaa ve Hend tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada Sağlık İnanç Modeli temelinde hazırlanan bir eğitim kitapçığı üniversite öğrencisi olan evli kadınlara dağıtılmış, müdahale ve kontrol grubu arasında rahim ağzı kanseri taraması yaptıran oranları ve Sağlık İnanç Modeli Ölçek puanları karşılaştırılmıştır. 2 aylık izlem süresinin sonunda ölçeğin tüm alt boyutları değerlendirildiğinde müdahale lehine anlamlı fark saptanmıştır. Sağlık inanç modeli ölçeğinin tüm alt boyutları için çalışmamızla benzer şekilde puan değişimleri saptanan bu çalışmada müdahale grubunda tarama yaptıran oranı %53,5 kontrol grubunda ise %5,7 olarak bulunmuştur ve bu sonuç çalışmamızla benzer şekilde sağlık inançlarının tarama yaptıran davranışını etkilediğini göstermektedir.

İran'da Parsa ve arkadaşlarının 2015-2016 yılları arasında yürüttüğü bir eğitim müdahalesinde Sağlık İnanç Modeli Ölçeği temel alınarak 18-60 yaşları arasındaki kadınlara eğitim verilmiş olup SİM ölçek puanları ve Rahim ağzı kanseri yaptıran oranlarını arttırmak hedeflenmiştir. Eğitim müdahalesi sonrasında ölçek puanları müdahale grubunda öncesi-sonrası değerlendirmede olumlu yönde değişim göstermiş olup aynı şekilde müdahale grubu ve kontrol grubu eğitim müdahalesi sonrası 2 aylık izlem süreci sonrasında karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Tarama yaptıran oranları ise müdahale grubunda %42,5 kontrol grubunda %10 bulunmuştur. Bu sonuçlar da çalışmamızla benzer olarak sağlık inançları ile tarama yaptıran oranlarının ilişkisini göstermektedir (141).

Konya'da Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılarak uygulanan grup eğitimi, 2 kere ev ziyareti ve 2 kere telefonla anımsatıcı aramalardan oluşan çoklu girişimlerin sonuçlarını değerlendiren bir çalışmada uygulanan müdahale sonrasında yarar ve motivasyon algısı, engel algısı, önemseme ciddiyet algısı alt boyutlarında puan ortalamaları müdahale lehine değişim göstermiştir. Bu çalışmada katılımcılar eğitim düzeyi açısından çalışmamıza kıyasla dezavantajlı bir gruptur. Buna rağmen müdahale sonrasında ölçek alt boyutlarının çoğunda benzer puan değişimleri görülmüştür. Ancak müdahale öncesi katılımcılar engel algısı puan ortalamaları açısından çalışmamıza kıyasla oldukça yüksek puan ortalamasına sahip olup müdahale sonrası puan değişimi de çalışmamıza göre daha fazla olmuştur. (142).

Niğde'de 2013-2014 yılları arasında dini eğitim veren kurumlarda kursiyer olan kadınlar arasında yapılan bir eğitim müdahalesinde Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı olarak planlanan eğitim programı uygulanmış ve rahim ağzı kanseri tarama

programına katılım oranları açısından öncesi-sonrası şeklinde değerlendirme yapılmıştır. Yarar ve motivasyon algısı ve duyarlılık algısı alt bileşenlerinde puan ortalamaları artmış, engel algısı puan ortalamaları ise azalmıştır. Bu sonuçlar çalışmamızla benzerdir. Rahim ağzı kanseri tarama programına katılım oranları ise %33,6 saptanmıştır. (143). Bu çalışmada katılımcılar çalışmamızdaki katılımcılara kıyasla yaş ortalaması olarak daha genç olup eğitim düzeyleri de düşüktür. Sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları puan ortalamaları çalışmamız ile karşılaştırıldığında duyarlılık algısı, sağlık motivasyonu algısı, yarar ve motivasyon algısı alt boyutu puan ortalamaları oldukça benzer olup engel algısı ve önemseme, ciddiyet algısı puanları çok daha yüksektir. Sosyodemografik özellikleri farklı gruplarda yapılmış olması ve eğitim öncesinde bu çalışmadaki ve çalışmamızdaki popülasyonun sağlık inançlarındaki farklılıklar her iki çalışmadaki farklı noktaları açıklayabilir.

Bebis ve arkadaşları tarafından Erzurum'da 2012 yılında yapılan randomize kontrollü bir çalışmada 20 yaş üstü kadınlara ev ziyaretleri şeklinde bir eğitim müdahalesi uygulanmış Niğde'de ...??... ark tarafından yapılan çalışma ile benzer şekilde yarar ve motivasyon algısı ve duyarlılık algısı alt bileşenlerinde puan ortalamaları artmış, engel algısı puan ortalamaları ise azalmıştır. Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçları ile örtüşmektedir. Diğer iki alt boyutta ise herhangi bir değişim saptanmamıştır. Bu çalışma katılımcıların yaş ortalaması açısından çalışmamıza göre oldukça genç bir popülasyon ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların ölçek puan ortalamaları alt boyutlar bazında çalışmamızla karşılaştırıldığında genel anlamda benzerlik görülmekle birlikte yarar ve motivasyon algısı puan ortalamaları çalışmamızdaki katılımcılara kıyasla düşüktür. Bu durum sonuçlardaki farklılığın nedeni olabilir. Eğitim sonrasında tarama yaptırma oranları müdahale grubunda %12,3 kontrol grubunda ise %2,6 olarak bulunmuştur. Çalışmamızla karşılaştırıldığında tarama oranlarındaki farklılık ile ölçek alt boyutlarındaki farklılık orantılı olarak değerlendirilebilir, bu da sağlık inançlarının tarama programlarına katılım konusundaki önemini vurgular niteliktedir.

## **Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları**

Çalışmamız toplum temelli bir popülasyona ulaşmak üzere Halk Eğitim Merkezi kursiyeri olan 30-65 yaş arası kadınlarla yapılmıştır. Narlıdere Halk Eğitim Merkezi kursiyeri olan kadınlar Müdahale grubu Balçova Halk Eğitim Merkezi kursiyeri olan kadınlar kontrol grubu olarak belirlenmiş ve bu şekilde iki grup arasında çalışma sonuçlarına yansiyabilecek bir etkileşim olmasının önüne geçilmiştir. Bu çalışmamızın hem güçlü yönü hem kısıtlılığı olarak belirtilebilir, çünkü iki grup eğitim öncesi değerlendirmede risk faktörleri tarama davranışları ve bilgi düzeyleri açısından birbirine çok benzer olsa da sosyodemografik açıdan değerlendirildiğinde Balçova kursiyerleri Narlıdere kursiyelerine göre daha gençtir ancak her iki gruptaki kadınların da perimenopozal dönemdedirler.

Çalışmamızla ilgili ikinci bir kısıtlılık ise izlem süremizin dördüncü ayının sonlarına doğru Covid-19 Pandemisinin ülkemizi de etkilemeye başlaması üzerine çeşitli önlemler alınması ve bu kapsamda acil olmayan sağlık kuruluşu başvurularının ertelenmesi çağrısı olmuştur. Kadınlar çoğunlukla bu çağrıya uymuş ve birinci basamak sağlık kuruluşları dahil olmak üzere sağlık kuruluşlarına başvurular azalmıştır. Verilen eğitimle bilgi düzeyi, Sağlık İnanç Modeli ölçek puanları, tarama davranışları üzerinde oldukça etkili sonuçlara ulaşılmıştır. Ancak bu etkinin kalıcılığı en fazla 6 aylık bir dönemde değerlendirilmiştir. Verilen eğitimin uzun süreli etkilerinin değerlendirilmesi daha güvenilir sonuçlar verebilir.

Verilen eğitimin bu kadar kapsamlı olarak ilgili konularda fark yaratmış olması çalışmamızın en güçlü yanlarından biridir. Eğitimin birinci basamak hekimi tarafından planlanmış ve uygulanmış olması, kadınların tarama yaş grubuna uygun seçilmesi diğer güçlü yanları olarak sıralanabilir. Ayrıca etkinliğin değerlendirilmesi sadece eğitim sonrasında olmayıp 6 aylık bir sürecin sonunda değerlendirme yapılması ve bu değerlendirmede bilgi düzeyi açısından önemli bir kayıp yaşanmamış olması da bir diğer güçlü yanı olarak ortaya konabilir.

SİM temelli eğitimin içeriği standartize edilebilse de müdahalenin başarısı eğiticinin iletişim becerilerine de bağlı olabileceğinden uygulama farklılıkları görülebilir.

## 6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık İnanç Modeli baz alınarak verilen eğitim kadınların rahim ağzı kanseri konusunda bilgi düzeylerini ve rahim ağzı kanseri tarama davranışına uyumu arttırmıştır.

Uyguladığımız eğitimin, kadınların Aile Sağlığı Merkezine başvurusu sırasında hekim ya da aile sağlığı merkezi ebe-hemşiresi tarafından ek bir düzenleme gerektirmeden günlük pratikte kolaylıkla uygulanabilecek bir yöntem olduğu görülmektedir. Böylece aile hekimleri risk gruplarına anında etki sağlayabilecektir. Grup eğitimleri için ise maliyet-etkinlik çalışmalarının yapılarak değerlendirilmesi önerilmektedir.

Bu çalışma kapsamında verilen eğitim sadece İzmir'in Balçova ve Narlıdere Halk Eğitim Merkezlerine kayıtlı 30-65 yaş kadınlarda uygulanmıştır. Verilen eğitimin etkinliğinin farklı sosyo-demografik özelliklere sahip kadınlarda da çalışılarak etkinliğinin gösterilmesi ya da artırılmasının denenebileceğini düşünmekteyiz.

Ayrıca yürüttüğümüz çalışma sırasındaki gözlemlerimize dayanarak rahatlıkla ifade edebileceğimiz bir diğer konu benzer bir çalışmanın bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı nüfusta kadınların kendi hekimleri tarafından uygulanmasının eğitimden çok daha güçlü faydalanım sağlanarak tarama oranlarını arttırmada çok daha etkin olabileceği şeklindedir.

Ülkemizde rahim ağzı kanseri taramalarına katılan kadınların oranı önerilen düzeylerin oldukça gerisindedir. Taramalara katılımı arttırmak hem birey hem de toplumun sağlığı açısından oldukça önemlidir. Rahim ağzı kanseri taramalarına katılımı arttırmak için farklı yaklaşımlar uygulanmalıdır.

## 7 KAYNAKLAR

1. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018.  
<https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> Erişim Tarihi: 22.11.2020
2. CancerFactsheetFebruary 2018. World HealthOrganization.  
<http://www.who.int/en/newsroom/fact-sheets/detail/cancer> Erişim Tarihi: 22.11.2020
3. Dünya Kanser Raporu 2008. Ed: Boyle P, Levin B. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu Yayını, Lyon, Fransa 2008
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-E386. doi:10.1002/ijc.29210
5. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistik Yıllığı 2018.
7. IARC. IARC handbooks of cancer prevention: IARC; 2005.
8. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2012;62(3):147-72
9. Canavan TP, Doshi NR. Cervical cancer. *American family physician*. 2000;61(5):1369-76.
10. Inal MM, Kose S, Yıldırım Y, Ozdemir Y, Toz E, Ertopçu K, e al. The relationship between Human Papilloma Virus Infection and Cervical Intraepitelyal Neoplasia in Turkish Women. *International Journal Gynecology Cancer* 2007; 17(6): 1266-70.
11. Chen HC, Schiffman M, Lin CY, Pan MH, You SL,Chuang LC, et al. CBCSPHPV Study Group. Persistence of type-specific Human Papilloma Virus infection anad increased long-term risk of cervical cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2011; 103(18): 1387-96.
12. Türkiye Kanser Kontrol Planı 2013-2018 sayfa 47
13. Özgül, N., The State of Cervical Cancer in Turkey and Cervical Cancer Screening Studies, *Cancer Control in Turkey*, Ankara, BaÇak Matbaacılık, 379-384, 2010.
14. Tuncer, M., Özgül, N., Olcayto, E.Ö., Gültekin, M., Erdin, B., Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı, 2009.
15. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı. 2013

16. Uluocak, T., Bekar, M., Kadın Sağlık Çalışanlarının Servikal Kansere İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi, Türk Jinekoloji Onkoloji Dergisi, 1, 50-57, 2012.
17. Kalyoncu, C., Işıklı, B., Özalp, S., Küçük, N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları, Sağlık ve Toplum, 13(2), 60-66, 2003.
18. Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A., Kök, G., Kadınların Pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Gülhane Tıp Dergisi, 48, 25-29, 2006.
19. Sağlık Bakanlığı (2011). Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi eğitimi rehberi. Ankara, Deniz Matbaacılık.
20. Hochbaum GM. PublicParticipation in MedicalScreening Programs: A SociopsyhologicalStudy. PHS publicationno. 572. Washington D.C.:Government Printing Office; 1958. p. 36.
21. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. TheHealthBelief Model. Eds: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. HealthBehaviorandHealthEducation. 3rd edition. San Fransisco: Jossey- Boss; 2002. p. 45-66
22. Wong RK, Wong ML, Chan YH, et al (2013). Genderdifferences in predictors of colorectalcancerscreeninguptake: a nationalcrosssectionalstudybased on thehealthbelief model. BMC PublicHealth
23. (WHO | Guide to cancer early diagnosis [Internet]. WHO. [Erişim Tarihi 17.11.2020]. Available at: [http://www.who.int/cancer/publications/cancer\\_early\\_diagnosis/en/](http://www.who.int/cancer/publications/cancer_early_diagnosis/en/)
24. WHO | The data repository [Internet]. WHO. [Erişim Tarihi 17.11.2020]. Available at: <http://www.who.int/gho/database/en/>
25. WHO. Global Cancer Observatory [Internet]. Available from: <http://gco.iarc.fr/>
26. Stewart B, Wild CP. World cancer report 2014. Health. 2017
27. Gümüş, A., Çam, O. (2011) Kadınların Serviks Kanseri İçin Erken Tanı Tutumları İle Benlik Saygısı, Beden Algısı Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. Nobel Med; 7(3): 46-52.
28. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D. and Bray, F. (2015), Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int. J. Cancer, 136: E359-E386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>
29. Türkiye Kanser İstatistikleri. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, Ankara 2017
30. TÜİK 2014 Kanser İstatistikleri <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2014-yili-turkiye-kanser-istatistikleri.html> [Erişim Tarihi 17.11.2020]
31. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Planı 2016. Erişim Adresi: [http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/Turkiye\\_Kanser\\_Kontrol\\_Programi\\_2016.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/turkce/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi_2016.pdf). Erişim Tarihi: 14.05.2020
32. The American Cancer Society, <https://www.cancer.org/cancer/all-cancer-types.html> [Erişim Tarihi 28.02.2020]

33. Benedet JL. Progress in gynecologic cancer detection and treatment. *Int J Gynaecol Obstet*. 2000 Jul;70(1):135-47. doi: 10.1016/s0020-7292(00)00232-0. PMID: 10884542.
34. Godoy AE, Mandelli J, Oliveira FH, Calegari S, Moura LB, Serafini EP. p16INK4 expression in precursor lesions of squamous cell cervical cancer related to the presence of HPV-DNA. *Braz J Med Biol Res*. 2008 Jul;41(7):583-8
35. Kurt A, Canbulat N, Savaşer S. Adölesan dönem cinselliğiyle öne çıkan serviks kanseri ve risk faktörleri. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2013; 9(2): 59-63: 1-13
36. Abike, F., Engin, A.B., Dunder, İ. *et al.* Human papilloma virus persistence and neopterin, folate and homocysteine levels in cervical dysplasias. *Arch Gynecol Obstet* **284**, 209–214 (2011). <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1650-7>
37. Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu AN. Bir sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları. *S.D.Ü. Tıp Fak Derg* 2012;19:124–30.
38. Karaoğlu D. Kadınların serviks kanseri risk faktörleri ve erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa, K.K.T.C.: Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı; 2016.
39. Uyanıkoğlu, H , Numanoğlu, C , Güllük, A . "Servikal Kanser Taramasında Asetik asit Sonrası İnceleme ile Servikal Smearin Karşılaştırılması". *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 13 (2016 ): 1-8
40. Wichachai S, Songserm N, Akakul T, Kuasiri C (2016). Effects of application of social marketing theory and the health belief model in promoting cervical cancer screening among targeted women in Sisaket province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*, 17, 3505-10
41. Mapanga, W., Girdler-Brown, B., Feresu, S.A. *et al.* Prevention of cervical cancer in HIV-seropositive women from developing countries through cervical cancer screening: a systematic review. *Syst Rev* 7, 198 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13643-018-0874-7>
42. Robinia KJ, Maas NA, Johnson MM, Nye RM. Program outcomes following implementation of a hybrid curriculum at the certificate level. *Nurs Educ Perspect*. 2012 Nov-Dec;33(6):374-7. PMID: 23346784.
43. Junea A, Sehgal A, Mitra AB, Pandey A. A survey on risk factors associated with cervical cancer. *Indian J Cancer* 2003; 40(1): 15-22.
44. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. ss.43–67. 12
45. Bruni L, Diaz M, Castellsagué M, Ferrer E, Bosch F. X, & de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: Meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *The Journal of Infectious Diseases* 202(12): 1789–1799, 2010. <https://doi.org/10.1086/657321>
46. Ozan, H , Demir, B , Atik, Y , Gümüş, E , Özerkan, K . "Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Hastaların Human Papilloma Virüs ve Hpv Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi". *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 37 (2011 ): 145-148
47. Zur Hausen H. Papillomaviruses and cancer: From basic studies to clinical application. *Nature Reviews. Cancer* 2(5): 342–350, 2002. <https://doi.org/10.1038/nrc798>

48. Cutts FT, Franceschi S, Goldie S, Castellsague X, de Sanjose S, Garnett G, Edmunds WJ, Claeys P, Goldenthal KL, Harper DM, Markowitz L. Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. *Bull World Health Organ.* 2007 Sep;85(9):719-26
49. İflazoğlu N, Üreyen O, Atahan MK, Meral UM, Sezgin G, Tarcan E. A Retrospective Comparative Study of Image-Guided Excisional Biopsy in High-Risk Non-Palpable Breast Lesions: Predictive Factors for Malignancy. *J Breast Health.* 2015 Jul 1;11(3):132-137.
50. Çeşmeci Y, Köylü B, Sulaiman J, Sancak E, Şenel S, Ertuğ Baki H ve ark. İnternlerin gözünden HPV enfeksiyonları ve HPV aşısı. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 2015;3:85–92.
51. Egawa N, Egawa K, Griffin H, Doorbar J. Human Papillomaviruses; Epithelial Tropisms, and the Development of Neoplasia. *Viruses.* 2015 Jul 16;7(7):3863-90. doi: 10.3390/v7072802. PMID: 26193301; PMCID: PMC4517131.
52. Small, W., Bacon, M. A., Bajaj, A., Chuang, L. T., Fisher, B. J., Harkenrider, M. M., Gaffney, D. K. (2017). Cervical cancer: A global health crisis. *Cancer,* 123(13), 2404–2412. doi:10.1002/cncr.30667
53. Crosbie E, Einstein J, M H Franceschi S, and Kitchener, H C. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 382(9895): 889–899, 2013. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60022-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60022-7)
54. Koskela P, Anttila T, Bjørge T, Brunsvig A, Dillner J, Hakama M, . . . Lenner P. Chlamydia trachomatis infection as a risk factor for invasive cervical cancer. *International Journal of Cancer* 85(1): 35–39, 2000. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0215\(20000101\)85:13.0.CO;2-A](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0215(20000101)85:13.0.CO;2-A)
55. Silva J, Cerqueira F, and Medeiros R. Chlamydia trachomatis infection: Implications for HPV status and cervical cancer. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 289(4): 715–723, 2014. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-3122-3>
56. Ferrante J M, Fyffe D C, Vega M L, Piasecki A K, Ohman-Strickland P A, and Crabtree B F. Family physicians' barriers to cancer screening in extremely obese patients. *Obesity (Silver Spring, Md.)* 18(6): 1153–1159, 2010. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.481>
57. Palefsky J. Human papillomavirus infection in HIV-infected persons. *Topics in HIV medicine: a publication of the International AIDS Society.* USA 15: 130-133, 2007
58. Ahmedin Jemal, Edgar P. Simard, Christina Dorell, Anne-Michelle Noone, Lauri E. Markowitz, Betsy Kohler, Christie Ehemann, Mona Saraiya, Priti Bandi, Debbie Saslow, Kathleen A. Cronin, Meg Watson, Mark Schiffman, S. Jane Henley, Maria J. Schymura, Robert N. Anderson, David Yankey, Brenda K. Edwards, Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975–2009, Featuring the Burden and Trends in Human Papillomavirus (HPV)–Associated Cancers and HPV Vaccination Coverage Levels, *JNCI: Journal of the National Cancer Institute,* Volume 105, Issue 3, 6 February 2013, Pages 175–201,
59. Castellsagué X, Bosch F X, and Muñoz N. The male role in cervical cancer. *Salud pública de méxico* 45: 345-353, 2003.
60. Liu Z -C, Liu W -D, Liu Y-H, Ye X-H, and Chen S-D. Multiple sexual partners as a potential independent risk factor for cervical cancer: A metaanalysis of

- epidemiological studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 16(9): 3893–3900, 2015. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.9.3893>
61. Smith, R.A., Cokkinides, V. and Brawley, O.W. (2009), Cancer screening in the United States, 2009: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 59: 27-41. <https://doi.org/10.3322/caac.20008>
  62. Brant J (1999). Cervical Cancer. In: *Oncology Nursing Assessment and Clinical Care*, Ed: Miaskowski C, Buchsel P, Mosby, 657-85
  63. Louie K, De Sanjose S, Diaz M, Castellsague X, Herrero R, Meijer C, Bosch F. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *British Journal of Cancer* 100(7): 1191–1197, 2009. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604974>
  64. Hildesheim A, and Wang S S. Host and viral genetics and risk of cervical cancer: A review. *Virus Research* 89(2): 229–240, 2002. [https://doi.org/10.1016/S0168-1702\(02\)00191-0](https://doi.org/10.1016/S0168-1702(02)00191-0)
  65. Wilbur, David. (2009). *Fundamentals of Pap Test Cytology*. Diagnostic Cytopathology. 37. [10.1002/dc.21066](https://doi.org/10.1002/dc.21066).
  66. Pınar G, Topuz Ş , An Ş , Doğan N , Kaya N , Algier L . Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2010;13(1),:11-18.
  67. Cancer, I. C. E. S. C. Cervical cancer and hormonal contraceptives: Collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 370(9599): 1609– 1621, 2007. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61684-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61684-5)
  68. Roura E, Castellsagué X, Pawlita M, Travier N, Waterboer T, Margall N, Gram I T. Smoking as a major risk factor for cervical cancer and pre-cancer: Results from the EPIC cohort. *International Journal of Cancer* 135(2): 453– 466, 2014. <https://doi.org/10.1002/ijc.28666>
  69. González A, Colin D, Franceschi S, Goodill A, Green J, Peto J, Skegg D. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: Collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *International Journal of Cancer* 118(6): 1481–1495, 2006. <https://doi.org/10.1002/ijc.21493>
  70. Lacey J V, Swanson C A, Brinton L A, Altekrose S F, Barnes W A, Gravitt P E, Mortel R. Obesity as a potential risk factor for adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. *Cancer* 98(4): 814–821, 2003. <https://doi.org/10.1002/cncr.11567>
  71. Ghosh C, Baker J A, Moysich K B, Rivera R, Brasure J R, and McCann S E. Dietary intakes of selected nutrients and food groups and risk of cervical cancer. *Nutrition and Cancer* 60(3): 331–341, (2008). <https://doi.org/10.1080/01635580701861769>
  72. American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2016*. Erişim Adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts->

[andstatistics/annual-cancer-facts-and-figures/2016/cancer-facts-and-figures2016.pdf](http://www.who.int/cancer/factsheets/fs040.pdf) [Erişim Tarihi 14.11.2020]

73. Aref-Adib M, Freeman-Wang T. Cervical cancer prevention and screening: the role of human papillomavirus testing. *Obstet Gynaecol.* 2016;18:251–63
74. Conner M, Norman P. Predicting health behaviour: McGraw-Hill Education (UK); 2005
75. Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014. PMID: 25642554.
76. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/serviks.pdf>. Erişim Tarihi: 12.02.2020
77. Güvenç, G. (2008). Serviks Kanseri Hakkında Farkındalık Artırmaya Yönelik Geliştirilen Yöntemin Kadınların Pap Smear Yaptırmalarına Etkisi, Doktora tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara
78. Kaya, M. (2009). Halk Sağlığı Yaklaşımı ile “Servikal Kanser”(Ed.A.Akın). HÜKSAM, Ankara.
79. Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014; 1(2): 77- 90
80. SALC Cervical Cancer Report <https://www.southernafricalitigationcentre.org/wp-content/uploads/2017/08/CERVICAL-CANCER-Report1.pdf> [Erişim Tarihi 14.11.2020]
81. Kessler TA. Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. *Semin Oncol Nurs.* 2017 May;33(2):172-183. doi: 10.1016/j.soncn.2017.02.005. Epub 2017 Mar 23. PMID: 28343836.
82. Villa LL, Costa RL, Petta CA, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *The Lancet Oncology* 2005; 6(5): 271-8
83. Avustralya’daki Ulusal HPV Aşı Programı, [http://www.health.gov.au/internet/standby/publishing.nsf/Content/translatetdfs-parents/\\$File/dha0094\\_turkish.pdf](http://www.health.gov.au/internet/standby/publishing.nsf/Content/translatetdfs-parents/$File/dha0094_turkish.pdf)
84. Giles M., Garland S. (2006) Human Papillomavirus Infection: An Old Disease, A New Vaccine, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(3): 180-185
85. Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *New England Journal of Medicine* 2002; 347(21): 1645-51
86. Moscicki AB. HPV vaccines: today and in the future *J Adolesc Health* 2008;43(4 Suppl):S26-40, Harper DM, DeMars LR. HPV vaccines-A review of the first decade. *Gynecol Oncol* 2017;146:196-204
87. Huh WK, Jaura EA, Giuliano AR, Iversen OE, Andrade RP, et al. Final efficacy, immunogenicity, and safety analyses of a nine-valent human papillomavirus vaccine in women aged 16–26 years: a randomised, doubleblind trial. *Lancet* 2017;390:2143-2159

88. Petrosky E, Bocchini JA Jr, Hariri S, Chesson H, Curtis CR, Saraiya M, Unger ER, Markowitz LE; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2015 Mar 27;64(11):300-4
89. Schiller JT, Castellsagué X, Garland SM. A review of clinical trials of human papillomavirus prophylactic vaccines. *Vaccine* 2012; 30(5): 123-38
90. Arvas M., Gezer A., Güralp O. (2008) Genital HPV Enfeksiyonu ve Koruyucu HPV Aşıları, *Türk Pediatri Arşivi*, 43(1):1-8
91. Yüce K. (ed), Salman N. (ed) (2007) Serviks Kanseri ve Önlenmesi, *Matbaa Çözümleri*, 1. Baskı, İstanbul, s:1-39, 84-110
92. Beşe T., Jinekolojik Kanselerler, <http://www.jinekolojikonkoloji.com/jinekolojikkanselerler.html> [Erişim Tarihi 14.11.2020]
93. HPV Vaccine - ACOG Recommendations, [http://www.acog.org/departments/dept\\_notice.cfm?recno=7&bulletin=3945](http://www.acog.org/departments/dept_notice.cfm?recno=7&bulletin=3945), (Erişim Tarihi:24.09.2020)
94. Bozon M. Sexuality, gender, and the couple: A sociohistorical perspective. *Annual Review of Sex Research* 2001; 12(1): 1-32
95. Markowitz L.E., Dunne E.F., Saraiya M., et. al. (2007) Kuadriyalan Human Papillomavirüs Aşısı Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi'nin (ACIP) Önerileri, *Morbidity ve Mortality Haftalık Raporu*, Cilt:56.
96. Lieblong BJ, Montgomery BEE, Su LJ, Nakagawa M. Natural history of human papillomavirus and vaccinations in men: A literature review. *Health Sci Rep.* 2019;2:e118
97. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H, Unger ER. Quadrivalent human papillomavirus vaccine: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2007;56(RR-2):1-24
98. Campos NG, Kim JJ, Castle PE, et al. Health and economic impact of HPV 16/18 vaccination and cervical cancer screening in Eastern Africa. *International Journal of Cancer* 2012; 130(11): 2672-84
99. Camcıoğlu Y. (2008) Adolesan Çağında Yeni Bir Aşı; Human Papillomavirus Aşısı, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, No:63, s: 117-124
100. HPV Information for Clinicians (2007), <http://www.cdc.gov/std/hpv/common-clinicians/ClinicianBro-br.pdf>, (Erişim Tarihi: 24.09.2020)
101. Karabulutlu Ö, Pasinlioglu T. The Effect of Training and Consultancy on the Knowledge Level and Health Belief regarding the Cervical Cancer Screenings, and Participation in Screenings. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2016;6(13):818
102. Güvenç G. Serviks Kanseri Hakkında Farkındalık Artırmaya Yönelik Geliştirilen Yöntemin Kadınların Pap Smear Yaptırmalarına Etkisi, *Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı Doktora Tezi*, Ankara. 2008

103. Sawaya GF, McConnell KJ, Kulasingam SL, Lawson HW, Kerlikowske K, Melnikow J, et al. Risk of cervical cancer associated with extending the interval between cervical-cancer screenings. *New England Journal of Medicine*. 2003;349(16):1501-9
104. Tuncer A.M. (Ed: Tuncer A.M.) *Kanserin Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yükü ve Kanser Kontrol Politikaları, Türkiye’de Kanser Kontrolü*. Onur Matbaacılık, Ankara, 5- 8,2007
105. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> (Erişim Tarihi: 24.09.2020)
106. Cancer Control Department, Ministry of Health, National Cancer Screening Standards of Turkey, *Cancer Control in Turkey*, Ankara, Başak Matbaacılık 219-229, 2010
107. Cibula D, Pötter R, Planchamp F, et al. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2018;28(4):641-655. doi:10.1097/IGC.0000000000001216
108. Taşçı-Duran E, Unsal-Atan Ş. Does hopelessness of Turkish women affect their behavior regarding cervical cancer prevention and early diagnosis? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(3):2085-9
109. Gunaydın C, Gençtürk N. Early Diagnosis Behavior in Turkish Women with and without a Family History of Cervical Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015;16(2):401-6
110. Bal MD, Sahin NH. The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*. 2011;18(12):1309-16.
111. Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların serviks kanseri ve pap smear testi yaptırma durumlarına yönelik farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Yıldırım beyazıt üniversitesi hemşirelik e-dergisi*. 2016;3(2).
112. Karaca M. 'Pap Smear'Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor? *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2008;18(1):22-8.
113. Ersin F, Bahar Z. Barriers and Facilitating Factors Perceived in Turkish Womens Behaviors Towards Early Cervical Cancer Detection: A Qualitative Approach. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(9):4977-82.
114. Duran ET. 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*. 2011;12(5):1179-84.
115. GÖRDES AYDOĞDU N, BAHAR Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. 2011.
116. Naz MSG, Darooneh T, Fakari FR, Kholosi Badr F, Hajizadeh F, Ozgoli G. The Relationship between Health Locus of Control and Iranian Women’s

- Beliefs toward Pap Smear Screening. *Int J community based Nurs midwifery*. 2019 Jan;7(1):43–51.
117. Yücel, Ü., Kadınlara Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006
  118. James AS, Campbell MK, Hudson MA. Perceived barriers and benefit to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior? *Cancer Epidemiol* 2002; 11(4):529-34
  119. Genç G, 30-65 Yaş Arası Kadınlarda Human Papilloma Virüs Tarama Testi Farkındalığını Değerlendirme ve Test Yaptırma Oranlarını Arttırma Çalışması, Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara, 2018
  120. Açıkgöz A., Çehreli R., Ellidokuz H., (2011), Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları, DEÜ. Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt 25, Sayı 3, 145 – 154
  121. Öztekin Z, Üner S & Eren N. (2012). Halk sağlığı kavramı ve gelişmesi. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Güler Ç & Akın A. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 2: 20.
  122. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2014;7(3):230-7
  123. McCord AS. Knowledge, attitudes, health beliefs, and locus of control of males related to prostate cancer prevention. 1998
  124. Conner M, Norman P. Predicting health behaviour: McGraw-Hill Education (UK); 2005
  125. Jane O. Health psychology: a text book. Berkshire McGrawHill Education. 2004
  126. Rohleder P. Critical issues in clinical and health psychology: Sage; 2012
  127. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 2008
  128. Hayden J. Health belief model. introduction to health behavior theory. Canada Jones and Barlett Publishers. 2009
  129. Bonadona V, Bonaïti B, Olschwang S, Grandjouan S, Huiart L, Longy M, et al. Cancer risks associated with germline mutations in MLH1, MSH2, and MSH6 genes in Lynch syndrome. *Jama*. 2011;305(22):2304-10
  130. Pálsdóttir, Á, "Information behaviour, health self-efficacy beliefs and health behaviour in Icelanders' everyday life", *Information Research*, 13(1), 334. 2008.
  131. Guvenc, G., Akyuz, A., & Açıkel, C. H. (2010). Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 428–437. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05450.x
  132. Coronado Interis E, Anakwenze CP, Aung M, Jolly PE. Increasing Cervical Cancer Awareness and Screening in Jamaica: Effectiveness of a Theory-Based Educational Intervention. *Int J Environ Res Public Health*. 2015 Dec

- 22;13(1):ijerph13010053. doi: 10.3390/ijerph13010053. PMID: 26703641; PMCID: PMC4730444.
133. Kocaöz S, Özçelik H, Talas MS, Akkaya F, Özkul F, Kurtuluş A, Ünlü F. 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.* 2018 Aug;33(4):821-832. doi: 10.1007/s13187-017-1193-8. PMID: 28285418.
  134. Nuño T, Castle PE, Harris R, Estrada A, García F; Yuma Project Technical Team. Breast and cervical cancer screening utilization among Hispanic women living near the United States-Mexico border. *J Womens Health (Larchmt).* 2011 May;20(5):685-93. doi: 10.1089/jwh.2010.2205. Epub 2011 Mar 23. PMID: 21428792.
  135. Fernández ME, Gonzales A, Tortolero-Luna G, Williams J, Saavedra-Embesi M, Chan W, Vernon SW. Effectiveness of Cultivando la Salud: a breast and cervical cancer screening promotion program for low-income Hispanic women. *Am J Public Health.* 2009 May;99(5):936-43. doi: 10.2105/AJPH.2008.136713. Epub 2009 Mar 19. PMID: 19299678; PMCID: PMC2667857.
  136. Guvenc G, Akyuz A, Yenen MC. Effectiveness of nursing interventions to increase pap smear test screening. *Res Nurs Health.* 2013 Apr;36(2):146-57. doi: 10.1002/nur.21526. Epub 2013 Jan 17. PMID: 23335354.
  137. Shobeiri F, Javad MT, Parsa P, Roshanaei G. Effects of Group Training Based on the Health Belief Model on Knowledge and Behavior Regarding the Pap Smear Test in Iranian Women: a Quasi-Experimental Study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016;17(6):2871-6. PMID: 27356705.
  138. Johnson, Crista E. MD1; Mues, Katherine E.2; Mayne, Stephanie L.2; Kiblawi, Ava N.2 Cervical Cancer Screening Among Immigrants and Ethnic Minorities, *Journal of Lower Genital Tract Disease: July 2008 - Volume 12 - Issue 3 - p 232-241* doi: 10.1097/LGT.0b013e31815d8d88
  139. Fang, C. Y., Ma, G. X., Tan, Y., & Chi, N. (2007). A Multifaceted Intervention to Increase Cervical Cancer Screening among Underserved Korean Women. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 16(6), 1298–1302. doi:10.1158/1055-9965.epi-07-0091
  140. Özbakır Acar N, Özşahin A, Edirne T. Knowledge and attitudes of primary health care workers about cervical cancer and HPV vaccine. *Pam Med J* 2019;12:457-466.
  141. Parsa P, Sharifi F, Shobeiri F, Karami M. Effects of Group Counseling Based on Health Belief Model on Cervical Cancer Screening Beliefs and Performance of Rural Women in Kaboudrahang, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017;18(6):1525-1530. Published 2017 Jun 25. doi:10.22034/APJCP.2017.18.6.1525
  142. Altinel B, Akın B. The effect of multiple interventions for women at risk for cervical cancer on their health responsibility, beliefs regarding cervical cancer, and having screening: a randomized controlled study protocol. *HEAD* 2020;17(Ek sayı):70-6
  143. Kocaöz, S., Özçelik, H., Talas, M. S., 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. *Journal of Cancer Education*, 33(4), 821–832. doi:10.1007/s13187-017-1193-8



## **8 EKLER**

### **8.1 Ek-1: Etik Kurul Onayı**

## 8.2 Ek-2: İzmir İl Milli Eğitim Müdürlüğü Onayı

### 8.3 Ek-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Rahim ağzı kanseri dünya genelinde 4. sıklıkta görülen kadın kanseridir. Human Papilloma Virus (HPV) nedeni ile meydana gelmektedir. Rahim ağzından sürüntü örneği alınması ile tarama yapılabilir ve erken tanı mümkündür.

Rahim ağzı kanseri ve taramaları konusunda bilgi düzeyinin artırılması, rahim ağzı kanseri oluşmadan ya da kanser henüz erken evrede iken tanı konulması daha basit tedavi imkanları sunduğu için yüz güldürücü sonuçlar vermektedir.

Bu çalışmanın amacı, rahim ağzı kanseri ve tarama programına katılım konusunda eğitim vermek ve bu eğitimin etkinliğini saptamaktır.

Verdiğiniz yanıtlar, kimlik bilgilerinizi belli etmeyecek biçimde, yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır.

Katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullar dahilinde söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

Telefonu:

İmza:

Olur Alma İşlemine Baştan Sona Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin:

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: Emine Gizem

Soyadı: Tabar

Tel: 0232 412 49 51

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği

Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

## 8.4 Ek-4: Rahim Ağzı Kanseri Broşürü

Kendine 10 Dakika Ayır  
Rahim Ağzı Kanseri'ne  
Karşı Korun



Kendinize Bir Fırsat Verin  
Rahim Ağzı Kanseri  
Taramasına Gelin

30-65 YAŞ  
Aralığındaki  
Kadınlar  
HPV testi için  
KETEM veya  
Aile Hekiminize  
Başvurun.

HAYATINIZ BİZİM İÇİN DEĞERLİDİR

**KETEM**  
KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE GÖZLEM MERKEZİ

www.kanser.gov.tr www.kanser.saglik.gov.tr

Dünyada her yıl yarım milyon kadın  
RAHİM AĞZI KANSERİ'ne yakalanıyor

**Rahim Ağzı Kanseri  
Hakkında Yeterli  
Bilginiz Var mı?**

- Rahim ağzı, rahmin doğum sırasında genişleyerek bebeğin çıkmasını sağlayan kısım dır
- Rahim ağzı kanseri ise , bu bölgede bulunan hücrelerin kanserleşmesidir.
- Rahim ağzı kanseri ancak HPV veya PAP SMEAR TESTİ yapılarak erken tanısı KONULABİLİR, ÖNLENEBİLİR ve erken tedavi EDİLEBİLİR.

**HPV Testi  
Hakkında Yeterli  
Bilginiz Var mı?**

HPV testi , jinekolojik muayene esasında rahim ağzından numune alınarak yapılan AĞRISIZ ve BASİT bir işlemdir.

**UNUTMAYIN!**

HPV TESTİ YAPTIRMAYA GELİRKEN,

- Adet olmamalısınız
- Testten en az 2 gün önce hazne yıkanamamış ya da hazneye ilaç, krem, jel gibi herhangi bir madde uygulanmamış olmalı.
- Testten önceki 2 gün boyunca cinsel ilişkide bulunmamış olmalısınız.

**HPV TESTİ  
YAPTIRMALISINIZ !**

Hiç HPV testi yaptırmadıysanız,

- Sigara kullanıyorsanız, adet arası ve cinsel ilişkiden sonra lekelenme şeklinde kanamalar oluyorsa,
- Sürekli olarak sarı renkte veya kırlı akıntınız varsa,
- Menopoz sonrası dönemde ortaya çıkan herhangi bir kanamanız varsa,
- Ya da sadece KADIN olduğunuz için,

**UNUTMAYIN!**

- HPV testi ile rahim ağzı kanseri 10-15 yıl öncesinden yakalanabilmektedir.
- 5 yılda bir yaptırılan HPV TESTİ rahim ağzı kanserinden korunmak için en iyi yöntemdir.



## 8.5 EK-5: İlk Değerlendirme Formu

ANKET NO: .....

Bu anket formu 30-65 yaş arası kadınların rahim ağzı kanseri konusundaki bilgi düzeylerini, tutum ve davranış biçimlerini belirlemeyi amaçlayan sorular içermektedir. Dolduracağınız anket formu, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında yürütülmekte olan bir uzmanlık tezinde veri olarak kullanılacaktır. Bu araştırmanın amacı İzmir ilinde yaşayan 30-65 yaş aralığındaki kadınlara rahim ağzı kanseri konusunda verilecek olan eğitimin bilgi, tutum ve davranış üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

AD-SOYAD: .....

TELEFON: .....

Kaç Yaşındasınız? .....

Boyunuz? .....

Kilonuz? .....

Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okuryazar değil
- 2) Okuryazar
- 3) İlkokul mezunu
- 4) Ortaokul mezunu
- 5) Lise mezunu
- 6) Üniversite mezunu

Çalışma durumunuz nedir?

- 1) Ev hanımı
- 2) Çalışıyor
- 3) Emekli

Gelir durumuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Gelirimiz giderimizden az
- 2) Gelirimiz giderimize eşit
- 3) Gelirimiz giderimizden fazla

Düzenli olarak sigara içer misiniz?

- 1) İçiyorum (Günde ..... adet, .....yıldır içiyorum.)
- 2) İçiyordum, bıraktım (Günde ..... adet,..... yıl içtim.)
- 3) Hiç içmedim.

İlk adet yaşınız .....

İlk doğum yaptığınız yaş .....

Toplam gebelik sayısı (*düşük ve küretaj dahil*) .....

Sizin ya da eşinizin geçmişte ya da halen birden fazla cinsel partneri var mı?

- 1)Evet, benim
- 2)Evet, eşimin
- 3)Hayır

Hiç cinsel yolla geçen bir hastalık geçirdiniz mi?

1) Evet (*lütfen hastalığı belirtiniz*) .....

2) Hayır

Hiç doğum kontrol hapi kullandınız mı?

1) Evet, 1 yıl veya daha az

2) Evet, 1-5 yıl arası

3) Evet, 5 yıl veya daha uzun süre

4) Hayır

Birinci derece yakınlarınızdan (anne, kız kardeş, kız çocuğunuz) jinekolojik kanser tanısı almış olan biri var mı? (rahim ağzı, rahim, yumurtalık veya vajen-vulva kanseri gibi)

1) Evet 2) Hayır

Human papilloma virüsünü (HPV) duydunuz mu?

1) Evet 2) Hayır

HPV aşısını duydunuz mu?

1) Evet 2) Hayır

Rahim ağzı kanseri hakkında bilginiz var mı?

1)Evet 2) Hayır 3) Kısmen

Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmek ister miydiniz?

1)Evet 2) Hayır

	Rahim ağzı kanserine ilişkin bilgilerinizi <b>kimden öğrendiniz?</b>		Rahim ağzı kanserine ilişkin bilgilerinizi <b>kimden öğrenmek isterdiniz?</b>		
Kendi aile hekimimden					
Aile Sağlığı Merkezimdeki hemşireden					
Kadın doğum hekimimden					
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) sağlık personelinden					
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Birimi sağlık personelinden					
Arkadaş, aile çevremden					
<b>Bilgi verenin cinsiyeti</b>	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Fark etmez

	Rahim ağzı kanserine ilişkin bilgileriniz için hangi kaynaklardan yararlandınız?	Rahim ağzı kanserine ilişkin bilgileriniz için hangi kaynaklardan yararlanmak istersiniz?
Sağlık Bakanlığı internet sitesinden		
Bir hekim tarafından hazırlanan internet sitesinden		
Sosyal medya, diğer blog ve forum sitelerinden		
TV/radyo/gazete/dergi vb. Medya iletişim araçlarından		
Sağlık Bakanlığı el broşürlerinden		
Diğer (belirtiniz)		

Aşağıdakilerden hangileri rahim ağzı kanseri görülme riskini artırır?  
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Sigara içmek
- 2) Cinsel bölgenin temizliğine dikkat etmemek
- 3) Çok çocuk doğurmak
- 4) Erken yaşta cinsel ilişkiye girmiş olmak
- 5) Birden fazla kişiyle cinsel ilişkide bulunmak
- 6) Cinsel ilişki sırasında kondom (kılıf) kullanmamak
- 7) Cinsel bölgede siğil olması
- 8) Düşük sosyoekonomik düzey
- 9) Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmiş olmak
- 10) Yetersiz beslenmek
- 11) Bir otoimmün hastalık nedeniyle tedavi görmek
- 12) AIDS hastası olmak
- 13) Fazla kilolu olmak
- 14) Annede ya da kız kardeşte rahim ağzı kanseri olması
- 15) Diğer, .....
- 16) Bilmiyorum

**Lütfen aşağıdaki Rahim Ağzı Kanseri ve HPV ile ilgili önermeleri kendinize uygun şekilde cevaplayınız.**

Önermeler		Doğru	Yanlış	Bilmiyor m
1	Rahim ağzı kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden birisidir.			
2	Rahim ağzı kanseri, rahmin vajinaya açılan ve doğum esnasında genişleyen bölümünün kanserleşmesi anlamına gelmektedir.			
3	Bir kadının rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığı gelişmiş ülkelerde daha fazladır.			
4	Son bir yıl içinde Dünya genelinde yeni kanser tanısı alan kadın sayısı 500000'den fazladır.			
5	Rahim ağzı kanseri daha çok 30-60 yaşları arasındaki kadınlarda görülür.			
6	Ülkemizde rahim ağzı kanseri genellikle ileri evrede yakalanmaktadır.			
7	Rahim ağzı kanserinin tedavisi mümkündür.			
8	Rahim ağzı kanseri erken teşhis ve tedavi edilse bile kadınlar doğurganlığını kaybeder.			
9	Rahim ağzı kanseri genellikle erken dönemde belirti verir.			
10	Ara kanama (adetli olunmayan günlerde kanama) rahim ağzı kanseri belirtilerinden birisidir.			
11	İlişki sonrası kanama olması rahim ağzı kanserinde beklenen bir durum değildir.			
12	İlişki sırasında kondom (kılıf) kullanılması rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığını ortadan kaldırır.			
13	5 yıl ve daha uzun süreli doğum kontrol hapı kullanımı rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığını artırır.			
14	Rahim ağzı kanserini önlemek amaçlı tarama yaptırma sıklığı tüm kadınlar için beş yılda bir şeklindedir.			
15	18 yaşına gelmiş olan cinsel olarak aktif tüm kadınlar			

	rahim ağzı kanseri taraması yaptırmalıdır.			
16	Daha önceki test sonuçlarında herhangi bir olumsuzluk saptanmayan bir kadının 65 yaşından sonra rahim ağzı kanseri taraması yaptırması gereksizdir.			
17	Yapılan tarama sonucunda anormal bir bulgu saptanan kadınların bundan sonraki muayeneleri daha sık yapılmalıdır.			
18	Rahim ağzı kanseri taraması için doktora gelmeden önce haznenin yıkanması (vajinal duş) gerekir.			
19	Rahim ağzı kanseri taraması için tampon, vajinal krem, fitil, ovül, sprey vb maddelerin doktor başvurusundan önceki 2 gün boyunca kullanılmaması yeterlidir.			
20	Rahim ağzı kanseri taraması için adet kanaması olmayan günlerde başvurulmalıdır.			
21	Rahim ağzı kanseri taraması öncesindeki 2 gün içinde cinsel ilişkide bulunmuş olmak testin daha doğru sonuçlanmasını sağlar.			
22	Rahim ağzı kanserine yönelik ücretsiz tarama testi yaptırmak mümkündür.			
23	Rahim ağzı kanserine yönelik yapılan tarama sonuçlandığında 20 gün içinde kişinin kendisi ya da eşi aranarak bilgilendirilir.			
24	Rahim ağzı kanserine yönelik yapılan taramada Pap-smear ve HPV-DNA testi olmak üzere 2 tip test beraber değerlendirilir.			
25	Pap-smear testi, rahim ağzı kanserine yol açan HPV'nin varlığını tespit eder.			
26	HPV-DNA testi rahim ağzında meydana gelen kanser öncülü hücresel değişiklikleri tespit eder.			
27	Kadınlar rahim ağzı kanseri taraması için aile hekimlerine başvurabilir.			
28	Kadınlar rahim ağzı kanseri taraması için KETEM'lere başvurabilir.			

29	HPV rahim ağız kanserine yol açabilir.			
30	HPV yalnızca kadınlarda bulunabilir.			
31	Birden fazla cinsel partneri olan kişiler HPV bulaşı açısından daha büyük risk altındadır.			
32	HPV genital bölge siğillerine de neden olabilir.			
33	HPV bulaştıktan sonra genellikle vücuttan atılır fakat bazı insanlarda kalıcı da olabilir.			
34	Genital bölgedeki kılların ağda, traş bıçağı, tüy dökücü krem gibi yöntemlerle temizlenmesi HPV bulaşı açısından koruyucudur.			
35	HPV bulaştığı zaman vücuttan atılması için bir ilaç tedavisi vardır.			
36	HPV bulaşını önlemek için aşı mevcuttur.			
37	HPV aşısı olan kadınların rahim ağız kanseri taraması yaptırmasına gerek yoktur.			
38	HPV genellikle cinsel ilişkiyle bulaşır fakat cinsel ilişki olmadan da genital organların yakın teması ile bulaşabilir.			
39	Kişiler genellikle kendilerine HPV bulaştığının farkında olmazlar.			
40	HPV erkeklerde herhangi bir hastalığa neden olmaz.			
41	HPV erkeklerde penis kanserine neden olabilir.			
42	Siğile neden olan virus ile kansere neden olan virus iki farklı HPV türüdür.			
43	HPV aşısı rahim ağız kanserinden korunmak için alınacak en iyi önlemdir.			
44	HPV aşısı için en uygun dönem 9-26 yaşları arasındadır.			
45	İlk cinsel ilişki öncesinde kişi 26 yaşından büyük de olsa, HPV aşısı olması rahim ağız kanserine karşı koruma sağlar.			
46	Cinsel olarak aktif bir kadının HPV sonucu negatif olsa bile, HPV aşısı olması rahim ağız kanserine karşı			

	koruma sağlamaz.			
47	HPV aşısı erkeklere de yapılabilir.			
48	HPV aşısı ücretsiz bir aşıdır.			
49	HPV aşısının uygulaması aralıklı olarak 3 doz şeklinde yapılır.			
50	HPV aşılarından 2'li aşı sadece rahim ağzı kanserine, 4'lü aşı ise hem rahim ağzı kanserine hem de genital bölge siğillerine karşı koruyucudur.			
51	HPV aşısı içinde vürus bulunduğu için düşük de olsa HPV enfeksiyonuna yol açma riski vardır.			
52	HPV aşısının yan etkileri diğer tüm aşılarla olduğu gibi aşı yerinde kızarıklık, ağrı ve şişlik gibi basit yan etkilerdir.			

Kendinize HPV aşısı yaptırdınız mı?

1) Evet (lütfen nedenini açıklayınız)

.....

2) Hayır (lütfen nedenini açıklayınız)

.....

Çocuğunuza HPV aşısı yaptırdınız mı?

1) Evet (lütfen nedenini açıklayınız)

.....

2) Hayır (lütfen nedenini açıklayınız)

.....

Çocuğunuza HPV aşısı yaptırmayı düşünüyor musunuz?

1) Evet (lütfen nedenini açıklayınız)

.....

2) Hayır (lütfen nedenini açıklayınız)

.....

3) Kararsızım (lütfen nedenini açıklayınız)

.....

HPV aşısı ücretsiz olsa yaptırır mısınız?

1)Evet 2) Hayır

Daha önce hiç rahim ağzı kanserine yönelik tarama testi (Pap-smear test/HPV DNA testi) yaptırdınız mı?

1) Evet ..... (en son ne zaman yaptırdığınızı yazınız)

2) Hayır

En son yapılan test sonucunuz normal miydi?

- 1) Evet
- 2) Hayır (Lütfen belirtiniz) .....
- 3) Sonucumu bilmiyorum

Toplamda kaç kere rahim ağzı sürüntü testi yaptırdınız?.....

Rahim ağzı kanserine yönelik yapılan tarama testinde HPV DNA araştırıldı mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Bilmiyorum

	Rahim ağzı kanserine yönelik tarama testini hangi merkezde <b>yaptırdınız?</b>	Rahim ağzı kanserine yönelik tarama testini hangi merkezde <b>yaptırmak istersiniz?</b>
Aile Sağlığı Merkezi		
KETEM		
Devlet hastanesi		
Üniversite hastanesi		
Özel hastane		
Özel muayenehane		
Diğer (belirtiniz)		

Lütfen aşağıdaki ifadeleri kendinize uygun şekilde cevaplayınız.

İFADELER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
<b>Pap-smear Yarar ve Motivasyon</b>					
1. Sürüntü testi yaptırmak rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır.					
2. Düzenli olarak yaptırdığım sürüntü testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir.					
3. Bana göre sürüntü testi yaptırmak rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur.					
4. Düzenli olarak sürüntü testi yaptırmak rahim ağzı kanserinden ölme riskini azaltacaktır.					
5. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim.					
6. Sağlığımı sürdürmek benim için önemlidir.					
7. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
8. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm.					
<b>Pap-smear Engeller</b>					
1. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle sürüntü testi yaptırmaktan korkarım.					
2. Ne yapılacağını bilmediğim için sürüntü testi yaptırmaktan korkarım.					
3. Sürüntü testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum.					
4. Sürüntü testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım.					
5. Sürüntü testi yaptırmak çok fazla zaman alır.					
6. Sürüntü testi yaptırmak çok ağrılıdır.					
7. Sağlık personeli sürüntü testi yaptırırken kaba davranır.					
8. Yıllık olarak sürüntü testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam.					
9. Yaşamımda sürüntü testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var.					
10. Belirli aralıklarla sürüntü testi yaptırmak için çok yaşıyım.					

11. Sütüntü testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok.					
12. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa sürüntü testi yaptırmak bunu engellemez.					
13. Sürüntü testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
14. Sürüntü testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam.					
<b>Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet</b>					
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 arkadaşımınla ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaşatabilir.					
6. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir.					
7. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam.					
<b>Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık</b>					
1. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
2. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
3. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağını hissediyorum.					
<b>Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu</b>					
1. Sağlığım için dengeli beslenirim.					
2. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım.					
3. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim.					

## 8.6 EK-6: EĞİTİM SONRASI DEĞERLENDİRME FORMU

AD-SOYAD: .....

TELEFON: .....

Aşağıdakilerden hangileri rahim ağzı kanseri görülme riskini artırır?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Sigara içmek
- 2) Cinsel bölgenin temizliğine dikkat etmemek
- 3) Çok çocuk doğurmak
- 4) Erken yaşta cinsel ilişkiye girmiş olmak
- 5) Birden fazla kişiyle cinsel ilişkide bulunmak
- 6) Cinsel ilişki sırasında kondom (kılıf) kullanmamak
- 7) Cinsel bölgede siğil olması
- 8) Düşük sosyoekonomik düzey
- 9) Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmiş olmak
- 10) Yetersiz beslenmek
- 11) Bir otoimmün hastalık nedeniyle tedavi görmek
- 12) AIDS hastası olmak
- 13) Fazla kilolu olmak
- 14) Annede ya da kız kardeşte rahim ağzı kanseri olması
- 15) Diğer, .....
- 16) Bilmiyorum

**Lütfen aşağıdaki Rahim Ağzı Kanseri ve HPV ile ilgili önermeleri kendinize uygun şekilde cevaplayınız.**

Önermeler		Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1	Rahim ağzı kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden birisidir.			
2	Rahim ağzı kanseri, rahmin vajinaya açılan ve doğum esnasında genişleyen bölümünün kanserleşmesi anlamına gelmektedir.			
3	Bir kadının rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığı gelişmiş ülkelerde daha fazladır.			
4	Son bir yıl içinde Dünya genelinde yeni kanser tanısı alan kadın sayısı 500000'den fazladır.			
5	Rahim ağzı kanseri daha çok 30-60 yaşları arasındaki kadınlarda görülür.			
6	Ülkemizde rahim ağzı kanseri genellikle ileri evrede			

	yakalanmaktadır.			
7	Rahim ağzı kanserinin tedavisi mümkündür.			
8	Rahim ağzı kanseri erken teşhis ve tedavi edilse bile kadınlar doğurganlığını kaybeder.			
9	Rahim ağzı kanseri genellikle erken dönemde belirti verir.			
10	Ara kanama (adetli olunmayan günlerde kanama) rahim ağzı kanseri belirtilerinden birisidir.			
11	İlişki sonrası kanama olması rahim ağzı kanserinde beklenen bir durum değildir.			
12	İlişki sırasında kondom (kılıf) kullanılması rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığını ortadan kaldırır.			
13	5 yıl ve daha uzun süreli doğum kontrol hapı kullanımı rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığını artırır.			
14	Rahim ağzı kanserini önlemek amaçlı tarama yaptırma sıklığı tüm kadınlar için beş yılda bir şeklinde olmalıdır.			
15	18 yaşına gelmiş olan cinsel olarak aktif tüm kadınlar rahim ağzı kanseri taraması yaptırmalıdır.			
16	Daha önceki test sonuçlarında herhangi bir olumsuzluk saptanmayan bir kadının 65 yaşından sonra rahim ağzı kanseri taraması yaptırması gereksizdir.			
17	Yapılan tarama sonucunda anormal bir bulgu saptanan kadınların bundan sonraki muayeneleri daha sık yapılmalıdır.			
18	Rahim ağzı kanseri taraması için doktora gelmeden önce haznenin yıkanması (vajinal duş) gerekir.			
19	Rahim ağzı kanseri taraması için tampon, vajinal krem, fitil, ovül, sprey vb maddelerin doktor başvurusundan önceki 2 gün boyunca kullanılmaması yeterlidir.			
20	Rahim ağzı kanseri taraması için adet kanaması olmayan günlerde başvurulmalıdır.			
21	Rahim ağzı kanseri taraması öncesindeki 2 gün içinde cinsel ilişkide bulunmuş olmak testin daha doğru sonuçlanmasını sağlar.			
22	Rahim ağzı kanserine yönelik ücretsiz tarama testi yaptırmak mümkündür.			

23	Rahim ağız kanserine yönelik yapılan tarama sonuçlandığında 20 gün içinde kişinin kendisi ya da eşi aranarak bilgilendirilir.			
24	Rahim ağız kanserine yönelik yapılan taramada Pap-smear ve HPV-DNA testi olmak üzere 2 tip test beraber değerlendirilir.			
25	Pap-smear testi, rahim ağız kanserine yol açan HPV'nin varlığını tespit eder.			
26	HPV-DNA testi rahim ağızında meydana gelen kanser öncülü hücresel değişiklikleri tespit eder.			
27	Kadınlar rahim ağız kanseri taraması için aile hekimlerine başvurabilir.			
28	Kadınlar rahim ağız kanseri taraması için KETEM'lere başvurabilir.			
29	HPV rahim ağız kanserine yol açabilir.			
30	HPV yalnızca kadınlarda bulunabilir.			
31	Birden fazla cinsel partneri olan kişiler HPV bulaşı açısından daha büyük risk altındadır.			
32	HPV genital bölge siğillerine de neden olabilir.			
33	HPV bulaştıktan sonra genellikle vücuttan atılır fakat bazı insanlarda kalıcı da olabilir.			
34	Genital bölgedeki kılların ağda, traş bıçağı, tüy dökücü krem gibi yöntemlerle temizlenmesi HPV bulaşı açısından koruyucudur.			
35	HPV bulaştığı zaman vücuttan atılması için bir ilaç tedavisi vardır.			
36	HPV bulaşını önlemek için aşı mevcuttur.			
37	HPV aşısı olan kadınların rahim ağız kanseri taraması yaptırmasına gerek yoktur.			
38	HPV genellikle cinsel ilişkiyle bulaşır fakat cinsel ilişki olmadan da genital organların yakın teması ile bulaşabilir.			
39	Kişiler genellikle kendilerine HPV bulaştığının farkında olmazlar.			
40	HPV erkeklerde herhangi bir hastalığa neden olmaz.			

41	HPV erkeklerde penis kanserine neden olabilir.			
42	Siğile neden olan virus ile kansere neden olan virus iki farklı HPV türüdür.			
43	HPV aşısı rahim ağzı kanserinden korunmak için alınacak en iyi önlemdir.			
44	HPV aşısı için en uygun dönem 9-26 yaşları arasındır.			
45	İlk cinsel ilişki öncesinde kişi 26 yaşından büyük de olsa, HPV aşısı olması rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlar.			
46	Cinsel olarak aktif bir kadının HPV sonucu negatif olsa bile, HPV aşısı olması rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlamaz.			
47	HPV aşısı erkeklere de yapılabilir.			
48	HPV aşısı ücretsiz bir aşıdır.			
49	HPV aşısının uygulaması aralıklı olarak 3 doz şeklinde yapılır.			
50	HPV aşılarından 2'li aşı sadece rahim ağzı kanserine, 4'lü aşı ise hem rahim ağzı kanserine hem de genital bölge siğillerine karşı koruyucudur.			
51	HPV aşısı içinde vürus bulunduğu için düşük de olsa HPV enfeksiyonuna yol açma riski vardır.			
52	HPV aşısının yan etkileri diğer tüm aşılarında olduğu gibi aşı yerinde kızarıklık, ağrı ve şişlik gibi basit yan etkilerdir.			

Lütfen aşağıdaki ifadeleri kendinize uygun şekilde cevaplayınız.

İFADELER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
<b>Pap-smear Yarar ve Motivasyon</b>					
9. Sürüntü testi yaptırmak rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır.					
10. Düzenli olarak yaptırdığım sürüntü testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir.					
11. Bana göre sürüntü testi yaptırmak rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur.					
12. Düzenli olarak sürüntü testi yaptırmak rahim ağzı kanserinden ölme riskini azaltacaktır.					
13. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim.					
14. Sağlığımı sürdürmek benim için önemlidir.					
15. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
16. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm.					
<b>Pap-smear Engeller</b>					
1. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle sürüntü testi yaptırmaktan korkarım.					
2. Ne yapılacağını bilmediğim için sürüntü testi yaptırmaktan korkarım.					
3. Sürüntü testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum.					
4. Sürüntü testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım.					
5. Sürüntü testi yaptırmak çok fazla zaman alır.					
6. Sürüntü testi yaptırmak çok ağrılıdır.					
7. Sağlık personeli sürüntü testi yaptırırken kaba davranır.					
8. Yıllık olarak sürüntü testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam.					
9. Yaşamımda sürüntü testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var.					
10. Belirli aralıklarla sürüntü testi yaptırmak için çok yaşıyım.					

11. Sütüntü testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok.					
12. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa sürüntü testi yaptırmak bunu engellemez.					
13. Sürüntü testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
14. Sürüntü testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam.					
<b>Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet</b>					
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 arkadaşım ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaşatabilir.					
6. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir.					
7. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam.					
<b>Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık</b>					
1. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
2. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
3. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissediyorum.					
<b>Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu</b>					
1. Sağlığım için dengeli beslenirim.					
2. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım.					
3. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim.					

## 8.7 EK-7: TELEFONLA DEĞERLENDİRME FORMU

ANKET NO: .....

AD-SOYAD: .....

Size verilen rahim ağzı kanseri el broşürlerini okudunuz mu?

1)Evet 2) Hayır 3) Hatırlamıyorum

Kendinize HPV aşısı yaptırdınız mı?

1) Evet *(lütfen nedenini açıklayınız)*

2) Hayır *(lütfen nedenini açıklayınız)*

Çocuğunuza HPV aşısı yaptırdınız mı?

1) Evet *(lütfen nedenini açıklayınız)*

2) Hayır *(lütfen nedenini açıklayınız)*

Çocuğunuza HPV aşısı yaptırmayı düşünüyor musunuz?

1) Evet *(lütfen nedenini açıklayınız)*

2) Hayır *(lütfen nedenini açıklayınız)*

3) Kararsızım *(lütfen nedenini açıklayınız)*

HPV aşısı ücretsiz olsa yaptırır mısınız?

1)Evet 2) Hayır

Aldığınız eğitim sonrasında/size verilen broşür sonrasında rahim ağzı kanseri taraması yaptırdınız mı?

1)Evet 2) Hayır

Aşağıdakilerden hangileri rahim ağzı kanseri görülme riskini artırır?

*(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)*

- 1) Sigara içmek
- 2) Cinsel bölgenin temizliğine dikkat etmemek
- 3) Çok çocuk doğurmak
- 4) Erken yaşta cinsel ilişkiye girmiş olmak
- 5) Birden fazla kişiyle cinsel ilişkide bulunmak
- 6) Cinsel ilişki sırasında kondom (kılıf) kullanmamak
- 7) Cinsel bölgede siğil olması
- 8) Düşük sosyoekonomik düzey
- 9) Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmiş olmak
- 10) Yetersiz beslenmek
- 11) Bir otoimmün hastalık nedeniyle tedavi görmek

- 12) AIDS hastası olmak  
 13) Fazla kilolu olmak  
 14) Annede ya da kız kardeşte rahim ağzı kanseri olması  
 15) Diğer, .....

16) Bilmiyorum

**Lütfen aşağıdaki Rahim Ağzı Kanseri ve HPV ile ilgili önermeleri kendinize uygun şekilde cevaplayınız.**

Önermeler		Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1	Rahim ağzı kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türlerinden birisidir.			
2	Rahim ağzı kanseri, rahmin vajinaya açılan ve doğum esnasında genişleyen bölümünün kanserleşmesi anlamına gelmektedir.			
3	Bir kadının rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığı gelişmiş ülkelerde daha fazladır.			
4	Son bir yıl içinde Dünya genelinde yeni kanser tanısı alan kadın sayısı 500000'den fazladır.			
5	Rahim ağzı kanseri daha çok 30-60 yaşları arasındaki kadınlarda görülür.			
6	Ülkemizde rahim ağzı kanseri genellikle ileri evrede yakalanmaktadır.			
7	Rahim ağzı kanserinin tedavisi mümkündür.			
8	Rahim ağzı kanseri erken teşhis ve tedavi edilse bile kadınlar doğurganlığını kaybeder.			
9	Rahim ağzı kanseri genellikle erken dönemde belirti verir.			
10	Ara kanama (adetli olunmayan günlerde kanama) rahim ağzı kanseri belirtilerinden birisidir.			

11	İlişki sonrası kanama olması rahim ağzı kanserinde beklenen bir durum değildir.			
12	İlişki sırasında kondom (kılıf) kullanılması rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığını ortadan kaldırır.			
13	5 yıl ve daha uzun süreli doğum kontrol hapı kullanımı rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığını artırır.			
14	Rahim ağzı kanserini önlemek amaçlı tarama yaptırma sıklığı tüm kadınlar için beş yılda bir şeklinde olmalıdır.			
15	18 yaşına gelmiş olan cinsel olarak aktif tüm kadınlar rahim ağzı kanseri taraması yaptırmalıdır.			
16	Daha önceki test sonuçlarında herhangi bir olumsuzluk saptanmayan bir kadının 65 yaşından sonra rahim ağzı kanseri taraması yaptırmaması gereksizdir.			
17	Yapılan tarama sonucunda anormal bir bulgu saptanan kadınların bundan sonraki muayeneleri daha sık yapılmalıdır.			
18	Rahim ağzı kanseri taraması için doktora gelmeden önce haznenin yıkanması (vajinal duş) gerekir.			
19	Rahim ağzı kanseri taraması için tampon, vajinal krem, fitil, ovül, sprey vb maddelerin doktor başvurusundan önceki 2 gün boyunca kullanılmaması yeterlidir.			
20	Rahim ağzı kanseri taraması için adet kanaması olmayan günlerde başvurulmalıdır.			
21	Rahim ağzı kanseri taraması öncesindeki 2 gün içinde cinsel ilişkide bulunmuş olmak testin daha doğru sonuçlanmasını sağlar.			
22	Rahim ağzı kanserine yönelik ücretsiz tarama testi yaptırmak mümkündür.			
23	Rahim ağzı kanserine yönelik yapılan tarama sonuçlandığında 20 gün içinde kişinin kendisi ya da eşi aranarak bilgilendirilir.			
24	Rahim ağzı kanserine yönelik yapılan taramada Pap-smear ve HPV-DNA testi olmak üzere 2 tip test			

	beraber değerlendirilir.			
25	Pap-smear testi, rahim ağzı kanserine yol açan HPV'nin varlığını tespit eder.			
26	HPV-DNA testi rahim ağzında meydana gelen kanser öncülü hücrel değişiklikleri tespit eder.			
27	Kadınlar rahim ağzı kanseri taraması için aile hekimlerine başvurabilir.			
28	Kadınlar rahim ağzı kanseri taraması için KETEM'lere başvurabilir.			
29	HPV rahim ağzı kanserine yol açabilir.			
30	HPV yalnızca kadınlarda bulunabilir.			
31	Birden fazla cinsel partneri olan kişiler HPV bulaşı açısından daha büyük risk altındadır.			
32	HPV genital bölge siğillerine de neden olabilir.			
33	HPV bulaştıktan sonra genellikle vücuttan atılır fakat bazı insanlarda kalıcı da olabilir.			
34	Genital bölgedeki kılların ağda, traş bıçağı, tüy dökücü krem gibi yöntemlerle temizlenmesi HPV bulaşı açısından koruyucudur.			
35	HPV bulaştığı zaman vücuttan atılması için bir ilaç tedavisi vardır.			
36	HPV bulaşını önlemek için aşı mevcuttur.			
37	HPV aşısı olan kadınların rahim ağzı kanseri taraması yaptırmasına gerek yoktur.			
38	HPV genellikle cinsel ilişkiyle bulaşır fakat cinsel ilişki olmadan da genital organların yakın teması ile bulaşabilir.			
39	Kişiler genellikle kendilerine HPV bulaştığının farkında olmazlar.			
40	HPV erkeklerde herhangi bir hastalığa neden olmaz.			
41	HPV erkeklerde penis kanserine neden olabilir.			

42	Siğile neden olan virus ile kansere neden olan virus iki farklı HPV türüdür.			
43	HPV aşısı rahim ağzı kanserinden korunmak için alınacak en iyi önlemdir.			
44	HPV aşısı için en uygun dönem 9-26 yaşları arasındır.			
45	İlk cinsel ilişki öncesinde kişi 26 yaşından büyük de olsa, HPV aşısı olması rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlar.			
46	Cinsel olarak aktif bir kadının HPV sonucu negatif olsa bile, HPV aşısı olması rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlamaz.			
47	HPV aşısı erkeklere de yapılabilir.			
48	HPV aşısı ücretsiz bir aşıdır.			
49	HPV aşısının uygulaması aralıklı olarak 3 doz şeklinde yapılır.			
50	HPV aşılarından 2'li aşı sadece rahim ağzı kanserine, 4'lü aşı ise hem rahim ağzı kanserine hem de genital bölge siğillerine karşı koruyucudur.			
51	HPV aşısı içinde vürus bulunduğu için düşük de olsa HPV enfeksiyonuna yol açma riski vardır.			
52	HPV aşısının yan etkileri diğer tüm aşılarında olduğu gibi aşı yerinde kızarıklık, ağrı ve şişlik gibi basit yan etkilerdir.			

Lütfen aşağıdaki ifadeleri kendinize uygun şekilde cevaplayınız.

İFADELER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
<b>Pap-smear Yarar ve Motivasyon</b>					
17. Sürüntü testi yaptırmak rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır.					
18. Düzenli olarak yaptırdığım sürüntü testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir.					
19. Bana göre sürüntü testi yaptırmak rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur.					
20. Düzenli olarak sürüntü testi yaptırmak rahim ağzı kanserinden ölme riskini azaltacaktır.					
21. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim.					
22. Sağlığımı sürdürmek benim için önemlidir.					
23. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım.					
24. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm.					
<b>Pap-smear Engeller</b>					
15. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle sürüntü testi yaptırmaktan korkarım.					
16. Ne yapılacağını bilmediğim için sürüntü testi yaptırmaktan korkarım.					
17. Sürüntü testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum.					
18. Sürüntü testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım.					
19. Sürüntü testi yaptırmak çok fazla zaman alır.					
20. Sürüntü testi yaptırmak çok ağrılıdır.					
21. Sağlık personeli sürüntü testi yaptırırken kaba davranır.					
22. Yıllık olarak sürüntü testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam.					
23. Yaşamımda sürüntü testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var.					
24. Belirli aralıklarla sürüntü testi yaptırmak için çok yaşıyım.					

25. Sütüntü testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok.					
26. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa sürüntü testi yaptırmak bunu engellemez.					
27. Sürüntü testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
28. Sürüntü testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam.					
<b>Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet</b>					
8. Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur.					
9. Rahim ağzı kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.					
10. Rahim ağzı kanserini düşünmekten korkarım.					
11. Rahim ağzı kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım.					
12. Rahim ağzı kanseri olmak eşimle erkek arkadaşım ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaşatabilir.					
13. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir.					
14. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam.					
<b>Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık</b>					
4. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
5. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir.					
6. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissediyorum.					
<b>Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu</b>					
4. Sağlığım için dengeli beslenirim.					
5. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım.					
6. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim.					