



T.C

BEZMİÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ
KADINLARDA MEME VE SERVİKS KANSERİ TARAMALARI HAKKINDAKİ
SAĞLIK İNANÇLARI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Aynur BİLGİN AKYAY

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aclan ÖZDER

OCAK 2025



T.C.

BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN 18 YAŞ VE
ÜZERİ KADINLARDA MEME VE SERVİKS KANSERİ TARAMALARI
HAKKINDAKİ SAĞLIK İNANÇLARI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Aynur BİLGİN AKYAY

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aclan ÖZDER

OCAK 2025

Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne bağlı Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olan Aynur BİLGİN AKYAY, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA MEME VE SERVİKS KANSERİ TARAMALARI HAKKINDAKİ SAĞLIK İNANÇLARI” başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aclan ÖZDER

Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Okcan BASAT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Yalçın HACIOĞLU

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Teslim Tarihi: 10.01.2025

Savunma Tarihi: 24.01.2025

TEŞEKKÜR

Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Rektörü sayın Prof. Dr. Rümeyza KAZANCIOĞLU ve Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Ramazan ÖZDEMİR hocalarıma bizlere sağladığı mesleki gelişim ve deneyim imkanları nedeniyle çok teşekkür ederim.

Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Aclan ÖZDER hocama asistanlık eğitimi sürecimdeki yol göstericiliği ve katkıları için çok teşekkür ederim.

Eğitim süreci boyunca her bir rotasyonda üzerimizde emeği olan tüm değerli hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma bana kattıklarından dolayı teşekkürü bir borç bilirim. Tez hazırlık aşamasında her sorumda desteğini esirgemeyen yol gösteren değerli Uz. Dr. Adem hocama, veri toplama aşamasında birlikte çalıştığımız beni destekleyen çok sevdiğim ASM çalışma arkadaşlarıma özellikle de tıbbi sekreterimiz Fatıma Kalafatoğlu'na ayrıca teşekkür ediyorum.

Tüm hayatım boyunca hep yanımda hep destek olan maddi manevi bütün yükü beraber paylaştığımız çok değerli ailem, annem Kısmet BİLGİN, babam Hüseyin BİLGİN 'e, özellikle uzmanlık eğitimi süresince beni hep destekleyen değerli eşim Ramazan AKYAY' a ve bize yoldaş olan yavrularımıza, manevi ve akademik destekçim sevgili kız kardeşim Aygöl BİLGİN' e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ocak 2025

Dr. Aynur BİLGİN AKYAY

BEYAN

“BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA MEME VE SERVİKS KANSERİ TARAMALARI HAKKINDAKİ SAĞLIK İNANÇLARI” isimli tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Aynur BİLGİN AKYAY

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
BEYAN	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
ÖZET.....	xii
SUMMARY	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Kanser Tanımı.....	4
2.1.1 Genel durum.....	4
2.1.2 Kanser taramaları ve erken tanı.....	5
2.1.3 Kanser epidemiyolojisi.....	6
2.1.4 Risk faktörleri.....	7
2.2 Meme Kanseri	9
2.2.1 Epidemiyolojisi ve önemi	10
2.2.2 Meme kanserinin etiyolojisi.....	11
2.2.3 Meme kanserinin kliniği	11
2.2.4 Meme kanseri tarama programı	12
2.2.5 Mamografi taraması ve görüntüleme	16
2.2.6 Sağlık inanç modelinin kullanımı	17
2.3 Serviks Kanseri	22

2.3.1 Serviks kanser taramaları	22
2.3.2 Risk faktörleri.....	28
2.3.3 Korunma.....	29
3. YÖNTEM VE GEREÇ	34
3.1 Çalışmanın Yapısı	34
3.2 Veri Toplama Araçları	34
3.3 İstatistiksel Analizler.....	34
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ	70
7. KAYNAKÇA.....	71
8. EKLER.....	85
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri.....	36
Tablo 2: Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	37
Tablo 3: Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4: Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 5: Bireylerin Medeni Durumuna Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 6: Bireylerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 7: Bireylerin Sigara Kullanım Durumuna Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 8: Bireylerin Gelir Düzeyine Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 9: Bireylerin Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olma Durumuna Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması....	44
Tablo 10: Bireylerin Ailede Rahim Ağzı Kanseri Öyküsü Olma Durumuna Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	45

Tablo 11: Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler	46
Tablo 12: Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 13: Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 14: Bireylerin Medeni Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 15: Bireylerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	50
Tablo 16: Bireylerin Sigara Kullanım Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 17: Bireylerin Gelir Düzeyine Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 18: Bireylerin Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olma Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 19: Bireylerin Ailede Rahim Ağzı Kanseri Öyküsü Olma Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 20: Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları	55

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Dünya geneli her iki cinsiyette insidans ve ölüm oranları, 2022	11
Şekil 2: Ayna karşısında memelerin kontrolü yapılır	12
Şekil 3: Eller başın arkasında memelerin kontrolü yapılır.....	12
Şekil 4: Meme muayenesi, elin 2.3.4. parmaklarının iç ve uç kısımları ile yapılır....	13
Şekil 5: Sol el başın üzerine konur, sağ elle sol meme çizgisel tarzda yukarıdan aşağıya, aşağıdan yukarıya, dairesel tarzda dıştan içe ve meme başından dışa doğru muayene edilir. Aynı şekilde sağ meme de muayene edilir.....	13
Şekil 6: Meme muayenesi uzanıp, sırt altına yastık konarak tekrarlanır.	13
Şekil 7: KMM, Sağ elle sol meme muayenesi	14
Şekil 8: KMM, Sol elle sağ aksilla muayenesi	15
Şekil 9: KMM, Oturarak sol meme muayenesi.....	15
Şekil 10: KMM, Yatarak sağ meme muayenesi.....	15
Şekil 11: Pelvik muayene ve servikal örnekleme	23
Şekil 12: HPV Enfeksiyonuna bağlı hücresel değişiklikler	27
Şekil 13: Servikal displazik ve hiperplazik değişiklikler	28
Şekil 14: Türkiye servikal tarama programı algoritması, 2020	33

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACIP: Advisory Committee on Immunization Practices (Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi)

ACS: American Cancer Society (Amerikan Kanser Topluluğu)

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BCC: Basal Cell Carcinoma (Bazal Hücreli Karsinom)

CDC: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)

CIN: Cervikal İntraepitelyal Neoplazi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Food and Drug Administration (Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi)

GBCI: The Global Breast Cancer Initiative (Küresel Meme Kanseri Girişimi)

GGK: Gaitada Gizli Kan

GLOBOCAN: Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlem Verisi)

HBV: Hepatit B Virüsü

HPV: Human Papilloma Virus (İnsan Papilloma Virüsü)

IARC: International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)

KETEM: Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KMM: Klinik Meme Muayenesi

LEEP: Loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (Sıcak Konizasyon)

PAP: Papanicolaou (smear)

PMS: Periyodik Sağlık Muayeneleri

SCC: Squamous Cell Carcinoma (Skuamöz Hücreli Karsinom)

SİM: Sağlık İnanç Modeli

USG: Ultrasonografi

USPSTF: United States Preventive Services Task Force (Amerika Birleşik Devletleri
Önleyici Hizmetler Görev Gücü)

UV: Ultraviyole

VKI: Vücut Kitle İndeksi

VLP: Virus Like Particle (Virus Benzeri Parçacık)

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN 18 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARDA MEME VE SERVİKS KANSERİ TARAMALARI HAKKINDAKİ SAĞLIK İNANÇLARI

ÖZET

Amaç: Çalışmamızda birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri ve serviks kanseri taramaları hakkındaki sağlık inançlarını sağlık inanç modeli ölçekleri ile incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamızı, İstanbul’da bulunan bir aile sağlığı merkezine Mayıs-Temmuz 2024 tarihleri arasında başvuran dahil edilme kriterlerini karşılayan 306 kadının katılımı ile gerçekleştirdik. Katılımcılara; Sosyodemografik Form, Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %47.1’i (n=144) üniversite mezunu, %59.8’i (n=183) evli, %30.7’si (n=94) sigara kullanmakta, %61.8’nin (n=189) geliri giderine denk, %14.7’sinin (n=45) ailesinde meme kanseri ve %6.2’sinin (n=19) ailesinde serviks kanseri öyküsü bulunmakta idi. Eğitimin her iki kanser taramaları hakkındaki engel algısını azalttığı, bekar bireylerin yarar algısının daha yüksek olduğu ve taramaları daha çok önemseyip ciddiye aldıkları bulundu. Gelir düzeyinin artması ve ailede kanser öyküsünün bulunmasının, kanser taramalarına yönelik inançları olumlu yönde etkilediği saptandı.

Sonuç: Eğitim, medeni durum, gelir ve aile öyküsü faktörlerinin; meme ve serviks kanserleri taramalarına yönelik sağlık inançları üzerinde etkili olduğu görüldü. Kanser taramaları hakkındaki farkındalığı artırmak amacıyla, düşük eğitim seviyesindeki ve düşük gelirli bireylere yönelik eğitim programları düzenlenebilir. Bekar veya ailesinde kanser öyküsü olan bireylere ise sosyal etkinlikler veya destek grupları oluşturulabilir.

Anahtar Kelimeler: serviks kanseri, meme kanseri, sağlık inanç modeli, kanser taramaları

HEALTH BELIEFS ABOUT BREAST AND CERVICAL CANCER SCREENINGS AMONG WOMEN AGED 18 AND OVER WHO APPLY TO PRIMARY HEALTH CARE SERVICES

SUMMARY

Objective: Our study aimed to examine the health beliefs about breast cancer and cervical cancer screenings of women aged 18 and over who applied to a primary health care institution using health belief model scales.

Materials and Methods: We conducted our study with the participation of 306 women who met the inclusion criteria and applied to a family health centre in Istanbul between May and July 2024. The participants were administered the Sociodemographic Form, the Health Belief Model Scale for Breast Cancer Screening, and the Cervical Cancer and Pap Smear Test Health Belief Model Scale.

Findings: Of the individuals who participated in the study, 47.1% (n=144) were university graduates, 59.8% (n=183) were married, 30.7% (n=94) were smokers, 61.8% (n=189) had income equivalent to expenses, 14.7% (n=45) had a family history of breast cancer and 6.2% (n=19) had a family history of cervical cancer. It was found that education decreased the perception of barriers to screening for both cancers, and single individuals had a higher perception of benefit and took screening more seriously. It was determined that increasing income level and having a family history of cancer positively affected beliefs about cancer screenings.

Results: Education, marital status, income and family history factors were found to be effective on health beliefs about breast and cervical cancer screening. In order to increase awareness about cancer screening, educational programmes can be organised for individuals with low education level and low income. Social activities or support groups can be organised for single individuals or individuals with a family history of cancer.

Keywords: Breast cancer, cervical cancer, screenings, health belief model scales

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz sağlık hizmetlerinin ana hedefi, bireylerin sağlıklarını korumalarına yardımcı olmak ve risk faktörlerinden kaçınmaları için yol gösterici önerilerde bulunmaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan koruyucu hizmetler, hastalık riski taşımayan bireyleri bu risklerden uzak tutmayı, risk altındaki bireylerin risklerini azaltmayı, mevcut hastalıkları erken aşamada tanıyıp tedavi etmeyi ve kronik hastalıkların kalıcı hasar bırakmasını engellemeyi hedefler. Bu temel hedefler, ulusal ve uluslararası kuruluşlar tarafından belirlenen standartlara göre gerçekleştirilen periyodik sağlık muayeneleri aracılığıyla sağlanır. Taramaya ihtiyaç duyulup duyulmadığı ve hangi tarama yönteminin en uygun olduğuna karar verme, bireyden bireye farklılık gösterebilir (1).

Birinci basamak sağlık hizmetleri üç ana bileşene ayrılır. Koruyucu hizmetler; hastalıkları önlemeye yönelik faaliyetleri içerir. Aşılar, sağlık taramaları, bireysel sağlık danışmanlığı ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları konusunda eğitim gibi hizmetleri içerir. Tedavi edici hizmetler; hastalık veya yaralanma durumunda verilen sağlık hizmetlerini kapsar. Tanı koyma, hastalık tedavisi, ilaç reçetesi ve acil durum müdahalesi gibi işlemleri içerir. Rehabilitasyon edici hizmetler; hastalık veya yaralanma sonrası iyileşme sürecine destek olur. Fiziksel rehabilitasyon, psikolojik destek ve sosyal hizmetler gibi konuları içerir. Aile hekimliği; bu üç hizmeti bir arada sunarak bireylerin sağlıklarını korumaya ve hastalıklar karşısında en uygun tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlamaya çalışır.

Kanser taramaları koruyucu hizmetler içinde ele alınır ve aile hekimliklerinde toplum tabanlı taramalar yapılır. Bu taramalar birinci basamaktaki en önemli periyodik sağlık muayenelerindendir. Taramaların tanısal testlerden farkı lezyonların semptomlar ortaya çıkmadan önce, daha başarılı bir şekilde tedavi edilebildiği erken evrelerde tespit edilebilmesini sağlayarak kanser oluşumunu önlemeye olanak sağlamasıdır (2).

Aile hekimlikleri, kendilerine kayıtlı nüfusta tarama yapılması gereken kişilere ulaşır, taramalar konusunda bilgilendirir, taramaları uygulama ve

yönlendirme konusunda aktiftir. Ülkemizde taramalar, Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) ve Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'nde yapılır. Tarama sonuçları da yine aile hekimlikleri aracılığı ile kişilere ulaştırılır (1).

Kanserler, neden olduğu morbidite, mortalite ve ekonomik yük nedeniyle günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir ve bu sorunun gelecekte daha da artması öngörülmektedir. Bu bağlamda, tarama yöntemlerinin önemi artmaktadır; etkili, güvenli, maliyeti uygun ve kabul edilebilir yaklaşımlarla erken tespit ve tedavi, büyük bir önem taşımaktadır. Mevcut bilimsel veriler ışığında, kanser vakalarının en az %40'ının etkili birincil koruma stratejileri ile önlenebileceği ve bu sayede ölüm oranlarının azaltılabileceği gösterilmiştir (3).

Birincil koruma, aşılama ve düzeltilmesi mümkün olan risk faktörlerini kapsar. Sigara içme, alkol tüketimi ve beslenme alışkanlıkları gibi etkenler, kanser vakalarının büyük bir kısmının gelişiminde rol oynayabilir. Düzeltilebilir faktörlere yönelik iyileştirmeler tarama programlarından daha etkili ve daha maliyet etkin olduğundan ilk aşamada tercih edilmeli ve desteklenmelidir. Tüm kanser vakalarının %30-50'si önlenabilir olduğundan kanserin kontrolü için en etkili ve ekonomik olarak en uygun, uzun vadeli strateji önlemedir (2).

Ülkemizde, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılması tavsiye edilen üç kanser türü için tarama programları yürütülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde de gerçekleştirilen kolorektal, meme ve serviks kanserlerinin taramaları, hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltmada kritik bir rol oynamaktadır (1).

Kadınlar için meme kanseri tarama programı çerçevesinde, her ay kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapılması tavsiye edilmektedir ve bu konuda gerekli danışmanlık sağlanmalıdır. Ek olarak, her yıl bir defa klinik meme muayenesi başvurusu ve 40-69 yaş arasındaki kadınlara her iki yılda bir defa mammografi çekilmesi önerilmektedir.

Her 30-65 yaş arasındaki kadın için serviks kanseri tarama programı çerçevesinde 5 yılda bir defa HPV-DNA testi ve Pap smear testi taraması önerilmektedir.

Her iki cinsiyette, 50-70 yaş aralığında, kolorektal kanser tarama programı çerçevesinde, her 2 yılda bir defa gaitada gizli kan (GGK) testi yapılması ve her 10 yılda bir defa kolonoskopi başvurusu tavsiye edilmektedir (4).

Erken teşhis stratejileri içerisinde yapılması gereken öncelikle kanser teşhisini geciktiren engellerin belirlenmesi ve değerlendirilmesidir. Bu engeller hastalardan, bakım vericilerden ve sağlık sistemlerinden kaynaklı olabilir. Bunların tespiti ile hasta davranışına yönelik topluluk katılımını, tarama, teşhis ve sevk kapasitesinin iyileştirilmesini ve zamanında, doğru tedaviye erişimin sağlanmasını içeren etkili programlar uygulanabilir (5).

Çalışmamızda, birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların meme ve rahim ağzı kanseri taramaları konusundaki sağlık inançlarının Sağlık İnanç Modeli çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır. Kadınların kanser erken tarama programlarına katılımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu konuda etkili stratejik faaliyetlerin geliştirilmesi için kritik bir adımdır.

Biz de Sağlık Bakanlığınca düzenli yapılması önerilen meme ve serviks kanseri taramalarına katılım için 18 yaş ve üzeri kadınların bu konudaki inançlarını, sosyodemografik özelliklerle ilişkisini ortaya koymayı ve anketi uyguladığımız kadınlarda bu konuda danışmanlık vererek farkındalık oluşturmakla taramalara katılımı arttırmayı hedefledik. Bu çalışma ile birincil korunma ve tarama oranlarının yükselmesini beklemekteyiz.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Kadınların meme kanseri ve taramaları ile ilişkili sağlık inançları nelerdir?
2. Kadınların serviks kanseri ve taramaları ile ilişkili sağlık inançları nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kanser Tanımı

Kanser, sağlıklı dokularda görülen düzenli hücre bölünmesi ve hücre farklılaşması programlarının bozulmasını ve hücrelerin kontrol dışı işlev ve çoğalmasını, hücrelerin bulundukları dokuda kontrolsüz biçimde büyüyerek bir kitle oluşturmasını ve bazen de bu kitleden kaynaklanan hücrelerin farklı bölgelere yayılmasını kapsayan bir hastalık grubunun genel adıdır.

Kanserlerin tanımlanmasına yönelik olarak sıklıkla kullanılan tabir ile ‘kötü huylu’ metastatik malign tümörler ‘iyi huylu’ olarak tanımlanan benign tümörlerden farklı olarak bulundukları bölgeyi yaygın biçimde istila edebilir, bölgesel lenf düğümlerine yayılabilir ve vücuttaki uzak doku ve organlara metastaz yapma özelliklerine sahip olabilirler (6).

Klinik olarak kanserler, farklı bireylerde veya aynı bireyde benzer dokuda görülmekte olsalar bile, farklı yapısal özelliklere ve farklı moleküler bozukluklara sahip hücrelerden oluşabilirler. Bu durum kanser hücre heterojenliği olarak tanımlanır. Kanserli dokuları oluşturan hücreler büyük ölçüde heterojen özellikler gösterirler.

2.1.1 Genel durum

Kanserler, klinik seyirleri ve tedavi yanıtları farklılık gösteren yüzlerce hastalığı kapsamaktadır. Bireylere ve sağlık sistemlerine fiziksel, psikolojik ve ekonomik baskı uygulayarak büyümeye devam eden kanser yükü, daha çok düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık sistemlerince yönetilemediği için birçok kanser hastası, zamanında ve uygun tanı ya da tedaviye erişim sağlayamamaktadır (4).

Her kanser türü, kendine özgü risk faktörleri, etyoloji, teşhis ve tedavi yöntemlerine sahiptir. Bu yüzden erken teşhis ve tarama yöntemleri kanser türüne göre değişiklik gösterebilir. Bazı kanser türleri, örneğin meme, kolon ve serviks kanserlerine erken teşhis ve tarama yöntemleri yapılabilirken, diğer bazı kanser

türlerinde bu tür tarama önerileri bulunmamaktadır (pankreas, mesane gibi) (7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tarama yapılabilme kriterleriyle beraber;

- Tarama yönteminin kanser yükünü azaltmada etkili olduğu kanıtlanmalı ve bu yöntem, kapsamlı bir kanser kontrol programının bir parçası olarak değerlendirilmelidir (8).

Kaynakların kısıtlı olduğu ortamlarda, kanserin sıklıkla hastalığın geç evresinde teşhis edilmesi hayatta kalma oranının azalmasına, potansiyel olarak daha yüksek morbiditeye ve daha yüksek tedavi maliyetlerine neden olur. Sağlık sistemleri ve hizmetleri güçlü olan ülkelerde bile birçok kanser vakasına geç teşhis, önemli bir sorundur. Bu nedenle, kanser teşhisindeki gecikmelerin ve erişilemeyen tedavilerin ele alınması, kanser kontrolüne yönelik tüm çalışmalarda kritik öneme sahiptir.

2.1.2 Kanser taramaları ve erken tanı

Asemptomatik fakat risk grubundaki kişilerin erken tanı ve tedavi için muayene edilmesi ve incelenmesi, hastalıkların kontrolü amacıyla yapılan tarama yöntemleridir. Sağlık taramaları hem erken tanı koymak hem de hastalık ve ölüm oranlarını azaltmak amacıyla, sağlıklı bireylere düzenli aralıklarla uygulanır. Tarama testlerinde amaç tanı koymak değil, varsa pozitif bulguları erken dönemde saptayarak ileri tetkikler ile tanıyı doğrulamak, vakit kaybetmeden ilgili birimlere yönlendirmektir. Bu akış hem daha az maliyete hem daha kolay tedavi edilmeye olanak sağlar (9).

İlk olarak tarama yapılması uygun olan durumları 1968 yılında Wilson ve Jungner ortaya koymuş, DSÖ Wilson-Jungner kriterlerini temel alarak, ulusal tarama programları kapsamında olacak hastalıkların, etkin bir tarama programı için sahip olması gereken özellikleri şöyle sıralamıştır:

Taranan hastalık, toplum için önemli bir sağlık sorunu teşkil etmeli ve bu hastalığın yaygınlığı ile etkileri, tarama programlarının gerekliliğini ortaya koymalıdır. Taranacak hastalığın, latent veya erken semptomatik bir dönemi bulunmalı ve tarama için uygun ve güvenilir test veya muayene yöntemi mevcut

olması istenmektedir. Kullanılacak tarama testleri toplum tarafından kabul görmeli ve kolay uygulanabilir olmalı, hastalığın tüm seyrine ilişkin yeterli veri mevcut olmalı ve hastalıkların tanı ve tedavisi için gerekli olan altyapı olanakları, ekipman, personel ve diğer kaynaklar dahil, uygun bir şekilde sağlanmalıdır. Tedavi edilecek doğru hasta grubuna dair net bir politika ve kriterler belirlenmiş olmalıdır. Tarama sonucunda tespit edilen hastalıkların tedavi edilebilmesi için uygun ve etkili bir tedavi yöntemi olmalı, tarama yöntemi maliyet etkin olmalı ve sağlık sistemine ekonomik açıdan uygun olmalıdır. Tarama, sürekli bir işlem olarak düzenlenmeli ve belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

Tarama programlarının etkin olabilmesi için toplumun yüksek düzeyde katılımı gereklidir. Hedeflenen popülasyonun en az %70'inin tarama programlarına katılması sağlanmalıdır (9).

Uygulanabilir bir tarama planı, taranan hastalığın toplumdaki sıklığı, kullanılan testin duyarlılığı, daha önce yapılmış tarama geçmişi ve toplumun sağlıkla ilgili davranışlarına bağlı olarak değerlendirilmelidir.

2.1.3 Kanser epidemiyolojisi

Kanser epidemiyolojisinde, istatistiklerin bilinmesi, kaynakların etkin bir şekilde kullanılabilmesi ve kanserle mücadelede başarılı stratejiler geliştirilmesi açısından büyük bir öneme sahiptir. Dünya Kanser Raporu'nda en fazla düşük ve orta gelirli ülkelerin etkilendiği, artan nüfus ve yaşlı oranı ile kanserlerin artışının devam edeceği vurgulanmaktadır (9).

Kanserler tüm dünyada ölüm nedenleri sıralamasında ikincidir. 2020 yılında neden olduğu ölüm sayısı 10 milyona yakındır (7). Ülkemizde her beş ölümden birinin nedeni olarak gösterilmektedir. 2018 yılında 18 milyon kişiye kanser tanısı konduğu, çevresel tetikleyiciler ve aşırı stresli yaşam koşulları nedeniyle 2040 yılına kadar bu rakamın yaklaşık 30 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (10).

2.1.4 Risk faktörleri

Sağlıklı dokularda görülen düzenli hücre bölünmesi ve hücre farklılaşması programlarının bozulmasına ve hücrelerin kontrol dışı işlev ve çoğalmasına sebep olan genetik değişiklikler kanserin önemli nedenleri arasındadır. Bu değişiklikler sonucu hücre gruplarının çoğalmasını ve büyümesini destekleyen etkenlerin artışı ile hastalıklı hücrelerin doğal yollar ve bağışıklık sistemi tarafından yok edilmesini sağlayan etkenlerin azalması kanser hücrelerinin doku fizyolojisini kontrol eden dış etkilere duyarsızlaşmasına neden olabilir. Kansere yol açan genetik etmenlerin bazıları ailesel kalıtım yolu ile gelecek nesillere aktarılır, bazı genetik değişiklikler de hastalığın görüldüğü hücrelerde bireye özgü somatik mutasyonlar olarak yeni ortaya çıkabilir.

Kanserin sebebi kesin olarak bilinmemekle beraber kanseri tetikleyen değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri vardır. Değiştirilemeyen faktörler genetik, yaş, cinsiyet vb. iken değiştirilebilir faktörler çevresel nedenlerdir; sigara kullanımı ve alkol tüketimi, kötü beslenme, gıdalardaki katkı maddeleri, bazı kimyasallar (asbest, katran, boya maddeleri gibi), radyasyon maruziyeti, uzun süreli güneş ışığı maruziyeti, hava kirliliği gibi faktörlerdir (6).

Tütün, dumanında 7000'den fazla kimyasal içerir ve bunların yaklaşık 250'sinin zararlı ve bir kısmının da kanserojen olduğu gösterilmiştir. Tüm dünyada sigara kullanımı, kanserden ölümlerde önlenemez en büyük risk faktörüdür. Her yıl daha çok orta ve düşük gelirli ülkelerde (1,1 milyar sigara içicisinin yaklaşık %80'i) 8 milyonu aşkın kişi sigara nedenli kanser ve diğer hastalıklardan ölmektedir (11).

Alkol, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından sınıflandırılan; toksik, psikoaktif ve bağımlılık yapan bir maddedir ve yemek borusu, karaciğer, kolorektal ve meme kanserleri de dahil olmak üzere birçok kanser türüyle nedensel olarak bağlantılı olan Grup 1 kanserojendir. Alkol tüketimi her yıl 740.000 yeni kanser vakasıyla ilişkilendirilmiş, dünya çapında 20 meme kanserinden 1'inin alkol tüketiminden kaynaklandığı, tüketilen alkol miktarı arttıkça kanser riskinin de arttığı gösterilmiştir (11).

Fazla kilolu ve obez olmak, yemek borusu, kolorektal, meme, endometrial ve böbrek gibi birçok kanser türüyle bağlantılıdır. Sağlıklı vücut ağırlığını korumak, sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz riski düşürebilir (11).

Hepatit virüsü ve insan papilloma virüsü (HPV) kanser sebebi enfeksiyonlardandır ve daha çok düşük ve orta gelirli ülkeleri etkilemektedir. Aşılamalar karaciğer ve serviks kanserlerine neden olabilen bu enfeksiyonları azaltabilir (11).

Hava kirliliğinin dünya çapında erken ölümlere neden olduğu bilinmektedir. Akciğer kanseri için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Ayrıca katı yakıtlar ve gazyağıyla yemek pişirmekten kaynaklanan ev hava kirliliğine bağlı hastalıklardan da erken ölümler bildirilmiştir (11).

Mesleki kanserojenlerin akciğer kanseri, mezotelyoma ve mesane kanseri ile nedensel olarak ilişkili olduğu bildirilmiştir (11).

İyonlaştırıcı radyasyona maruziyet, lösemi gibi bazı çeşitli malignite türleri için risk faktörüdür. Genç yaşta maruziyet ve maruziyet miktarının yüksekliği riskleri artırır. Ultraviyole (UV) radyasyon ve özellikle güneş radyasyonu insanlar için kanserojendir ve bunlar skuamöz hücreli karsinom (SCC), melanom ve bazal hücreli karsinom (BCC) gibi önemli cilt kanserlerinin oluşumuna yol açabilmektedir. UV yayan bronzlaşma cihazları artık cilt ve oküler melanom kanserleriyle olan ilişkileri nedeniyle insanlar için kanserojen olarak sınıflandırılmaktadır. Yoğun ve uzun süreli maruziyetten kaçınmak, koruyucu giysiler ve güneş kremi kullanmak önlemede etkili tedbirlerdendir (11).

Dünya Sağlık Örgütü Kanser Erken Teşhis Rehberi, politika yapıcılara ve program yöneticilerine zamanında teşhis koymayı kolaylaştırma ve herkes için kanser tedavisine erişimi iyileştirme konusunda yardımcı olmayı amaçlar (5). DSÖ, kanser risk faktörlerine maruziyeti azaltmak, farkındalığı artırarak insanlara daha sağlıklı yaşam tarzlarını benimsetmek için ihtiyaç duydukları bilgi ve desteğin sağlanması amacıyla ulusal politika ve programları güçlendirmek için Üye Devletlerle birlikte çalışır. Kanser ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünü ele almaya yönelik ulusal çalışmaları güçlendirmek amacıyla, DSÖ'nün Bulaşıcı

Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı (2013-2020), bu hastalıkların çoğunu hedef alarak 2025 yılına kadar bunlardan kaynaklanan erken ölümleri azaltmaya yönelik bir yol haritası sunmaktadır (11).

DSÖ önerileri doğrultusunda, 1992'den itibaren ülkemizde servikal smear testi, 2012'den itibaren de HPV testiyle servikal kanser taraması yapılmaktadır. Yine 2012'de Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumunca düzenlenen, Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları'na göre toplum tabanlı meme kanseri taramasının 40 yaşında başlanarak, 2 yılda bir 69 yaşına kadar yapılması önerilmiştir (12).

Meme ve rahim ağzı kanserleri erken tanısı mümkün ve etkin tedavisi olan ve kadınlarda sık görülen kanserlerdir. Meme, rahim ağzı kanserleri ve kolorektal kanserler için Dünya Sağlık Örgütü erken tanı ve evreleme için toplum tabanlı tarama programları önermektedir (13). Tarama süreci, hedef nüfusu davet etmeyi ve bilgilendirmeyi, tarama testlerini uygulamayı, anormal test sonuçlarının ileri testler için sevkini, zamanında tanı, rutin değerlendirme, erken evreleme ve sürecin iyileştirilmesine yönelik etkin tedaviye ulaşımın sağlanmasını kapsar (14). Etkili planlama, uygulama ve uygun finansal destekle sürecin uygun şekilde ilerlemesiyle kanser gelişme ve kansere bağlı ölüm riskinde azalma sağlanabilecektir (13)

2.2 Meme Kanseri

Kadınlarda en sık görülen ve kanserden ölümlerde önde gelen kanser, tüm dünyada meme kanseridir. Düşük ve orta gelirli ülkeleri orantısız bir şekilde etkilemektedir. Yüksek gelirli ülkelerde 5 yıllık hayatta kalma oranları %90'ı aşarken, Hindistan'da bu oran %66 ve Güney Afrika'da %40'tır. Meme kanseri sonuçlarındaki eşitsizliklerin giderilmesi, kaynaklara uygun ve kaliteli hizmetlere erişimde sistematik iyileştirmeler gerektirir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2021'de kurulan Küresel Meme Kanseri Girişimi (GBCI), dünyanın dört bir yanından paydaşları, meme kanserini yılda %2,5 oranında azaltma ortak hedefiyle bir araya getirmektedir. GBCI bu hedeflere ulaşmak için 3 temel strateji uygulamaktadır: Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, erken ve zamanında teşhis ve kapsamlı meme

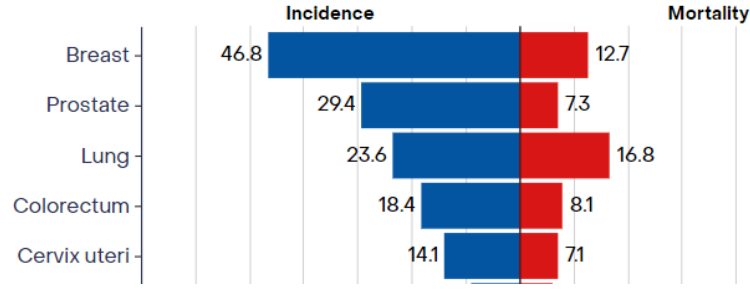
kanseri yönetimi. DSÖ'nün GBCI'sı, dünya genelindeki hükümetlere meme kanserini tespit etme, teşhis etme ve tedavi etme sistemlerini güçlendirme yolları konusunda rehberlik sağlamaktadır. Küresel Meme Kanseri Girişimi (GBCI) Uygulama Çerçevesi, erken teşhis ve yönetime yönelik hizmetleri değerlendirmeyi, güçlendirmeyi ve ölçeklendirmeyi amaçlamaktadır (7).

2.2.1 Epidemiyolojisi ve önemi

2020 yılında dünya genelinde tahminen 10 milyon kanser ölümü gerçekleşmiş ve 19,3 milyon yeni kanser vakası bildirilmiştir. Dünyada her 5 kişiden biri yaşamları boyunca kansere yakalanmaktadır. Bu dönemde yaklaşık 2,3 milyon yeni vakayla kadınlarda en sık tanı konulan kanser türü meme kanseri, akciğer kanserini geçerek en yaygın kanser türü olmuştur. Bunu sırasıyla akciğer, kolorektal, prostat ve mide kanserleri takip etmektedir. Akciğer kanseri, kanser ölümlerinde hala ilk sırada yer almakta ve bunu; kolorektal, karaciğer, mide ve meme kanserleri izlemektedir (9).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)'nın yayınladığı GLOBOCAN 2020 verilerinde, Türkiye'de kadınlarda en sık görülen ilk 5 kanser türü; meme, tiroid, kolorektal, akciğer, uterus korpusu şeklindedir (9).

Ülkemizde kanserler, Nüfus Tabanlı Aktif Kanser Kayıt Sistemi'ne kayıtlıdır. Ülkemizde kanser görülme sıklığı erkeklerde dünyaya göre daha yüksek olmakla birlikte kadınlarda benzerdir. Ülkemizde erkeklerde akciğer, kadınlarda ise meme kanseri ilk sıradadır. Kolorektal kanserlerin sıklığı hem kadın hem erkeklerde üçüncü sıradadır. Kadınlarda meme kanserlerinin %47,9'u, serviks kanserlerinin %55,2'si, kadın ve erkeklerde ise kolorektal kanserlerin %34,1'i tanı anında lokalizedir. Bu evrede tespiti, ülkemizde de yapılan kanser taramaları büyük katkı sağlamaktadır (15).



Şekil 1: Dünya geneli her iki cinsiyette insidans ve ölüm oranları, 2022 (16)

2.2.2 Meme kanserinin etiolojisi

Meme kanserlerinin çoğunluğu adenokarsinomlardır; bunların %85'i duktuslardan ve %15'i lobüler epitelden kaynaklanır. Duktal patoloji insitu duktal karsinomdan, bazal membranı aşarak komşu meme parankimine yayılan invaziv karsinoma kadar değişir. Meme kanserinin diğer formları arasında memenin Paget hastalığı, inflamatuvar meme kanserleri ve papiller karsinomlar yer alır. Malign filloidler ve anjiyosarkomlar gibi sarkomlar nadir görülür.

Tümör oluşumu, hücre çoğalması ve apoptozu kontrol eden yolların düzensizliği sonucu ortaya çıkar. Meme kanseri hücrelerinde östrojen reseptörleri, progesteron reseptörleri ve insan epidermal büyüme faktörü 2 reseptörlerinin varlığı veya yokluğu tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde önemlidir.

2.2.3 Meme kanserinin kliniği

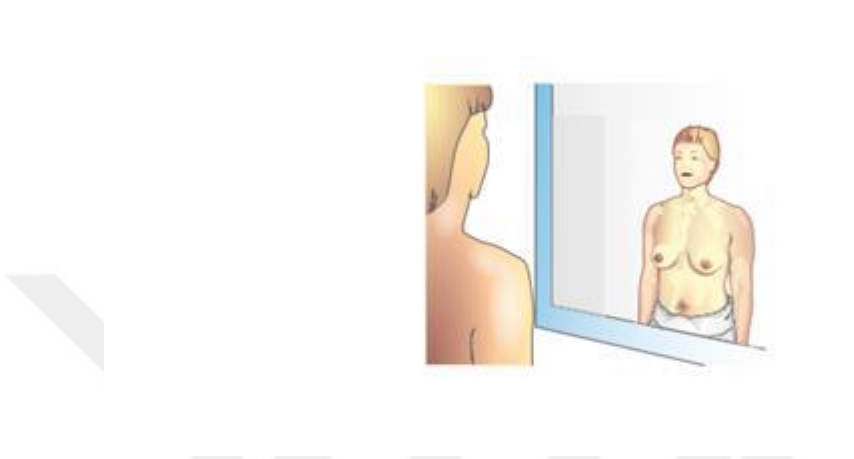
Meme kanseri genellikle memede kitle olarak ortaya çıkar ve genellikle ağrısızdır, başka belirtiler olmadan tek başına meme ağrısı nadiren de olsa meme kanserinin bir belirtisi olabilir. Ancak meme kitlelerinin %90'ı fibroadenom, kistler ve fibrokistik değişim gibi iyi huylu niteliktedir.

Meme kanserleri; sert, hareketsiz, düzensiz veya sabit özelliklere sahip olabilen göğüs ve/veya koltuk altı kitlesi, memede şişlik veya şekil ve boyutta değişiklikler, eritem, çukurlaşma, ülserasyon ve portakal kabuğu görünümü dahil cilt

değişiklikleri, inversiyon, döküntü veya akıntı gibi meme ucu değişiklikleri şeklinde ortaya çıkabilir.

2.2.4 Meme kanseri tarama programı

2.2.4.1 Kendi kendine meme muayenesi



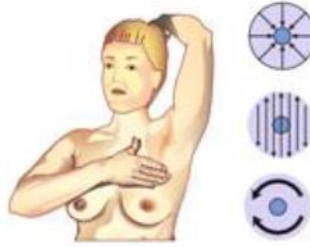
Şekil 2: Ayna karşısında memelerin kontrolü yapılır.



Şekil 3: Eller başın arkasında memelerin kontrolü yapılır.



Şekil 4: Meme muayenesi, elin 2.3.4. parmaklarının iç ve uç kısımları ile yapılır.



Şekil 5: Sol el başın üzerine konur, sağ elle sol meme çizgisel tarzda yukarıdan aşağıya, aşağıdan yukarıya, dairesel tarzda dıştan içe ve meme başından dışa doğru muayene edilir. Aynı şekilde sağ meme de muayene edilir.



Şekil 6: Meme muayenesi uzanıp, sırt altına yastık konarak tekrarlanır.

2.2.4.2 Klinik meme muayenesi

Meme kanseri sıklıkla 40 yaşından sonra görülürken nadiren 20-40 yaş aralığında görülebilir. Ülkemizde bilinen 40 yaş altı meme kanseri vakası yaklaşık %20 olduğundan, 20 yaşından itibaren klinik meme muayenesine başlanması ve her yıl düzenli olarak yapılması tavsiye edilmektedir. Muayene sıklığı, memesinde sorun yaşayan ya da yüksek risk altında bulunan kadınlar için doktor tarafından kişiye özel olarak belirlenmelidir.

Meme muayenesi sırasında, kadın ayakta dururken önce memelerin simetrisi ve hareketleri gözlemlenir. Ardından hasta oturtularak, memeler ve çevresindeki lenf nodları (aksiller, mammariya interna ve supraklaviküler bölgeler) detaylı bir şekilde incelenir. Meme muayenesi, hasta yatırılıp sırtının altına yastık yerleştirilerek tekrar yapılır. Her iki meme çizgisel tarzda yukarıdan aşağı, aşağıdan yukarıya doğru ve dairesel tarzda meme başından periferik doğru muayene edilir.



Şekil 7: KMM, Sağ elle sol meme muayenesi



Şekil 8: KMM, Sol elle sağ aksilla muayenesi



Şekil 9: KMM, Oturarak sol meme muayenesi



Şekil 10: KMM, Yatarak sağ meme muayenesi

Muayeneye hasta 30-45°'ye ayarlanmış bir muayene masasına oturtularak devam edilir. Cilt, büzüşme, bağlanma, eritem, yara izleri, kitleler ve meme ucundaki değişiklikler veya akıntı dahil herhangi bir değişiklik açısından görsel olarak incelenir. Hasta daha sonra kollarını başının üstüne ve arkasına kaldırmalı, ardından ellerini kalçalarına bastırmalıdır. Bu hareketlerden kaynaklanan cilt değişiklikleri gözlemlenir.

İşaret, orta ve yüzük parmaklarının proksimal ve orta falankslarının palmar yönü, her bir memenin üst ve alt kenarlarından ve ayrıca orta ve yan yönlerden nazikçe muayene etmek için kullanılır ve görüntüdeki farklılıkların tespit edilmesine yardımcı olur. Yine bu parmak uçları yüzeysel, orta ve derin düzlemlerde dört kadran ve meme başı-areola kompleksi içindeki meme dokusunu muayene etmek için kullanılır.

İyi huylu kitleler genellikle ciltte herhangi bir değişikliğe neden olmaz ve çoğunlukla pürüzsüz, hareketli ve sınırları iyi çizilmiştir. Koltuk altı lenf nodlarını muayene etmek için hastanın ön kolu aşağıdan desteklenir ve karşı elin parmak uçlarıyla koltuk altının dört kenarı ve derin koltuk altı lenf düğümleri muayene edilir. Son olarak supraklaviküler lenf düğümleri iki taraflı olarak muayene edilir.

35 yaşının altında, doğum yapmamış ve emzirmemiş kadınlarda meme dokusu genellikle yoğun olduğundan, muayene eden doktor genellikle ilk olarak ultrasonografi kullanır. Gerekli görüldüğünde, mamografi veya manyetik rezonans görüntüleme gibi diğer yöntemleri de talep edebilir (4).

2.2.5 Mamografi taraması ve görüntüleme

İnvaziv kanserli ve lenf nodu tutulumu olan hastalarda, uzak metastazları aramak için daha ileri görüntüleme (toraks, karın ve pelvisin bilgisayarlı tomografi taraması gibi) yapılmalıdır. Radyolojik görüntüleme, anormalliklerin tespit edilmesi ve detaylı olarak değerlendirilmesi açısından en önemli araştırma yöntemidir. Ultrason taraması, klinik olarak elle muayene edilen bir anormalliğin odaklanmış bir incelemesidir ve bir mamografi, endişe duyulan alanı daha da karakterize ederek

meme dokusunun geri kalanını tarayabilir. Dijital meme tomosentezi, meme dokusunun üç boyutlu röntgen görüntülerini sunarak mamografi bulgularını daha da güçlendirir. Bazı hastalarda, meme konservatif cerrahisi seçeneklerinin değerlendirilmesi, görüntüleme yöntemleri arasındaki boyut farklılıklarının giderilmesi veya neoadjuvan kemoterapinin etkilerinin izlenmesi gibi karar süreçlerinde, kontrastlı manyetik rezonans görüntülemeye ihtiyaç duyulabilir. Uzak metastazdan şüphelenilen durumlarda göğüs, karın ve pelvisin aşamalı bilgisayarlı tomografi taramaları ile kemik taraması yapılabilir. (17). Biyopsi ve sitoloji örnekleri, histopatolojik değerlendirme için analiz edilir. Hastalık evrelemesi için, Amerikan Kanser Gruplandırması Ortak Komitesini kullanılır.

2.2.6 Sağlık inanç modelinin kullanımı

Koruyucu sağlık davranışlarının düzenlenmesi ve teşvik edilmesi amacıyla çeşitli bilişsel ve davranışsal modeller geliştirilmiştir. Bu modeller arasında en yaygın olarak kullanılanı Sağlık İnanç Modeli' dir (SİM). Kanser tarama davranışları konusundaki inançları inceleyen birçok araştırmacı, bu davranışları açıklamak amacıyla Sağlık İnanç Modeli' nin kuramsal yapısını kullanmıştır. Kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili tutum ve inançlarını belirlemek için kullanılan ölçek, 1984 yılında V. Champion tarafından geliştirilmiş ve ilerleyen yıllarda (1993, 1997, 1999) çeşitli güncellemelerle düzenlenmiştir.

Ölçeklerin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliğine ilişkin sonuçlar belli başlıklar altında sunulmuştur:

Türkçe Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği için;

CSİMO'nun Türkçeleştirilmesi/Dilde eşdeğerlik; ölçeğin Türkçe formunu oluşturmak için sırasıyla *grup çevirisi*, *geri çeviri* ve *pilot uygulama* adımları izlenmiştir.

CSİMO-Türkçe uyarlamasının güvenilirliğine ilişkin sonuçları; Türkçe formunun güvenilirliğine ilişkin *madde istatistikleri* ve alt boyutların *iç tutarlılığı* değerlendirilmiş, madde toplam puan korelasyonları literatürle uyumlu bulunmuştur.

CSİMÖ-Türkçe formunun *zamana göre değişmezliği* de değerlendirilmiş olup *test-tekrar test korelasyonları* alt boyutlar için Cronbach alfa sayıları hesaplanmış ve Türkçe formunun güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan psikometrik değerlendirmeler ölçeğe güvenilebileceğini göstermiştir.

CSİMO-Türkçe uyarlamasının geçerliliğine ilişkin sonuçlar; Türkçe formunun *yapı geçerliliğini* değerlendirmek amacıyla çalışmada doğrulayıcı *faktör analizi* kullanılmış, faktör yapısı KKMM engelleri boyutunun iki ayrı faktör altında toplanmasının dışında İngilizce form ile uyumlu bulunmuştur. Engeller boyutundaki iki faktörün birbiriyle korelasyonları yüksek olduğu için ($r=.65$, $p<.01$) bu faktörler birleştirilmiştir. CSİMÖ'ni diğer dil ve kültürlerle uyarlayan çalışmalarda da faktör analizinde benzer değişimler yaşanmıştır (18).

Sonuç olarak CSİMÖ-Türkçe'nin faktör yapısı İngilizce form ile büyük oranda benzerlik gösterdiği için Türkçe formun geçerliliğine ilişkin kanıt sağlamıştır. CSİMO-Türkçe'nin geçerliliğine ilişkin bir diğer kanıt; formun içeriğinin uygunluğuna ilişkin uzmanlardan aldığı görüşlerin uyumunu Kendal Uyuşum Katsayısı ile değerlendirmiş, uzman görüşleri arasında istatistiksel fark saptanmamış ve formun *içerik geçerliliğini* kanıtlayan bir sonuç elde etmiştir.

Bir ölçme aracının geçerliliğini kanıtlayan ölçütlerden birisi de uygulama geçerliliğidir. Geliştirilen ya da uyarlanan ölçme aracı gerçek yaşamdaki farklılıkları ayırt edebiliyorsa geçerliliğinin iyi olduğu söylenebilir (19,20).

Champion's Türkçe Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Sağlık İnanç Modeli' nin altı kavramını yansıtarak toplam altı boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar: meme kanseri ile ilgili duyarlılık algısı, meme kanseri ile ilgili ciddiyet algısı, kanser tarama yöntemlerine ilişkin yarar algısı, engeller algısı, güven ve sağlık motivasyonudur.

Ölçeğin değerlendirilmesinde, 1'den 5'e kadar olan Likert tipi ölçekleme yöntemi kullanılmış olup, bu yöntem; kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), kararsızım (3), katılıyorum (4) ve tamamen katılıyorum (5) seçeneklerini içerir. Tüm alt boyutlar, ayrı değerlendirilir ve sonuçlar tek bir puanda toplanmaz; her kişi için 6 ayrı puan elde edilir. Ölçeğin tamamlanma süresi ortalama 8-10 dakikadır.

CSİMÖ'nin alt boyutları ile son bir yılda KKMM uygulama sıklığı arasındaki ilişki çok basamaklı regresyon analizi ile değerlendirmiş ve Sağlık İnanç Modeli kavramlarının (ölçek alt boyutları) KKMM uygulama sıklığındaki varyansın %18'ini açıkladığını saptamıştır. Bu analizin sonuçlarına göre; öz-etkililik/güven, sağlık motivasyonu, yarar, duyarlılık ve önemseme/ciddiyet algısı, puanları yüksek olan kadınların son bir yılda KKMM uygulama sıklığı artarken, engel algısı puanı yüksek olan kadınların KKMM uygulama sıklığı azalmaktadır. Bu değerlendirme de CSİMÖ-Türkçe formun geçerliliğinin bir kanıtıdır (21).

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği için;

Ölçek geliştirilmeden önce 1984 yılında meme kanseri ve taramalarına yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğini geliştiren ve çeşitli boyutlarını 1993, 1997 ve 1999 yıllarında revize eden Victoria Champion'dan izin alınmıştır. Ölçeğin geliştirilmesi aşamasında, Victoria Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin 1993 ve 1999 yılları revizyonlarından, konuyla ilgili literatürden, alanında uzman kişilerin görüşlerinden, bu konuda yapılmış Türkçe uyarlama (21) ve ölçeklerden (22) yararlanılmıştır.

Ölçeğin çevirisinde kavramsal eşdeğerlik sağlamak amacıyla İngilizce ölçekler iki öğretim üyesi tarafından ayrı ayrı Türkçe'ye çevrilmiş, daha sonra oluşturulan Türkçe metin üzerinden serviks kanseri ve Pap smear testi için uyarlama yapılmıştır. Geliştirilen ölçeğin Engeller alt boyutuna Türk kültürüne uygun olacağı düşünülen "Simir testi yaptırabileceğim evime yakın bir merkez yok", "Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, simir testi yaptırmak bunu engellemez", "Simir testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim" ve "Simir testi için ücret ödemem gerekirse hiç test yaptırmam" maddeleri eklenmiştir. Takiben ölçekte yer alan soruların ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği, amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği, Türk kültürüne uygunluğu ve geçerliliği konusunda bilgi edinmek amacıyla, alanında uzman dört öğretim üyesinin görüşü alınmış ve ölçeğin son şekli verilmiştir. Daha sonra her iki dili bilen iki uzman tarafından geri çeviri yöntemleri kullanılarak ölçek İngilizceye çevrilmiştir. Son olarak soruların anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 18 kadın üzerinde on ön uygulama yapılmıştır.

Psikometrik değerlendirmede, geçerlilik için; faktör analizi yapılmıştır. Ölçekteki maddelerin faktör yükleri ve maddelerin faktörlere dağılımları yeterli bulunmuştur. Seçilen rneklemenin yeterliliği, Kaiser–Meyer–Olkin (KMO) ve Bartlett’s testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin daha önce Pap smear yaptıran ve yaptırmayan kadınların tutumları ve inanç düzeylerindeki farklılığı ayırt edip etmediğini değerlendirmek amacıyla **bilinen grup geçerliği** yapılmıştır.

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

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli leği, beş alt ölçekte toplanmış 35 maddeden oluşmuştur.

Pap smear Yarar (18.-22. maddeler) ve Sağlık Motivasyonu (11.-14. maddeler), Pap smear Engel algısı (23.-36. maddeler), Rahim ağzı kanseri ciddiyyet algısı (4.-10. Maddeler), Rahim ağzı kanseri duyarlılık algısı (1.-3. Maddeler), Sağlık Motivasyonu (15.-17. maddeler) alt ölçekleri.

Ölçeğin değerlendirilmesinde 1’den 5’e kadar değişen 5’li likert tipi ölçekleme- “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “tamamen katılıyorum” (5)- yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğin her boyutu ayrı ayrı değerlendirilmektedir ve tek bir toplam puanda birleştirilmez. Her birey için alt boyut sayısı kadar puan elde edilir. Alınan puan her boyut için ayrı ayrı değerlendirilir. Puanların yükselmesi duyarlılık ve önemsemenin ve motivasyonun arttığını; yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir. Engel algısı alt leği haricindeki alt lekler, Pap smear tarama davranışıyla pozitif olarak ilişkilidir (23).

Duyarlılık Algısı; bireyin sağlık veya hastalık konusundaki algısı, belirli koşullarda kendisini savunmasız ve hassas hissetme durumunu ifade eder. Bu algıyı

etkileyen psikososyal, demografik, sosyoekonomik ve hastalıkla ilgili değişkenler, algının şekillenmesinde önemli roller oynar.

Ciddiyet Algısı; bireyin hastalığa yakalanma ve tedavi reddi durumunda karşılaşılabileceği sonuçları değerlendirmesi, bu süreçteki riskleri ve potansiyel etkileri göz önünde bulundurmasını içerir. Bireyin koruyucu sağlık davranışları göstermesi, genellikle hastalığın ciddiyetini algılamasıyla doğrudan ilişkilidir.

Algılanan Yarar; ciddi bir durumun varlığına inanmak, bireyi bu duruma karşı bir davranış sergilemeye yönlendirir. Bu davranışı gerçekleştirdikten sonra hastalığa yakalanma riskinin azalacağına dair algılanan yarar, bireyi motive eder. Birey, koruyucu sağlık davranışlarının hem yarar sağlayacağını hem de hastalığın şiddetini azaltacağını düşünür (24).

Algılanan Engel; bireyin hastalığın gelişmesini önleme, sağlığını koruma ve sürdürme amacıyla koruyucu davranışları eyleme dönüştürmesini engelleyen faktörler arasında “ağrı, maliyet, utanma ve zahmet” gibi unsurlar yer alabilir (25). Kişi, koruyucu sağlık davranışlarını gerçekleştirirken çeşitli engellerle karşılaşabilir. Bu davranışların eyleme dönüşmesini engelleyen primer etken, algılanan yarar ile algılanan engel arasındaki farktır.

Sağlık Motivasyonu; bireyin genel sağlık durumunu iyileştirmek için sahip olduğu inanç ve davranışlar sağlık motivasyonunu oluşturur. Sağlık motivasyonu, gerekli durumlarda harekete geçme isteği veya istekli olma durumu olarak tanımlanabilir (21).

Öz-yeterlik; araştırmalar, kadınların meme ve serviks kanserine karşı yüksek sağlık motivasyonuna sahip olmalarının, koruyucu sağlık davranışlarını gösterme olasılıklarını artırdığını ve sağlık motivasyonunun, meme kanseri taraması ve mamografi yaptıрма konusundaki olumlu etkilerini vurgulamıştır.

Eyleme Geçiriciler; hastalığın bir tehdit unsuru olarak algılanmasına ve eyleme yönlendirilmesine katkıda bulunan faktörler arasında gazeteler, dergiler, sağlık kontrolü hatırlatıcı uyarılar, büyük medya kampanyaları ve eğitimler bulunur.

2.3 Serviks Kanseri

Serviks kanserinin çok büyük bir kısmı cinsel yolla bulaşan, yaygın görülen insan papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonuyla ilişkilidir. Birçok HPV enfeksiyonu kendiliğinden iyileşip belirti vermezken, devam eden HPV enfeksiyonları kadınlarda serviks kanseri için risk faktörüdür. Serviks kanseri kadınlarda dördüncü en sık görülen kanserdir (26).

Birincil koruma (HPV aşısı, risk faktörlerinden korunma) ve ikincil koruma tedbirleri (kansere öncesi lezyonların taranması ve tedavisi) serviks kanserlerini önlemede en önemli yaklaşımlardır. Serviks kanseri, erken dönemde saptanıp etkili bir şekilde yönetildiğinde yüksek tedavi başarısına sahip bir kanser türüdür. Teşhisi geç evrelerde saptanan vakalar ise doğru tedavi ve palyatif bakım ile kontrol altına alınabilir ve yönetilebilir. Önleme, tarama ve tedavi konusunda kapsamlı bir strateji benimsenirse, serviks kanseri bir nesil içinde halk sağlığı açısından büyük bir sorun olmaktan çıkarılabilir. HPV aşılması (birincil önleme) ve serviks kanseri taraması (ikincil önleme), prekanseröz lezyonların tedavisiyle birlikte düşük ve orta gelirli ülkelerde birlikte ölçeklendirilmelidir. İkincil önleme olarak da adlandırılan prekanseröz lezyonların taranması ve tedavisi, DSÖ'nün serviks kanserine yönelik yaklaşımının ikinci ayağı olarak gösterilmektedir. Birçok farklı önerilen tarama ve tedavi seçeneği vardır (27).

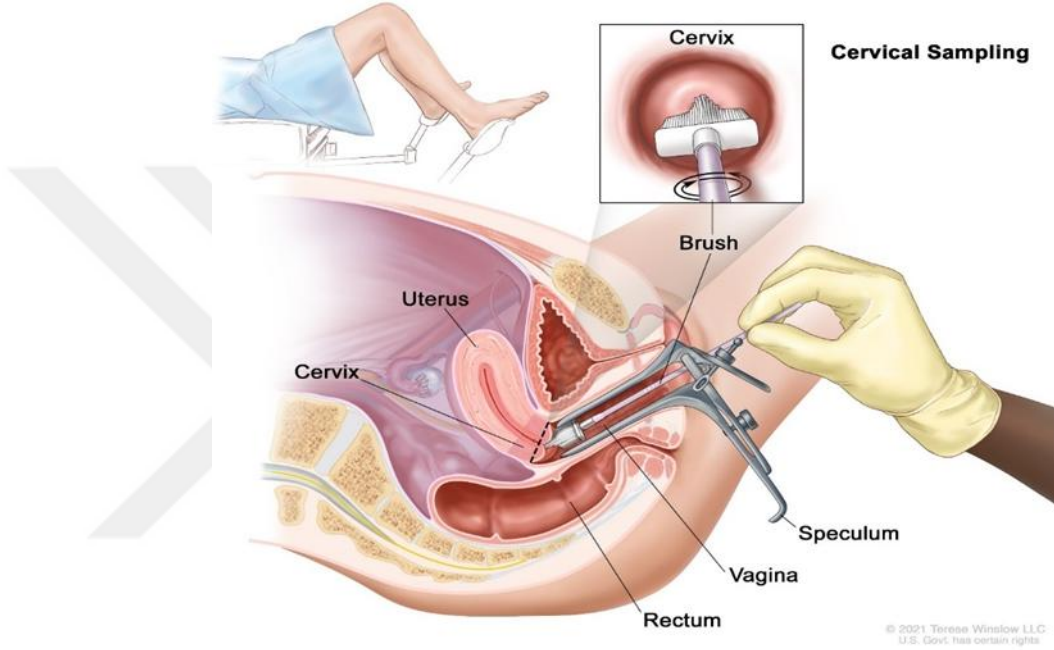
2.3.1 Serviks kanser taramaları

Servikal kanser taramasının amacı, tedavinin servikal kanserin gelişmesini önleyebildiği, kansere öncesi servikal hücre değişikliklerini bulmaktır. Servikal tarama sırasında kanser bulunabilir. Erken evrede bulunan servikal kanserin genellikle tedavisi daha kolaydır. Semptomlar ortaya çıktığında, servikal kanser yayılmaya başlamış olabilir ve bu da tedaviyi daha zor hale getirebilir (4).

HPV testi, serviks veya vajinadan alınan hücre örneğinden kansere neden olan 13 HPV tipinin varlığının kontrol edilmesini içerir. HPV testi kansere öncesi tespiti için yaklaşık %90 doğrudur. Rahim ağzı kanseri için başka bir tarama testi, rahim ağzı hücrelerini anormallikler açısından inceleyen (servikste kansere yol

açabilecek anormal hücreleri arar) ve kanser öncesi tespit etmede %50-70 doğruluğa sahip olan Papanicolaou (Pap) testidir.

Serviks kanseri tarama testleri genellikle sadece birkaç dakika süren pelvik muayene ile yapılır. Örnek alım esnasında rahim ağzını görmek amacıyla bir spekulum, rahim ağzınızdan küçük bir hücre örneği toplamak için yumuşak, dar bir fırça kullanılır.



Şekil 11: Pelvik muayene ve servikal örnekleme (28).

Numune daha sonra bir laboratuvara gönderilir. Burada hücrelerin kansere neden olan HPV türleri (HPV testi) ile enfekte olup olmadıkları kontrol edilir. Aynı örnek anormal hücrelerin varlığı açısından da kontrol edilebilir (Pap testi). Aynı örnek üzerinde hem HPV testi hem de Pap testi yapıldığında buna HPV/Pap cotest adı verilir.

Pelvik muayene, HPV ve/veya Pap testi için numune almanın yanında rahim ve yumurtalıkların boyutunu, şeklini ve konumunu görmeye ve herhangi bir kitle veya kist olup olmadığını kontrol etmeye olanak sağlar. Pelvik muayene sonrası

rektal muayene ile kitle veya anormal alanlar açısından kontrol sağlanabilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı test yapılabilir (29).

Rahim ağzı tarama önerileri, Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücü (USPSTF, etkinlik kanıtlarını sistematik olarak gözden geçiren ve klinik önleyici hizmetler için öneriler geliştiren, birinci basamak ve önleme konusunda uzmanlardan oluşan bağımsız bir paneldir) de dahil olmak üzere çeşitli kuruluşlar tarafından geliştirilmiştir. Rahim ağzı kanseri için ne sıklıkta tarama yaptırmak gerektiği ve hangi testleri yaptırmak gerektiği yaşa ve sağlık geçmişine bağlıdır. HPV aşısı tüm yüksek riskli HPV tiplerinin neden olduğu enfeksiyonu önlemediğinden, rahim ağzı olan aşılanmış kişiler de rahim ağzı kanseri tarama önerilerine uymalıdır. USPSTF önerilerine göre;

21-29 yaş grubuna, ilk Pap testini 21 yaşında ve ardından her 3 yılda bir tekrar testi yaptırmayı önerilir. Bireyler cinsel aktif olsa bile 21 yaşından önce Pap testi yaptırmayı önerisi yoktur.

30-65 yaş grubuna, ya her 5 yılda bir HPV testi, ya 3 yılda bir Pap testi veya 5 yılda bir HPV/Pap co-testi ile rahim ağzı kanseri taraması yaptırmayı önerilir.

ACS'nin (American Cancer Society) güncellenmiş rahim ağzı kanseri tarama kılavuzu (2020), 25 yaşından 65 yaşına kadar serviksi olan herkes için her 5 yılda bir sadece HPV testi ile serviks kanseri taraması önermektedir. Sadece HPV testi yapılamıyorsa, kişiler her 5 yılda bir HPV/Pap cotest veya her 3 yılda bir Pap testi ile tarama yaptırabilirler. Amerikan Kanser Derneği'nin yeni kılavuzunun önceki kılavuzlardan iki büyük farkı; taramaya biraz daha ileri bir yaşta başlamak ve HPV tarama testini öncelikli olarak önermektedir.

65 yaş üstü bireylerde; en sonuncusu önceki 5 yılda olmak üzere, son 10 yılda en az 3 ardışık negatif Pap testi veya 2 ardışık negatif HPV testi varlığı, önceki 10 yılda anormal test sonucu olmaması, rahim ağzı kanseri öyküsü olmaması, son 25 yılda serviks kanseri öncüsü lezyon öyküsü olmaması, baskılanmış immün sistemi olmaması durumunda, düzenli olarak tarama yaptıran ve test sonuçları normal olan bireylerde tarama durdurulabilir. Ancak son test sonuçları anormal olan veya düzenli

olarak tarama yaptırmayan bireylerde 65 yaş sonrasında da taramaya devam etmek gerekebilir.

Rahim ağzı kanseri tarama kılavuzlarının istisnaları olarak; HIV pozitif olan, zayıf bağışıklık sistemine sahip olan, 1970'lerin ortalarına kadar bazı hamile kadınlara reçete edilen dietilstilbestrol(DES) adlı ilaca doğumdan önce maruz kalmış olan, yakın zamana ait anormal bir servikal tarama testi veya biyopsi sonucu olan, rahim ağzı kanseri geçirme öyküsü olan ve bu nedenlerle serviks ön kanseri riski ortalamanın üzerinde olan kişilerin daha sık taranmaları gerekebilir.

Kanser veya anormal rahim ağzı hücreleriyle ilgili olmayan nedenlerden dolayı hem rahim hem de rahim ağzının alınması için bir ameliyat (total histerektomi) geçirenlerin rahim ağzı kanseri taraması yaptırmalarına gerek yoktur. Eğer, histerektomi nedeni rahim ağzı kanseri veya kanser öncesi ile ilişkiliyse, hangi takip planına ihtiyaç olduğunun bilgisini hastaya operasyonu yapan hekim verir. Rahim çıkarılıp rahim ağzı alınmadıysa (kısmi veya supraservikal histerektomi), rutin rahim ağzı kanseri taramasına devam edilir.

Kanser öncesi riskini belirlemek için, HPV sonucu pozitif olan bireylerin Pap smear testi yaptırmaları gerekir. Pap smear de anormal hücreler tespit edilirse hastalar kolposkopiye (rahim ağzı, vajina ve vulvanın yakından incelenmesine yönelik bir görüntüleme) yönlendirilir ve bu hücrelerin kanser öncüsü olup olmadığını tanımlamak için biyopsi yapılır. Kanser öncesi lezyonlar genellikle anormal hücrelerin çıkarılmasını içeren küçük cerrahi bir işlemle tedavi edilir. Kanser öncesi tedavi, kanseri %90'dan fazla önler. Kanser teşhisi konulursa olası tedaviler arasında; cerrahi, kemoterapi ve radyasyon tedavisi yer alır (30).

Rahim ağzı kanseri taraması hayat kurtarır. Rutin aralıklarla tarama yaptırmak kanser gelişimini büyük oranda önler. Tarama rahim ağzındaki değişiklikleri erken tespit edebilir ve bu sayede kişinin rahim ağzı kanserinden ölme ihtimalini azaltır. Bu faydalara rağmen rahim ağzı taraması konusunda dikkat edilmesi gereken bazı olası durumlar da vardır:

Sorun olmayan bir durumun tarama yoluyla bulunması, gereksiz takip tetkiklerine ve muhtemelen tedaviye yol açabilir. Mevcut önerilen tarama aralıkları

ve testler, kendi kendine ortadan kalkacak olan servikal hücre anormalliklerini bulma ve tedavi etme ihtimalini azaltır.

Tarama testi sonuçları, kanser öncesi veya kanser olmamasına rağmen bazen anormal görünebilir. Pap testi hatalı pozitif sonuç gösterdiğinde, kaygıya neden olabilir. Buna bağlı daha fazla test ve prosedür (kolposkopi, kriyoterapi veya döngü elektrocerrahi eksizyonu gibi) takip edilmesi gerekebilir.

Serviks ön kanseri veya kanseri mevcut olsa bile tarama testi sonuçları normal görünebilir. Hatalı negatif test sonucu (kansere varken kanser olmadığını gösteren sonuç) olan kişi, belirtiler olsa da tıbbi başvuruyu geciktirebilir (31).

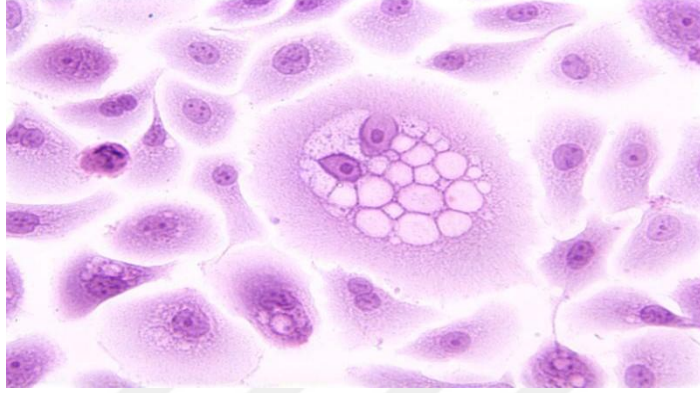
HPV'nin, 200'ü aşkın virüsten oluştuğu ve 40'tan fazlasının doğrudan cinsel yolla bulaştığı bilinmektedir. HPV'nin 2 türü genital siğillere neden olurken bir kısmı da servikal, anal, orofaringeal, penis, vulva ve vajinal kanserlere sebep olabilmektedir. Cinsel temasla bulaşan HPV tipleri, düşük riskli ve yüksek riskli olarak ikiye ayrılır.

Yüksek riskli HPV'ler farklı kanser türlerine neden olabilirler. HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 ve 59 bu grupta yer alır. Özellikle ikisi, HPV16 ve HPV18, çoğu servikal kanserden sorumlu tutulmaktadır. Yüksek riskli HPV enfeksiyonları genellikle semptom göstermez. Ancak, bu enfeksiyonlar yıllar süren bir süreçte, enfekte bölgede şişlik, kanama ve ağrı gibi belirtilere yol açabilen öncül kanserler veya kanserler geliştirebilir.

Bazı düşük riskli HPV türleri cinsel organlar, anüs, ağız, boğaz veya çevresinde siğil oluşumuna neden olabilir ve nadiren kansere neden olur. Gırtlakta veya solunum yollarında oluşan siğiller, solunum papillomatozisi tanımlı hastalığa sebep olarak solunum sorunlarına neden olabilir.

Yüksek riskli HPV serviks hücrelerini enfekte ettiğinde, bu hücrelerde çoğalma, bölünme ve iletişim yollarını bozarak enfekte hücrelerin kontrolsüzce artmasına neden olur. Enfekte hücreler genellikle bağışıklık sisteminin tanınır ve kontrol altına alınır. Ancak bazen bağışıklık sistemi bu hücreleri fark edemeyebilir ve hücreler büyümeye devam eder. Tedavi edilmediğinde, kansere dönüşme

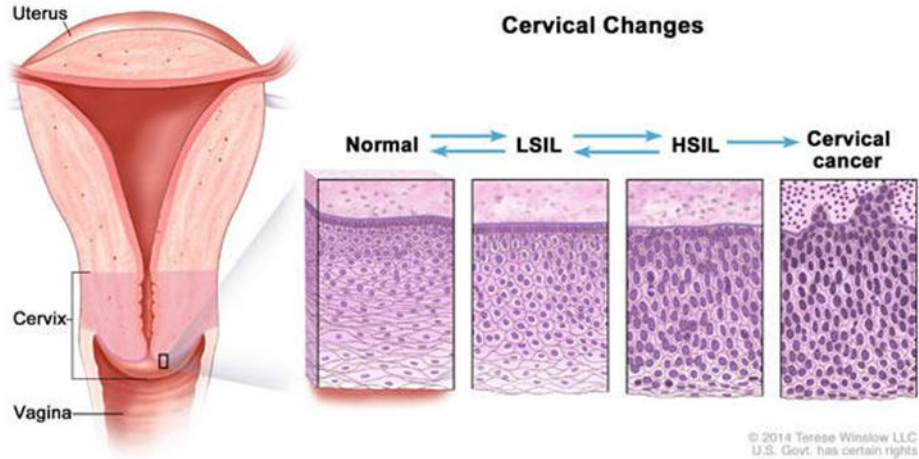
potansiyeline sahip hücrelerden oluşan bir alan meydana gelebilir. Araştırmalar yüksek riskli HPV'nin servikste kansere nasıl sebep olduğunu incelemektedir. Ancak, HPV'nin diğer bölgelerde neden olduğu kanserlerin de benzer mekanizmalarla geliştiği düşünülmektedir.



Şekil 12: HPV enfeksiyonuna bağlı hücresel değişiklikler. Ulusal Kanser Enstitüsü (32).

Enfeksiyon sürecinde normal hücreler hiperplazik ve displazik değişimlerle kanser hücrelerine dönüşebilir. Displazi, bir doku veya organ içindeki hücrelerin anormal şekilde büyüyüp değişmesi durumudur. Hiperplazi ise anormal şekilde hücre çoğalmasıdır. HPV enfeksiyonuna bağlı orofarinks, penis, anüs, vulva, vajina ve servikste displazik değişiklikler olabilir. Epitel hücre displazisi, aynı zamanda intraepitelyal neoplazi olarak adlandırılır ve yüksek, orta veya hafif dereceli olabilir.

HPV enfeksiyonu düşük dereceli displaziye neden olduğunda bunların çoğu viral enfeksiyonla beraber kendiliğinden iyileşir. Devam eden HPV enfeksiyonları, kansere dönüşmelerini önlemek amacıyla tedavi edilmesi gereken kanser öncüllerini (orta ve yüksek dereceli displazi) oluşturabilir. Kanser öncüllerinin tamamı kanserleşmeyeceğinden, hangi kanser öncüllerinin kansere dönüşeceğini öngören biyobelirteçler araştırılmaya devam edilmektedir (33).



Şekil 13: Servikal displazik ve hiperplazik değişiklikler (34)

Servikal displazi, servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) olarak adlandırılır. Orta (CIN 2) veya yüksek dereceli servikal displazisi (CIN 3) olan çoğu kişi, Loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (LEEP, sıcak konizasyon) veya soğuk bıçak konizasyonu ile tedavi edilir. Orta ve yüksek dereceli anal, penil, vajinal ve vulvar displaziler, cerrahi yöntemler (örneğin geniş lokal eksizyon) veya topikal tedavilerle tedavi edilebilir.

HPV ile enfekte olmuş serviks hücreleri 5-10 yılda kanser öncesi aşamalara, yaklaşık 20 yıla kadar kansere dönüşmesi sürebilir.

2.3.2 Risk faktörleri

Yüksek riskli HPV tipi varlığı; HPV 16 veya HPV 18 gibi, sigara kullanımı, zayıf veya baskılanmış immün sistem varlığı, HIV ile enfekte olmak, nakil sonrası, otoimmün bir hastalığı ya da kanseri tedavi etmek için sistemi baskılayan ilaçlar almak HPV enfeksiyonunun uzun süreli olmasında ve kanser öncesi hücrelere dönüşmesinde risk faktörleridir.

Erken yaşta cinsel ilişkiye başlayan, birden çok partneri olan, anormal Pap smear sonucu ya da kanser öncesi servikal hücre değişiklikleri tanısı öyküsü olan

kadınlar, düzenli Pap test yaptırmayan kadınlar, HPV teşhisi konmuş kadınlar ve HPV aşısı yaptırmamış kadınlar da risk gruplarıdır.

Yüksek riskli HPV'lerin neden olduğu uzun süreli enfeksiyonlar organların iç yüzeylerini kaplayan ince ve düz hücreleri (skuamöz hücreler) etkiler. HPV ile ilişkili kanserlerin çoğu skuamöz hücreli karsinom olarak görülür. Bazı servikal kanserler de rahim ağzındaki glandüler hücrelerin HPV enfeksiyonundan kaynaklı adenokarsinomlara sebep olabilir.

HPV enfeksiyonu, her tür yakın cilt teması yoluyla bulaşabilir. Prezervatifin doğru kullanımı HPV bulaşma riskini azaltabilir ama tümünden ortadan kaldırmaz. HPV aşısı, kanser riskini azaltabilir ve genital siğil vakalarını önleyebilir (35). Aşılama ile insan papilloma virüs (HPV) enfeksiyonuna karşı koruma sağlanabilir.

2.3.3 Korunma

HPV aşıları, diğer viral enfeksiyonlara karşı koruma sağlayan aşılar gibi, vücudun gelecekte HPV ile karşılaştığında virüse bağlanacak ve hücreleri enfekte etmesini engelleyecek antikorlar üretmesini sağlar. HPV aşıları, HPV'nin yüzey bileşenlerinden oluşan virüs benzeri parçacıklar (VLP) kullanılarak geliştirilmiştir. VLP'ler virüsün DNA sını içermedikleri için bulaşıcı değildirler, ancak; doğal virüse çok benzediklerinden, güçlü bir şekilde immünojenik olduğu bilinen VLP'lere karşı oluşan antikorlar, doğal virüse karşı da aktivite gösterir ve vücut tarafından yüksek düzeyde antikor üretimine neden olmasıyla, üretilen aşıları oldukça etkili kılar.

Hastalığa neden olan HPV enfeksiyonunu önleyen üç aşı Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) lisanslanmıştır: Gardasil, Gardasil 9 ve Cervarix.

2016'dan beri ABD'de Gardasil 9, kullanılan tek HPV aşısıdır ve 9 HPV türüne karşı enfeksiyonu önler: Genital siğillerin %90'ından sorumlu tutulan HPV 6 ve 11 (36), serviks kanserlerinin yaklaşık %70'ine ve diğer HPV kaynaklı kanserlerin daha da yüksek bir yüzdesine neden olan iki yüksek riskli HPV 16 ve 18 (31), serviks kanserlerinin %10 ila %20'sini oluşturan diğer yüksek riskli HPV 31, 33, 45, 52 ve 58 tiplerini içermektedir.

Cervarix HPV 16 ve 18 enfeksiyonlarını, Gardasil HPV 6, 11, 16 ve 18 enfeksiyonlarını önler. Her iki aşı da bazı ülkelerde hala kullanılmaktadır.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (CDC) Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi (ACIP), HPV aşılması dahil olmak üzere ABD'deki tüm aşılamalarla ilgili öneriler geliştirir. HPV aşılması için mevcut ACIP önerileri:

HPV aşısı 9 yaşından itibaren başlanabilir. 9 ila 26 yaş aralığında, aşısının rutin olarak 11 veya 12 yaşında yapılması önerilir. Aşılama daha önce yeterli aşılanmamış olan bireylere 26 yaşına kadar yapılabilir. Haziran 2019'da ACIP, 26 yaşına kadar tüm kişiler için telafi HPV aşılmasını önermiştir.

27 ila 45 yaş arası yetişkinler için Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından 45 yaşına kadar yapılması onaylanmış olsa da HPV aşısı 27 ila 45 yaş arası tüm bireylere önerilmemektedir. Bu yaş aralığında HPV maruziyeti daha fazla olduğundan aşının daha az fayda sağladığı düşünülür ve risk grubuna önerilir. Yeterli düzeyde aşılanmamış risk grubundaki kişilerin yeni HPV enfeksiyonu riski altında olabileceğini ve bu yaşlarda aşılamadan fayda görebileceğini kabul edilerek ortak klinik karar vermek önerilir (37).

Gebelerde aşılanmanın doğum sonrasına ertelenmesi önerilir. Aşılanmanın fetüse zarar vereceği konusunda bir kanıt yoktur.

Aşılamaya 15 yaş öncesi başlandıysa tam olarak korunma sağlamak amacıyla sadece iki doz aşılama yeterlidir. 15 yaş ve sonrası için ve bağışıklık sistemini zayıflatan hastalıkları olanlarda tam koruma sağlamak için üç doz aşı uygulanmalıdır (38).

Klinik deneyler, aşıların virüse maruziyetten önce, yani cinsel aktivite başlamadan önce uygulandığında, hedefledikleri HPV türlerine bağlı servikal enfeksiyonları önlemede son derece etkili olduğunu göstermiştir. HPV aşılarının ayrıca, diğer dokulardaki (anal, oral bölge) HPV ilişkili enfeksiyonları azalttığı bulunmuştur (39-41).

HPV'ye bağlı hücre değişiklikleri ve kanser gelişimi yıllar aldığından, aşılarla bu riskin azaldığı yakın zamanda doğrulandı. Yapılan çalışmalar aşıların, aşılanmış

kadınlarda serviks, vajina ve vulva kanserleri ve prekanser riskini büyük ölçüde azalttığını göstermiştir (42 – 45). HPV tiplerine karşı korumanın Gardasil ile en az 10 yıl (46), Cervarix ile 11 yıla kadar (47) sürdüğü bulunmuştur. Tek doz aşılamanın yeterli olup olmadığına dair araştırmalar, devam eden aşı etkinliğinin uzun vadeli çalışmaları devam etmekte, korumanın ne kadar sürdüğünü anlamaya yardımcı olması beklenmektedir (48).

Aşılama, aşılanmış bireyleri kullanılan aşının hedef aldığı HPV tiplerinin (ve çapraz koruma derecesine bağlı olarak muhtemelen diğer tiplerin) neden olduğu enfeksiyona karşı korumakla kalmaz, aynı zamanda aşılama, aşı hedefli HPV tiplerinin popülasyondaki yaygınlığını da azaltabilir ve böylece aşılanmamış bireylerdeki enfeksiyonu azaltabilir (sürü bağışıklığı) (49).

ABD'nin bir bölgesinde 20-29 yaş aralığındaki kadınlar üzerinde yapılan bir araştırma, aşı uygulamasından yaklaşık 10 yıl sonra, aşıyla hedeflenen HPV tiplerinin yaygınlığının hem aşılanmış hem de aşılanmamış kadınlarda azaldığını ve bunun hem doğrudan hem de sürü bağışıklığına dair kanıt sağladığını buldu (50).

Yaygın HPV aşılması, dünya genelinde serviks kanseri insidansını %90'a kadar azaltma potansiyeline sahiptir. Ayrıca, aşılar anormal servikal tarama sonuçlarından kaynaklanan takip gereksinimlerini, biyopsiler ve invaziv prosedürlerin ihtiyaçlarını azaltarak sağlık bakım maliyetlerini ve takip prosedürleriyle ilgili endişeleri hafifletebilir (51).

12 yıldan uzun süren güvenlik izlemeleri, HPV aşılarının ciddi yan etkilere neden olmadığını göstermektedir. En yaygın sorunlar, enjeksiyon bölgesinde kısa süreli ağrı ve diğer lokal semptomlardır; bu etkiler, diğer aşılarla sıkça karşılaşılan benzer yan etkilere benzer.

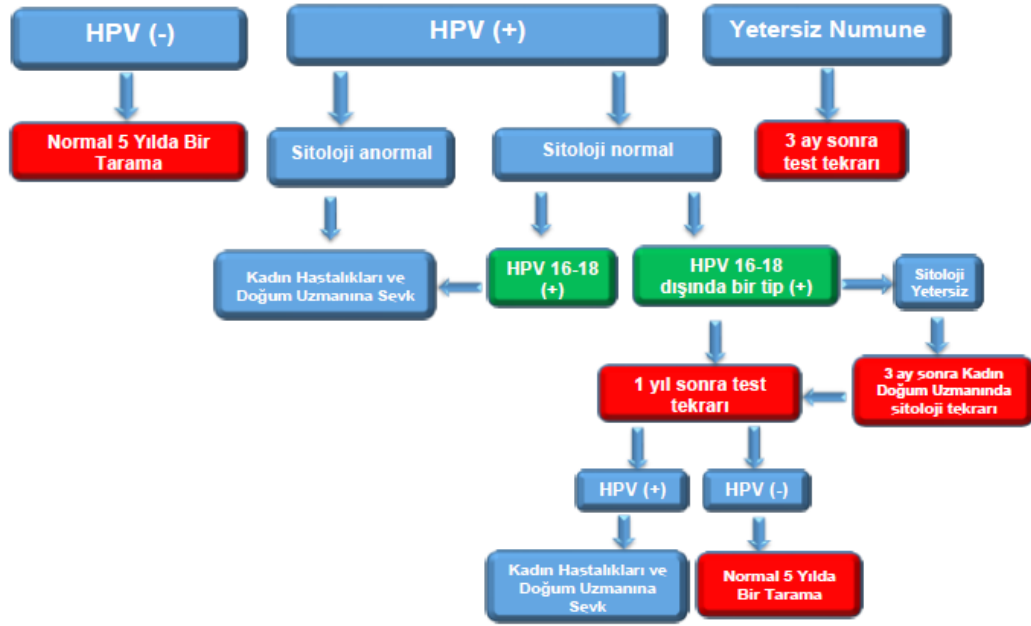
ACIP, HPV enfeksiyonu veya HPV enfeksiyonunu gösterebilecek anormal bir Pap testi sonucu olan kişilerin, uygun yaş grubunda (9 ila 26 yaş) oldukları sürece HPV aşısı yaptırmalarını önermektedir. Aşı, henüz edinmedikleri yüksek riskli HPV türlerine karşı koruma sağlayabilir. Ancak, bu kişilere aşının mevcut HPV enfeksiyonlarından kurtulmalarına veya anormal Pap testi sonuçlarını tedavi etmeyeceğine dikkat edilmelidir (52). HPV aşılarının, HPV ile enfekte olmuş kişilere

uygulandığında güvenli olduğu belirlenmiş olsa da aşılar en y¼ksek faydayı, kişi cinsel olarak aktif olmadan ¼nce yapıldığında sağlar (53,54). HPV aşıları, kansere yol a¼abilecek t¼m HPV t¼rlerine karşı koruma sağlamadığından, aşılanmış kadınların da aşılanmamış kadınlarla aynı tarama ¼nerilerini takip etmeleri tavsiye edilir.

Araştırmacılar, HPV enfeksiyonunu ¼nlemek yerine daha ¼nce HPV ile enfekte olmuş kadınlarda kanser gelişimini ¼nleyecek terap¼tik HPV aşıları geliştirmek i¼in ¼alıřmaktadırlar (55-58). Bu aşılar, bağışıklık sistemini enfekte h¼creleri ¼zel olarak hedef alıp ¼ld¼rmeye teşvik ederek ¼alıřır.

Kanserden korunma, tarama programlarına aktif katılma ve tedavi s¼re¼lerinde bilin¼li davranma gibi hedeflere ulaşmak i¼in toplum farkındalık ¼alıřmaları, toplumsal k¼lt¼r, sosyal dinamikler ve ekonomik koşullar dikkate alınarak titizlikle planlanmalıdır. Bireylerin sağlık okuryazarlığının y¼ksek olması, bu t¼r farkındalık ¼alıřmalarının etkisini ¼nemli ¼l¼de artırır; bu y¼zden, sağlık okuryazarlığı hedefleriyle paralel olarak y¼r¼t¼lmelidir. Toplumun yapısına uygun olarak davranış değişimini ve sağlık geliştirmeyi hedefleyen m¼dahale programlarının, kanser taramaları ¼zelinde ne şekilde, kimler tarafından ve nasıl ger¼ekleřtirileceđinin net bir şekilde tanımlanması, olumlu sonu¼ları ¼nemli ¼l¼de artıracaktır. Geliştirilen m¼dahale programları ve farkındalık ¼alıřmalarının kısa, orta ve uzun vadeli etkilerinin d¼zenli olarak değerlendirilmesi, yeni d¼zenlemeler ve programların şekillendirilmesine değerli katkılar sunacaktır. Toplumun kanser farkındalığını artırmaya y¼nelik m¼dahale ¼alıřmalarında sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde y¼r¼t¼lmesi, sağlık otoritelerinin liderliğinde diğer kuruluşların da toplum katılımını teşvik eden bir yaklaşım benimsemeleri ve iç birliği yapmaları, bu ¼abaların etkinliğini ¼nemli ¼l¼de artıracaktır.

HPV TARAMA SÜRECİ ALGORİTMA



Şekil 14: Türkiye servikal tarama programı algoritması, 2020 (59)

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1 Çalışmanın Yapısı

Çalışmamız kesitsel nitelikte olup İstanbul’da bir Aile Sağlığı Merkezi’ne Mayıs-Temmuz 2024 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri kadınlardan rastgele seçilen gönüllü 306 kadının katılımı ile gerçekleştirildi. 18 yaş ve üstünde kadınlar, iletişim problemi olmayan ve çalışmayı katılmayı kabul edenler dahil edilme kriterleri olarak seçildi. Katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgiler verildi ve çalışmaya katılmak isteyen bireylerden gönüllü katılım sağladıkları yönünde onam alındı.

3.2 Veri Toplama Araçları

Katılımcılara uygulanan iki bölümlük anketin birinci bölümünde katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, sigara kullanım durumunu, meme-serviks kanseri aile öyküsü olup olmadığını içeren sorular, ikinci bölümünde de 42 soruluk Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve 35 soruluk Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği yer almaktadır (Ek-1). Anket formları katılımcılara yüz yüze uygulandı. Ölçeklerle ilgili ayrıntılı bilgi “2.2.6 Sağlık inanç modelinin kullanımı” bölümünde verildi.

3.3 İstatistiksel Analizler

Yaş gruplaması, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyut puanları gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin hiçbirinin normal dağılıma uymadıkları belirlendi. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Ortalama $\pm$ SS (standart sapma) ve Medyan (Minimum-Maksimum) değerleri verildi.

Yaş gruplaması, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi ikiden fazla kategorik değişkenlere göre bireylerin alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu. İkili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verildi.

Medeni durum, sosyal güvence, sigara kullanımı gibi iki gruplu değişkenlerin alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında Mann- Whitney U testi kullanıldı.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin %52.9'u (n=162) 30-49 yaş aralığında, %47.1'i (n=144) üniversite mezunu, %59.8'i (n=183) evli, %83.7'sinin (n=256) sosyal güvencesi bulunmakta idi. Katılımcıların %30.7'si (n=94) sigara kullanmakta idi. Bireylerin %61.8'nin (n=189) geliri giderine denk idi. Katılımcıların %14.7'sinin (n=45) ailesinde meme kanseri öyküsü, %6,2'sinin (n=19) ailesinde rahim ağzı kanseri öyküsü bulunmakta idi (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri

	Tüm Bireyler (n=306)	n (%)
Yaş	18-29 yaş	78 (25.5)
	30-49 yaş	162 (52.9)
	50-64 yaş	56 (18.3)
	65 yaş ve üzeri	10 (3.3)
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	3 (1.0)
	Okuryazar	4 (1.3)
	İlkokul	18 (5.8)
	Ortaokul	25 (8.2)
	Lise	112 (36.6)
	Üniversite	144 (47.1)
Medeni Durum	Evli	183 (59.8)
	Bekar	123 (40.2)
Sosyal Güvence	Yok	50 (16.3)
	Var	256 (83.7)
Sigara Kullanımı	Yok	212 (69.3)
	Var	94 (30.7)
Gelir Düzeyi	Gelir giderinden az	76 (24.8)
	Gelir giderine denk	189 (61.8)
	Gelir giderinden fazla	41 (13.4)
Ailede Meme Kanseri Öyküsü	Yok	261 (85.3)
	Var	45 (14.7)
Ailede Rahim Ağzı Kanseri Öyküsü	Yok	287 (93.8)
	Var	19 (6.2)

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ne ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 2'de verilmiştir. Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Duyarlılık Algısı puan ortalaması 7.15 ± 2.59 , Ciddiyet Algısı puan ortalaması 20.86 ± 6.11 Yarar Algısı puan ortalaması 15.35 ± 4.04 , Engel Algısı puan ortalaması 25.11 ± 7.26 , Güven puan ortalaması 33.90 ± 8.20 , Sağlık Motivasyonu puan ortalaması 26.44 ± 5.68 'dir.

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Duyarlılık Algısı Cronbach's Alpha katsayısı 0.887, Ciddiyet Algısı Cronbach's Alpha katsayısı 0.851, Yarar Algısı Cronbach's Alpha katsayısı 0.915, Engel Algısı Cronbach's Alpha katsayısı 0.834, Güven Cronbach's Alpha katsayısı 0.928, Sağlık Motivasyonu Cronbach's Alpha katsayısı 0.875 olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2: Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Madde Sayısı	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Cronbach's Alpha
Duyarlılık Algısı	3	7.15±2.59	7.0 (3-15)	0.887
Ciddiyet Algısı	7	20.86±6.11	22.0 (7-35)	0.851
Yarar Algısı	4	15.35±4.04	16.0 (4-20)	0.915
Engel Algısı	11	25.11±7.26	24.0 (11-55)	0.834
Güven	10	33.90±8.20	34.0 (10-50)	0.928
Sağlık Motivasyonu	7	26.44±5.68	27.0 (7-35)	0.875

Yaş gruplarına göre bireylerin Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli ölçeği alt alanları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 3).

Tablo 3: Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Yaş	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Duyarlılık Algısı	18-29 yaş	6.96±2.49	7.0 (3-12)	$\chi^2=3.943$	0.268
	30-49 yaş	7.41±2.56	7.0 (3-15)		
	50-64 yaş	6.53±2.57	6.0 (6-12)		
	65 yaş ve üzeri	7.80±3.64	6.0 (3-15)		
Ciddiyet Algısı	18-29 yaş	21.67±6.50	23.0 (7-35)	$\chi^2=3.942$	0.268
	30-49 yaş	20.92±5.89	21.5 (7-35)		
	50-64 yaş	19.54±6.21	21.0 (7-31)		
	65 yaş ve üzeri	21.10±5.66	23.5 (12-27)		
Yarar Algısı	18-29 yaş	15.64±4.51	16.0 (4-20)	$\chi^2=2.821$	0.420
	30-49 yaş	15.39±3.65	16.0 (4-20)		
	50-64 yaş	14.98±4.46	16.0 (4-20)		
	65 yaş ve üzeri	14.40±3.98	16.0 (4-18)		
Engel Algısı	18-29 yaş	24.65±6.44	24.0 (11-45)	$\chi^2=5.371$	0.147
	30-49 yaş	25.33±7.54	24.0 (11-55)		
	50-64 yaş	24.43±7.73	24.0 (11-45)		
	65 yaş ve üzeri	28.90±5.38	26.0 (24-39)		
Güven	18-29 yaş	33.19±8.75	32.5 (10-50)	$\chi^2=1.141$	0.767
	30-49 yaş	34.09±8.08	35.0 (10-50)		
	50-64 yaş	34.23±8.32	35.5 (14-50)		
	65 yaş ve üzeri	34.50±5.13	35.5 (22-39)		
Sağlık Motivasyonu	18-29 yaş	25.96±6.05	27.0 (7-35)	$\chi^2=0.576$	0.902
	30-49 yaş	26.69±5.44	28.0 (7-35)		
	50-64 yaş	26.52±5.95	26.0 (7-35)		
	65 yaş ve üzeri	25.70±5.49	27.0 (18-35)		

χ^2 : Kruskal Wallis Test İstatistiği

Eğitim düzeyine göre bireylerin Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli ölçeği Engel Algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

tespit edildi ($\chi^2=15.432$, $p=0.001$). Grupların ikili karşılaştırmasında Üniversite mezunu olanların lise mezunu olanlara göre engel algısı daha düşük idi ($p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçeğin Boyutları	Alt Eğitim Düzeyi	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Duyarlılık Algısı	İlkokul	7.40±3.44	7.0 (3-15)	$\chi^2=3.542$	0.315
	Ortaokul	7.44±2.80	7.0 (3-15)		
	Lise	6.76±2.59	6.0 (3-15)		
	Üniversite	7.35±2.38	7.0 (3-15)		
Ciddiyet Algısı	İlkokul	19.52±7.51	19.0 (7-31)	$\chi^2=1.399$	0.706
	Ortaokul	20.20±6.77	22.0 (7-29)		
	Lise	20.59±6.25	21.5 (7-35)		
	Üniversite	21.42±5.61	22.0 (7-35)		
Yarar Algısı	İlkokul	14.48±4.60	16.0 (4-20)	$\chi^2=6.155$	0.104
	Ortaokul	15.24±4.24	16.0 (4-20)		
	Lise	14.83±4.08	16.0 (4-20)		
	Üniversite	15.92±3.82	16.0 (4-20)		
Engel Algısı	İlkokul ^{a,b}	27.20±8.88	26.0 (11-44)	$\chi^2=15.432$	0.001
	Ortaokul ^{a,b}	26.32±9.18	25.0 (11-52)		
	Lise ^a	26.67±7.70	26.0 (11-55)		
	Üniversite ^b	23.32±5.74	23.0 (11-41)		
Güven	İlkokul	35.64±7.65	38.0 (19-50)	$\chi^2=4.653$	0.199
	Ortaokul	33.12±8.41	34.0 (10-50)		
	Lise	32.84±8.99	33.0 (10-50)		
	Üniversite	34.57±7.55	34.0 (10-50)		
Sağlık Motivasyonu	İlkokul	25.64±5.05	27.0 (12-33)	$\chi^2=2.381$	0.497
	Ortaokul	25.72±6.75	28.0 (7-35)		
	Lise	26.30±5.57	27.0 (7-35)		
	Üniversite	26.82±5.69	28.0 (7-35)		

χ^2 : Kruskal Wallis Test İstatistiği, Farklı harfler $p<0.05$ düzeyinde farklılığı gösterir, Okuryazar değil ve okuryazar grubunda yer alanlar ilkokul grubuna dahil edilmiştir.

Bekar olan bireylerin evli olanlara göre yarar algısı daha yüksek idi ($z=2.349$, $p=0.019$) (Tablo 5).

Tablo 5: Bireylerin Medeni Durumuna Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Medeni Durum	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Duyarlılık Algısı	Evli	7.19±2.67	7.0 (3-15)	$z=0.066$	0.948
	Bekar	7.09±2.49	7.0 (3-15)		
Ciddiyet Algısı	Evli	20.73±6.03	21.0 (7-35)	$z=0.646$	0.518
	Bekar	21.06±6.25	22.0 (7-35)		
Yarar Algısı	Evli	14.97±4.16	16.0 (4-20)	$z=2.349$	0.019
	Bekar	15.91±3.79	16.0 (4-20)		
Engel Algısı	Evli	25.49±7.73	24.0 (11-55)	$z=0.585$	0.559
	Bekar	24.54±6.50	24.0 (11-44)		
Güven	Evli	33.94±8.36	34.0 (10-50)	$z=0.151$	0.880
	Bekar	33.85±7.99	34.0 (10-50)		
Sağlık Motivasyonu	Evli	26.17±5.52	27.0 (7-35)	$z=1.230$	0.219
	Bekar	26.85±5.90	28.0 (7-35)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği

Sosyal güvence duruma göre bireylerin Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli ölçeği alt alanları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6: Bireylerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Sosyal Güvence	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Duyarlılık Algısı	Yok	7.26±2.69	7.0 (3-15)	z=0.243	0.808
	Var	7.12±2.58	7.0 (3-15)		
Ciddiyet Algısı	Yok	20.44±6.46	21.5 (7-35)	z=0.333	0.739
	Var	20.94±6.05	22.0 (7-35)		
Yarar Algısı	Yok	15.80±3.00	16.0 (4-20)	z=0.089	0.929
	Var	15.26±4.21	16.0 (4-20)		
Engel Algısı	Yok	26.46±8.68	25.0 (11-52)	z=1.020	0.308
	Var	24.84±6.95	24.0 (11-55)		
Güven	Yok	33.70±9.43	33.5 (10-50)	z=0.109	0.914
	Var	33.94±7.96	34.0 (10-50)		
Sağlık Motivasyonu	Yok	26.52±5.64	27.0 (7-35)	z=0.009	0.993
	Var	26.43±5.69	27.0 (7-35)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği

Sigara kullanmayan bireylerin kullananlara göre yarar algısı daha düşük idi ($z=2.050$, $p=0.040$) (Tablo 7).

Tablo 7: Bireylerin Sigara Kullanım Durumuna Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Sigara Kullanım Durumu	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Duyarlılık Algısı	Yok	7.01±2.55	6.0 (3-15)	z=1.470	0.141
	Var	7.45±2.69	8.0 (3-15)		
Ciddiyet Algısı	Yok	20.95±6.25	22.0 (7-35)	z=0.206	0.837
	Var	20.66±5.83	22.0 (7-31)		
Yarar Algısı	Yok	15.17±3.89	16.0 (4-20)	z=2.050	0.040
	Var	15.73±4.35	16.0 (4-20)		
Engel Algısı	Yok	25.01±7.01	24.5 (11-55)	z=0.269	0.788
	Var	25.32±7.84	24.0 (11-52)		
Güven	Yok	33.57±8.10	34.0 (10-50)	z=1.048	0.295
	Var	34.67±8.42	36.0 (10-50)		
Sağlık Motivasyonu	Yok	26.36±5.72	27.0 (7-35)	z=0.534	0.594
	Var	26.63±5.61	28.0 (8-35)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği

Gelir düzeyine göre bireylerin Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli ölçeği Duyarlılık Algısı, Ciddiyet Algısı, Yarar Algısı, Engel Algısı, Sağlık Motivasyonu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi (Sırayla ($\chi^2=9.824$, $p=0.007$) ($\chi^2=5.996$, $p=0.049$) ($\chi^2=8.387$, $p=0.015$). ($\chi^2=7.811$, $p=0.020$) ($\chi^2=6.441$, $p=0.040$)).

Gelir giderinden fazla olan bireylerin diğer gruplara göre duyarlılık algıları daha yüksek idi ($p<0.05$). Gelir giderine denk olan bireylerin gelir giderinden fazla olanlara göre yarar algıları ve ciddiye algıları daha düşük idi ($p<0.05$). Gelir giderinden fazla olan bireylerin gelir giderinden az olanlara göre engel algıları daha düşük idi ($p<0.05$). Gelir giderinden az olan bireylerin diğer gruplara göre sağlık motivasyonları daha düşük idi ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Bireylerin Gelir Düzeyine Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçeğin Alt Boyutları	Gelir Düzeyi	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Duyarlılık Algısı	Gelir giderinden az ^a	6.88±2.49	6.0 (3-12)	$\chi^2=9.824$	0.007
	Gelir giderine denk ^a	7.03±2.66	7.0 (3-15)		
	Gelir giderinden fazla ^b	8.19±2.30	8.0 (3-15)		
Ciddiyet Algısı	Gelir giderinden az ^{a,b}	20.62±6.64	21.0 (7-31)	$\chi^2=5.996$	0.049
	Gelir giderine denk ^a	20.47±6.03	21.0 (7-35)		
	Gelir giderinden fazla ^b	23.12±5.01	23.0 (7-35)		
Yarar Algısı	Gelir giderinden az ^{a,b}	15.69±3.89	16.0 (4-20)	$\chi^2=8.387$	0.015
	Gelir giderine denk ^a	14.89±4.25	16.0 (4-20)		
	Gelir giderinden fazla ^b	16.80±2.73	16.0 (7-20)		
Engel Algısı	Gelir giderinden az ^a	26.14±6.88	26.0 (11-45)	$\chi^2=7.811$	0.020
	Gelir giderine denk ^{a,b}	25.10±7.56	24.0 (11-55)		
	Gelir giderinden fazla ^b	23.22±6.29	23.0 (14-42)		
Güven	Gelir giderinden az	34.79±8.09	36.0 (10-50)	$\chi^2=2.788$	0.248
	Gelir giderine denk	33.29±8.39	33.0 (10-50)		
	Gelir giderinden fazla	35.09±7.34	35.0 (20-50)		
Sağlık Motivasyo nu	Gelir giderinden az ^a	25.32±6.18	26.0 (7-35)	$\chi^2=6.441$	0.040
	Gelir giderine denk ^b	26.70±5.54	28.0 (7-35)		
	Gelir giderinden fazla ^b	27.34±5.15	28.0 (7-35)		

χ^2 : Kruskal Wallis Test İstatistiği, Farklı harfler $p<0.05$ düzeyinde farklılığı gösterir

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan bireylerin, olmayan bireylere göre duyarlılık ve ciddiye algısı daha yüksek idi (sırayla: (z=3.454, p=0.001) (z=2.139, p=0.032) (Tablo 9).

Tablo 9: Bireylerin Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olma Durumuna Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Ailede Meme Kanseri Öyküsü	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Duyarlılık Algısı	Yok	6.95±2.57	6.0 (3-15)	z=3.454	0.001
	Var	8.29±2.46	9.0 (3-15)		
Ciddiyet Algısı	Yok	20.54±6.08	21.0 (7-35)	z=2.139	0.032
	Var	22.71±6.04	24.0 (9-35)		
Yarar Algısı	Yok	15.31±4.05	16.0 (4-20)	z=0.103	0.918
	Var	15.56±3.99	16.0 (4-20)		
Engel Algısı	Yok	25.07±7.33	24.0 (11-55)	z=0.714	0.475
	Var	25.33±6.97	25.0 (11-37)		
Güven	Yok	33.76±8.38	34.0 (10-50)	z=0.612	0.540
	Var	34.76±7.12	35.0 (16-50)		
Sağlık Motivasyonu	Yok	26.43±5.64	27.0 (7-35)	z=0.137	0.891
	Var	26.51±5.97	28.0 (7-35)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği

Ailede rahim ağız kanseri öyküsü olma durumuna duruma göre bireylerin Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli ölçeği alt alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0.05) (Tablo 10).

Tablo 10: Bireylerin Ailede Rahim Ağzı Kanseri Öyküsü Olma Durumuna Göre Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Meme Kanseri		Ailede Rahim		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Taramalarında	Sağlık İnanç Modeli	Ağzı	Kanseri				
ve Alt Boyutları	Ölçeği	Öyküsü					
Duyarlılık Algısı		Yok		7.12±2.63	7.0 (3-15)	z=1.151	0.250
		Var		7.58±1.98	8.0 (3-10)		
Ciddiyet Algısı		Yok		20.89±6.08	22.0 (7-35)	z=0.438	0.661
		Var		20.32±6.81	22.0 (8-35)		
Yarar Algısı		Yok		15.36±4.01	16.0 (4-20)	z=0.148	0.883
		Var		15.16±4.47	16.0 (4-20)		
Engel Algısı		Yok		25.02±7.23	24.0 (11-55)	z=0.972	0.331
		Var		26.42±7.81	26.0 (11-44)		
Güven		Yok		33.86±8.24	34.0 (10-50)	z=0.345	0.730
		Var		34.58±7.75	34.0 (16-50)		
Sağlık Motivasyonu		Yok		26.28±5.72	27.0 (7-35)	z=1.772	0.076
		Var		28.95±4.35	28.0 (21-35)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ne ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 11'de verilmiştir.

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Pap Smear Yarar ve Motivasyon puan ortalaması 32.56±6.64, Pap Smear Engel Algısı puan ortalaması 30.65±9.45, Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet puan

ortalaması 21.74±6.46, Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık puan ortalaması 7.12±2.57, Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu puan ortalaması 9.69±2.94'tür.

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Pap Smear Yarar ve Motivasyon Cronbach's Alpha katsayısı 0.945, Pap Smear Engel Algısı Cronbach's Alpha katsayısı 0.879, Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet Cronbach's Alpha katsayısı 0.887, Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık Cronbach's Alpha katsayısı 0.919, Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu Cronbach's Alpha katsayısı 0.822 olarak bulundu (Tablo 11).

Tablo 11: Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Madde Sayısı	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Cronbach's Alpha
Pap Smear Yarar ve Motivasyon	8	32.56±6.64	32.0 (8-40)	0.945
Pap Smear Engel Algısı	14	30.65±9.45	30.0 (14-67)	0.879
Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet	7	21.74±6.46	22.0 (7-35)	0.887
Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık	3	7.12±2.57	6.0 (3-15)	0.919
Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu	3	9.69±2.94	10.0 (3-15)	0.822

Yaş gruplarına göre bireylerin Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt alanı olan Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($\chi^2=12.315$, $p=0.006$). Grupların ikili karşılaştırmasında 50-64 yaş aralığındaki bireyler 50 yaş altındakilere göre rahim ağzı kanserini daha az önemsemekte ve daha az ciddiye almakta idiler ($p<0.05$). (Tablo 12).

Tablo 12: Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Yaş	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Pap Smear Yarar ve Motivasyon	18-29 yaş	32.18±7.67	32.0 (8-40)	$\chi^2=2.854$	0.415
	30-49 yaş	32.99±6.28	33.0 (8-40)		
	50-64 yaş	32.05±6.67	32.0 (10-40)		
	65 yaş ve üzeri	31.40±1.95	32.0 (28-35)		
Pap Smear Engel Algısı	18-29 yaş	32.56±8.92	33.0 (14-50)	$\chi^2=6.497$	0.090
	30-49 yaş	30.12±10.03	30.0 (14-67)		
	50-64 yaş	29.11±8.59	29.0 (14-47)		
	65 yaş ve üzeri	33.10±5.97	34.5 (21-41)		
Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet	18-29 yaş ^a	22.72±6.29	23.0 (7-35)	$\chi^2=12.315$	0.006
	30-49 yaş ^a	22.09±6.50	23.0 (7-35)		
	50-64 yaş ^b	19.09±6.34	20.0 (7-31)		
	65 yaş ve üzeri ^{a,b}	23.30±4.22	25.0 (14-27)		
Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık	18-29 yaş	6.97±2.49	6.0 (3-15)	$\chi^2=0.536$	0.911
	30-49 yaş	7.17±2.66	6.0 (3-15)		
	50-64 yaş	7.18±2.54	7.0 (3-15)		
	65 yaş ve üzeri	7.10±2.13	6.0 (6-12)		
Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu	18-29 yaş	9.67±2.72	10.0 (3-15)	$\chi^2=0.203$	0.977
	30-49 yaş	9.61±2.98	10.0 (3-15)		
	50-64 yaş	9.95±3.22	10.0 (3-15)		
	65 yaş ve üzeri	9.80±2.39	10.0 (6-12)		

χ^2 : Kruskal Wallis Test İstatistiği, Farklı harfler p<0.05 düzeyinde farklılığı gösterir

Eğitim düzeyine göre bireylerin Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Pap Smear Yarar ve Motivasyon, Pap Smear Engel Algısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi (sırayla: ($\chi^2=25.059$, $p<0.001$) ($\chi^2=16.814$, $p=0.001$)).

Üniversite mezunu olan bireylerin diğer eğitim gruplarına göre Pap Smear'e yönelik yarar ve motivasyonları daha yüksek idi ($p<0.05$). Üniversite mezunu olan bireylerin, ortaokul ve ilkokul mezunu olanlara göre Pap Smear'e yönelik engel algısı daha düşük idi ($p<0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçeğin	Alt	Eğitim	Ort±SS	Medyan	χ^2	p
Pap Smear Yarar ve Motivasyon		İlkokul ^a	31.44±3.44	32.0 (24-	$\chi^2=25.059$	<0.001
		Ortaokul ^a	29.88±7.29	31.0 (8-40)		
		Lise ^a	31.14±7.66	32.0 (8-40)		
		Üniversite ^b	34.33±5.61	35.0 (8-40)		
Pap Smear Engel Algısı		İlkokul ^a	35.12±10.89	36.0 (14-	$\chi^2=16.814$	0.001
		Ortaokul ^a	35.40±10.54	37.0 (14-		
		Lise ^{a,b}	30.95±9.19	30.0 (14-		
		Üniversite ^b	28.82±8.69	29.0 (14-		
Rahim Kanseri Önemseme/Ciddiyet	Ağzı	İlkokul	21.80±6.32	22.0 (7-30)	$\chi^2=0.285$	0.963
		Ortaokul	21.20±6.76	23.0 (7-35)		
		Lise	21.87±6.29	22.0 (7-35)		
		Üniversite	21.74±6.62	22.0 (7-35)		
Rahim Kanseri Duyarlılık	Ağzı	İlkokul	8.08±3.20	7.0 (3-15)	$\chi^2=3.824$	0.281
		Ortaokul	7.44±2.06	8.0 (3-12)		
		Lise	7.09±2.93	6.0 (3-15)		
		Üniversite	6.92±2.18	6.0 (3-15)		
Rahim Kanseri Sağlık Motivasyonu	Ağzı	İlkokul	10.20±2.82	10.0 (6-15)	$\chi^2=1.119$	0.773
		Ortaokul	9.76±2.90	10.0 (3-15)		
		Lise	9.75±3.04	10.0 (3-15)		
		Üniversite	9.55±2.90	10.0 (3-15)		

χ^2 : Kruskal Wallis Test İstatistiği, Farklı harfler $p<0.05$ düzeyinde farklılığı gösterir, Okuryazar değil ve okuryazar grubunda yer alanlar ilkokul grubuna dahil edilmiştir.

Evli olan bireyler bekarlara göre rahim ağzı kanserini daha az önemsemekte ve daha az ciddiye almakta idiler ($z=2.127$, $p=0.033$) (Tablo 14).

Tablo 14: Bireylerin Medeni Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Medeni Durum	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Pap Smear Yarar ve Motivasyon	Evli	32.11±6.77	32.0 (8-40)	$z=1.333$	0.183
	Bekar	33.23±6.42	32.0 (8-40)		
Pap Smear Engel Algısı	Evli	30.51±9.78	30.0 (14-67)	$z=0.916$	0.360
	Bekar	30.87±8.98	32.0 (14-49)		
Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet	Evli	21.12±6.44	22.0 (7-35)	$z=2.127$	0.033
	Bekar	22.67±6.41	24.0 (7-35)		
Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık	Evli	7.07±2.66	6.0 (3-15)	$z=0.843$	0.399
	Bekar	7.20±2.44	7.0 (3-15)		
Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu	Evli	9.61±2.94	10.0 (3-15)	$z=0.538$	0.591
	Bekar	9.81±2.93	10.0 (3-15)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği

Sosyal güvence duruma göre bireylerin Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli ölçeği alt alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15: Bireylerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları			Sosyal Güvence	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Pap Smear Yarar ve Motivasyon	Yok	Var	Yok	32.02±7.08	32.0 (8-40)	z=0.117	0.907
			Var	32.67±6.56	32.0 (8-40)		
Pap Smear Engel Algısı	Yok	Var	Yok	31.08±9.85	29.5 (14-52)	z=0.066	0.947
			Var	30.57±9.39	30.0 (14-67)		
Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet	Yok	Var	Yok	21.86±7.06	23.0 (7-35)	z=0.546	0.585
			Var	21.72±6.35	22.0 (7-35)		
Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık	Yok	Var	Yok	7.24±2.52	7.0 (3-12)	z=0.613	0.540
			Var	7.09±2.58	6.0 (3-15)		
Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu	Yok	Var	Yok	9.64±2.94	10.0 (3-15)	z=0.234	0.815
			Var	9.70±2.94	10.0 (3-15)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği

Sigara kullanım durumuna göre bireylerin Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli ölçeği alt alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16: Bireylerin Sigara Kullanım Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Sigara Kullanım Durumu	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Pap Smear Yarar ve Motivasyon	Yok	32.69±6.06	32.0 (8-40)	z=0.141	0.888
	Var	32.25±7.82	32.0 (8-40)		
Pap Smear Engel Algısı	Yok	30.96±9.12	31.0 (14-67)	z=0.936	0.349
	Var	29.96±10.17	29.0 (14-56)		
Rahim Ağzı Kanseri Önemleme/Ciddiyet	Yok	21.50±6.53	22.0 (7-35)	z=0.859	0.390
	Var	22.29±6.30	22.5 (7-35)		
Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık	Yok	7.16±2.66	6.0 (3-15)	z=0.006	0.995
	Var	7.04±2.36	7.0 (3-12)		
Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu	Yok	9.73±2.99	10.0 (3-15)	z=0.299	0.765
	Var	9.61±2.83	10.0 (3-15)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği

Gelir düzeyine göre bireylerin Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli ölçeği Pap Smear Yarar ve Motivasyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edildi ($\chi^2=9.645$, $p=0.008$). Grupların ikili karşılaştırmasında gelir giderinden fazla olanların, gelir giderinden az olanlara göre Pap Smear'e yönelik yarar algısı ve motivasyonları daha yüksek idi ($p<0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17: Bireylerin Gelir Düzeyine Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Gelir Düzeyi	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	χ^2	p
Pap Yaran ve Motivasyon	Gelir giderinden az ^a	31.28±7.29	32.0 (8-40)	$\chi^2=9.645$	0.008
	Gelir giderine denk ^{a,b}	32.62±6.50	32.0 (8-40)		
	Gelir giderinden fazla ^b	34.66±5.48	36.0 (17-40)		
Pap Engel Algısı	Gelir giderinden az	31.58±8.29	31.5 (14-50)	$\chi^2=2.883$	0.237
	Gelir giderine denk	30.70±9.79	30.0 (14-67)		
	Gelir giderinden fazla	28.71±9.77	28.0 (14-49)		
Rahim Kanseri Önemseme/Ciddiyet	Gelir giderinden az	22.43±6.37	24.0 (7-35)	$\chi^2=1.931$	0.381
	Gelir giderine denk	21.25±6.69	22.0 (7-35)		
	Gelir giderinden fazla	22.76±5.32	23.0 (14-35)		
Rahim Kanseri Duyarlılık	Gelir giderinden az ^a	7.14±2.58	6.0 (3-15)	$\chi^2=0.547$	0.761
	Gelir giderine denk	7.06±2.65	6.0 (3-15)		
	Gelir giderinden fazla	7.34±2.17	7.0 (3-12)		
Rahim Kanseri Sağlık Motivasyonu	Gelir giderinden az	9.33±3.38	10.0 (3-15)	$\chi^2=1.232$	0.540
	Gelir giderine denk	9.78±2.82	10.0 (3-15)		
	Gelir giderinden fazla	9.97±2.56	10.0 (3-15)		

χ^2 : Kruskal Wallis Test İstatistiği, Farklı harfler p<0.05 düzeyinde farklılığı gösterir

Ailede meme kanseri öyküsü olma durumuna göre bireylerin Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli ölçeği alt alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Bireylerin Ailede Meme Kanseri Öyküsü Olma Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Ailede Meme Kanseri Öyküsü	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Pap Smear Yarar ve Motivasyon	Yok Var	32.59±6.37 32.40±8.09	32.0 (8-40) 34.0 (8-40)	z=0.587	0.557
Pap Smear Engel Algısı	Yok Var	30.55±9.55 31.24±8.91	30.0 (14-67) 30.0 (14-50)	z=0.359	0.720
Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet	Yok Var	21.49±6.43 23.22±6.52	22.0 (7-35) 22.0 (7-35)	z=1.165	0.244
Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık	Yok Var	7.03±2.55 7.64±2.62	6.0 (3-15) 9.0 (3-15)	z=1.948	0.051
Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu	Yok Var	9.77±2.89 9.27±3.20	10.0 (3-15) 9.0 (3-15)	z=1.178	0.239

z: Mann Whitney U Test İstatistiği

Ailede rahim ağzı kanseri öyküsü olan bireylerin, olmayanlara göre; Pap Smear'e yönelik yarar algıları ve motivasyonları, Rahim Ağzı Kanseri'ne yönelik duyarlılıkları ve sağlık Motivasyonları daha yüksek idi (sırayla: ($z=2.722$, $p=0.006$) ($z=2.477$, $p=0.013$) ($z=2.031$, $p=0.042$)) (Tablo 19).

Tablo 19: Bireylerin Ailede Rahim Ağzı Kanseri Öyküsü Olma Durumuna Göre Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Alt Boyutları	Ailede Rahim Ağzı Kanseri Öyküsü	Ort±SS	Medyan (Min-Max)	Z	p
Pap Smear Yarar ve Motivasyon	Yok	32.34±6.70	32.0 (8-40)	z=2.722	0.006
	Var	35.95±4.51	36.0 (25-40)		
Pap Smear Engel Algısı	Yok	30.89±9.39	30.0 (14-67)	z=1.667	0.096
	Var	27.00±9.78	26.0 (14-47)		
Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet	Yok	21.69±6.46	22.0 (7-35)	z=0.267	0.789
	Var	22.58±6.66	21.0 (12-35)		
Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık	Yok	7.01±2.49	6.0 (3-15)	z=2.477	0.013
	Var	8.79±3.19	9.0 (3-15)		
Rahim Ağzı Kanseri Sağlık İnanç Modeli Motivasyonu	Yok	9.60±2.92	10.0 (3-15)	z=2.031	0.042
	Var	11.05±2.89	11.0 (5-15)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği

Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt alanları ile Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt alanları arasındaki korelasyon değerleri Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: Ölçek Puanları Arasındaki İlişki Katsayıları

		Meme Kanseri Duyarlılık Algısı	Meme Kanseri Ciddiyet Algısı	Meme Kanseri Yarar Algısı	Meme Kanseri Engel Algısı	Meme Kanseri Güven	Meme Kanseri Sağlık Motivasyonu	Rahim Ağzı Kanseri Pap Smear Yarar ve Motivasyon	Rahim Ağzı Kanseri Pap Smear Engel Algısı	Rahim Ağzı Kanseri Önemsene/Ciddiyet	Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık Algısı	Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu
Meme Kanseri Duyarlılık Algısı	r											
	p											
Meme Kanseri Ciddiyet Algısı	r	0.336										
	p	<0.001										
Meme Kanseri Yarar Algısı	r	0.191	0.230									
	p	0.001	<0.001									
Meme Kanseri Engel Algısı	r	0.139	0.269	-0.187								
	p	0.015	<0.001	0.001								
Meme Kanseri Güven	r	0.143	0.007	0.422	-0.238							
	p	0.013	0.899	<0.001	<0.001							
Meme Kanseri Sağlık Motivasyonu	r	0.134	-0.045	0.257	-0.171	0.358						
	p	0.019	0.438	<0.001	0.003	<0.001						
Rahim Ağzı Kanseri Pap Smear Yarar ve Motivasyon	r	0.152	0.031	0.411	-0.262	0.290	0.504					
	p	0.008	0.588	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001					
Rahim Ağzı Kanseri Pap Smear Engel Algısı	r	0.077	0.292	-0.181	0.502	-0.169	-0.262	-0.390				
	p	0.180	<0.001	0.001	<0.001	0.003	<0.001	<0.001				
Rahim Ağzı Kanseri Önemsene/Ciddiyet	r	0.159	0.633	0.185	0.260	0.046	-0.005	0.001	0.327			
	p	0.005	<0.001	0.001	<0.001	0.421	0.934	0.996	<0.001			
Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık Algısı	r	0.384	0.214	0.007	0.310	-0.030	-0.009	0.011	0.253	0.239		
	p	<0.001	<0.001	0.907	<0.001	0.600	0.874	0.846	<0.001	<0.001		
Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu	r	0.056	-0.060	0.112	0.021	0.189	0.568	0.209	-0.089	-0.023	0.011	
	p	0.332	0.293	0.051	0.715	0.001	<0.001	<0.001	0.121	0.684	0.844	

5. TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri ve serviks kanseri taramaları hakkındaki sağlık inançlarının incelendiği bu çalışmada, sosyodemografik değişkenlerden; eğitim, medeni durum, gelir ve aile öyküsü faktörlerinin inançlar üzerinde etkili olduğu görüldü. Eğitimin her iki kanser taramaları hakkındaki engel algısını azalttığı, bekar bireylerin yarar algısının daha yüksek ve taramaları daha çok önemseyip ciddiye aldıkları bulundu. Gelir düzeyi arttıkça taramalar hakkındaki inançlar birçok alt alanda olumlu yönde iyileşti. Ailede kanser öyküsü bulunması sadece öyküdeki kanser taramasına yönelik inançları olumlu yönde etkiledi.

Çalışmamızda; Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında Duyarlılık Algısı 7.15 ± 2.59 , Ciddiyet Algısı 20.86 ± 6.11 , Yarar Algısı 15.35 ± 4.04 , Engel Algısı 25.11 ± 7.26 , Güven 33.90 ± 8.20 ve Sağlık Motivasyonu 26.44 ± 5.68 puan olarak bulundu.

Literatürde kadınların meme kanseri taramalarına yönelik sağlık inançlarının incelendiği birçok çalışma bulunmaktadır.

Alagöz ve Tuncer'in 2021 yılında 20-69 yaş aralığındaki 285 kadın katılımcı ile yaptıkları çalışmada; Duyarlılık Algısı 7.68 ± 2.48 , Ciddiyet Algısı 19.85 ± 4.71 ve Sağlık Motivasyonu 20.92 ± 3.74 ortalama puan olarak bulunmuş ve bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmada, kişilerin taramalara olan algılarının yaptıkları davranışları etkileyeceği belirtilmiş ve taramaları etkileyen faktörlerin belirlenmesinin kişilerin tarama kontrollerini artıracığı ifade edilmiştir (60).

Çevik Durmaz ve ark.'nın 126 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, meme kanseri eğitimi, Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Duyarlılık Algısı, Engel Algısı, Güven alt alanlarında anlamlı iyileşme sağlamıştır. Çalışmada, meme kanseri eğitimi ile kişilerin kaygı düzeyinin azaltılabileceği ve sağlık inançlarını olumlu yönde etkileyebileceği belirtilmiştir (61). Uslu Şahan ve Er

Korucu tarafından çevrimiçi eğitim ile 66 kadın üzerinde benzer bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada, Ciddiyet Algısı haricinde diğer alt alanlarda anlamlı iyileşme sağlandığı bulunmuştur. Çalışma çevrim içi eğitimin meme kanseri taramaları konusunda teşvik edici bir müdahale olduğunu belirtmiştir (62).

Kısa ve ark.'nın 74 kadın ile yaptıkları çalışmada ise, katılımcılar deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmış ve deney grubuna meme kanseri taramalarına yönelik videolu eğitim verilmiştir. Eğitim alan deney grubunun Yarar Algısı ve Güven/Öz Yeterlilik puanları anlamlı olarak yükselmiştir. Çalışmada, videolu eğitim ile sağlık inançlarının olumlu yönde geliştirilebileceği gösterilmiştir (63). Meme kanseri taramalarına yönelik verilen eğitim ile sağlık inançlarının olumlu yönden etkilendiği başka çalışmalar da vardır (64-66).

Güçlü Demirtaş ve Gördes Aydoğdu tarafından 384 kadın tarafından yapılan çalışmada, Duyarlılık Algısı 7.99 ± 3.88 , Ciddiyet Algısı 17.04 ± 8.74 , Mamografi Yarar Algısı 17.31 ± 5.34 , Mamografi Engel Algısı 26.83 ± 9.87 ve Sağlık Motivasyonu 17.52 ± 5.28 puan olarak bulunmuş ve bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmada, mamografi yaptıran kişilerin, yaptırmayan kişilere göre meme kanseri taramalarına yönelik sağlık inançları tüm alt alanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha olumlu olduğu görülmüştür. Çalışmada, fakir kadınlara engel algısına yönelik ücretsiz danışmanlık vermenin tarama davranışına olumlu yönde katkı sağlayacağı belirtilmiştir (67).

Aksu'nun mevsimlik tarım işçisi 352 kadın ile yaptığı tez çalışmasında, Kendi Kendine Meme Muayenesi Engel Algısı 16.98 ± 6.28 , Mamografi Engel Algısı 31.85 ± 9.65 ortalama puan olarak bulunmuş ve çalışmamıza göre engel algısının yüksek olduğu değerlendirilmiştir. Bu durum çalışmaya katılan kadınların ekonomik ve sosyal durumlarının dezavantajlı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmada mevsimlik tarım işçileri için mobil hizmet vermenin tarama davranışını kolaylaştırıcı bir faktör olabileceği belirtilmiştir (68).

Erkılıç ve Albayrak tarafından 766 kadın ile yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin meme kanseri taramasına yönelik sağlık inançlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (69).

Bakır ve Demir'in 358 hemşire ile yaptığı çalışmada, Duyarlılık Algısı 8.41 ± 2.53 , Ciddiyet Algısı 26.81 ± 5.75 , Mamografi Yarar Algısı 18.79 ± 3.23 , Mamografi Engel Algısı 26.81 ± 5.75 ve Sağlık Motivasyonu 20.59 ± 2.57 puan olarak bulunmuş ve çalışmamıza kıyasla sağlık inançlarının daha yüksek olduğu değerlendirilmiştir. Bu durum sağlık çalışanlarının sağlığa yönelik bilgi düzeylerinin diğer kadınlara göre yüksek olması ile ilgili olabilir. Diğer çalışmalara kıyasla hemşirelerin meme kanserine yönelik taramaları daha ciddiye alıp önemseddiği görülmektedir, bu bulgu da teorimiz hakkında destekleyici olmaktadır (70).

İran'da 384 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, Meme Kanseri Taramalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında Duyarlılık Algısı 8.37 ± 2.43 , Ciddiyet Algısı 23.83 ± 4.65 , Yarar Algısı 20.56 ± 3.86 , Engel Algısı 23.37 ± 4.87 ve Güven 24.73 ± 8.78 puan olarak bulunmuş ve çalışmamıza kıyasla sağlık inançlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Bu bulgu; üniversite öğrencilerinin sağlık inançları yönünden toplumun geneline göre daha bilinçli olmasından kaynaklı olabilir. Öğrencilerin bilgiye ulaşması topluma göre daha kolay olabilir. Çalışmada, öğrencilerin; meme kanserine yönelik risk faktörleri, kendi kendine meme muayenesi uygulaması, erken teşhisin yararları hakkındaki bilgiler yönünden desteklenmesinin önemi belirtilmiştir (71).

Kaş ve Kırca'nın 255 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, Duyarlılık Algısı 7.61 ± 2.36 , Ciddiyet Algısı 19.52 ± 6.15 , Yarar Algısı 15.56 ± 5.26 , Engel Algısı 27.00 ± 7.77 , Güven/Öz yeterlilik 30.21 ± 8.88 ve Sağlık Motivasyonu 25.41 ± 6.19 puan olarak bulunmuş ve çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmada, katılımcıların yarar algılarının yüksek, güven algılarının orta ve diğer alanlardaki sağlık inançlarının zayıf olduğu belirtilmiştir. Çalışma, öğrencilerin farkındalıklarının artırılması ve olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi amacı ile mobil uygulama ve web sitelerinin kullanılabileceğini belirtmiştir (72).

Endonezya'da 20-60 yaş arası 192 kadın katılımcı ile yapılan bir çalışmada, kendi kendine meme muayenesi yapanların yapmayanlara göre; meme kanseri taramalarına yönelik yarar algılarının, engel algılarının, güven/öz yeterliliklerinin ve sağlık motivasyonlarının anlamlı olarak daha olumlu olduğu bulunmuştur (73).

Kirag ve Kızılkaya'nın 135'i sağlık alanında, 65'i ise diğer alanlarda olmak üzere toplam 200 kadın akademisyen ile yaptıkları çalışmada, kendi kendine meme muayenesi yapan kadınların, yapmayan kadınlara göre daha yüksek duyarlılık algısına, daha az engel algısına ve daha yüksek öz-yeterliliğe sahip olduğunu belirlemiştir. Ayrıca çalışmada, sağlık alanındaki akademisyenlerin sağlık inançlarının daha olumlu olmasına rağmen meme kanserine yönelik tarama davranışlarının diğer akademisyenlerle benzer olmasından dolayı, inançlar ile davranışlar arasındaki geçişin daha çok irdelenmesi gerektiği ve yapılan müdahalelerin daha çok pratik uygulamalara odaklanması gerektiği belirtilmiştir (74).

Literatürde kadınların meme kanseri taramalarına yönelik sağlık inançlarının incelendiği daha birçok çalışma bulunmaktadır. Çetin ve ark.'nın 276 hemşire ile KKMM'yi engelleyen faktörleri belirlemek amacı ile yaptıkları çalışma (75), Doğan Yükseköl ve ark.'nın 168 hemşirelik öğrencisi ile KKMM'ye yönelik davranış ve inançları inceledikleri çalışma (76), Kıbrıs'ta 657 kadın ile meme kanseri risklerinin ve bilgi düzeylerinin belirlendiği çalışma (77), Kurşun ve ark.'nın mamografi için başvuran 181 kadın ile yaptıkları çalışma (78), Mısır'da 150 kadın ile yapılan yarı deneysel çalışma (65), Fas'ta 1014 kadın ile meme kanseri tarama niyetinin öngörücü faktörlerine yönelik yapılan çalışma (79), Suudi Arabistan'da 680 lisans öğrencisi ile yapılan çalışma (80), Tarı Selçuk ve ark.'nın 40 yaş ve üzeri 416 kadın ile meme kanserine yönelik tarama davranışlarının sağlık inançlarıyla ilişkisinin incelendiği çalışma (81), Yıldırım ve Kocaağalar Akince'nin 92 kadın ile yaptıkları randomize kontrollü çalışma (66), Yemen'de üreme sağlığı merkezine başvuran 400 kadın ile yapılan çalışma (82), Endonezya'da 20-60 yaş aralığındaki 1967 kadın ile yapılan çalışma (83), İran'da 35-85 yaş aralığındaki 800 kadın ile yapılan çalışma (84), Başaran ve ark.'nın 15940 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışma (85), Bora Makal'ın 21 yaş üstünde 850 kadın ile yaptığı çalışma (86), Yakıt Ak ve Şen'in 20-50 yaş aralığındaki 628 kadın ile yaptıkları çalışma (87) bu konuda yapılan çalışmalardandır.

Çalışmamızda, üniversite mezunu bireylerin lise mezunu olanlara göre meme kanseri taramasına yönelik engel algısının daha düşük olduğu belirlendi. Eğitim

düzeyi yükseldikçe, bireylerin meme kanseri taramaları konusundaki engel algılarının azaldığı gözlemlendi. Bu durum, eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığının da artması ve sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım konusundaki bilgi ve becerilerin gelişmesi ile açıklanabilir.

Literatürde eğitim ile meme kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Alagöz ve Tuncer'in yaptıkları çalışmada, lise eğitimi olan kadınların olmayanlara göre, meme kanseri taramalarına yönelik duyarlılık algıları, mamografiye yönelik yarar ve engel algıları anlamlı olarak daha olumlu bulunmuştur (60). Bakır ve Demir'in yaptıkları çalışmada, lise eğitimi olan kadınların ön lisans ve üstü eğitime sahip olan kadınlara göre, kendi kendine meme muayenesi öz etkililiği daha düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada, ön lisans eğitime sahip olan kadınların lisans eğitime sahip kadınlara göre mamografiye yönelik engel algıları daha yüksek bulunmuştur (70).

Erkılıç ve Albayrak tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça meme kanseri taramalarına yönelik sağlık inancının birçok alt alanı olumlu yönde değişmektedir (69). Kurşun ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça sağlık motivasyonu ve yarar algısının yükseldiği, engel algısının ise düştüğü görülmüştür (78).

Fas'ta yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyinin meme kanseri tarama niyetinin öngörücü faktörlerinden biri olduğu bulunmuştur (79). Yakıt Ak ve Şen'in yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça sağlık inançlarının olumlu yönde arttığı belirtilmiştir (87).

Eğitim düzeyi ile meme kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da vardır (71,80,88). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışma, çok değişkenli lojistik regresyon analizinde meme kanseri tarama niyeti ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur (80). Benzer bir sonuç, yine Suudi Arabistan'da yapılan tez çalışmasında bulunmuştur (88). Bu sonuçların bizim çalışmamızla farklılık göstermesinde, kadınların hastalıkla deneyimlerini etkileyen; sosyopolitik faktörler, dini bazı

inancılar, yönlendirmeler, yardım aramanın önündeki sosyokültürel inancılar ve engeller etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda, medeni durumun meme kanseri taramasına yönelik yarar algısı üzerinde etkili olduğu bulundu. Bekar bireylerin evli bireylere göre meme kanseri taramasına yönelik yarar algısının daha yüksek olduğu tespit edildi. Bu bulgu, bekar bireylerin kendi sağlıklarını koruma ve sağlık taramalarının yararlarını anlama konusunda daha yüksek bir farkındalığa ve motivasyona sahip olduklarını göstermektedir. Bu bulgunun; bekarların ekonomik ve zaman yönetimi gibi faktörler yönünden daha avantajlı olmaları ya da yalnızlık, sosyal bağlantı eksikliği gibi faktörler yönünden dezavantajlı olmaları gibi çeşitli sosyolojik, psikolojik ve demografik faktörlere dayanan açıklamaları olabilir.

Literatürde medeni durum ile meme kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Alagöz ve Tuncer'in yaptıkları çalışmada, evli olan kişilerin olamayan kişilere göre mamografi yarar algıları daha yüksek iken, mamografi engel algıları daha düşük bulunmuştur (60).

Erkılıç ve Albayrak tarafından yapılan çalışmada, bekar kişilerin evlilere göre sağlık motivasyonları daha yüksek iken, KKMM öz etkililikleri daha düşük bulunmuştur (69). Başaran ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, bekar kişilerin evlilere göre engel algıları daha yüksek bulunmuştur (85). Yakıt Ak ve Şen'in yaptıkları çalışmada, bekar kişilerin evlilere göre sağlık motivasyonları daha yüksek iken, engel algıları ve KKMM öz etkililikleri daha düşük bulunmuştur (87). Bu konudaki bulgulardaki farklılıklar, çalışmanın yapıldığı evren, katılımcıların eğitim düzeyi, farkındalık düzeyleri ve kültürel faktörlerden kaynaklanabilir. Medeni durum ile meme kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da bulunmaktadır (70,71).

Çalışmamızda, ekonomik refah seviyesinin meme kanseri taramasına yönelik sağlık inançları üzerinde belirgin etkili olduğu bulundu. Gelir durumu yüksek olan bireyler, sağlık hizmetlerine daha kolay erişebilmeleri sayesinde maliyet engelini daha az hissedebilirler. Ekonomik refahın getirdiği genel yaşam kalitesi artışı,

bireylerin sağlık taramalarına katılma motivasyonlarını da olumlu yönde etkileyebilir.

Literatürde gelir düzeyi ile meme kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Erkılıç ve Albayrak tarafından yapılan çalışmada, gelir düzeyi arttıkça meme kanseri taramalarına yönelik sağlık inancının birçok alt alanı olumlu yönde değişmektedir (69). Yakıt Ak ve Şen'in yaptıkları çalışmada, algılanan ekonomik durumunu orta olarak değerlendirenlerin, kötü olarak değerlendiren kişilere göre; sağlık motivasyonları, KKMM yarar algıları, KKMM öz etkinlikleri daha yüksek iken, mamografiye yönelik engel algıları daha düşük bulunmuştur (87). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edildi.

Gelir düzeyi ile meme kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da vardır (70).

Başaran ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, çalışmamıza zıt şekilde, ailesinin gelir düzeyini düşük olarak değerlendirenlerin, orta ve yüksek değerlendiren öğrencilere göre duyarlılık algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (85). Bu durum; aldıkları eğitim, hekim tarafından yapılan muayene, bilgilendirme ve ailenin farkındalığı ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda, ailesinde meme kanseri öyküsü olan bireylerin, meme kanseri taramasına yönelik duyarlılık ve ciddiyet algıları daha yüksek bulundu. Ailesinde meme kanseri öyküsü olan bireyler, hastalığın semptomları, ilerleyişı ve tedavi süreçleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilirler. Bu bilgi, hastalığın erken teşhisinin önemini ve taramaların gerekliliğini daha iyi anlamalarını sağlayabilir. Ayrıca, aile üyelerinden edindikleri kişisel deneyimler, onların tarama inançlarını şekillendirebilir.

Literatürde aile öyküsü ile meme kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Alagöz ve Tuncer'in yaptıkları çalışmada, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan kişilerin bulunmayanlara göre, duyarlılık algıları daha yüksek iken, kendi kendine meme

muayenesi ve mamografi taramalarına yönelik engel algıları daha düşük bulunmuştur (60). Bakır ve Demir'in yaptıkları çalışmada, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan kişilerin bulunmayanlara göre, duyarlılık algıları ve sağlık motivasyonları daha yüksek iken, mamografi taramalarına yönelik engel algıları daha düşük bulunmuştur (70).

Kurşun ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan kişilerin bulunmayanlara göre, duyarlılık algısı, sağlık motivasyonu ve yarar algısının anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür (78). Başaran ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, birinci derece akrabalarında meme kanseri bulunanların, bulunmayan kişilere göre, duyarlılık algıları daha yüksek iken, engel algıları daha düşük bulunmuştur (85). Çalışmamızda da literatürü destekler nitelikte benzer sonuçlar elde edildi.

Ailede meme kanseri öyküsü ile meme kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da vardır. Suudi Arabistan'da yapılan bir tez çalışmasında, hiyerarşik çoklu regresyon analizi; annesinde meme kanseri öyküsü bulunanlar ile öyküsü bulunmayanlar arasında mamografi yaptıрма niyeti açısından anlamlı bir farklılık olmadığını bulmuştur (88). Yine buradaki dini ve kültürel faktörlerin bu konuda etkili olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda; Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında Pap Smear Yarar ve Motivasyon 32.56 ± 6.64 , Pap Smear Engel Algısı 30.65 ± 9.45 , Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet 21.74 ± 6.46 , Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık 7.12 ± 2.57 ve Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu 9.69 ± 2.94 puan olarak bulundu.

Literatürde kadınların rahim ağzı kanseri ve pap smear testine yönelik sağlık inançlarının incelendiği birçok çalışma bulunmaktadır: Kazankaya ve ark.'nın jinekoloji polikliniğine başvuran 373 kadın ile yaptıkları çalışmada; Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık $8,11 \pm 3,22$, Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet $31,86 \pm 13,13$, Pap Smear Yarar ve Motivasyon $33,26 \pm 6,14$, Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu $12,28 \pm 2,92$ ve Pap Smear Engel Algısı $31,86 \pm 13,13$ puan olarak bulunmuştur. Çalışmada engel, yarar ve önemseme algıları yüksek olarak, duyarlılık

algısı ve sağlık motivasyonu düşük olarak değerlendirilmiş ve çalışmamızla kıyaslandığında sağlık inançlarının daha olumlu olduğu görülmüştür. Bu durum; çalışmanın jinekoloji polikliniğinde yapılmasından dolayı başvuran katılımcıların örneklem seçiminde farklılaştığını göstermektedir (89).

Polat ve Kalkım'ın, halk eğitim merkezinde eğitim gören 350 kadın ile yaptıkları çalışmada; Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık $7,42 \pm 3,06$, Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet $21,57 \pm 7,17$, Pap Smear Yarar ve Motivasyon $33,0 \pm 7,53$, Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu $10,4 \pm 3,14$ ve Pap Smear Engel Algısı $30,6 \pm 11,41$ puan olarak bulunmuş ve çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmada, rahim ağzı kanserine yönelik bilgi artıkça yarar, önemseme ve sağlık motivasyonunun arttığı, engel algısının da azaldığı belirtilmiştir. Engel algısının tarama davranışını olumsuz etkilediği de bulunmuştur (90).

Altuntaş Çalım'ın 291 katılımcı ile yaptığı tez çalışmasında, Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık $6,72 \pm 2,92$, Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet $20,45 \pm 8,41$, Pap Smear Yarar ve Motivasyon $27,61 \pm 11,15$, Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu $9,19 \pm 3,90$ ve Pap Smear Engel Algısı $32,77 \pm 13,34$ puan olarak bulunmuş ve çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır (91).

Uçar ve Tümer'in 400 kadın ile yaptıkları çalışmada, Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık $7,48 \pm 2,63$, Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet $23,66 \pm 6,40$, Pap Smear Yarar ve Motivasyon $33,79 \pm 5,58$, Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu $10,28 \pm 2,32$ ve Pap Smear Engel Algısı $30,80 \pm 9,03$ puan olarak bulunmuş ve çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmada, katılımcıların sağlık algı ve inançlarının iyi düzeyde olduğu belirtilmiştir (92).

Bulut ve ark.'nın kanser erken tanı tarama ve eğitim merkezine başvuran 188 kadın ile yaptıkları çalışmada, Rahim Ağzı Kanseri Duyarlılık $7,54 \pm 2,64$, Rahim Ağzı Kanseri Önemseme/Ciddiyet $23,57 \pm 6,28$, Pap Smear Yarar ve Motivasyon $31,31 \pm 6,73$, Rahim Ağzı Kanseri Sağlık Motivasyonu $9,28 \pm 2,97$ ve Pap Smear Engel Algısı $36,46 \pm 9,20$ puan olarak bulunmuş ve çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Çalışmada, HPV ve pap smear testine yönelik bilginin yarar algısını artırıp engel algısını azaltacağı belirtilmiştir (93).

Literatürde kadınların rahim ağzı kanseri taramalarına yönelik sağlık inançlarının incelendiği birçok çalışma bulunmaktadır. Özen Çınar ve Kara'nın 120 evli kadın ile yaptıkları çalışma (94), Uludağ ve ark.'nın aile hekimliği polikliniği'ne başvuran 360 katılımcı ile yaptıkları çalışma (95), Kılıçsokan ve İlhan'nın aile sağlığı merkezine başvuran 259 kadın yaptıkları çalışma (96), Turan ve Gözüyeşil'in kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesine başvuran 314 kadın ile yaptıkları çalışma (97), Suudi Arabistan'da 1085 katılımcı ile yapılan çalışma (98), Irak'ta 20 ila 60 yaşları arasındaki 192 kadın ile yapılan yarı deneysel çalışma (99), Soyhun'un aile sağlığı merkezine başvuran 385 kadın ile yaptığı tez çalışması (100), Çeki ve Özdemir'in aile sağlığı merkezine kayıtlı 291 kadın katılımcı ile yaptıkları çalışma (101), Güney Afrika'da 30 yaş ve üzeri 280 kadın ile yapılan çalışma (102), Endonezya'da 687 evli kadın ile yapılan çalışma (103), Kolombiya'da 1699 kadın ile yapılan çalışma (104), Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan 91 Afro-Amerikan ve Sahra Altı Afrikalı göçmen kadın ile yapılan bir çalışma (105), Suudi Arabistan'da 1857 sağlık çalışanı ile yapılan çalışma (106), Nepal'de 510 kadın ile yapılan bir çalışma (107) bu konuda yapılan çalışmalardandır.

Çalışmamızda, 50-64 yaş aralığındaki bireylerin, 50 yaş altındakilere göre rahim ağzı kanseri taramalarını daha az önemsedikleri ve daha az ciddiye aldıkları bulundu. Bu bulgu, menopoz sonrası döneme denk geldiği için, 50-64 yaş aralığındaki kadınların, rahim ağzı kanseri riskini daha düşük olarak değerlendirmesinden kaynaklı olabilir. Ayrıca bu yaş aralığında daha yaygın hale gelen kronik hastalıklar sağlık önceliklerini değiştirmiş olabilir veya bu kişilerin sağlık hizmetlerine erişimi daha zor hale gelmiş olabilir.

Literatürde yaş ile rahim ağzı kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Kılıçsokan ve İlhan'nın yaptıkları çalışmada, 40 yaş ve üstü bireylerin 40 yaş altı bireylere göre, duyarlılık algıları daha yüksek bulunmuştur (96). Turan ve Gözüyeşil'in yaptıkları çalışmada, 41 yaş ve üstü bireylerin 41 yaş altı bireylere göre, yarar algıları daha yüksek iken, engel algıları daha düşük çıkmıştır (97).

Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada, yaş ile önemseme, yarar algıları ve sağlık motivasyonunun anlamlı pozitif korelasyona sahip olduğu bulunmuştur (98).

Bulut ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, 31-43 yaş aralığındaki kişilerin diğer yaş gruplarına göre, önemseme algılarının düşük olduğu görülmüştür (93).

Soyhun'un yaptığı tez çalışmasında, yaş ile engel algısı pozitif korelasyonda iken, duyarlılık, yarar algısı ve sağlık motivasyonu anlamlı olarak negatif korelasyonda bulunmuştur (100). Nepal'de yapılan bir çalışmada, 31 yaş ve üzerindeki kadınlar, 30 yaş altındaki kadınlara kıyasla daha fazla engel bildirmesine rağmen, ikili lojistik regresyon analizinde 30 yaşından büyük kadınlar, daha genç kadınlara kıyasla rahim ağzı kanser taramasına iki kat daha fazla eğilim göstermektedir (OR = 1.94, 95% CI = 1.21-3.11, p = 0.006) (107). Çalışmamızla diğer yapılmış çalışmalar arasında yaş gruplarına göre farklılıkların olması, toplumun sosyokültürel faktörler ve eğitim düzeyi değişkenleri ile ilişkili olabilir.

Yaş değişkeni ile rahim ağzı kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da vardır (92,94,103).

Çalışmamızda, eğitim düzeyi arttıkça Pap Smear'e yönelik yarar algısının ve motivasyonun daha yüksek, engel algısının daha düşük olduğu bulundu. Bu bulgular, sağlık eğitimine ve okuryazarlığına yapılan yatırımların Pap Smear testine yönelik olumlu tutumların geliştirilmesinde önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Literatürde eğitim ile rahim ağzı kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Kazankaya ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, eğitimin rahim ağzı kanseri taramasına yönelik engel algısını düşürürken sağlık motivasyonunu artırdığı görülmüştür (89). Özen Çınar ve Kara'nın yaptıkları çalışmada, lise ve ön lisans mezunu kişilerin lisans ve lisansüstü öğrencilere göre, sağlık motivasyonları daha düşük iken engel algıları daha yüksek bulunmuştur (94). Altuntaş Çalım'ın yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça rahim ağzı kanserine yönelik sağlık inançlarının anlamlı olarak olumlu yönde geliştiği görülmüştür (91).

Kılıçsokan ve İlhan'nın yaptıkları çalışmada, 8 yıl üstü eğitim alan bireylerin 8 yıl ve altında eğitim alan bireylere göre, sağlık motivasyonları daha yüksek iken, engel algıları daha düşük bulunmuştur (96). Turan ve Gözüyeşil'in yaptıkları

çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin yarar algıları daha yüksek iken, engel algıları daha düşük çıkmıştır (97). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça önemseme ve yarar algısının arttığı bulunmuştur (98). Bulut ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin sağlık inançlarının daha olumlu olduğu görülmektedir (93). Soyhun'un yaptığı tez çalışmasında, yarar algısı ve sağlık motivasyonu eğitim düzeyi ile beraber artmaktadır (100). Bizim çalışmamızda da yapılan çalışmaları destekler nitelikte benzer sonuçlar elde edildi.

Endonezya'da yapılan bir çalışmada, yüksek öğrenim düzeyindeki kişilerin orta öğrenim mezunu kişilere göre tarama yaptıрма niyetinin 3,58 kat daha yüksek olduğu ve orta öğrenimden daha düşük düzeye sahip olan kişilerin orta öğrenim mezunu kişilere göre 0,63 kat daha düşük olduğu bulunmuştur (103). Nepal'de yapılan bir çalışmada, ortaokul ve altı eğitim almış kadınların, lise ve üstü eğitim alan kadınlara göre önemseme ve engel algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür (107).

Uçar ve Tümer'in yaptıkları çalışmada beklentinin aksine, eğitim düzeyi düştükçe rahim ağzı kanserine yönelik önemseme algısının yükseldiği görülmüştür (92). Literatürle farklılık gösteren bu bulgu; örnekleme oluşturan kişilerin kişisel ve yorumlama özellikleri ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, evli olan bireylerin bekarlara göre rahim ağzı kanseri taramalarını daha az önemseddiği ve daha az ciddiye aldığı bulundu. Bu bulguların arkasında yatan çeşitli sosyal ve bireysel faktörleri anlamak için daha derinlemesine bir araştırma gerekebilir.

Literatürde medeni durum ile rahim ağzı kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Soyhun'un yaptığı tez çalışmasında, evli olan bireylerin bekar bireylere göre, engel algısı ve sağlık motivasyonları daha düşük bulunmuştur (100). Endonezya'da yapılan bir çalışmada, evli kişilerin tarama yaptıрма niyetinin dul/boşanmış kişilere göre 2,07 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (103). Yapılan çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiştir. Bu farklılıklar toplumsal kültürel farklılıklarla ilişkili olabilir.

Medeni durum ile rahim ağzı kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da vardır (91).

Yaptığımız çalışmada, gelir giderinden fazla olan kişilerin, gelir giderinden az olanlara göre Pap Smear'e yönelik yarar algısı ve motivasyonlarının daha yüksek olduğu bulundu. Gelir fazlalığı, sağlık hizmetlerine erişimi ve bu hizmetlerin önemini algılama şeklini iyileştirebilirken, gelir sıkıntısı çeken bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda çeşitli zorluklarla karşılaşabilirler. Bu bulgular, sağlık politikalarının ve müdahalelerin gelir düzeyine göre farklılık gösterebileceğini ve gelir düzeyi düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Literatürde gelir düzeyi ile rahim ağzı kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Özen Çınar ve Kara'nın yaptıkları çalışmada, gelir düzeyi arttıkça duyarlılık ve önemseme algılarının anlamlı olarak arttığı bulunmuştur (94). Turan ve Gözüyeşil'in yaptıkları çalışmada, gelir düzeyi iyi olarak değerlendirilen bireylerin orta olarak değerlendirilen bireylere göre, yarar ve önemseme algıları daha yüksek çıkmıştır (97).

Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada, aylık gelirini yeterli olarak bildiren kişilerin yetersiz olarak bildiren kişilere göre, engel algılarının daha düşük olduğu ve sağlık motivasyonlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (98). Soyhun'un yaptığı tez çalışmasında, gelir düzeyi arttıkça engel algısı azalmakta ve sağlık motivasyonu yükselmektedir (100). Endonezya'da yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi arttıkça tarama yaptırma niyetinin arttığı görülmüştür (103).

Gelir düzeyi ile rahim ağzı kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da vardır (91,92,96).

Literatürün aksine Bulut ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, gideri gelirinden fazla olan grubun sağlık motivasyonu ve duyarlılık algısının daha yüksek olduğu görülmüştür (93). Çalışma yapıldığı gibi küçük ve belirli bir kültürel yapıya sahip olan yerlerde, sağlıkla ilgili inançlar ve davranışlar literatürdeki genel eğilimlerden

sapabilir. Ayrıca KETEM'lerde, başvuran kadınlara kanser taramaları ve önleyici sağlık hizmetleri konusunda aktif olarak bilgi verilir ve danışmanlık yapılır, taramaların maliyet yönü anlatılır. Taramaların maliyet yönüne yapılan vurgu, gelir giderinden az olan bireylerin sağlık inançlarını ve motivasyonlarını geçici olarak daha fazla artırmış olabilir.

Araştırmamızda, ailede rahim ağzı kanseri öyküsü olan bireylerin olmayanlara göre; Pap Smear'e yönelik yarar algıları ve motivasyonları, Rahim Ağzı Kanseri'ne yönelik duyarlılıkları ve sağlık motivasyonları daha yüksek bulundu. Aile üyelerinde kanser gibi ciddi bir hastalığın yaşanması, bireylere hastalığın zorluklarını ve etkilerini yakından gözlemleme imkanı sağlamakta, hastalık hakkında bilgi edinme ihtiyacı doğurmakta ve bu bireyler hastalığın getirdiği duygusal yükü başa çıkarak zorunda kalmaktadırlar. Bu zorunluluklar kişinin sağlık inançlarını olumlu yönde artırmış olabilir.

Literatürde aile öyküsü ile serviks (rahim ağzı) kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Özen Çınar ve Kara'nın yaptıkları çalışmada, ailesinde rahim ağzı kanseri bulunan kişilerin bulunmayan kişilere göre, duyarlılık ve yarar algıları daha yüksek bulunmuştur (94). Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada, ailesinde rahim ağzı kanseri bulunan kişilerin bulunmayan kişilere göre, duyarlılık, önemseme, yarar algıları ve sağlık motivasyonlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (98).

Endonezya'da yapılan bir çalışmada, aile öyküsü bulunan kişilerin bulunmayanlara göre, tarama yaptırmaya niyetinin 5,25 kat daha yüksek olduğu görülmüştür (103). Nepal'de yapılan bir çalışmada, ailede rahim ağzı kanser öyküsü bulunan kadınların aile öyküsü bulunmayan kadınlara göre, kanser taraması yaptırmaya olasılığı beş kat daha yüksek bulunmuştur (OR = 4.95, 95% CI = 2.10-11.67, P <0.001) (107).

Aile öyküsü ile rahim ağzı kanseri taramasına yönelik sağlık inançları arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da vardır (91,96).

6. SONUÇ

Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların meme kanseri ve serviks kanseri taramaları hakkındaki sağlık inançlarının incelendiği bu çalışmada, sosyodemografik değişkenlerden; eğitim, medeni durum, gelir ve aile öyküsü faktörlerinin inançlar üzerinde etkili olduğu görüldü.

Eğitimin her iki kanser taramaları hakkındaki engel algısını azalttığı, bekar bireylerin yarar algısının daha yüksek ve taramaları daha çok önemseyip ciddiye aldıkları, gelir düzeyi arttıkça taramalar hakkındaki inançların birçok alt alanda olumlu yönde iyileştiği, ailede kanser öyküsü bulunmasının sadece öyküdeki kanser taramasına yönelik inançları olumlu yönde etkilediği bulundu.

Aile hekimleri hastalarına sosyodemografik profilleri göz önüne alınarak, bireyselleştirilmiş kanser tarama danışmanlık hizmeti sunmalıdır. Özellikle, medeni durum, eğitim, gelir ve aile öyküsü gibi faktörler dikkate alınarak, her hastaya özel bir yaklaşım geliştirilmelidir.

Eğitim seviyesinin düşük olduğu hastalara, anlaşılır ve sade bir dille bilgilendirme yapılmalı, farkındalık artırılmalıdır.

Gelir düzeyi düşük hastalar için kanser taramalarının ücretsiz olduğu ve tedavi masraflarına göre daha uygun maliyetli olduğu dair bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca, bu grup için sağlanan sosyal yardımlar ve destek programları hakkında da bilgilendirme yapılabilir.

Bekar kadınların taramaların yararını daha yüksek algıladıkları bulgusundan yola çıkarak, bu gruba yönelik “tarama günü etkinlikleri” gibi sosyal etkinlikler düzenlenebilir.

Ailede kanser öyküsü bulunan hastalarla daha derinlemesine görüşmeler yapılmalı ve bu kişilere yönelik tarama programlarının önemine dair farkındalık artırılmalıdır. Psikolojik destek hizmetleri ve grup terapileri, bu bireylerin duygusal zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabilir ve tarama süreçlerine katılımlarını artırabilir.

7. KAYNAKÇA

1. Eren, O. Ö. (2017). Kanser Taramaları ve Kanserden Korunma. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(2), 7-14.
2. Ersoy, E. ve Saatçı, E. (2017). Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış. *Türk Aile Hek Derg*, 21 (2): 82-89. <https://doi.org/10.15511/tahd.17.00282>.
3. WHO. (2024, 05). *Cancer topics*. WHO. <https://www.iarc.who.int/cancer-topics/>
4. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2021, 17 Ağustos). *Türkiye Kanseri Kontrol Programı*. TC Sağlık Bakanlığı. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos 2021 Kanseri Kontrol Programi versiyon -1.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos%2021%20Kanser%20Kontrol%20Programi%20versiyon-1.pdf).
5. WHO. (2017, 02). *Guide to cancer early diagnosis*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511940>.
6. Türkiye Kanseri Enstitüsü. (2024). *Kanseri Nedir?*. TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı. <https://tke.tuseb.gov.tr/kanser-hakkinda/kanser-nedir>.
7. WHO. (2022, 3 Şubat). *Cancer Key Facts*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
8. World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. (2. Baskı).
9. Wild, C. P., Weiderpass, E., & Stewart, B. W. (2020). *World cancer report*. International Agency for Research on Cancer.
10. TÜİK. (2018). *Ölüm Nedeni İstatistikleri*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>.
11. WHO. (2024). *Preventing cancer*. WHO. <https://www.who.int/activities/preventing-cancer>.

12. World Health Organization. (2006). *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes* (2. Baskı). WHO.
13. WHO. (2017). *Guide to cancer early diagnosis*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1>.
14. Olsen, J., Saracci, R., & Trichopoulos, D. (2010). *Teaching epidemiology: A guide for teachers in epidemiology, public health and clinical medicine*. OUP Oxford.
15. Deniz, E. B. (2022). Kanser epidemiyolojisi. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi* 3(2), 102-111. <https://doi.org/10.54247/SOYD.2022.49>.
16. International Agency for Research on Cancer. (2024, Şubat). *Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence and Mortality, Both sexes, in 2022*. WHO. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&group_populations=1&types=0_1&sort_by=value1&populations=900&multiple_populations=0&values_position=out.
17. Türk Radyoloji Derneği. (2011). *Meme Kanseri Tarama Rehberi*. TRD Yeterlilik Kurulu, Rehberler ve Standartlar Komitesi. <https://www.turkrad.org.tr/assets/DernektenHaberler-Pdf/TRD-Meme-Tarama-Rehberi.pdf>.
18. Mikhail, B. I., & Petro-Nustas, W. I. (2001). Transcultural adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 33(2), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00159.x>
19. LoBiondo-Wood, G., Haber, J. (1994). *Nursing Research: Methods, Critical Appraisal, and Utilization* <https://books.google.com.tr/books?id=5Bw-cyEN7XUC>
20. Gözüm S, Aksayan S. (2003). *Kültürler arası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma*. HEMAR-G Hemşirelik Araştırma Dergisi 2003; 4(2):9-20.

21. Gözümlü, S., Karayurt, Ö., Aydın, İ. (2004). Meme kanseri taramalarında champion'un sağlık inanç modeli ölçeğinin türkçe uyarlamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2):72-85
22. Özmen D (2004). *Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış doktora tezi, İzmir
23. Guvenç G., Akyuz A. & Acikel C.H. (2011) 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
24. Secginli S, Nahcivan N O (2004). *Reability and validity of the breast cancer screening belief scale among Turkish women*. *Cancer Nursing*, 27: 4, 287-294.
25. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z (2004). *Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları*. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 7 (1): 33-41.
26. Yıldız, S., Özdemir, M.E., Gökçek, M.B., Uslu, N.E., Aslan, B., Benli, A.R. (2021). Kayseri ili 2018 yılı Hpv tarama sonuçlarının değerlendirilmesi. *Türk J Public Health*, 19(3):244-250.
27. WHO. (2024, 18 Nisan). *Cervical cancer*. https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1.
28. National Cancer Institute (NCI). (2024). *Pap Smear*. [Şekil Çizim]. NCI Dictionary of Cancer Terms. <https://nci-media.cancer.gov/pdq/media/images/609927-571.jpg>.
29. National Cancer Institute. (2024, 17 Mayıs). *Cervical Cancer Screening*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. https://www.cancer.gov/types/cervical/screening#_3.
30. National Cancer Institute. (2020, 18 Eylül). *ACS's Updated Cervical Cancer Screening Guidelines Explained*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2020/cervical-cancer-screening-hpv-test-guideline>.

31. National Cancer Institute. (2023, 18 Ekim). *HPV and Cancer*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-and-cancer#what-is-hpv-human-papillomavirus>.
32. National Cancer Institute. (2021, 14 Aralık). *Biomarker Testing for Cancer Treatment*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/biomarker-testing-cancer-treatment>.
33. National Cancer Institute (NCI). (2024). *Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion*. [Şekil Çizim]. NCI Dictionary of Cancer Terms. <https://www.teresewinslow.com/urogenital/ac8a6bt39xi8i1c5l2d49t0s5g0374>.
34. National Cancer Institute. (2021, 25 Mayıs). *Human Papillomavirus (HPV) Vaccines*. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpv-vaccine-fact-sheet>.
35. Koutsky, L. A., Ault, K. A., Wheeler, C. M., Brown, D. R., Barr, E., Alvarez, F. B., Chiacchierini, L. M., Jansen, K. U., & Proof of Principle Study Investigators (2002). A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *The New England journal of medicine*, 347(21), 1645–1651.
36. Senkomago, V., Henley, S. J., Thomas, C. C., Mix, J. M., Markowitz, L. E., & Saraiya, M. (2019). Human Papillomavirus-Attributable Cancers - United States, 2012-2016. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 68(33), 724–728. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6833a3>.
37. Meites, E., Szilagyi, P. G., Chesson, H. W., Unger, E. R., Romero, J. R., & Markowitz, L. E. (2019). Human Papillomavirus Vaccination for Adults: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 68(32), 698–702. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6832a3>.
38. Meites, E., Kempe, A., & Markowitz, L. E. (2016). Use of a 2-Dose Schedule for Human Papillomavirus Vaccination - Updated Recommendations of the

Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 65(49), 1405–1408. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6549a5>.

39. Kreimer, A. R., González, P., Katki, H. A., Porras, C., Schiffman, M., Rodriguez, A. C., Solomon, D., Jiménez, S., Schiller, J. T., Lowy, D. R., van Doorn, L. J., Struijk, L., Quint, W., Chen, S., Wacholder, S., Hildesheim, A., Herrero, R., & CVT Vaccine Group (2011). Efficacy of a bivalent HPV 16/18 vaccine against anal HPV 16/18 infection among young women: a nested analysis within the Costa Rica Vaccine Trial. *The Lancet. Oncology*, 12(9), 862–870. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70213-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70213-3).
40. Herrero, R., Quint, W., Hildesheim, A., Gonzalez, P., Struijk, L., Katki, H. A., Porras, C., Schiffman, M., Rodriguez, A. C., Solomon, D., Jimenez, S., Schiller, J. T., Lowy, D. R., van Doorn, L. J., Wacholder, S., Kreimer, A. R., & CVT Vaccine Group (2013). Reduced prevalence of oral human papillomavirus (HPV) 4 years after bivalent HPV vaccination in a randomized clinical trial in Costa Rica. *PloS one*, 8(7), e68329. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068329>.
41. Chaturvedi, A. K., Graubard, B. I., Broutian, T., Pickard, R. K. L., Tong, Z. Y., Xiao, W., Kahle, L., & Gillison, M. L. (2018). Effect of Prophylactic Human Papillomavirus (HPV) Vaccination on Oral HPV Infections Among Young Adults in the United States. *Journal of clinical oncology*, 36(3), 262–267. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.0141>.
42. Chatterjee A. (2014). The next generation of HPV vaccines: nonavalent vaccine V503 on the horizon. *Expert review of vaccines*, 13(11), 1279–1290. <https://doi.org/10.1586/14760584.2014.963561>.
43. Dehlendorff, C., Baandrup, L., & Kjaer, S. K. (2021). Real-World Effectiveness of Human Papillomavirus Vaccination Against Vulvovaginal High-Grade Precancerous Lesions and Cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 113(7), 869–874. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaa209>.
44. Lei, J., Ploner, A., Elfström, K. M., Wang, J., Roth, A., Fang, F., Sundström, K., Dillner, J., & Sparén, P. (2020). HPV Vaccination and the Risk of Invasive

- Cervical Cancer. *The New England journal of medicine*, 383(14), 1340–1348. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1917338>.
45. Mix, J. M., Van Dyne, E. A., Saraiya, M., Hallowell, B. D., & Thomas, C. C. (2021). Assessing Impact of HPV Vaccination on Cervical Cancer Incidence among Women Aged 15-29 Years in the United States, 1999-2017: An Ecologic Study. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 30(1), 30-37. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-20-0846>.
 46. Kjaer, S. K., Nygård, M., Dillner, J., Brooke Marshall, J., Radley, D., Li, M., Munk, C., Hansen, B. T., Sigurdardottir, L. G., Hortlund, M., Tryggvadottir, L., Joshi, A., Das, R., & Saah, A. J. (2018). A 12-Year Follow-up on the Long-Term Effectiveness of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine in 4 Nordic Countries. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 66(3), 339–345. <https://doi.org/10.1093/cid/cix797>.
 47. Tsang, S. H., Sampson, J. N., Schussler, J., Porras, C., Wagner, S., Boland, J., Cortes, B., Lowy, D. R., Schiller, J. T., Schiffman, M., Kemp, T. J., Rodriguez, A. C., Quint, W., Gail, M. H., Pinto, L. A., Gonzalez, P., Hildesheim, A., Kreimer, A. R., Herrero, R., & Costa Rica HPV Vaccine Trial (CVT) Group (2020). Durability of Cross-Protection by Different Schedules of the Bivalent HPV Vaccine: The CVT Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 112(10), 1030–1037. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaa010>.
 48. Porras, C., Tsang, S. H., Herrero, R., Guillén, D., Darragh, T. M., Stoler, M. H., Hildesheim, A., Wagner, S., Boland, J., Lowy, D. R., Schiller, J. T., Schiffman, M., Schussler, J., Gail, M. H., Quint, W., Ocampo, R., Morales, J., Rodríguez, A. C., Hu, S., Sampson, J. N., ... Costa Rica Vaccine Trial Group (2020). Efficacy of the bivalent HPV vaccine against HPV 16/18-associated precancer: long-term follow-up results from the Costa Rica Vaccine Trial. *The Lancet. Oncology*, 21(12), 1643–1652. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30524-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30524-6).
 49. Ali, H., Guy, R. J., Wand, H., Read, T. R., Regan, D. G., Grulich, A. E., Fairley, C. K., & Donovan, B. (2013). Decline in in-patient treatments of genital warts

- among young Australians following the national HPV vaccination program. *BMC infectious diseases*, 13, 140. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-13-140>.
50. Markowitz, L. E., Naleway, A. L., Lewis, R. M., Crane, B., Querec, T. D., Weinmann, S., Steinau, M., & Unger, E. R. (2019). Declines in HPV vaccine type prevalence in women screened for cervical cancer in the United States: Evidence of direct and herd effects of vaccination. *Vaccine*, 37(29), 3918–3924. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.04.099>.
51. Steinbrook R. (2006). The potential of human papillomavirus vaccines. *The New England journal of medicine*, 354(11), 1109–1112. <https://doi.org/10.1056/NEJMp058305>.
52. Markowitz, L. E., Dunne, E. F., Saraiya, M., Chesson, H. W., Curtis, C. R., Gee, J., Bocchini, J. A., Jr, Unger, E. R., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2014). Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 63(RR-05), 1–30.
53. Hildesheim, A., Herrero, R., Wacholder, S., Rodriguez, A. C., Solomon, D., Bratti, M. C., Schiller, J. T., Gonzalez, P., Dubin, G., Porras, C., Jimenez, S. E., Lowy, D. R., & Costa Rican HPV Vaccine Trial Group (2007). Effect of human papillomavirus 16/18 L1 viruslike particle vaccine among young women with preexisting infection: a randomized trial. *JAMA*, 298(7), 743–753. <https://doi.org/10.1001/jama.298.7.743>.
54. Hildesheim, A., Gonzalez, P., Kreimer, A. R., Wacholder, S., Schussler, J., Rodriguez, A. C., Porras, C., Schiffman, M., Sidawy, M., Schiller, J. T., Lowy, D. R., Herrero, R., & Costa Rica HPV Vaccine Trial (CVT) Group (2016). Impact of human papillomavirus (HPV) 16 and 18 vaccination on prevalent infections and rates of cervical lesions after excisional treatment. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(2), 212.e1–212.e15. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.02.021>.

55. Hancock, G., Hellner, K., & Dorrell, L. (2018). Therapeutic HPV vaccines. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 47, 59–72. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.09.008>.
56. Yang, A., Farmer, E., Wu, T. C., & Hung, C. F. (2016). Perspectives for therapeutic HPV vaccine development. *Journal of biomedical science*, 23(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12929-016-0293-9>.
57. Trimble, C. L., Morrow, M. P., Kraynyak, K. A., Shen, X., Dallas, M., Yan, J., Edwards, L., Parker, R. L., Denny, L., Giffear, M., Brown, A. S., Marcozzi-Pierce, K., Shah, D., Slager, A. M., Sylvester, A. J., Khan, A., Broderick, K. E., Juba, R. J., Herring, T. A., Boyer, J., Bagarazzi, M. L. (2015). Safety, efficacy, and immunogenicity of VGX-3100, a therapeutic synthetic DNA vaccine targeting human papillomavirus 16 and 18 E6 and E7 proteins for cervical intraepithelial neoplasia 2/3: a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2b trial. *Lancet (London, England)*, 386(10008), 2078–2088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00239-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00239-1).
58. Harper, D. M., Nieminen, P., Donders, G., Einstein, M. H., Garcia, F., Huh, W. K., Stoler, M. H., Glavini, K., Attley, G., Limacher, J. M., Bastien, B., & Calleja, E. (2019). The efficacy and safety of Tipapkinogen Sovacivec therapeutic HPV vaccine in cervical intraepithelial neoplasia grades 2 and 3: Randomized controlled phase II trial with 2.5 years of follow-up. *Gynecologic oncology*, 153(3), 521–529. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.03.250>.
59. Sağlıklı Hayat Merkezleri. (2024). HPV Tarama Süreci Algoritması. [Şekil Çizim]. Sağlık Bakanlığı. https://shm.saglik.gov.tr/images/SHM_Yeni/kanser_danismanligi/HPV_Algoritma_2020.pdf.
60. Alagöz, M. N., & Tuncer, Ö. (2021). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 20-69 Yaş Aralığındaki Kadınların Meme Kanseri Tarama Yöntemlerine Yönelik Sağlık İnançlarının Belirlenmesi. *The Journal Of Turkish Family Physician*, 12(4), 192-200.
61. Durmaz, Y. Ç., Doğan, R., Polat, H. T., Uzun, E., Şakar, H., & Önder, E. Y.

- (2020). Üniversite Öğrencilerine Verilen Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik Eğitimin Öğrencilerin Kaygı Düzeyine Ve Sağlık İnançlarına Etkisi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 259-266.
62. Şahan, F. U., & Korucu, A. E. (T.Y.). Sağlık İnanç Modeline Dayalı Çevrimiçi Eğitimin Sağlık İnançları Ve Meme Kanseri Korkusuna Etkisi. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 17(4), 540-548.
63. Filiz, E. R., & Özkan, İ. K. G. (2020). Meme Tarama Yöntemleri Hakkında Verilen Videolu Eğitimin Ve Yapılan Takibin Farkındalık Düzeyine Etkisi. *Kesit Akademi*, 6(24), 67-77.
64. Aydın, A. (2024). The Effect Of Web-Supported Breast Cancer Education On Screening Behaviors, Health Beliefs, Knowledge Level And Early Diagnosis Behaviors. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 83-97. Article 1. <https://doi.org/10.29228/Lnursing.72195>.
65. Ali Mohamed, A., Ragab Ahmed Salama, T., Awadeen, L., & Abd Elkader Ahmed, M. (2023). Application Of Health Belief Model About Breast Cancer Among Women Attended To Outpatients Beni-Suef Specialized Hospital. *Egyptian Journal Of Health Care*, 14(4), 1314-1342.
66. Yildirim, D., & Kocaağalar Akince, E. (2022). Effect Of Breast Self-Examination Training And Follow-Up Program Using Health Belief Model On Turkish Women's Knowledge, Attitudes, And Practices: A Randomized Controlled Study. *International Journal Of Health Promotion And Education*, 60(5), 286-297.
67. Demirtaş, S. G., & Aydoğdu, N. G. (2021). Yoksul Kadınların Meme Kanseri Yönelik İnançlarının Mamografi Yaptırma Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 379-385.
68. Aksu, B. (2021). *Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınların Meme Kanseri Kadercilik Ve Engel Algılarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
69. Erkilic, B., & Albayrak, S. (2023). Kadınların Sağlık Okuryazarlık Düzeyi İle Meme Kanseri Taramasına Yönelik Sağlık İnançları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 26(1), 1-10.

70. Bakır, N., & Demir, C. (2020). Hemşirelerin Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi Ve Mamografiye İlişkin İnançlarının Belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 266-271.
71. Pirzadeh, A. (2018). Application Of The Health Belief Model İn Breast Self-Examination By Iranian Female University Students. *International Journal Of Cancer Management*, 11(3), e7706.
72. Kaş, C., & Kırca, K. (2020). Vocational School Students' Beliefs And Attitudes Towards Breast Cancer. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 111-117. Article 1. <https://doi.org/10.30569/Adiyamansaglik.677985>
73. Nursyamsiah, I. E., Kurniawati, D., & Septiyono, E. A. (2022). Hubungan Health Belief Dengan Perilaku Melakukan Sadari Pada Wanita Usia 20-60 Tahun. *Idea Nursing Journal*, 13(1), 33-40.
74. Kirag, N., & Kızılkaya, M. (2019). Application Of The Champion Health Belief Model To Determine Beliefs And Behaviors Of Turkish Women Academicians Regarding Breast Cancer Screening: A Cross Sectional Descriptive Study. *Bmc Women's Health*, 19(1), 132.
75. Çetin, S. A., Okgün, A., & Erikmen, E. (2022). Determining The Factors That Preventing Nurses Breast Self-Examination. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 54-63.
76. Yüksekol, Ö. D., Nazik, F., Yılmaz, A. N., Erbek, Ö., & Tanrıku, Ş. (2022). Pandemi Sürecinde Hemşirelik Öğrencilerinde Kendi Kendine Meme Muayenesi Davranış Ve İnançlarının Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 683 – 700. Article 3. <https://doi.org/10.47115/Jshs.1022221>
77. Mammadov, B., & Yarıcı, F. (2024). Determination Of Breast Cancer Risk And Knowledge Levels İn Women: The Case Of Cyprus. *Nigerian Journal Of Clinical Practice*, 27(5), 604-611.
78. Kurşun, Ş., Altuntuğ, K., Ege, E., Özbiner, H., & Demlik, G. D. (2021). Health Beliefs Of Women Attending Mammography Unit And Related Factors. *Journal Of Contemporary Medicine*, 11(1), 104-109.
79. Ouzennou, N., Aboufaras, M., Nacer, N., Mejdouli, H., Chouikh, J., & Rkha, S. (2024). The Triad Of Knowledge, Regular Medical Consultation, And Recommendations For Enhanced Breast Cancer Screening İntention İn Morocco.

Journal Of Cancer Research And Clinical Oncology, 150(2), 60.

80. Shubayr, N., Khmees, R., Alyami, A., Majrashi, N., Alomairy, N., & Abdelwahab, S. (2022). Knowledge And Factors Associated With Breast Cancer Self-Screening Intention Among Saudi Female College Students: Utilization Of The Health Belief Model. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 19(20), 13615.
81. Tarı Selçuk, K., Avcı, D., Yılmaz Dünder, G., & Mercan, Y. (2020). Breast Cancer Screening Behaviors In Women Aged 40 Years And Over In A Semi-Urban Region In Turkey: Relationships With Health Beliefs. *Healthcare*, 8(2), 171.
82. Al-Sakkaf, K. A., & Basaleem, H. O. (2016). Breast Cancer Knowledge, Perception And Breast Self- Examination Practices Among Yemeni Women: An Application Of The Health Belief Model. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, 17(3), 1463-1467. https://Journal.Waocp.Org/Article_32262.Html.
83. Dewi, T. K., Massar, K., Ruiter, R. A. C., & Leonardi, T. (2019). Determinants Of Breast Self-Examination Practice Among Women In Surabaya, Indonesia: An Application Of The Health Belief Model. *Bmc Public Health*, 19(1), 1581. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7951-2>.
84. Nikpour, M., Hajian-Tilaki, K., & Bakhtiari, A. (2019). Risk Assessment For Breast Cancer Development And Its Clinical Impact On Screening Performance In Iranian Women. *Cancer Management And Research*, 11, 10073-10082. <https://doi.org/10.2147/cmar.s229585>.
85. Basaran, O., Uskun, E., Erturk, C., & Savas, P. (2019). Health Beliefs, Behaviour And Determining Factors In Breast Self – Examination Among A Group Of University Students. *Marmara Medical Journal*, 32(3), 130-136. Article 3. <https://doi.org/10.5472/marmj.638115>.
86. Makal, G. B. (2020). Does Being A Health Worker Have An Effect On Breast Cancer Awareness? *Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 53(3), 171-176.
87. Ak, E. Y., & Şen, M. A. (2023). Kadınların Algıladıkları Meme Kanseri Riskinin Belirlenmesi. *Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 56(2), 84-88. Article 2. <https://doi.org/10.20492/aeahd.1261119>.

88. Khulayf, B. (2022). *What Motivates Saudi Females'intentions To Get Mammography? A Randomized Control Trial To Evaluate Effective Preventative Messages*. [Yüksek Lisans Tezi]. Virginia Commonwealth Üniversitesi.
89. Kazankaya, F., Güneri, S. E., & Ertem, G. (2023). Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı İle Değerlendirilmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 137-144.
90. Polat, A., & Kalkım, A. (2023). Sağlık İnanç Modeli Bileşenleri İle Kadınların Serviks Kanseri Ve Pap Smear Tarama Testi Bilgilerinin Ve Tarama Testi Davranışlarının İncelenmesi. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 6(1),149-159. Article 1. <https://doi.org/10.52538/duhes.1261991>.
91. Çalım, G. A. (2024). *Mesleki Eğitim Merkezi Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri İle Rahim Ağzı Kanseri Ve Pap Smear Testine Yönelik Sağlık İnançları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi/Examination Of The Relationship Between The Personal Characteristics Of Vocational Education Center Students And The Health Belief Of The Utility Cancer And Pap Smear Screening Test*. [Yüksek Lisans Tezi]. Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
92. Uçar, E., & Tümer, A. (2024). Kadınların Sağlık Algıları İle Serviks Kanseri-Pap Smear Testi Sağlık İnançları Arasındaki İlişki. *Etkili Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 283-294.
93. Bulut, A., Çelik, G., & Yiğitbaş, Ç. (2020). Cervical Cancer And Pap Smear Health Belief Level İn Women Applying To Cancer Early Diagnosis Screening And Training Center. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(3), Article 3. <https://doi.org/10.31832/Smj.730843>.
94. Özen Çınar, İ. Kara, E. (2020, Nisan 24). Çalışan Kadınların Rahim Ağzı Kanseri Ve Pap Smear Testi Farkındalıklarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği İle Değerlendirilmesi. *Bezmialem Science*. 8(2):113-119 <https://doi.org/10.14235/Bas.Galenos.2019.3062>.
95. Uludağ, G., Gamsızkan, Z., & Sungur, M. A. (2020). Kadınların Serviks Kanseri Ve Taraması İle İlgili Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 357-362.
96. Kılıçsokan, P., & İlhan, N. (2020). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumları İle Serviks Kanseri Ve Pap

- Smear Testine Yönelik Sağlık İnançları. *Jinekoloji-Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17(2), Article 2. <https://doi.org/10.38136/Jgon.667534>.
97. Turan, İ., & Gözüyeşil, E. (2023). Engelli, Kronik Hasta Ve Sağlıklı Kadınların Serviks Kanseri Ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarının Karşılaştırılması Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 1-14.
98. Ibrahim, H. A., Nahari, M. H., Thubaity, D. D. A., Alshahrani, M. A., Elgzar, W. T., Sayed, H. A. E., & Sayed, S. H. (2022). Saudi Women Health Beliefs And Associated Factors Regarding Cervical Cancer Prevention At Najran City: A Theory-Based Study. *African Journal Of Reproductive Health*, 26(7s), Article 7s. <https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/231402>.
99. Bakytbekovich, O. N., Al-Hili, A., Hamid Ali, D., Kamal Mahmoud, A., Hachim Muhammad, E., S. Abed, A., Jabbar Saiwan, M., & Hussain Jlood, H. (2023). The Effect Of Intervention Using Stages Of Change Method To Improve Pap Smear Screening For Cervical Cancer. *Journal Of Obstetrics, Gynecology And Cancer Research*, 8(3), 277-284. <https://doi.org/10.30699/Jogcr.8.3.277>.
100. Soyhun, E. (2024). 30-65 Yaş Grubu Kadınların Serviks Kanseri Taraması Yaptırma Durumlarına Yönelik İnançları Ve Etkileyen Faktörler [Uzmanlık Tezi]. <http://acikerisim.karabuk.edu.tr:8080/xmlui/handle/123456789/3470>.
101. Çeki, L., & Özdemir, A. (2021). Assessment Of Undergoing A Pap Smear Screening Test And Knowledge Levels Of Women Aged 21-65 Years Based On Thehealth Belief Model. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 13(4). <https://doi.org/10.5336/Nurses.2021-81645>.
102. Maboŧja, M. C., Levin, J., & Kawonga, M. (2021). Beliefs And Perceptions Regarding Cervical Cancer And Screening Associated With Pap Smear Uptake İn Johannesburg: A Cross-Sectional Study. *Plos One*, 16(2), E0246574. <https://doi.org/10.1371/Journal.Pone.0246574>.
103. Sumarmi, S., Hsu, Y.-Y., Cheng, Y.-M., & Lee, S.-H. (2021). Factors Associated With The İntention To Undergo Pap Smear Testing İn The Rural Areas Of Indonesia: A Health Belief Model. *Reproductive Health*, 18(1), 138. <https://doi.org/10.1186/S12978-021-01188-7>.
104. Barrera Ferro, D., Bayer, S., Brailsford, S., & Smith, H. (2022). Improving

- Intervention Design To Promote Cervical Cancer Screening Among Hard-To-Reach Women: Assessing Beliefs And Predicting Individual Attendance Probabilities In Bogotá, Colombia. *Bmc Women's Health*, 22(1), 212. <https://doi.org/10.1186/S12905-022-01800-3>.
105. Adegboyega, A., Kang, J., Aroh, A., & Williams, L. B. (2024). Perceived Barriers To Pap Screening Influence Adherence To Screening Recommendations Among Black Women. *Journal Of Women's Health*. <https://doi.org/10.1089/Jwh.2023.1024>.
 106. Alshamlan, N. A., Alomar, R. S., Alabdulkader, A. M., Alghamdi, F. A., Aldakheel, A. A., Al Shehri, S. A., Felemban, L. A., Shafey, M. M., & Al Shammari, M. A. (2023). Beliefs And Utilization Of Cervical Cancer Screening By Female Health Care Workers In Saudi Arabia Using The Health Belief Model: A Nationwide Study. *International Journal Of Women's Health*, 15, 1245-1259. <https://doi.org/10.2147/Ijwh.S415924>.
 107. Maharjan, M., Thapa, N., Panthi, D., Maharjan, N., Petrini, M. A., & Jiong, Y. (2020). Health Beliefs And Practices Regarding Cervical Cancer Screening Among Women In Nepal: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Nursing & Health Sciences*, 22(4), 1084-1093. <https://doi.org/10.1111/Nhs.12775>.
- Makal, G. B. (2020). Does Being A Health Worker Have An Effect On Breast Cancer Awareness? *Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 53(3), 171-176.

EK D: ETİK KURUL ONAM FORMU

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.Evrak sorgulaması
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5394&eD=BS64YFMZP4&eS=147790> adresinden yapılabilir.

Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı/Tarih ve Sayı: 15.04.2024-E.147790



T.C
BEZMÎÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI SAYISI	KARAR TARİHİ	KARAR SAYISI	SAYFA NO
07	27.03.2024	37	13

* Doç. Dr. Şadiye GÜNPINAR, 6. gündem maddesinin değerlendirmesine katılmamıştır.

** Prof. Dr. Aclan ÖZDER, 9. gündem maddesinin değerlendirmesine katılmamıştır.

*** Prof. Dr. Teoman AYDIN, 20. gündem maddesinin değerlendirmesine katılmamıştır.

9. 2024/122 numaralı Prof. Dr. Aclan ÖZDER'in sorumlu araştırmacısı olduğu "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kadınlarda Meme ve Serviks Kanseri Taramaları Hakkındaki Sağlık İnançları" başlıklı araştırmanın **başvuru** dosyasının **şartlı onaylanmasına, (**)**