

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞ
GELİŞTİRMEDE PLANLI EĞİTİM PROGRAMININ ETKİLİLİĞİ

HEMŞİRELİK PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

HAZIRLAYAN
ÖZLEM ASARKAYA

TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. SÜHEYLA ALTUĞ ÖZSOY

İZMİR
2011

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan (Danışman): Prof.Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY

Üye: Prof.Dr. Ayla BAYIK TEMEL

Üye: Prof.Dr. Ümran SEVİL

Üye: Prof.Dr. Hüseyin YILMAZ

Üye: Doç.Dr. Dilek ÖZMEN

Doktora tezinin kabul edildiği tarih

.....

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın her aşamasında fikir ve görüşleriyle beni destekleyen çok değerli tez danışmanım Prof.Dr. Süheyla Altuğ Özsoy'a katkıları için,

Çiğli Sağlık Grup Başkan Yardımcısı Dr. Halil İbrahim Özsoy'a araştırmanın 11 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmesine izin verdikleri için,

11 Nolu Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimi Dr. Zekiye Avcı'ya araştırmanın yürütülmesi sırasında her konuda destekleri için,

Çalışmaya katılan tüm kadınlara zaman ayırdıkları için,

İstatistik aşamasında Doç.Dr. Mehmet Nurullah Orman'a bilgi ve zamanlarını paylaştıkları için,

Görüşleriyle beni destekleyen Doç.Dr. Dilek Özmen'e katkıları için,

Her konuda öneri ve yardımlarıyla Yard.Doç.Dr. Melek Ardahan'a gösterdiği anlayış için,

Doktora programı süresince sevgili anneme ve kızım Defne'ye gösterdikleri sabır ve anlayış için,

Tayfun Asarkaya'ya her konuda verdiği sonsuz destek ve sabır için,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Özlem ASARKAYA

Ağustos 2011

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ	III
İÇİNDEKİLER	IV
TABLolar DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
GRAFİKLER DİZİNİ	VIII

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Hipotezler	4
1.4. Araştırmanın Önemi	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	6
1.6. Tanımlar	6
1.7. Genel Bilgiler	6
1.7.1. Kanser Epidemiyolojisi ve Erken Tanı	6
1.7.2. Servikal Kanser	9
1.7.2.1. Servikal Kanserin Belirti ve Bulguları	11
1.7.2.2. Servikal Kanser Risk Faktörleri.....	11
1.7.2.3. Servikal Kanserde Erken Tanı	14
1.7.2.3.1. Pap Smear Testi	14
1.7.2.3.2. Servikografi.....	16
1.7.2.3.3. Asetik Asit Testi	16
1.7.2.4. Servikal Kanserden Korunmadaki Son Yenilikler	16
1.7.2.4.1. Servikal Kanserde Aşı.....	16
1.7.2.4.2. HPV Testi.....	17
1.7.2.5. Servikal Kanserde Tedavi Yöntemleri.....	18
1.7.3. Sağlık Davranış Modelleri	18
1.7.3.1. Sağlık İnanç Modeli.....	19
1.7.3.2. Teoriler Üstü Model	23
1.7.4. Servikal Kanserin Erken Tanısında Hemşirenin Rolü	27

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi	28
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri	30
2.4.1. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması	30
2.4.2. Veri Toplama Yöntemleri	38
2.5. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri	40
2.6. Verilerin Analizi	40
2.7. Araştırma Etiği	41
2.8. Araştırmanın Zamanlaması	42

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler	43
3.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	43
3.1.2. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma ve Servikal Kansere İlgili Özellikleri	46
3.1.3. Kadınların Servikal Kansere Risk Faktörü İle İlgili Özellikleri	47
3.2. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların 1. İzlem ve 2. İzlemde Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutumları	50
3.3. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların 1. İzlem, 2. İzlem ve Son İzlem Öz Etkililik Ölçeği Puan Ortalamaları	54
3.4. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların 1. İzlem ve 2. İzlem Servikal Kansere Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları İle Öz Etkililik Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	55
3.5. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İzlemlere Göre Davranış Değişim Aşamaları	56

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin İncelenmesi	63
4.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	63
4.1.2. Kadınların Servikal Kansere İlgili Özelliklerinin İncelenmesi	64
4.1.3. Kadınların Servikal Kansere Risk Faktörü İle İlgili Özelliklerinin İncelenmesi	65

4.2. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların 1. İzlem ve 2. İzlemde Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlarının İncelenmesi	69
4.3. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların 1. İzlem, 2. İzlem ve Son İzlem Öz Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi	75
4.4. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların 1. İzlem ve 2. İzlem Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları İle Öz Etkililik Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	77
4.5. Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İzlemlere Göre Davranış Değişim Aşamalarının İncelenmesi.....	78

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar.....	84
5.2 Öneriler.....	87

BÖLÜM VI

ÖZET (TÜRKÇE-İNGİLİZCE).....	89
ÖZGEÇMİŞ.....	93

BÖLÜM VII

YARARLANILAN_KAYNAKLAR.....	94
-----------------------------	----

EKLER

EK I. Servikal Kanseri Riski Değerlendirme Formu.....	103
EK II. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerini Belirleme Formu	104
EK III. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği.....	107
EK IV. Öz Etkililik Ölçeği	109
EK V. Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu.....	110
EK VI. Telefon Görüşme Formu.....	111
EK VII. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programı	112
EK VIII. Değişim Aşaması Temelli Görüşme Formları	126
EK IX. Veri Toplama Araçlarının İzin Belgesi.....	140
EK X Çiğli Sağlık Grup Başkanlığından Alınan İzin Yazısı.....	142
EK XI. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu İzin Yazısı	143

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	45
Tablo 2: Kadınların Servikal Kansere İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları	47
Tablo 3: Kadınların Servikal Kansere Risk Faktörlerine Göre Dağılımları	49
Tablo 4: Kadınların 1. İzlem Servikal Kansere İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 5: Kadınların 2. İzlem Servikal Kansere İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 6: Kadınların 1. İzlem-2. İzlem Servikal Kansere İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Farkı.....	53
Tablo 7: Kadınların 1. İzlem, 2. İzlem ve Son İzlem Öz Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 8: Servikal Kansere İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalaması ile Öz Etkililik Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişki.....	55
Tablo 9: Kadınların Davranış Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması	56
Tablo 10: Girişim Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması.....	58
Tablo 11: Girişim Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması... ..	59
Tablo 12: Kontrol Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması... ..	60
Tablo 13: Kontrol Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması... ..	60
Tablo 14: Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İzlemlere Göre Değişim Aşamalarının Gruplar Arası Karşılaştırması.....	62

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Pap Smearın Sitolojik Sınıflandırması	15
Şekil 2: Sağlık İnanç Modeli	23
Şekil 3: Teoriler Üstü Modele Göre Davranış Değişimi	24
Şekil 4: Servikal Kansere İlişkin Değişim Aşamaları.....	25
Şekil 5: Teoriler Üstü Modelin Temel Süreçleri	26
Şekil 6: Araştırma Deseni	30
Şekil 7: Planlı Eğitim Programının Hazırlanması ve Uygulanması Aşamaları	35

Şekil 8: Veri Toplama Süreci ve Planlı Eğitim Programının Zamanlaması	39
--	----

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: 1. İzlem ve 2. İzlemde Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları.	53
---	----

Grafik 2: Girişim Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Dağılımı	57
--	----

Grafik 3: Kontrol Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Dağılımı	58
--	----

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde %22'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir. Bu nedenle kanser oldukça önemli bir toplum sağlığı problemi olarak görülmektedir. Tüm dünyada 2030 yılına kadar kanser görülme sıklığında ortalama iki katına yakın bir artış öngörülmektedir. Bu artışın %75'inin ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkacağı bildirilmektedir. Bu ülkelerin, kansere dünyada harcanan bütçenin ancak %5'ine sahip bulunuyor olması, kanser kontrol programlarında kanseri önlemeye ve erken tanıya ağırlık verilmesini zorunlu hale getirmektedir (82). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kanser kontrol programları olarak her ülkenin bütçe yapısına ve ekonomik durumuna göre önerdiği farklı senaryolar bulunmaktadır. Ülkemizdeki kanser kontrol programında sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanımının azaltılması ve sağlıklı beslenmenin eğitim yoluyla yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Kanser hastalığının kontrolünde en önemli konu, bir ülkede kanser kaydının doğru tutulmasıdır. Kanserın doğru istatistiksel verilerine ulaşmadan, hangi kanserin nasıl bir öneme sahip olduğunun bilinmesi ve gerçekçi insan kaynakları başta olmak üzere stratejik planlar yapılması mümkün olamamaktadır (70). Ülkemizde kanser kontrol programında ana hedef kanserin doğru ve düzenli kaydedilmesidir. Bunun yanında primer korunma ve sekonder korunma da ağırlık kazanmıştır ve her ilde bir kanser tarama ve eğitim merkezi hedeflenmektedir. Birincil korunma olarak kanserin önlenmesi konusunun yanında erken tanı ile kanser mortalitesinin azaltılması da önemli hedeflerdendir. Özellikle meme ve servikal kanserin taranması, ulusal bir program çerçevesi içinde başlatılmıştır ve 81 ile yaygınlaştırılmaktadır (82).

Dünya genelinde her yıl servikal kansere bağlı 273.000 ölüm meydana geldiği ve 493.000 yeni vakaya tanı konduğu tahmin edilmektedir. Servikal kanser küresel olarak kadınlarda ikinci en sık kansere bağlı ölüm nedenidir (70). İstatistiklerin oldukça düzenli tutulduğu Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yaklaşık olarak yılda 16.000 yeni servikal kanser olgusu tanı almaktadır ve bu hastalıktan 5.000 ölüm beklenmekte iken 2006 yılında

tarama programlarının başarısı nedeniyle beklenen yeni vaka sayısı 9.710, beklenen hastalıktan ölüm ise 3.700'e düşmüştür. Servikal kanser için en büyük risk hiç pap smear testi yaptırmamaktır. ABD gibi gelişmiş ülkelerde kadınların % 85'i yaşamları boyunca en az bir kez pap smear testi yaptırmış iken az gelişmiş ülkelerde bu oran sadece %5'dir (61). ABD'de kadınların cinsel aktivite başlangıcının üç yıl sonrasında veya 21 yaşından itibaren servikal kanser açısından taranması önerilmektedir. Avrupa'da ise taramanın 25 yaşından itibaren, 3-5 yıllık aralarla yapılması önerilmektedir (70). Türkiye'de ise Servikal Kanser Taraması Ulusal Standartları uyarınca taramada mutlak hedef 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınların en az bir kez smear aldırması olarak belirlenmektedir. Taramanın beş yıllık aralıklarla tekrarlanması ve son iki testi negatif olan ve 65 yaşındaki kadınlarda taramanın kesilmesi hedeflenmektedir (80).

Dünya çapında sürekli artmakta olan servikal kanserin, topluma maliyeti oldukça yüksektir. Bu hastalık bireyleri olduğu kadar, sağlık sistemini ve toplumu da ciddi seviyelerde etkilemektedir. Tarama programları servikal kanser insidansını %80 oranında azaltabilen, yinelenen testlerden ibaret, önemli bir erken tanı sistemidir. Yinelenen, etkin, tarama testleri sistemini yürürlüğe koymanın maliyeti çok yüksek olabilmektedir. Örneğin, izlem tedavisinin maliyetleri de hesaba katıldığında İngiltere'de yıllık maliyet 150 milyon £ ve ABD'de 6 milyar £ civarındadır. Etkili bir tarama programı kadında yinelenen tarama testlerinin yapılmasını gerektirmektedir. Bu yaklaşım eğitilmiş personel, klinik ve laboratuvar olanakları, hasta kadını izleyebilmek için etkin bir çağrı ve geri çağrı sistemlerini gerektirmektedir. ABD'de her yıl yaklaşık 50 milyon servikal tarama testi uygulanmaktadır (27).

Servikal kanser erken tanı yaklaşımının çok başarılı olduğu başlıca kanser türlerindendir. Bu kanserin erken tanısı bakımından çok basit ve duyarlılık-seçicilik yönünden başarılı bir yöntem (pap smear testi) bulunmaktadır. Pap smear testi dökülen servikal hücrelerin toplanıp incelenmesi esasına dayanan sitolojik bir tarama testidir. Bu test yardımı ile servikal kanser "insitu" evrede yakalanabilmektedir. Bu evrede uygulanacak tedavi ile hastalığın sağaltımı mümkün olabilmektedir. Hastalığın prognozu değerlendirildiğinde "insitu" evresi ile "invaziv" evre arasında 10 yıllık bir süreden söz edilmektedir. Bu süre kanser tedavisinde oldukça önemlidir (31). Bir kadının yaşantısında başına gelebilecek en yıkıcı ve stresli olaylardan biri meme veya servikal kanser olduğunu öğrenmek olabilmektedir. Çünkü kanser sözcüğü yaşamı tehdit eden bir anlam taşımaktadır. Serviks veya meme kaybının, kadında bırakacağı kötü izleri düşünerek bu alanlarla ilgili erken tanıya her geçen gün biraz daha önem verilmektedir (10).

Bireylerin sağlığa ve hastalığa karşı tepkilerini birçok faktör etkilemektedir. Bunlar arasında sağlık inançları ve dinsel inanışlar önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık inançlarını, bireyin geleneksel ve ağdaş inanışlarında geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Çağdaş inanışlar farkındalığı artırırken, geleneksel inanışlar bireyi kaderci bir düşünce yapısıyla çaresiz ve boyun eğici bir yaklaşıma doğru yönlendirmektedir. Böylece birey yaşadığı sağlık sorunundan ötürü erken tanı şansını kullanamamakta, kronikleşmeye uygun bir temel yaratmaktadır (10). Sağlık ile ilgili davranışların geliştirilmesi ve değiştirilmesinde tutum değişikliği oldukça önem kazanmaktadır. Sağlık davranışları ile ilgili tüm kuramlar, nitelikli bir değişikliğin oluşmasında tutumların rolünü özellikle vurgulamaktadır. Sağlık davranışları ile ilgili inanç ve tutumlar tanımlanabilirse, tutumlarda değişiklik oluşturabilmek mümkün olabilmektedir (68).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), son zamanlarda, koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Model, hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla 1950 yılında Rosentock tarafından geliştirilmiştir. Model, sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp, hasta davranışı, hasta rolü davranışlarını ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamaktadır. Model, bir değer-beklenti modeli olup, bilişsel değerkenlere odaklanmıştır. Hastalığın nlenmesi değer, koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı ise beklentidir. Beklenti, hastalığın şiddetine göre değerismekte ve önerilen sağlık davranışının gerçekleştirilmesi durumunda hastalığa yakalanma olasılığı azalmaktadır (19).

Teoriler st model (TÜM), Prochaska ve Diclemente tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Bu model, bireysel kararlar üzerine odaklanan kasıtlı davranış değerirme modelidir. Bireylerin isteyerek davranış değerikliği gerçekleştirmesine yardım etme ve değerim sürecini anlama üzerine odaklanmaktadır. TÜM, değerimi; değerim aşamaları, değerim süreçleri, karar verme dengesi ve öz etkililiğin oluşturduğu organizasyonel bir yapı ile açıklayarak, birey-problem etkileşim örüntülerini ve problem zme stratejilerini ortaya koymaktadır (28, 83).

Genelde erken tanı ile tedavi şansı çok yüksek olan servikal kanserlerin önlenmesi, özelde servikal kanser ile ilgili olumsuz tutumların değeritirilmesine yönelik planlı eğitim programlarının etkililiğinin değerlendirilmesinin gereği açıktır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ve davranış geliştirmede planlı eğitim programının etkililiğini değerlendirmektir.

1.3. HİPOTEZLER

H1: İkinci izlemde girişim grubundaki kadınların, kontrol grubundakilere göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamaları yüksektir.

H2: İkinci izlemde girişim grubundaki kadınların, kontrol grubundakilere göre öz etkililik puan ortalamaları daha yüksektir.

H3: Son izlemde girişim grubundaki kadınların, kontrol grubundakilere göre pap smear yaptırma durumu yüksektir.

H4: Girişim grubundaki kadınların pap smear testi yaptırma davranış değişim aşamalarında planlı eğitim programı sonrası anlamlı bir ilerleme vardır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Sağlığı geliştirme, insanların sağlıkları üzerinde kontrol gücüne sahip olma ve sağlık düzeyini geliştirme sürecidir. Bu süreci başarıyla uygulayan insan sağlıklıdır. Çünkü sağlık insanların öğrendikleri, yaşadıkları, eğlendikleri ve sevdikleri yerde, günlük yaşam ortamlarında kendileri tarafından yaratılmakta ve sürdürülmektedir. Bu nedenle fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için birey veya grup isteklerinin farkında olmalı, çevreyi değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir. Kişilerin sağlıklarını koruma yönündeki davranışları ve sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları, sağlık davranışı terimi ile ifade edilmektedir. Olumlu sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçimi geliştirmenin ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Bu nedenle bireyler, daha iyi sağlık düzeyine ulaşma çabası içinde olmalıdırlar. Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme kavramında, sağlık düzeyini en üst seviyeye çıkarmak için bilgi, beceri, tutum ve olumlu davranışın kazanılması gerekmektedir. Bu durum ancak sağlıklı yaşam davranışları ile alışkanlık haline gelebilmektedir. Bu davranışlar kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stresle baş etmedir. Bireylerin sağlık davranışı sağlığı tehdit eden etmenlere ve koruyucu önlemlere gösterecekleri tepkiler yönünden değişiklikler göstermektedir. Bu değişikliklerin bir bölümü bireysel farklılıkların incelenmesiyle açıklanabilmektedir (22, 46).

Erken tanı ve tedavi, yüksek riskli grupların kansere bağlı ölümlerini önlemede ve azaltmada hayati önem taşımaktadır. Dünyada bilinen ve uygulanan en yaygın yaklaşımlar tarama programlarıdır. Bu programlarla bireylerin kansere yönelik farkındalık durumunun arttırılması, erken tanının öneminin anlaşılması ve uygun tedavinin yapılması sağlanmaktadır. Hemşireliğin temel amacı, sağlığın sürdürülmesi ve hastalık halinde gerekli bakımın verilmesidir. Hemşireler, koruyucu sağlık yaklaşımını yüklenebilecek potansiyele sahip sağlık çalışanlarıdır. Çoğu kanser türünde, yaşam süresinin uzatılması erken tanı ile yakından ilişkili olduğundan, bireylerin sağlık taramalarına katılmasına rehberlik etmede hemşirelerin rolü önemlidir. Bu rehberlik ile amaç, bireyin yaşamı boyunca kendi yaşam davranışları ile sağlıklı kalmasını sağlamaktır (2, 22, 38).

Bu gün, pek çok sağlık sorununun sağlıksız yaşam biçimi ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin gelişmiş olduğu ülkeler, sağlığı koruyan ve geliştiren stratejileri uygulamaya koymaktadırlar. Bu stratejilerin geliştirilmesinde ve uygulanmasında sağlık insan gücü olarak halk sağlığı hemşireleri rol almaktadır. Bireylere sağlık davranışları, sağlığı geliştirme programları ile kazandırılabilir. Sağlık eğitimlerinin ve birinci basamak koruma programlarının planlanmasında, sağlıklı ilgili davranışları tanımak, bu davranışların sıklığı hakkında bilgi sahibi olmak, inançla davranış arasındaki ilişkiyi belirleyen bilişsel faktörleri belirlemek, hazırlanacak stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanmasından önce bilinmesi gereken önemli konulardandır (22, 57).

Kültürel inançları, sağlık/hastalık algısı, aile ve çevre desteği, hastalığa yönelik bilgisi, risk algısı, hastalığın erken dönemde tanınmasında önemli olan uygulamalara olan inancı vb. faktörler kadınların erken tanıya ilişkin tutum ve davranışlarını etkilemektedir (57). Kadınların sağlıklarını korumaya yönelik olarak servikal kanserin erken tanısı için girişimde bulunması, istendik bir sağlık davranışıdır. Fakat ülkemizdeki pek çok kadın bu istendik sağlık davranışını yerine getirmede duyarsız davranmaktadır. Bu araştırma, kadınların bu konudaki tutumlarının bilinmesi ve eğitim programları ile bunların olumlu yönde değiştirilmesi açısından oldukça önem taşımaktadır. Aynı zamanda bu araştırma bulguları, davranış değişim aşaması temelli girişimlerin etkilerine ilişkin bilgilerin sınırlarını genişletecek ve araştırmalarda önemli bir veri kaynağı olacaktır.

1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma Çiğli Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 11 Nolu Büyük Çiğli Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan bir aile hekiminin sorumlu olduğu bölgede yaşayan kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ulaşım, yer, zaman ve ekonomik sınırlılıklar nedeniyle, 32 girişim, 32 kontrol olmak üzere toplam 64 kişi ile çalışma yürütülmüştür. İleriye dönük izlem süresinin kısalığı da araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

1.6. TANIMLAR

Sağlık inanç modeli: Kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklayan sistematik bir metottur (57).

Teoriler üstü model: Bireysel kararlar üzerine odaklanan, kasıtlı davranış değiştirme modelidir (26).

Öz etkililik: Bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri düzenleyerek, başarıya ulaşma kapasitesine ilişkin kendi yargısıdır (87).

İnsitu evre: Displastik değişiklikler epitelyumun tüm tabakalarını tutuyorsa lezyon preinvaziv bir neoplazm olarak kabul edilir ve bu evreye insitu evre adı verilir (6, 31).

İnvaziv evre: Kanserlerin ilerleme gösterdiği, özellikle komşu dokulara doğru yayılmanın olduğu evreye denir (6, 31).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ VE ERKEN TANI

Kanser, canlıyı oluşturan hücrelerden herhangi bir türünün yapı ve fonksiyon bakımından normalden farklılık göstererek, kontrolsüz bir biçimde çoğalması anlamına gelmektedir. Hızla çoğalmaya başlayan bu atiptik hücreler bir yandan ait oldukları dokuda/ organda işlev bozukluklarına neden olurken öte yandan da diğer doku ve organlara da yayılmaktadırlar. Onların da işlevini bozarak hastalıklara neden olmaktadır. Kanser, köken aldığı doku ya da organ hücresine göre, çok değişik ve farklı hastalık tabloları oluşturmaktadır. Bu nedenle de kanser tek ve özel bir hastalık olmayıp, köken aldığı hücreye göre, farklı özellikler gösteren bir hastalık grubudur. Kanser, hastalık yükü, öldürücülüğü ve insidans artış eğilimi ile hem dünya hem de ülkemiz için önemli bir halk sağlığı konusu ve problemidir (1, 38).

Kanser, hem dünyada hem de ülkemizde %22'lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir (82). Dünyada 2005 yılında 12 milyon yeni kanser

vakası ve 7.6 milyon kansere bağı ölüm görülürken, DSÖ'nün yaptığı projeksiyonlara göre, 2030 yılında, dünyamızda, 20 milyon yeni kanser vakası gelişecek, 12 milyon kansere bağı ölüm olacak ve kanser, hastalıklara bağı ölüm sıralamasında birinci sıraya yerleşecektir (38). Tüm kanser türlerinden kaynaklanan 2005 yılına ait ölümlerin %70'den fazlası, düşük ve orta gelir grubuna dahil ülkelerde meydana gelmiştir. Tüm dünyada kadınlar ve erkekler arasında en sık görülen kanser türleri ise akciğer, kolorektal ve mide kanseridir. Erkekler açısından en yaygın türler akciğer ve mide kanseri iken kadınlar açısından bu meme ve servikal kanserdir. Her yıl 11 milyondan fazla insana kanser tanısı konmaktadır. Her yıl, 16 milyon yeni vakanın 2020 yılına dek ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir. Kanser her yıl 7 milyon kişinin ölümüne, diğer bir ifade ile tüm dünyada meydana gelen ölümlerin yaklaşık olarak %12.5'ine neden olmaktadır (89).

Globocan 2002'de yer alan Türkiye kanser tahminleri ise şöyledir: Erkeklerde deri dışındaki tüm kanserler için kaba insidans hızı yüz binde 110 ve YSH (yaşa standardize hız, dünya standart nüfusu) yüz binde 137.3'dür. Erkeklerde en sık görülen kanserler akciğer, mide, mesane, kolorektal, larinks, prostat kanserleri olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda deri dışındaki tüm kanserler için kaba hız yüz binde 82 ve YSH yüz binde 91.2'dir. İlk altı sırada ise meme, kolorektal, mide, over, akciğer kanserleri ve lösemiler yer almaktadır. Erkeklerde, deri dışındaki tüm kanserler için kaba mortalite hızı yüz binde 85.7, YSH yüz binde 107.8, kadınlarda deri dışında tüm kanserler için kaba mortalite hızı yüz binde 82, YSH yüz binde 91.2 olarak tahmin edilmektedir (21).

Kanserin nedenleri ve türleri coğrafi bölgeler arasında değişiklik göstermektedir. Ancak çoğu ülkede bir ferdini kanserden dolayı kaybetmiş ailelere rastlamak mümkündür. Kanserden kaynaklanan hastalık yükü oldukça fazladır ve sadece bireyleri değil bu bireylerin akrabalarını ve arkadaşlarını da etkilemektedir. Toplum düzeyinde ise kanser hem yoksul hem de varlıklı ülkelerin sağlık hizmetlerinde benzer sorunlara yol açmaktadır. Kanser, hücre çoğalması (artışı) ve onarımından sorumlu genlerde bir takım değişimler meydana gelmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu değişimler genetik konakçı faktörler ile aşağıdaki gibi gruplandırabileceğimiz yabancı (dış) ajanlar arasında meydana gelen etkileşimin bir sonucudur (89):

- Ultraviyole (UV) ve iyon radyasyonu gibi fiziksel karsinojenler
- Asbest ve sigara gibi kimyasal karsinojenler
- Biyolojik karsinojenler: Virüs enfeksiyonları (Hepatitis B Virüsü ve karaciğer kanseri, İnsan Papilloma Virüsü (HPV) ve servikal kanser) ve bakteri enfeksiyonları (Helicobacter pylori ve gastric kanser) ile parazitler (schistosomiasis ve mesane kanseri)

- Gıdaların, karaciğer kanserine yol açan aflatoksinler gibi (Aspergillus fungi ürünleri) mykotoksinlerle kirlenmesi.

Hala yanıtlanmamış sorular olmakla birlikte, diyet faktörlerinin ve yetersiz fiziksel aktivitenin de kanser için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (89).

Kanserin belirti ve bulguları köken aldığı doku ve organlara göre değişmekle beraber sıklıkla aşağıdaki belirti ve bulgulara rastlanmaktadır.

- Rahim ve makattan gelen normal olmayan bir kanama veya akıntı
- Memede veya vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkan şişlik ve sertlikler
- İyileşmeyen yaralar
- Uzun süreli ses kısıklığı ve öksürük
- Yutkunma güçlüğü ve hazımsızlık
- Ben ve siğillerde meydana gelen büyüme, kanama, renk değişikliği, yara
- Büyük ve küçük abdest yapmakta ki değişiklikler (41).

Kanser hastalığının teşhisi ve tedavisi için yapılan harcamalar dünyadaki tüm ülkeler için sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu durumun altında yatan temel nedenler şunlardır:

- Dünya nüfusunun yaşlanması ve bu yaşlanma ile birlikte kansere yakalanma riskinin artması,
- Geliştirilen yeni tanı yöntemleri ile birlikte kanserin daha erken evrelerde teşhis edilerek tedavi şansının artması ancak beklenen yaşam süresinin de artması ile birlikte bireylerin daha uzun süre bu hastalık ile birlikte yaşamak zorunda kalması,
- Yeni, daha etkili ancak daha pahalı tedavi yöntemlerinin gelişmesi ve hızlı iletişim yolları ile bu yöntemlerin geliştiği andan itibaren dünyanın her yerinde kullanılması konusunda hasta ve yakınlarından gelen baskıların artmasıdır (76).

ABD’de kanserin teşhis ve tedavisi için 72 milyar dolar harcanmaktadır. Toplam sağlık harcamaları içinde kanser harcamalarının payı ise %4.7’dir. Türkiye’de kayıt sistemindeki eksiklikler nedeniyle kanser için yapılan harcamaları öngörmek mümkün değildir (76).

Kanserden korunma çalışmaları kanser kontrol programlarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu konuda kanserin primer, sekonder ve tersiyer korunması gündeme gelmektedir. Primer korunmada henüz kansere ilişkin hiçbir belirti, hücre değişimi yoktur. Bu dönemde alınan önlemlerle kanserin oluşumu engellenebilmektedir. Örneğin sigara yok edilirse, akciğer kanseri oluşmaz. İkincil korunmada, erken tanı söz konusu olup klinik bulgu yoktur, ancak hücresel düzeyde kanser başlamış bulunmaktadır. Sekonder veya ikincil korunmaya örnek olarak meme kanseri tarama programları gösterilebilmektedir. Üçüncül

veya tersiyer korunmada ise kanser bulguları vardır ve ancak doğru tedavi ile mortalite düşürülebilmektedir. Bu üç aşamada birincil korunma hem yaygın kitleleri koruması hem de ucuz olması nedeni ile önemlidir. İkincil korunmada yine maliyet etkinlik söz konusudur. Üçüncül korunma yani sadece tedavi ise ekonomisi güçlü ülkelerin karşılayabileceği, ekonomik olarak ciddi yük getiren bir yaklaşımdır (1, 82). DSÖ'nün yayımladığı ulusal kanser kontrol programları adlı kılavuzda, erken yakalama (erken tanı ve tarama) programlarının hangi kanserlerde uygulanması gerektiği konusundaki şu öneriler yer almaktadır;

- Hem erken tanı, hem tarama programlarının uygulanması önerilen kanserler: meme kanseri, servikal kanser.
- Erken tanı programları uygulanması önerilen, ama tarama programları uygulanması önerilmeyen kanserler: ağız boşluğu kanserleri, nazofarenks kanseri, mide kanseri, kolorektal kanserler, deri melanomu, melanom dışı deri kanserleri, over kanseri, mesane kanseri, prostat kanseri.
- Erken tanı programlarının da, tarama programlarının da uygulanması önerilmeyen kanserler: özefagus kanseri, akciğer kanseri, karaciğer kanseri (38).

Ülkemizde, meme ve servikal kanser başta olmak üzere, tarama faaliyetleri, Sağlık Bakanlığınca oluşturulan politikalar doğrultusunda Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca 49 ilde kurulu Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM) , üreme sağlığı programı çerçevesinde AÇS-AP Merkezleri ile 2. ve 3. basamakta yürütülen poliklinik ve klinik faaliyetler aracılığı ile yürütülmektedir. Ancak yaygın, organize, tüm hedef grubu kapsayacak bir toplum tabanlı tarama faaliyeti birkaç pilot çalışma dışında toplumsal, organizasyonel, ekonomik ve insan gücü kökenli çeşitli sebepleri nedeniyle henüz gerçekleşmemiştir (38).

1.7.2. SERVİKAL KANSER

Serviks hücrelerinin anormalleşip kontrolsüz bir şekilde büyümeye başlamasıyla servikal kanser oluşmaktadır. Servikal kanser, tüm dünyada kadınlarda kansere bağlı ölümler içinde ikinci sırada yer almaktadır (2). Her yıl yaklaşık 500 bin yeni servikal kanser olgusuna tanı konmaktadır. Her yıl dünya çapında tahminen 270 bin kadın bu hastalıktan ölmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde servikal kanser bir numaralı kanserden ölüm nedenidir. Servikal kanserden korunmada 2050 yılına kadar belirgin bir başarı sağlanamazsa ve hastalığın insidansı düşmezse, her yıl bir milyon yeni kanser olgusu tanısı konacaktır. Servikal kanserin prevalansı, dünya ölçeğinde yaygın biçimde değişmektedir. En düşük

prevalanslar Birleşik Krallık, Kanada, Hollanda ve Finlandiya'da (sırasıyla yılda yüzbin kadında 9.3, 8.7, 8.6 ve 5.5 olgu) görülmektedir. Bu göreceli düşük prevalans iyi organize edilmiş tarama programlarının koruyucu etkisine ve bu programlara yüksek oranda uyum gösterilmesine bağlıdır. Birleşik Krallık'ta kadınların % 85'i, Kanada'da % 65-91'i (yaşa göre değişen bir oran) ve Hollanda'da ise, %57'si düzenli aralıklarla taranmaktadır. Ayrıca organize tarama programları, Finlandiya'daki servikal kanser oranlarını da önemli ölçüde etkilemiştir. Aksine, Brezilya ve Tayland'da sırasıyla her yıl yüz bin kadında 18.6 ve 15.6 olgu şeklinde olmak üzere servikal kanser çok daha yaygındır. Servikal patolojiler için rutin tarama programlarının uygulanmadığı birçok ülkede, daha yüksek prevalansa rastlanmaktadır. ABD gibi çok iyi taranan ülkelerde bile servikal kanser insidansında coğrafik farklılıklar mevcuttur. Örneğin, Utah'ta yıllık insidans yüz bin kadında 6.6, buna karşın Los Angeles'da 12.1'dir. Servikal kanserdeki bu global eğilimler hastalığın insidansına ilişkin istatistiklere yansımaktadır. Yine, iyi planlanmış tarama programlarına sahip olan Birleşik Krallık, Kanada, Hollanda ve Finlandiya'da (yaşa göre standardize edilmiş yıllık oranlar yüz bin kadında sırasıyla 8.3, 7.7, 7.3 ve 4.3 olgu) servikal kanser insidansı en düşük düzeydedir. Servikal patolojiler için rutin taramaların uygulanmadığı Brezilya ve Tayland benzeri ülkelerde insidans daha yüksektir (yaşa göre standardize edilmiş yıllık oranlar yüz bin kadında sırasıyla 23.4 ve 19.8 olgu) (2, 24, 42).

Uluslararası Kanser Araştırma Birliğinin (International Agency for Research on Cancer) 2002 verilerine göre ise Türkiye'deki servikal kanser insidansı yüz binde 4.5'tir ve Türkiye Kanser Kayıt Merkezleri'nin verileriyle de örtüşmektedir. Aynı yıl içinde 1364 yeni servikal kanser vakası ve servikal kansere bağlı 726 ölüm rapor edilmiştir (24, 38).

İlk Human Papilloma Virüsü (HPV) enfeksiyonu, erken yaşta cinsel ilişki, çok sayıda cinsel partner, doğurganlık, düşük sosyo-ekonomik düzey, sigara kullanımı, immunsupresyon, beslenme, aile öyküsü, eşinin çok partnerli olması servikal kanser risk faktörleri arasında yer almaktadır (59). Servikal kanser için en büyük risk ise hiç pap smear testi yaptırmamaktır. ABD gibi gelişmiş ülkelerde kadınların %85'i yaşamları boyunca en az bir kez pap smear yaptırmış iken az gelişmiş ülkelerde bu oran sadece %5'dir (49). Uzun (10-15 yıl) preinvaziv döneme sahip olması, etkinliği kanıtlanmış sitolojik tarama yöntemlerinin varlığı, preinvaziv lezyonların etkin bir şekilde tedavi edilebilir olması nedeniyle servikal kanser önlenabilir bir hastalık ve koruyucu yaklaşımlarda en fazla başarı elde edilen kanser türlerinden biri olarak kabul edilmektedir (38).

1.7.2.1. SERVİKAL KANSERİN BELİRTİ VE BULGULARI

Servikal kanser, erken evrelerinde asemptomatik olabilmektedir. Genital sistem muayenesinde erken lezyonlar; dokunmakla kanayan, kaba, kırmızımsı granüler alanlar şeklinde görülmektedir. Orta derecede ilerlemiş veya ilerlemiş invaziv servikal kanser olan kadınlarda ise iştah azlığı, kilo kaybı, halsizlik, pelvik ağrı, sırt ağrısı, bacak ağrısı, tek taraflı şiş bacak, vajinadan aşırı kanama, vajinadan idrar veya gaita gelmesi ve metastaz gelişmesine bağlı kemik kırıkları görülmektedir. Ayrıca; intermenstrüel kanama, postkoital kanama, aşırı seropürülan akıntı, tekrarlayan sistit, bel ağrısı, alt abdominal ağrı, alt ekstremitelerde ödem, obstrüktif üropati, bağırsak obstrüksiyonu, ciddi anemiye bağlı nefes darlığı ve kaşeksi de görülebilen diğer bazı belirtilerdir. Özellikle vajinal kanama varlığında malignensi durumu akla gelmelidir. Bununla beraber, vajinal akıntıda artış ve cinsel ilişki sırasında ağrı da servikal kanser semptomlarıdır. Hastalığın ilerleyen safhalarında; abdomen, akciğer ve başka diğer bölgelere metastazlar görülebilmektedir. Daha ileri kanserler; kanama ve kötü kokulu akıntı ile birlikte, proliferen olan, kabartı oluşturan, mantar veya karnabahar benzeri büyüyen lezyonlar şeklindedir. Bazen fazla yüzeysel büyüme göstermeden, kaba, granüler yüzeysel, bütünü ile büyümüş irregüler serviks şeklinde görülebilmektedir. İnvazyon arttıkça, vajina, parametrium (rahim çevresinde bulunan bağ dokusu), pelvik yan duvarlar, mesane ve rektum tutulmaktadır. İlerlemiş bölgesel hastalığa bağlı olarak üreter kompresyonu, hidronefroz ile sonuçlanan üreteral obstrüksiyona neden olmakta ve sonunda böbrek yetmezliği gelişmektedir. Siyatik sinir köklerinin dallarının doğrudan yayılımı sırt, bel ve bacak ağrısına; pelvik duvar venlerinin ve lenfatiklerinin sıkıştırılması ise bacaklarda ödeme neden olmaktadır. Hastalıkta uzak metastazlar geç olmakta, genellikle akciğerler, karaciğer, kemik ve diğer yapılar tutulmaktadır (49, 59, 86).

1.7.2.2. SERVİKAL KANSER RİSK FAKTÖRLERİ

Servikal kanserin risk faktörleri şunlardır:

1. Human Papilloma Virüsü (HPV) İnfeksiyonu: Epidemiyolojik çalışmalar servikal kanser için majör risk faktörünün HPV infeksiyonu olduğunu göstermektedir. Servikal kanser-HPV infeksiyonu ilişkisi akciğer kanseri-sigara ilişkisinden daha sıkı bir ilişkidir. Diğer taraftan HPV infeksiyonu son derece yaygın bir infeksiyondur. ABD “Hastalık Kontrol Merkezleri” verilerine göre dünyada seksüel aktif kadın ve erkeklerin yaşam boyu HPV ile infekte olma olasılığı en az %50 olarak bildirilmiştir. HPV infeksiyonu çok yaygın olduğundan ve her yaşta görülebileceğinden, cinsel olarak aktif olan kadınlar hayatları

boyunca bu riskle karşı karşıya kalabilmektedirler. Servikal kanser olgularının neredeyse tümünde (%99.7) HPV DNA izole edilmektedir. Dolayısıyla servikal kanser sıklığında azalma HPV infeksiyonlarının tanınması, önlenmesi ve tedavi edilmesi yoluyla mümkün olabilmektedir (2). HPV'nin 100'den fazla tipi bulunmaktadır. Bunların 40 kadarı erkek ve kadınların genital (cinsel) bölgesini infekte edebilmektedir ki bunlara da genital HPV tipleri denmektedir. Bunların bazıları cinsel bölgede siğillere yol açarken 15 kadar tipi ise serviks de anormal hücrelere yol açarak servikal kansere ilerleyebilecek hastalıklara sebep olmaktadır. Bu kötü huylu tiplerin içinde HPV tip 16 ve 18 en sık görülenleridir ve servikal kanser ile anormal pap smear testi sonuçlarının üçte ikisinden sorumlu olmaktadır. Ancak birçok insanın bağışıklık sistemleri bu virüsü vücutlarından 6 ile 24 ay içinde temizlemektedir (9). İmmün sistem aracılığı ile HPV infeksiyonu kadınlarda bir yılda %70, iki yılda ise %90 oranında ortadan kaldırılmaktadır. Virüsün vücuttan eradikasyonu tipi ile doğrudan ilişkilidir. Özellikle kendi DNA'larını konakçı DNA'sına entegre eden yüksek riskli HPV tiplerinde (Tip 16 ve 18) radikasyon uzun sürmektedir. Hastaların %10 kadarında persiste infeksiyon görülür ve bu olgularda invaziv servikal kanser gelişmesi 15-20 yıllık bir süreci kapsamaktadır. Bu nedenle lezyonların pap smear tarama programları ile erken dönemde yakalanması son derece önemlidir (2). Bir kadın HPV taşıyorsa bu virüs pap smear testinde anormal hücrelerin bulunmasına neden olabilmektedir. Ancak virüs kaybolduktan sonra genellikle bu hücrelerinde gerilemesi mümkündür. Asıl sorun HPV'yi vücutlarından temizleyemeyen kadınlarda görülmektedir. Bu hastalarda anormal servikal hücreler saptanarak yok edilmezse servikal kanser gelişebilmektedir. Bu hücreler bulunduğu bile tedavileri kolaydır ancak dışa vuran herhangi bir belirtileri olmaması nedeniyle saptanmalarını mümkün kılan tek yol servikal taramadır. HPV tip 6 ve 11 cinsel siğillerin büyük kısmını oluşturmakta aynı zamanda bazı düşük derecede anormal pap smear testlere de neden olmaktadır. Ancak genel bilgi olarak cinsel siğil yapan HPV tipleri servikal kanser yapan tipler değildir. Bu nedenle cinsel siğili olan kadınların servikal kanser riski artmış değildir ve daha sık taranmalarına gerek yoktur (9).

Cinsel bölgeye özgü HPV genelde cinsel yolla bulaşır ve kişiler arasında tam bir cinsel ilişki olmasa bile ten teması ile de geçebilmektedir. Prezervatif kullanımı cinsel yolla geçen diğer hastalıklardan korunmada oldukça etkili olsa da HPV bulaşmasını engellemede çok etkili olmamaktadır. Bunun nedeni HPV'nin prezervatif tarafından örtülmeyen deri teması ile de bulaşabilmesidir. Birçok HPV infeksiyonunun kendiliğinden iyileştiği bilinmektedir. Eğer HPV anormal servikal hücrelere yol açırsa ve bunlar kendiliğinden kaybolmuyorsa ya da hücreler ciddi derecede anormalse, servikal kanser gelişimi riskini azaltmak için bu hücrelerin

yok edilmesi gerekmektedir. Bu hücrelerin yok edilmesi genellikle HPV'nin de temizlenmesine yardımcı olmaktadır (9, 90).

2. Erken Yaşta Cinsel İlişki: Cinsel ilişki servikal kanserin risk faktörleri içinde üst sıralarda yer almaktadır. Özellikle 18 yaşın altındaki ilk cinsel ilişkinin önemli bir risk oluşturduğu belirtilmektedir. Yirmi yaşın altında seksüel aktiviteye başlayanlarda risk 21 yaşın üzerine göre 2.5 kez daha fazla olmaktadır (3, 29, 59, 66, 69).

3. Çok Sayıda Cinsel Partner: Birden fazla kişi ile cinsel ilişkinin belli bir oranda servikal kanserin oluşumuna katkıda bulunduğu yapılan araştırmalarla ortaya konmaktadır. Tek partner ile üç ve daha fazla partner karşılaştırıldığında risk sekiz kat artmaktadır. Partner sayısının altının üstüne çıkması durumunda ise risk 14.2 kat artmaktadır (3, 29, 59, 66, 69).

4. Doğurganlık: Gebelik sayısının artması ile servikal kanserlerin görülme sıklığı artmaktadır. Gebelik sırasındaki hormonal değişimler ve immun sistemin zayıflaması HPV enfeksiyonuna veya servikal kanser gelişimine yakalanma riskini arttırabilmektedir (3, 29, 59, 66, 69).

5. Düşük Sosyo-Ekonomik Düzey: Yoksulluk servikal kanser için önemli bir risk faktörüdür. Gelir düzeyi düşük kadınlar yeterli sağlık bakım hizmeti alamamakta ve pap smear testi yaptıramamaktadır. Ayrıca düşük sosyo-ekonomik düzey kişilerin hijyen davranışlarını da olumsuz yönde etkilemektedir (3, 5, 29, 59, 66, 69).

6. Sigara Kullanımı: Servikal kanser riski sigara kullanan kadınlarda kullanmayanlara oranla iki kat daha fazladır. Sigara kullanan kadınların servikal mukuslarında, tütün bileşiminde bulunan bazı maddelerin görüldüğü saptanmıştır. Bu nedenle araştırmacılar bu maddelerin serviks hücrelerinin DNA'sına zarar verdiğini ve bunun da servikal kanserin gelişimine katkıda bulunduğunu savunmaktadır (3, 29, 59, 66, 69).

7. İmmunsupresyon: Bilim adamları kanser hücrelerinin yok edilmesinde, büyümelerinin ve yayılmalarının yavaşlatılmasında immun sistemin çok önemli olduğunu savunmaktadır. AIDS'e neden olan İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) vücudun bağışıklık sistemine zarar vermekte ve kadınların HPV enfeksiyonuna yakalanma riskini arttırmaktadır. Bu nedenle AIDS'li kadınlarda servikal kanser görülme oranı daha yüksektir (3, 29, 59, 66, 69).

8. Beslenme: Meyve ve sebze tüketiminin yetersiz olduğu kadınlarda servikal kansere yakalanma oranı daha fazladır. Ayrıca obezite servikal kanser riskini arttırmaktadır (3, 29).

9. Ailesel Faktörler: Annenin veya kız kardeşin servikal kanser olması ailedeki diğer kadınların servikal kanser riskini 2-3 kez arttırmaktadır. Bu nedenle bazı araştırmacılar servikal kanserin kalıtsal durum ile ilgili olduğunu savunmaktadır (3, 29, 59, 66, 69).

10. Eşinin Çok Partnerli Olması: Kadınların eşlerinin birden fazla partner ile cinsel ilişkisinin olması, venereal hastalık öyküsünün olması, prostat veya penis kanseri olmasının servikal kanserin görülme sıklığını arttırdığı düşünülmektedir (3, 29, 59, 66, 69).

11. Diğer Faktörler: Oral kontraseptif kullanma, kötü hijyen koşullarına sahip olma, siyah ırktan olma, Chlamydia infeksiyonu ve diğer genital infeksiyonların bulunması da servikal kanser açısından risk faktörleri arasında yer almaktadır (3, 66).

1.7.2.3. SERVİKAL KANSERDE ERKEN TANI

1.7.2.3.1. PAP SMEAR TESTİ

Pap smear, servikal kanseri taramaya yönelik birçok ülkede yaygın olarak kullanılan basit bir testtir. İlk kez 1930'lu yıllarda Yunan doktor George Papanicolaou tanımlandığı için onun ismine ithafen pap smear ya da PAP testi olarak da adlandırılmaktadır (29). Pap smear (sürüntü) testi olarak da bilinen bu test, servikal kanserin en erken belirtileri olabilen serviks hücre anormalliklerini saptamanın en etkili yoludur. Bu test, virüsle enfeksiyonu önleyememesine rağmen hastalığın erken belirtilerini tanımlamaya gerçekten yardımcı olmaktadır. Pap smear testi, serviks (döl yatağının dar alt bölümü) hücrelerindeki kanser öncesi hücresel değişiklikleri veya kanseri kontrol eder (69). Bu test jinekolojik muayene esnasında vajinal spekulum yerleştirildikten sonra portio ve servikal kanaldan spatül veya özel bir fırça kullanarak serviksin yüzeyinden nazikçe birkaç hücre alınarak gerçekleştirilmektedir (29). Alınan ve lama yayılan örnek; alkol veya saç spreyi sıkılarak sabitlenir (Fikse edilir). Sabitlemenin, örnek alındıktan hemen sonra yapılmaması hücresel şekillerin bozulmasına ve kurummasına neden olmaktadır. Bu da değerlendirmede hatalara yol açmaktadır (69). Alınan örneklerin daha sonra sitolojik incelemesi yapılmaktadır. Örnek alınmadan önce son 48 saatte cinsel ilişki, lavaj veya intravajinal herhangi bir tedavi uygulanmamış olmalıdır. Genital infeksiyon var ise tedavi edilmeli, sonra smear alınmalıdır. Smear testi için siklus kanamasının bitimini izleyen günler daha uygun olmaktadır (29).

Amerikan Kanser Derneği (ACS)'nin ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Koleji (ACOG) önerilerine göre servikal kanser taraması cinsel aktivite başlamasından üç yıl sonra veya en geç 21 yaşında yılda bir kez olmalıdır. Tarama aralıkları üç negatif smear varlığında veya 30 yaşından sonra iki veya üç yılda bir tarama yapılmalıdır. Taramanın kesilmesi üç veya daha fazla negatif smear ve son 10 yılda anormal/pozitif sitoloji yokluğunda ACS'ye göre 70 yaşında ACOG'ye göre 65 yaşında kesilmelidir (61).

Amerikan Ulusal Kanser Araştırma Enstitüsü'nün 1988 yılında Bethesda'da düzenlediği bir panelde pap smear testi okumada ortak terminoloji kullanılması, smeardaki yeterlilik kriterlerinin saptanması ve hastanın klinik seyrinde smearın rehber olabilmesi amacıyla bir sınıflandırma yapılmıştır. Şekil 1'de pap smearın sitolojik sınıflandırması yer almaktadır (64).

Papanicolaou	DSÖ	CIN Sistemi	Bethesda Sistemi
Class I (Bening)	Normal	Normal	Normal
Class II (Atipik bening)	Atipik		Diğer Enfeksiyon (HPV hariç), Reaktif ve reparatif ASCUS, AGUS
Class III (Şüpheli)	Hafif displazi	CIN I, CIN II	LGSIL
Class IV (Malignite şüphesi)	Orta displazi, ağır displazi, CIS	CIN III	HGSIL
Class V (Malignite)	İnvaziv skuamöz hücreli kanser	İnvaziv skuamöz hücreli kanser	İnvaziv skuamöz hücreli kanser

Şekil 1: Pap Smearın Sitolojik Sınıflandırması

Pap smear testi sonucu anormal çıkan kadınlarda rahim ağzının değerlendirilmesi ve gerekli görülen alanlardan biyopsi alınarak kesin tanı konulması amacı ile kolposkopi yapılmaktadır. Kolposkopi, rahim ağzının kolposkop adı verilen bir alet yardımı ile gözlenmesi ve incelenmesidir. İşlem esnasında rahim ağzına bazı boya ve maddeler uygulanarak şüpheli alanların daha belirgin hale gelmesi ve biyopsi alınması gereken bu alanların saptanması sağlanmaktadır (64).

Gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelere göre hem yıllık servikal kanser insidansı daha fazladır, hem de kansere bağlı ölüm oranı %50'lerdedir. Aradaki bu farkın gelişmiş ülkelerdeki tarama yöntemlerinin yaygın kullanımına bağlı olduğu düşünülmektedir. Yıllık pap smear testi ile bir kadının servikal kanserden ölme riskinin 4/1000'den 5/10000'e düştüğü tahmin edilmektedir. DSÖ'nün yayınladığı bir analizde 10 yılda bir yapılacak tarama ile dahi servikal kanser insidansının %64 azaltılabileceği bilinmektedir (29). Türkiye'de yapılmış olan en önemli toplum bazlı tarama programı "Şanlıurfa İlinde Üreme Sağlığı Eğitimi ve Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması" ismi ile Ocak 2005-Ocak 2007 tarihleri arasında Şanlıurfa'da gerçekleştirilmiştir. Proje süresince 50.000 kişiye 2 yıl boyunca eğitim verilmiş,

9079 kadından smear alınmış, servikal kanser açısından şüpheli görülen kadınların 2500'ünden biyopsi alınmıştır. Hastaların histopatolojik incelemesi sonucunda ise 49 tanesinde HPV enfeksiyonu, 27 tanesinde CIN I, beş tanesinde CIN III, bir tanesinde mikroinvaziv servikal kanser ve bir tanesinde ise endometrium kanseri tespit edilmiştir. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığınca, Servikal Kanser Taraması Ulusal Standartları uyarınca servikal kanser için sürdürülecek bir toplum tabanlı tarama programının çerçevesi tanımlanmıştır. Bu programın uygulamaya geçmesi ile birlikte servikal kanser açısından ulusal bir tarama programı başlatılmış olacaktır (61).

1.7.2.3.2. SERVİKOGRAFİ

Serviksin seyreltilmiş asetik asit uygulandıktan sonra, özel bir kamera (servikoskop) aracılığı ile görüntülenmesidir. Düşük dereceli lezyonlar için daha duyarlıdır. Bu yöntemin başlıca dezavantajı; ileri teknoloji gerektirmesi, pahalı olması ve hastaları geri çağırma gereksinimidir (86).

1.7.2.3.3. ASETİK ASİT TESTİ

Asetik asit uygulanmasından sonra serviksin çıplak gözle incelenmesidir. Gelişmekte olan ülkelerde pap smear testine alternatif olarak kullanılmaktadır. Asetik asit testi prekanseröz servikal lezyonların çoğunu doğru saptar fakat bunların önemli bir kısmı yalancı pozitifdir. Bundan dolayı pap smear testinin uygulanamadığı yerlerde tarama yöntemi olarak kullanılabilecek bir yöntemdir. Önemli avantajları; basit ve ucuz bir test olması, hemen sonuç vermesi nedeniyle hastanın tekrar çağırılmasına gerek duyulmaması ve tanıyla eş zamanlı olarak tedavi planlanabilmesidir. Başlıca dezavantajı ise; spesifitesinin düşük olmasıdır (86).

1.7.2.4. SERVİKAL KANSERDEN KORUNMADAKİ SON YENİLİKLER

1.7.2.4.1. SERVİKAL KANSERDE AŞI

HPV'ye karşı koruyucu olan aşılar hastanın servikal kansere yakalanmasını da engellemektedir. Günümüzde HPV tip 16 ve 18'e karşı koruyan aşılar mevcuttur ki bu iki tip her üç servikal kanser olgusunun ikisinden ve birçok anormal servikal hücre görülen pap smear testinden sorumlu olan tiplerdir. Çalışmalar aşının HPV 16 ve 18 için koruyucu olduğunu ayrıca birkaç diğer HPV tipi için de koruyucu olabildiğini göstermektedir. Ancak şu andaki aşılar tüm HPV tiplerine karşı koruma sağlamamaktadır. Ayrıca bilinmesi gereken bir diğer nokta da bu aşıların HPV'ye karşı ilk bulaşmada koruma sağladığıdır. Bu yüzden aşının etkili olabilmesi için bulaşma olasılığından önce uygulanması gerekmektedir; örneğin cinsel

aktivite olasılığının olmadığı ergenliğe geçiş yılları gibi. Ancak aşının kapsadığı HPV tipleriyle enfeksiyon herhangi bir yaşta da ortaya çıkabileceği için ergenler ve yetişkinlerde cinsel aktiviteye başlamış olsalar bile aşından yarar görebilmektedir. ABD’de aşının tavsiye edildiği yaş aralığı 9 ve 26 yaşlar arası bayanlardır. HPV aşılması servikal kanser ile savaşta önemli bir gelişmedir. Birlikte kullanıldığında servikal kanser taraması ve HPV aşılması servikal kansere karşı en etkili korumayı sağlamaktadır (9, 25, 27).

1.7.2.4.2. HPV TESTİ

Servikal kanser taramasında HPV tiplendirmesinin kullanımının yararlı olduğu düşünülmektedir. HPV testi kişide HPV bulunup bulunmadığını anlamaya yaramaktadır. Serviksten pap smear testi gibi sürüntü yöntemiyle yapılan basit bir testtir. Her ne kadar günümüzde servikal kanser yapan HPV tipleri için bilinen bir tedavi olmasa da bu HPV tiplerinin olup olmadığını bilmek kişinin tedavisini ve servikal kanser geliştirme riskini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Eğer HPV taşınmıyorsa risk çok düşüktür ve tekrar normal tarama testine dönülmektedir. Eğer HPV mevcutsa ve bağışıklık sistemi bunu yok edemiyorsa o zaman yakın bir takiple anormal serviks hücreleri gelişip gelişmediği izlenmelidir ve oluştuğunda servikal kanser gelişimini engellemek için tedavi edilmelidir. HPV testi kullanımı için üç neden bulunmaktadır. Bunlar (9);

- Servikal kanser için bir tarama testi olarak,
- Pap smear testinde düşük dereceli anormal hücreler saptanan kadınların izlemi ve tedavisi amacıyla,
- Anormal hücreler için tedavi edilen hastaların ek tedavi planlarını yapabilmek amacıyla.

HPV testi, pap smear testi ile birlikte kullanılmak ya da pap smear testinin yerine tek başına kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Pap smear testi ile birlikte kullanımında HPV taşımayan kadınlar rutin tarama izlemine devam etmektedirler. Ancak HPV taşıdığı belirlenen kadınlarda anormal hücre olup olmadığını anlamak için ileri tetkik gerekmektedir. Günümüzde HPV testinin tarama amaçlı kullanımı Avrupa’da hiç bir ülkede resmen onaylanmamıştır. Ancak 5 ülkede (Finlandiya, İsviçre, İtalya, Hollanda ve İngiltere) bu konuyu soruşturan geniş çaplı bilimsel çalışmalar sürmektedir. Avrupa Servikal Kanser Tarama Bildirisi, bu ülkelerde süren çalışmalar kesin sonuçlara ulaşınca kadar HPV testinin rutin tarama amacıyla kullanımını önermemektedir (9, 59).

1.7.2.5. SERVİKAL KANSERDE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Tüm kanserlerde olduğu gibi servikal kanser tedavisinde de yöntem seçiminde dikkat edilmesi gereken iki nokta bulunmaktadır. Birincisi iyileştirme oranı daha yüksek olan tedavinin uygulanması ve ikincisi uygulanacak tedavinin mortalite ve morbiditesinin daha düşük oranda olmasıdır. Günümüzde servikal kanserin tedavisinde radyoterapiye dönüş olmasına rağmen gerek cerrahi tedavinin gerek radyoterapinin başarısı birbirine benzemektedir. Radyoterapi ile beş yıllık sağ kalım %74-91 iken cerrahi tedavide de %83-91'dir. Bu nedenle tedavi seçiminde başarıyı etkileyecek risk faktörleri ışığında, hastanın durumu göz önünde bulundurularak karar verilmelidir. Cerrahi tedavinin, hastalığın gerçek yayılımının daha iyi değerlendirilmesi, cinsel fonksiyonlarının daha az etkilenmesi, daha az komplikasyon görülmesi ve psikolojik yararları gibi radyoterapiye üstünlükleri bulunmaktadır (59). Uygulanacak cerrahi girişimin şekli ve boyutları hastanın yaşı ile ilişkilidir. Bazı vakalarda konizasyon ve servikal amputasyon yeterli olmaktadır. Bu yöntem özellikle çocuk sahibi olmak isteyen ve yakın izleme alınabilecek kadınlarda uygulanmaktadır. Diğer vakalarda ise basit histerektomi yapılmaktadır. Kolposkopi ile erken tanı konmuş vakalarda daha az radikal cerrahi uygulanmaktadır. Radikal cerrahi endikasyonu hastalığın yaygınlık derecesi ile sınırlanmaktadır. Tipik uygulanan cerrahi, uterusun ile vajinanın 1/3 üst bölümünün ve parametriumların çıkarılmasını içeren radikal histerektomi veya Wertheim ameliyatıdır (75).

Modern kemoterapinin gelişmesi ile yaygın servikal kanserin tedavisinde anlamlı bir iyileşme görülmemektedir. Fakat cerrahi veya radyoterapinin başarısız olduğu hastalarda kullanılmaktadır. Amerikan Ulusal Kanser Araştırma Enstitüsü'nün servikal kanser tedavisi için radyoterapi gerektiren hastalarda tedaviye kemoterapinin de eklenmesinin uygun olacağı sonucunu bildirmektedir. Kemoradyoterapi adı verilen bu uygulama ile sağkalımın anlamlı olarak artacağı bildirilmektedir (59).

1.7.3. SAĞLIK DAVRANIŞ MODELLERİ

Kişilerin sağlıklarını koruma yönündeki davranışları ve sağlık sorunları yaşadığında yaptıkları, sağlık davranışı terimi ile ifade edilmektedir. Olumlu sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçimi geliştirmenin ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışının kazandırılması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Bu nedenle bireyler, daha iyi sağlık düzeyine ulaşma çabası içinde olmalıdırlar (46, 88). Davranış değişikliği üzerine odaklanan sağlığı geliştirme kavramında, sağlık düzeyini en üst seviyeye

çıkarmak için bilgi, beceri, tutum ve olumlu davranışın kazanılması gerekmektedir. Bu durum ancak sağlıklı yaşam davranışları ile alışkanlık haline gelebilmektedir. Bu davranışlar kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stresle baş etmedir (88). Bireylerin sağlık davranışı, sağlığı tehdit eden etmenlere ve koruyucu önlemlere gösterecekleri tepkilere göre değişiklikler göstermektedir. Bu değişikliklerin bir bölümü bireysel farklılıkların incelenmesiyle açıklanabilmektedir. Yapılan araştırmalar, sağlığı geliştirici davranışların henüz istendik düzeyde olmadığını ancak geliştirilebileceğini göstermektedir (46).

Davranışlardaki değişikliklerin nasıl olduğunu açıklamak için birçok teori ve model geliştirilmiştir. Sağlık davranış modelleri, bir davranış konusunda bilimsel ve gerçekçi değerlendirme yapmaya olanak sağlamaktadır (22). Burada sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarına açıklık getiren ve bu çalışma ile ilgili olan “Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model)” ve “Teoriler Üstü Model (Transtheoretical Model)”den söz edilecektir.

1.7.3.1. SAĞLIK İNANÇ MODELİ

Sağlık İnanç Modeli (SİM) son zamanlarda, koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Model, hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla geliştirilmiştir (19). SİM, ilk olarak 1950 yılında Hochbaum, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock tarafından oluşturulmuştur. Ancak bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar modele zamanla eklenmiştir. Modelden, geliştirildiği ilk yıllarda insanların tarama ve aşılama programları gibi koruyucu sağlık davranışlarını anlamak hedeflenmiş olsa da, hastalık ve genel sağlık davranışlarını kapsayan diğer alanlarda da kullanılmıştır. Modelin oluşumunda Lewin ve Becker’in sosyopsikolojik kuramından yararlanılmıştır. Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklamaktadır. Nahcivan’ın belirttiği Rosenstock’a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde, sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklamaktadır. Aynı zamanda, model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (26, 57).

SİM, bir değer-beklenti modeli olup, bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi değer; koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı beklentidir. Beklenti, hastalığın şiddetine göre değişmekte ve önerilen sağlık davranışının

gerçekleştirilmesi durumunda hastalığa yakalanma olasılığı azalmaktadır. Model altı temel bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler ve tanımları şunlardır;

1. Algılanan Duyarlılık: Kişinin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Bu, mevcut veya olası tanının kişi tarafından kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Örneğin; kansere yakalanmada bireysel risklerin algılanmasıdır (8, 19, 26, 57).

2. Algılanan Ciddiyet: Tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmeleri kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; kansere yönelik bireysel tehdidin, hastalığın öneminin algılanmasıdır (8, 19, 26, 57).

3. Algılanan Yarar: Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yarardır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Bireylere koruyucu çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri anlatılarak, kişilerde sağlıkla ilgili tutum, davranış ve koruyucu sağlık uygulamaları yapmanın yararları ile ilgili bilinç alanı geliştirmek mümkün olmaktadır. Örneğin; pap smear testinin olumlu sonuçlarının, yararlarının algılanmasıdır (8, 19, 26, 57).

4. Algılanan Engel: Kişinin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir. Beklenen davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönlerdir. Hastalığın önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi, hastalığın tedavi edilmesi, hastalık durumunun istenmeyen sonuçlarını en aza indirmek için beklenen davranışın olumsuz yönleridir. Örneğin; bireyin servikal kanserin erken tanısına yönelik davranışları gerçekleştirmemesinde etkili olan faktörlerin algılanmasıdır (8, 19, 26, 57).

5. Öz Etkililik: Albert Bandura'nın Sosyal Bilişsel Kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz etkililik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu bileşen modele sonradan eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz etkililik önemli rol oynamaktadır (8, 19, 26, 57).

6. Davranışla İlgili İpuçları: SİM geliştirilirken, davranışı tetikleyen ipuçları da tartışılmıştır. Örneğin; Hochbaum (1958), davranışı gerçekleştirmek için gereken hazır bulunuşluğun (algılanan duyarlılık ve algılanan yararlar), ancak davranışın nedeni olan ipuçları ile artabileceğini belirtmiştir. İpuçları, davranışı tetikleyen mekanizma olarak kabul edilmektedir. İpuçları önemli olmakla birlikte, sistematik olarak çalışılmamıştır. Model, harekete geçmek için, hastalığın şiddetinin, algılanan duyarlılık ve algılanan tehdit ile ilgili

hazır bulunuşluğun önemli olduğunu belirtmektedir. Davranış, hastalığın şiddetini ya da algılanan duyarlılığı azaltmak amacıyla gerçekleştirilmektedir (8, 19, 26, 57).

SİM, sağlığı korumada birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak adlandırılan sağlık davranışlarının uygulanmasında önemli bir yere sahiptir. Aynı zamanda, sağlık profesyonellerinin, davranışla ilgili ipuçları ve riski azaltan davranışlarla ilgili engeller konusunda hastalara yardımcı olmasına olanak tanımaktadır. Riskin azaltılması ile ortaya çıkması beklenen yarar, davranış değişikliğini öngören hareketin, beklenen maliyeti ile ölçülmektedir. Burada beklenen maliyetle belirtilmek istenen, çaba, zaman, para, uygunsuzluk ve beklenen davranışın istenen sonuca ulaşmaması gibi durumlardır. Modelde bu maliyetler, “engel” adı altında toplanmaktadır. SİM’e göre davranışın gerçekleştirilmesi, sağlıkla ilgili tehdit ile ilişkili algılanan ciddiyet, koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesi ile ilgili algılanan yarar, davranışın gerçekleştirilmesi ile ortaya çıkan iç, dış ödüller ve öz etkililik ile ilişkilidir. Sağlık ve hastalıkla ilgili öznel algılar, hastalıkla ilgili algılanan ciddiyet ve yapılan önerilerin yararlı bulunup bulunmaması, hastalıkla ilgili uygulamalara olan katılımı etkilemektedir (5, 19, 57).

SİM’e göre, bireyin sağlığını tehdit eden duruma ilişkin davranışında psikolojik hazır bulunuşluk önemlidir. Bu durum bireyin (57);

- Hastalığın ciddi sonuçlarının ve hastalığa yakalanmada bireysel riskinin farkında olmasını,
- Hastalığın önemini bilmesini ve sağlık davranışlarının yararına inanmasını,
- Sağlık davranışlarını engelleyen faktörlerin farkında olmasını gerektirmektedir.

SİM’de (Şekil 2) koruyucu sağlık davranışlarına hazır olmayı belirleyen faktörler, kişisel algı, düzenleyici etmenler ve koruyucu sağlık davranışlarının ortaya çıkma olasılığını belirleyen değişkenlerdir (8).

- **Bireysel algı:** Kişilerin sağlık ve hastalık algıları onları, hastalık ile ilgili gerçeklerden daha çok etkilemektedir. Bu algı psikolojik olarak kişinin sağlığını korumaya açık olup olmadığını belirler. Kişisel algı iki temel faktörden oluşmaktadır. Bunlar:

1. Kişinin kendini belli koşullarda hassas ve incinebilir hissetmesi
2. Kişinin hastalıkla ilgili sonuçları ciddi olarak algılamasıdır.

İnsanların hastalıklara karşı oluşan algıları hem kendini incinebilir ve duyarlı hissettiği konulara, hem de söz konusu hastalığa yüklediği değere bağlıdır. Örneğin; bazı organların hassasiyeti kişi için çok önemli olabilmektedir. Bu ya kendi yaşam deneyimlerine dayanarak çıkarttığı sonuçlardır ya da ailede görülen bir rahatsızlık nedeniyle kendinin de o hastalığa duyarlı olduğu inancıdır (8, 57).

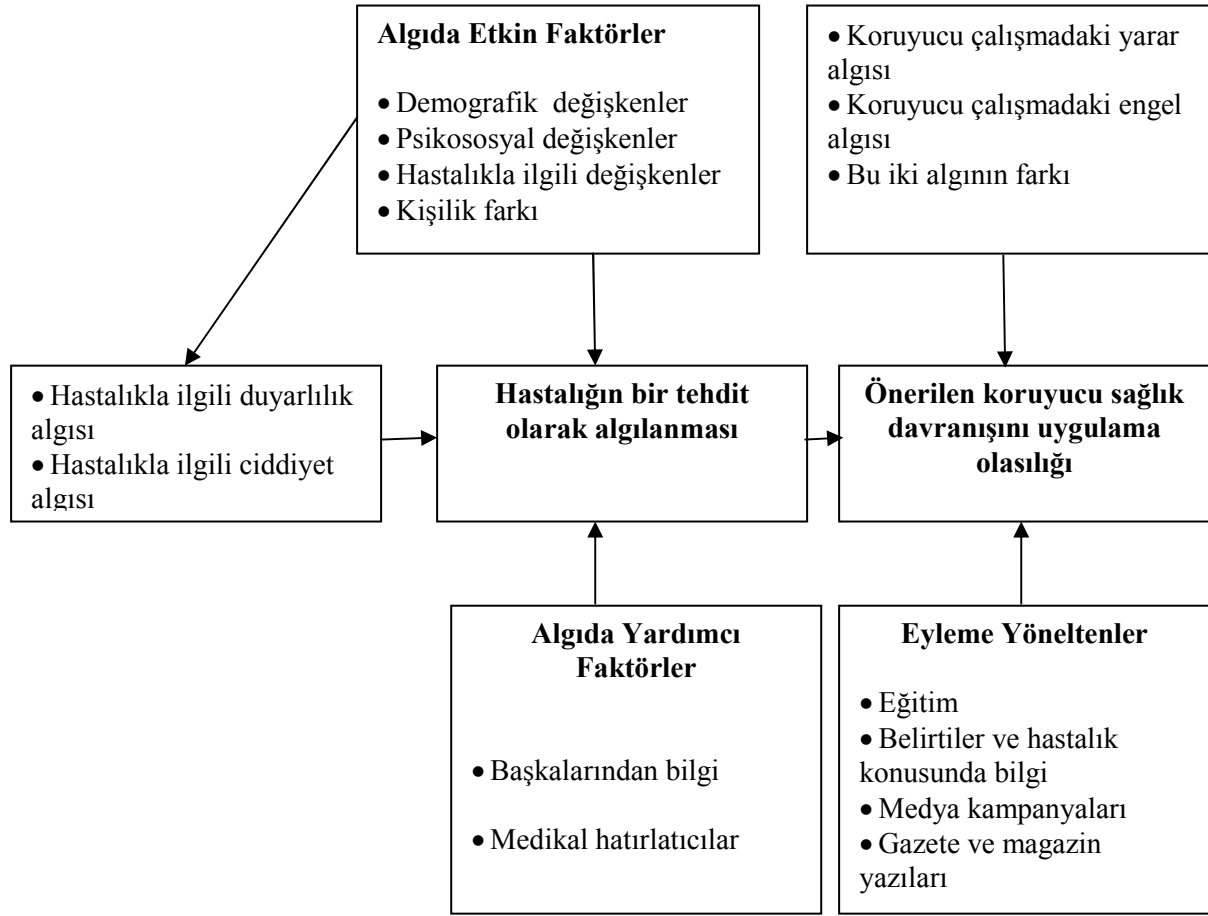
- **Hastalık tehdit algısı:** Koruyucu sağlık davranışlarının kazanılmasına yardımcı olan faktörlerden biri de hastalığın bir tehdit olarak algılanmasıdır. Bir hastalığın tehdit edici algısında araya giren ve etkin rol oynayan faktörler bulunmaktadır. Bu faktörlerin bir kısmı algıda etkin bir role bir kısmı da yardımcı role sahiptir. Etkin faktörler; demografik değişkenler, psikososyal değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenlerdir. Hastalığı bir tehdit olarak algılamada rol alan ve eyleme yöneltten faktörler ise kitle iletişim araçlarının kampanyaları, diğer kişilerin önerileri, medikal merkezden gelen uyarıcılar, bir aile bireyinin/arkadaşının hastalığı, gazete ve dergilerde yayınlanan sağlık yazılarıdır (8, 57).
- **Uygulama ve yarar engel algısı:** Koruyucu sağlık bilgisinin, koruyucu sağlık davranışı olarak uygulanması kişinin yaşamına sağlayacağı yarar ile uygulamada karşılaşılabilecek sorunlar arasındaki dengeye bağlıdır. Bunu da yarar algısı ile engel algısı arasındaki farklar belirlemektedir. Algılanan yararlar, algılanan engellere üstün geldikçe koruyucu sağlık davranışının uygulanma olasılığı artmaktadır (8, 57).

SİM'in uygulamadaki yararı, davranışın şekillenmesinde etkili olan sağlık inançlarının belirlenerek bireyin istenen yönde sağlık davranışlarını değiştirebilme olanağı sunmasıdır. Bazı çalışmalarda, kadınlarda erken tanıya yönelik davranışların geliştirilmesinin mümkün olabileceği gösterilmiştir. SİM, sağlık davranışlarına yönelik birçok çalışmada kullanılmış olmasına rağmen, bazı sınırlılıklarının olduğunu belirten yayınlarda bulunmaktadır. Nahcivan'ın belirttiği üzere Bullough ve Bullough'un (1990) yayınında Pender, modelde bazı değişikliklerin yapılması gerektiğini belirtmiştir. Özellikle değişikliğe neden olan faktörlerin önemi üzerinde durmuştur. Karar verme sürecinde de etkili olduğu düşünülen kontrol algısı, öz etkililik algısı, sağlık tanımı ve sağlık algısı gibi bilişsel-algisal değişkenlerin modele eklenmesi gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca modelde yer alan bireysel algılar, değişikliğe neden olan faktörler ve beklenen davranışlar arasındaki ilişkilerin çok açık olmadığı ifade edilmektedir. Modelde tüm bileşenlerin aynı oranda çalışılmaması nedeniyle değişkenleri ölçmede sınırlılıkların olduğu varsayılmaktadır. Eyleme geçiriciler bileşeninin tanımlanmasında ve ölçülmesinde çeşitli problemler belirtilmiştir. Özellikle retrospektif çalışmalarda bu bileşenin değerlendirmesine yönelik güçlükler olduğu belirtilmektedir. Değişikliğe neden olan faktörlerin de modelin açık bir bileşeni olmaktan ziyade, modeldeki temel değişkenleri etkilediği belirtilmektedir. Bireylerde olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesinde kilit insan gücü olan hemşirelerin SİM'i bilmesi ve çeşitli alanlarda kullanması önemlidir. Modelin belirtilen bazı sınırlılıklarına rağmen farklı yapı ve özelliği olan toplum gruplarında çalışılmasına ve test edilmesine gereksinim bulunmaktadır (5, 26, 57).

KİŞİSEL ALGILAR

DEĞİŞKENLİĞE NEDEN OLAN ETKENLER

KORUYUCU SAĞLIK DAVRANIŞI OLASILIĞI



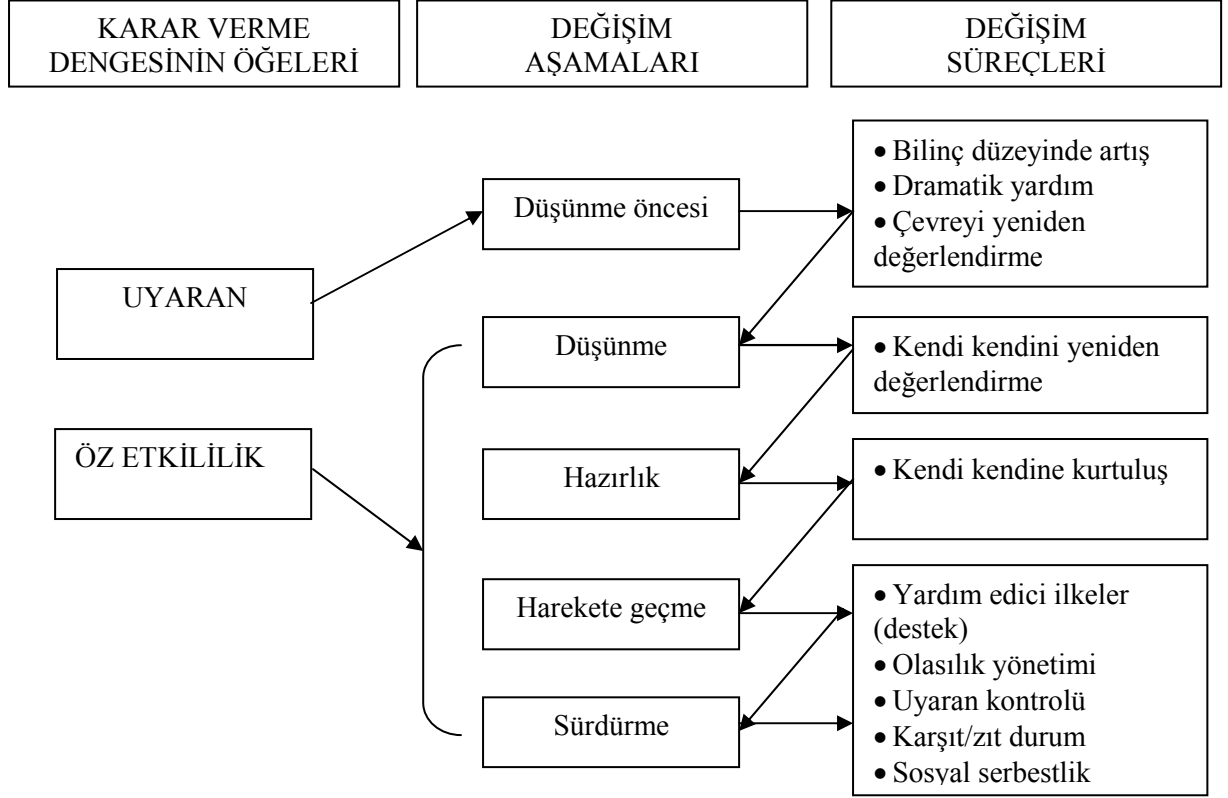
Şekil 2: Sağlık İnanç Modeli

1.7.3.2. TEORİLER ÜSTÜ MODEL

Teoriler üstü model (TÜM), Prochaska ve Diclemente tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Bu model, bireysel kararlar üzerine odaklanan kasıtlı davranış değiştirme modelidir. Bireylerin isteyerek davranış değişikliği gerçekleştirmesine yardım etme değişim sürecini anlama üzerine odaklanmaktadır. İlk olarak sigarayı bırakma programlarında kullanılan TÜM, zamanla sağlığı geliştirme programlarında farklı sağlık davranışlarına yönelik (aşırı yeme ve kilo kontrolü, egzersiz, stresle başetme, madde bağımlılığı vb.) olarak kullanılmıştır (26, 71, 83).

Geleneksel davranışçı teorik yaklaşımlarda değişim kesin ve direk sonuç olarak değerlendirilirken Prochaska ve Velicer (1997) değişimi aşamalı, devamlı ve dinamik bir yapı olarak tanımlamaktadır. Bireylerin eski davranışlardan yeni davranışlara doğrudan gitmediğini, aşamalar dizisi içinde ilerlediğini savunmaktadır. TÜM, değişimi; değişim aşamaları, değişim süreçleri, karar verme dengesi ve öz etkililiğin oluşturduğu organizasyonel

bir şemayla açıklayarak, birey-problem etkileşim örüntülerini ve problem çözme stratejilerini ortaya koymaktadır. Şemadaki (Şekil 3) her değişken isteyerek davranış değişikliğine niyete, bağımsız bir değişken olarak etki etmektedir (28, 71, 83, 87).



Şekil 3: Teoriler Üstü Modele Göre Davranış Değişimi

TÜM'ün kavramsal yapısı, karar verme dengesi, değişim aşamaları ve değişim süreçlerinden oluşmaktadır. Buna göre (26, 87, 91);

- **Karar Verme Dengesi:** Bireyin davranış değişiminin getireceği avantaj ve dezavantajlar konusunda bireysel düşüncelerinin geliştiği karar verme sürecidir. İstenilen bir davranışın benimsenmesinde, bireyler öncelikle niyetlenir, sonra da uygulamaya koymaya çalışırlar. Karar verme dengesi niyet oluşumunda önemli bir belirleyicidir. Bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasıyla ilişkilidir. Karar verme dengesi iki şekilde gelişmektedir:

1. **Uyaran:** Güç /zor durumda sağlık için uygunsuz olan bir davranışı yapma yönündeki arzudur. En önemli üç uyarıcı faktör; sosyal durum, duygusal stres ve şiddetli arzulamadır (26).

2. **Öz etkililik:** Öz etkililik yapısı, sağlıksız veya yüksek riskli alışkanlıklarına geri dönme olmadan başa çıkabilecekleri spesifik güven durumunu temsil etmektedir. Bu yapı, Prochaska ve Velicer Bandura'nın öz etkililik teorisinden adapte edilmiştir. Bireyin belli bir performansı

göstermek için gerekli etkinlikleri düzenleyerek, başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısıdır. Bireylerin hissetme, düşünme ve davranışı, öz etkililik düzeyine göre farklılık göstermektedir. Bu düzeyler bireylerin, eyleme geçme motivasyonunu arttırabilmekte ya da azaltabilmektedir. Öz etkililik, sağlığa zararlı alışkanlıkları pekiştiren riskli durumlar karşısında bireyin olumlu davranış değişimini sürdürmesinde kontrol edici etki sağlamaktadır (48, 87, 91).

- **Değişim Aşamaları:** Beş basamakta geliştiği ve zaman içerisinde oluşan bir süreç olduğu ifade edilmektedir. Bunlar (71, 83, 87):

1. **Düşünme öncesi:** Bu aşamadaki birey bir problemi olduğunu düşünmez veya bunu kabul eder fakat bir eylemde bulunma niyetinde değildir. Bu genellikle gelecek altı aylık süre ile değerlendirilir. Bu kişiler dirençliler olarak nitelendirilir.

2. **Düşünme:** Birey problemin farkına varmaya başlamaktadır. Problemi anlamaya çalışmaktadır. Gelecek altı ay içinde değişmek için niyetlidir. Bu aşamada uzun süre kalabilmekte ve kararsızlık yaşayabilmektedir.

3. **Hazırlık:** Kişi değişime hazır olduğuna karar vermektedir. Kendisine söz vermekte, bedelini (para, zaman, emek) ödemeye hazırlanmaktadır. Bireyler yakın gelecekte bir harekette bulunma niyetindedir.

4. **Harekete geçme:** Bireyler aktif olarak davranışı, koşulları değiştirmeye başlamakta ve değiştirmek için çaba sarf etmektedirler. Bireyler son altı ay içinde yaşam biçiminde değişiklikler yapmışlardır.

5. **Sürdürme:** Bireyler, geriye dönüşleri önlemek için çabalarken, aynı zamanda yeni sağlık alışkanlığını sürdürmektedirler. Servikal kanserin erken tanısına ilişkin değişim aşamaları Şekil 4’de gösterilmiştir (53, 71, 83, 87).

Değişim Aşamaları	Davranış
Düşünme öncesi	Hiç pap smear testi yaptırmamış ve ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünmüyor
Düşünme	Hiç pap smear testi yaptırmamış ancak ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünüyor
Hazırlık	Hiç pap smear testi yaptırmamış ancak ilk 1 ay içinde yaptırmayı düşünüyor
Harekete geçme	Bir yıldan daha kısa bir sürede pap smear testi yaptırmış ve devam etme niyetinde
Sürdürme	Düzenli olarak pap smear testi yaptırmış ve devam etme niyetinde

Şekil 4: Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Değişim Aşamaları

- **Değişim Süreçleri:** Değişim süreçleri davranış değişiminde kullanılan gizli veya açık aktivitelerdir. Uygulamada önemli bir rehber niteliği taşımaktadır. Değişim süreçleri bilişsel süreçler ve davranışsal süreçler olmak üzere iki grupta toplanmaktadır (87).

TÜM'ün değişimin yapılanması ile ilgili 10 süreci aşağıda yer almaktadır (71):

TEORİLER ÜSTÜ MODELİN TEMEL SÜREÇLERİ		
Düzenleme	Tanımlama	Uygulama
Bilinçlendirme	Belirli bir sorunun nedenleri ve çözümleri hakkında bilinçlendirme gerektiren bilimsel süreçtir.	- Gözlemlerin paylaşılması - Sorunların görüşülmesi - Konu ile ilgili yorumların görüşülmesi - Geribildirimlerin paylaşılması - Konferans
Drama ile rahatlama	Kişinin değişim sürecinde istendik davranışı gerçekleştirmesi ve rahatlama konusunda duygusal uyarımı arttıran deneyimsel süreçtir.	- Psikodrama - Rol oyunu - Kişisel tanıklık
Çevrenin yeniden değerlendirilmesi	Kişinin duygusal ve bilişsel özellikleri ile yaşadığı çevreden nasıl etkilendiğini, nasıl davranış değişikliği ile çevreyi etkilediğini içeren deneyimsel süreçtir.	- Empati eğitimi - Konunun öneminin görüşülmesi - Destek ağı geliştirme
Kendi kendini yeniden değerlendirme	Yeni bir davranış değişikliği ile kişinin öz eleştiri yapmasını kapsayan ve duygusal ve bilişsel özellikleri içeren deneyimsel süreçtir.	- Tanımlamalar - Sağlıklı kişilerin rol modeli olması - Konunun öneminin açıklanması
Kendi kendini destekleme	Değişimi gerçekleştirmek için kişinin kendisiyle sözleşme yapmasını ve sözleşmenin sonuçlarının değerlendirilmesi ile değişime olan inancını arttıran davranışsal süreçtir.	- Herkes tarafından bilinen sözleşmeler yapma - Kararlar verme - Çok seçenekli alternatifler geliştirme
Hedefler belirleme	Eski sağlıksız davranışı sürdürmek yerine, yeni sağlıklı davranışı öğrenmeyi gerektiren davranışsal süreçtir.	- Duyarlılaştırma - Hakkını arama - Rahatlama uygulamaları - Gerçek olmayan düşünceleri için bilimsel kanıtlar
Destek yönetimi	Belirli bir yönde adım atmak için ödülleri ve cezaları etkili kılan davranışsal süreçtir.	- Kendi kendini ödüllendirme - Sözleşme yapma - Grup oluşturma
Uyaran kontrolü	Sağlıklı davranışların arttırılması için çevrenin değiştirilmesini içeren davranışsal süreçtir.	- Uzak durma - Sağlıksız davranışın sürdürülmesini engellemek için çevrenin yeniden yapılanması - Sağlıklı davranışların arttırılmasını sağlayan, kendi kendine yardım grupları oluşturma
Yardımlaşma	Sağlıklı davranışı destekleyecek samimi, açık, karşılıklı güven içinde ilişki kurmayı içeren davranışsal süreçtir.	- Rapor oluşturma - Sağlık eğitimcileri ile görüşme - Sosyal ağı geliştirme
Toplum sağlığının yükseltilmesi	Sosyal fırsatlar ile toplum sağlığının yükseltilmesinde etkili özellikleri içeren deneyimsel süreçtir.	- Savunma - Güçlendirme yöntemleri

Şekil 5: Teoriler Üstü Modelin Temel Süreçleri

1.7.4. SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Risk, sonucun olumsuz olma ihtimali veya bu olasılığı ortaya çıkaran faktördür. DSÖ ise riski olumsuz bir sonuç olasılığı, olumsuz bir sonuca yol açma olasılığı doğuran bir faktör, potansiyel bir olumsuzluk ya da tehdit olarak tanımlamaktadır. Risklerin belirlenmesi, hastalıkların ve sakatlıkların önlenmesinde anahtar rolü üstlenmektedir. Çağdaş halk sağlığı anlayışı hizmet sunumunda risk gruplarına öncelik tanınmasını önermektedir. Risk yaklaşımında temel düşünce “herkese biraz, gereksinimi olana daha fazla” şeklinde belirlenmiştir (18, 34, 94).

Kanser; önlenabilir ve erken yakalandığında tedavi edilebilir hastalık grubudur. Risk altında olanların saptanması ve erken tanı kanserin önlenmesinde iki önemli faktördür. İnsanlar aktivitelerini engelleyecek sağlık problemleri olmadığı sürece, genel sağlık kontrolünden geçmemektedirler. Sağlık personeli tarafından risk altında bulunan bireylere gerekli uyarı yapıldığı zaman kişiler, bu uyarıyı ciddiye alarak sağlık kuruluşuna başvurmakta ve hastalıkların taranmasında pasif rolden, aktif role geçirilmiş olmaktadır. Hemşirelerin, bireylerin sahip oldukları risk faktörlerini tanımaları, güncel gelişmeleri izlemeleri ve bu bilgileri uygulamaya aktarmaları gerekmektedir. Böylece bireylerin sağlığı geliştirici davranış kazanmalarında etkili olunarak yaşam kalitesini artırma yönünde bilinçli seçimler yapmaları sağlanabilmektedir (38, 58).

Kadınların, sağlıklarını korumaya yönelik olarak servikal kanserin erken tanısı için girişimde bulunması, istendik bir sağlık davranışıdır. Fakat ülkemizdeki pek çok kadın bu istendik sağlık davranışını yerine getirmede duyarsız davranmaktadır. Bireylere sağlık davranışı, sağlığı geliştirme programları ile kazandırılabilir. Bu programların uygulanmasında, sağlığı koruyan ve geliştiren stratejilerin oluşturulmasında sağlık insan gücü olarak halk sağlığı hemşireleri rol almaktadır (22).

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ve davranış geliştirmede planlı eğitim programının etkililiğini değerlendirmeye yönelik yarı deneysel girişim araştırmasıdır. Araştırma ön-test son-test kontrol gruplu izlem araştırmasıdır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Şubat -Eylül 2010 tarihleri arasında Çiğli Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 11 Nolu Büyük Çiğli Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan bir aile hekiminin sorumlu olduğu bölgede bulunan kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çiğli, İzmir Büyükşehir Belediyesine bağlı olan, il merkezine 17 km uzaklıkta bulunan ve 1992 yılında kurulan bir ilçedir. Ekonomisi ticaret ve sanayiye bağlı olan ilçenin toplam nüfusu 144.251'dir.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

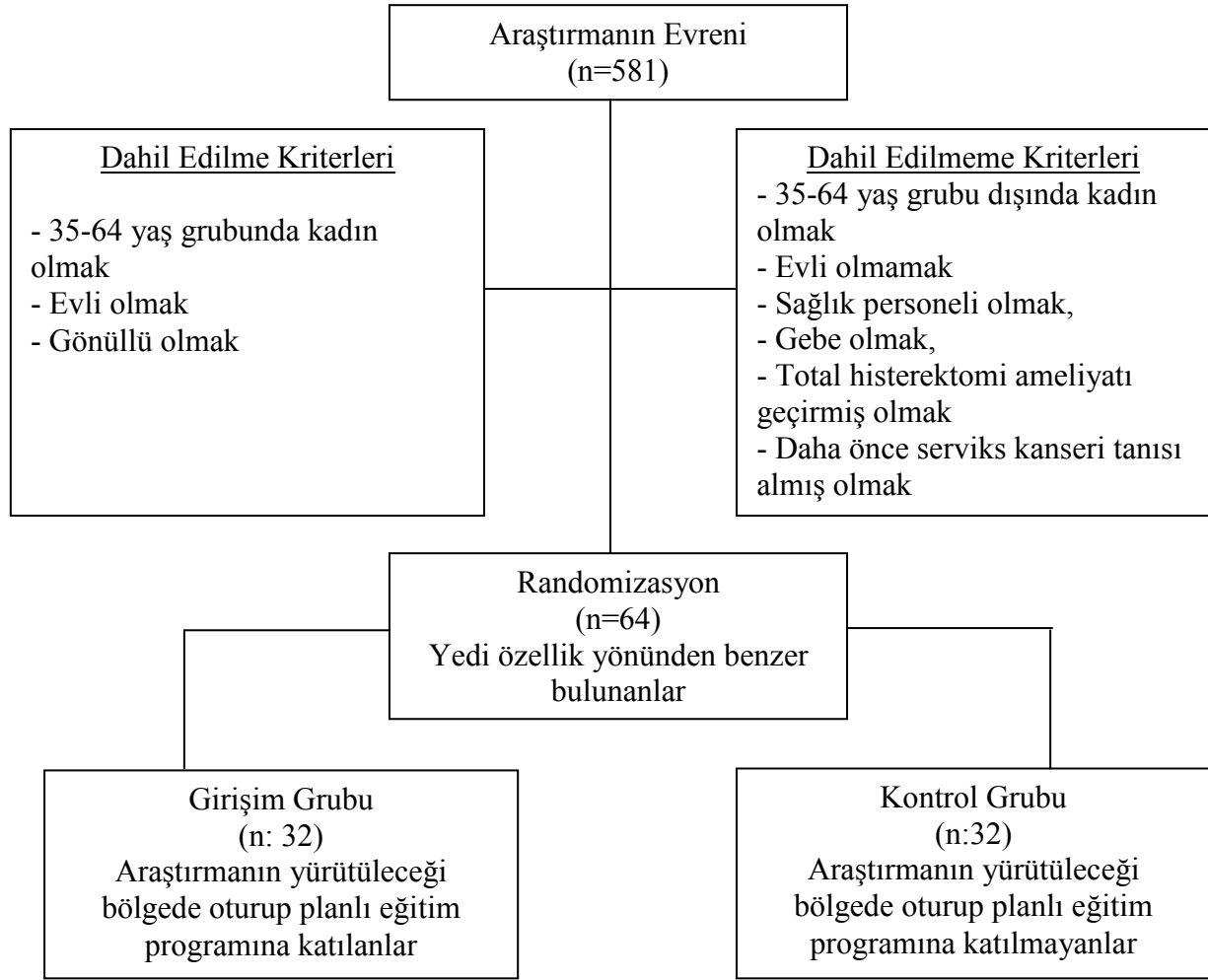
Çiğli Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 13 tane Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bulunmaktadır. Bu merkezlerde, toplam 158617 kişiden sorumlu 43 aile hekimi görev yapmaktadır. Sağlık Grup Başkanlığı'nın önerisi doğrultusunda büyüklük açısından uygun ve eğitim salonuna sahip 11 Nolu Büyük Çiğli ASM araştırmanın uygulanacağı yer olarak belirlenmiştir. Burada dört aile hekimi görev yapmaktadır. En fazla nüfusa sahip olması ve bölgesinde araştırma yapılmasına gönüllü olması nedeniyle bir aile hekiminin (Dr. Zekiye Avcı) bölgesi araştırmanın yapılacağı yer olarak belirlenmiştir. Bu aile hekimine bağlı 2898 kişi bulunmaktadır.

Türkiye'de Servikal Kanser Taraması Ulusal Standartları uyarınca taramada mutlak hedef, 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınların en az bir kez smear aldırması ve 65 yaşındaki kadınlarda taramanın kesilmesidir (80). Bu bölgede 35-64 yaş grubunda toplam 618 kadın bulunmaktadır. Bunlardan toplam 37 kişiye çalışıyor olma (16 kişi) ve evde bulunamama (21 kişi) nedeniyle ulaşılamamıştır. Bu nedenle araştırmanın evrenini 581 kadın oluşturmaktadır.

Evli olmama, gebe olma, daha önce servikal kanser tanısı almış olma, total histerektomi ameliyatı olma ve sağlık personeli olma nedeniyle toplam 112 kadın araştırma kapsamı dışında tutulmuş ve araştırma kapsamına 469 kadın alınmıştır. “Servikal Kanser Riski Değerlendirme Formu” toplam 24 sorudan oluşmaktadır ve servikal kanser risk puanını belirleyen toplam 13 soru içermektedir. Bu sorularda; ilk evliliğini 18 yaşından önce yapma, evlilik sayısının birden fazla olma, çocuk sayısının üçten fazla olma, ailesinin gelir durumunun yeterli olma, bugüne kadar pap smear testi yaptıрма, son bir yıl içinde pap smear testi yaptıрма, annesinin servikal kanser tanısı alma, kız kardeşlerinin servikal kanser tanısı alma, daha önce üreme organları ile ilgili enfeksiyon hastalığı geçirme, uzun süredir devam eden hastalığı olma, doğum kontrol hapı kullanma, sigara kullanma ve her gün yeterince meyve ve sebze tüketme durumları sorgulanmaktadır. Buna göre risk puanı en düşük “0” ve en yüksek “13” olmakta, “0” hiç risk yok “13” ise en yüksek riski ifade etmektedir. Araştırma kapsamına alınan 469 kadının servikal kanser risk puanı dağılımları şu şekildedir: 0 puan: 1 kişi, 1 puan: 17 kişi, 2 puan: 80 kişi, 3 puan: 137 kişi, 4 puan: 126 kişi, 5 puan: 70 kişi, 6 puan: 28 kişi, 7 puan: 8 kişi, 8 puan: 2 kişidir, 9-13 puan alan ise bulunmamaktadır. Araştırmanın örneklemini Servikal Kanser Riski Değerlendirme Formunu doldurarak en yüksek 5 ile 8 risk puanına sahip toplam 108 kişiden yedi özellik (yaş, eğitim, meslek, servikal kanser aşısını yaptıрма, pap smear testi yaptıрма, kronik hastalığı olma ve risk puanı) yönünden benzer olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 32 kişi girişim, 32 kişi kontrol olmak üzere toplam 64 kişi oluşturmuştur. Literatüre göre, girişim-kontrol grubundaki bireylerin en çok 3-4 değişken (yaş, eğitim vs.) yönünden benzer seçilmeleri yeterli kabul edilmektedir (79). Bu araştırmada girişim ve kontrol grubu toplam yedi özellik yönünden benzer bulunmaktadır. Gruplardan hangisinin girişim ve kontrol grubu olacağı araştırmacı tarafından rastgele seçilerek belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri; 35-64 yaş grubunda kadın olmak, evli olmak ve gönüllü olmaktır. Araştırmaya alınmama kriterleri ise; 35-64 yaş grubu dışında kadın olmak, evli olmamak, sağlık personeli olmak, gebe olmak, total histerektomi ameliyatı geçirmiş olmak ve daha önce servikal kanser tanısı almış olmaktır (Şekil 6).

Örnekleme giren kadınlara araştırmanın amacı ve önemi konusunda bilgi verilmiş ve sözel onayları alınmıştır.



Şekil 6: Araştırma Deseni

2.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ

2.4.1. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Araştırma verilerinin toplanmasında şu araçlar kullanılmıştır:

1. Servikal Kanser Riski Değerlendirme Formu (Ek I)
2. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerini Belirleme Formu (Ek II)
3. Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (Ek III)
4. Öz Etkililik Ölçeği (Ek IV)
5. Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu (Ek V)
6. Telefon Görüşme Formu (Ek VI)
7. Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programı (Ek VII)
8. Değişim Aşaması Temelli Görüşme Formları (Ek VIII)

1. Servikal Kanser Riski Değerlendirme Formu (Ek I)

Araştırmacı tarafından literatürden (3, 9, 62) yararlanılarak, hazırlanmış olan form kadınların adı soyadı, telefon numarası, adresi, yaşı gibi servikal kanser yönünden riskli özelliklerini belirlemek amacıyla toplam 24 sorudan oluşmaktadır (Ek I). Formda yer alan 4., 6., 7., 9., 10., ve 11. soru kadınların araştırmaya dahil edilme durumunu belirleyen kriterlerdir. Formda bulunan toplam 13 soru servikal kanser risk puanını belirlemektedir. Buna göre risk puanı en düşük “0” ve en yüksek “13” olmakta, “0” hiç risk yok “13” ise en yüksek riski ifade etmektedir. Buna göre 15., 16., 17. ve 24. sorudan herhangi birine “Hayır”, 12., 13., 14., 18., 19., 20., 21., 22. ve 23. sorulardan herhangi birine “Evet” cevabını veren kadınlar servikal kanser yönünden riskli kabul edilmiştir.

Servikal Kanser Riski Değerlendirme Formunun Uygulanması: Araştırmacı tarafından, 2 Kasım-25 Aralık 2009 tarihleri arasında, 35-64 yaş aralığında olan kadınlardan, ilk olarak ASM’ye gelenlere form doldurulmuş, daha sonra kadınların oturdukları evlere gidilerek ilgili formun doldurulması sağlanmıştır. Formun uygulama süresi ortalama 5-7 dakikadır.

2. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerini Belirleme Formu (Ek II)

Araştırmacı tarafından literatürden (3, 9, 62) yararlanılarak hazırlanmış olan form toplam 33 soru içermekte ve üç bölümden oluşmaktadır (Ek II).

► **Sosyo-demografik özellikler ile ilgili sorular bölümü:** Araştırma kapsamına alınan kadınların adı soyadı, telefon numarası, adresi, yaşı gibi sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

► **Servikal kanser ile ilgili sorular bölümü:** Kadınların rahim ağzı kanseri konusunda eğitim alma durumu, eğitim alınan yer, servikal kanser aşısını duyma durumu gibi servikal kanser ile ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla toplam 6 sorudan oluşmaktadır.

► **Servikal kanser risk faktörleri ile ilgili sorular bölümü:** İlk evlilik yaşı, evlilik sayısı, çocuk sayısı gibi servikal kanser risk faktörleri ile ilgili özelliklerini belirlemek amacıyla toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerini Belirleme Formunun Uygulanması: Form araştırmacı tarafından daha önceden telefonla belirtilen tarihte (Girişim grubu için 02 Şubat 2010 ve kontrol grubu için 04 Şubat 2010), ASM’de bulunan eğitim salonunda araştırmanın amacı, önemi ve içeriğini belirttikten sonra grup tipi anket yöntemiyle uygulanmıştır. Formun uygulama süresi ortalama 5-10 dakikadır.

3. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (Ek III)

Bu ölçek, Sağlık İnanç Modeli'ne dayandırılarak servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumların belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir (12, 62). Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması, 2004 yılında Özmen tarafından, Manisa il merkezinde bulunan toplam 9 sağlık ocağı bölgesindeki 19-64 yaş grubundaki evli 300 kadın üzerinde yapılmıştır. Ölçekteki maddeler SİM'in dört alt grubuna göre yapılandırılmıştır. Buna göre "Algılanan Duyarlılık" alt boyutu için 9 madde, "Algılanan Ciddiyet" alt boyutu için 8 madde, "Algılanan Engel" alt boyutu için 7 madde, "Algılanılan Yarar" alt boyutu için 6 madde bulunmaktadır. Belirlenen 30 maddenin 19 maddesi olumlu, 11 tanesi olumsuz (3, 6, 8, 13, 15, 17, 20, 24, 25, 27 ve 30 numaralı sorular) ifadeden oluşmaktadır. Olumsuz soruların puanlaması tersten yapılmıştır. Ölçekte likert tipi ölçekleme kullanılmıştır. Ölçekte yer alan maddeler, 1-5 arasında değer almaktadır. Değerlendirme: Olumlu ifadeler için; (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Orta derecede katılıyorum, (4) Kısmen katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum ve olumsuz ifadeler için; (5) Kesinlikle katılmıyorum, (4) Katılmıyorum, (3) Orta derecede katılıyorum, (2) Kısmen katılıyorum, (1) Tamamen katılıyorum şeklinde yapılmıştır (86). Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği türde bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30'dur.

Özmen'in çalışmasında, ölçeğin tümünün Cronbach Alpha katsayısı 0.89, algılanan duyarlılık alt boyutu için 0.71, algılanan ciddiyet alt boyutu için 0.78, algılanan engel alt boyutu için 0.70 ve algılanan yarar alt boyutu için 0.72 düzeyinde bulunmuştur. Yapılan "test-tekrar test güvenirliği" sonucunda iki ölçüm arasında korelasyon katsayısı 0.85 bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının korelasyon katsayıları da (0.82, 0.85, 0.71, 0.83) yüksek bulunmuştur (62).

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği'nin Uygulanması: Ölçek girişim ve kontrol grubuna araştırmacı tarafından daha önce belirtilen tarihte (Girişim grubu için 02 Şubat 2010 ve kontrol grubu için 04 Şubat 2010), ASM'de bulunan eğitim salonunda birinci izlemde ve planlı eğitim programının bitiminden 15 gün sonra (Girişim grubu için 04.03.2010 ve kontrol grubu için 09.03.2010 tarihinde) olmak üzere iki kez, grup tipi anket yöntemiyle uygulanmıştır. Ölçeğin uygulama süresi 10-12 dakikadır.

4. Öz Etkililik Ölçeği (Ek IV)

Tarama testi yaptırmaya yönelik öz etkililik ölçeği 1997 yılında Lechner L., Vries H. ve Offermans N. tarafından oluşturulmuştur. İlk olarak göğüs kanseri tarama programında kullanılan bu ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur (53). Ölçek daha sonra 2008 yılında Tung W.C., Nguyen D.H.T. ve Tran T. tarafından “Vietnamlı Kadınlarda Teoriler Üstü Modelin Servikal Kanser Taramasına Uygulanması” adlı çalışmada kullanılmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Yedi maddenin yer aldığı öz etkililik ölçeği, kişinin çeşitli koşullar altında pap smear testi yaptırmadaki kararlılığını belirleyen ifadelerden oluşmaktadır. Araştırmada, ölçek maddelerinin az, açık ve net olması nedeniyle kültürel uyarlamasına gerek duyulmamış, yalnızca Cronbach Alpha katsayısına bakılmış ve 0.77 sonucu elde edilmiştir. Kadınların ölçekteki her bir maddede belirtilen koşullarda pap smear testi yaptırma durumu 0-100 arasında değişen bir dereceleme puanı ile belirlenmektedir. Kadınların, belirtilen durumda kesinlikle pap smear testi yaptırırsa 100, orta derecede yaptırırsa 50, hiçbir şekilde yaptırmazsa 0 veya pap smear testi yaptırma derecesini 0 ile 100 arasında seçeceği uygun bir sayı ile belirtmesi istenmektedir. Ölçekte, bir bireyin alabileceği en yüksek puan 700, en düşük puan 0’dır. Elde edilen puan ne kadar yüksekse, bireyin pap smear testi yaptırmadaki kendine güveni o kadar fazla olmaktadır (83).

Öz Etkililik Ölçeğinin Uygulanması: Ölçek girişim ve kontrol grubuna araştırmacı tarafından daha önce belirtilen tarihte (Girişim grubu için 02 Şubat 2010 ve kontrol grubu için 04 Şubat 2010), ön izlemde, planlı eğitim programının bitiminden 15 gün sonra (Girişim grubu için 04.03.2010 ve kontrol grubu için 09.03.2010 tarihinde) ASM’de bulunan eğitim salonunda grup tipi anket yöntemiyle ve son izlemde (Eylül 2010) telefon görüşmesiyle toplam üç kez uygulanmıştır. Ölçeğin uygulama süresi 5-6 dakikadır.

5. Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu (Ek V)

Kadınların pap smear testi yaptırma durumuna ilişkin davranış değişim aşaması tanılama formu teoriler üstü modele temellendirilmiştir. Bireyin içinde bulunduğu değişim aşamasını ortaya koyan beş seçenekli bir sorudan oluşmuştur. Katılımcılara düzenli olarak her yıl, üç negatif smear varlığında veya 30 yaşından sonra ise iki veya üç yılda bir pap smear testi yaptırıyor musunuz? sorusu yöneltilerek beş seçenek sunulmakta ve sadece bir tanesini işaretlemeleri istenmektedir. Bu soruya (83);

- a) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ve ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünmüyorum” yanıtını verenler “düşünme öncesi” aşamada,
- b) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum” yanıtını verenler “düşünme” aşamada,
- c) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 1 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum” yanıtını verenler “hazırlık” aşamada,
- d) “Evet bir yıldan daha kısa bir sürede pap smear testi yaptırdım ve devam etme niyetindeyim” yanıtını verenler “harekete geçme” aşamasında,
- e) “Evet düzenli olarak pap smear testi yaptırıyorum ve devam etme niyetindeyim” yanıtını verenler “sürdürme” aşamasında.

Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formunun Uygulanması: Girişim ve kontrol grubundaki kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin davranış değişim aşamasını belirlemek amacıyla ön izlemde (Girişim grubu için 02 Şubat 2010 ve kontrol grubu için 04 Şubat 2010), ASM’de bulunan eğitim salonunda, grup tipi anket uygulamasıyla formun doldurulması sağlanmıştır. Planlı eğitim programının bitiminden 15 gün sonra (Girişim grubu için 04.03.2010 ve kontrol grubu için 09.03.2010 tarihinde) ASM’de bulunan eğitim salonunda yüz yüze görüşmeyle, 3. izlemde (Nisan 2010) telefon görüşmesiyle, 4. izlemde (Haziran 2010) girişim grubu ile ASM’de bulunan eğitim salonunda yüz yüze görüşmeyle, kontrol grubu ile telefon görüşmesiyle, son izlemde (Eylül 2010) telefon görüşmesiyle araştırmacı tarafından formun doldurulması sağlanmıştır. Formun uygulanma süresi 2-3 dakikadır.

6. Telefon Görüşme Formu (Ek VI)

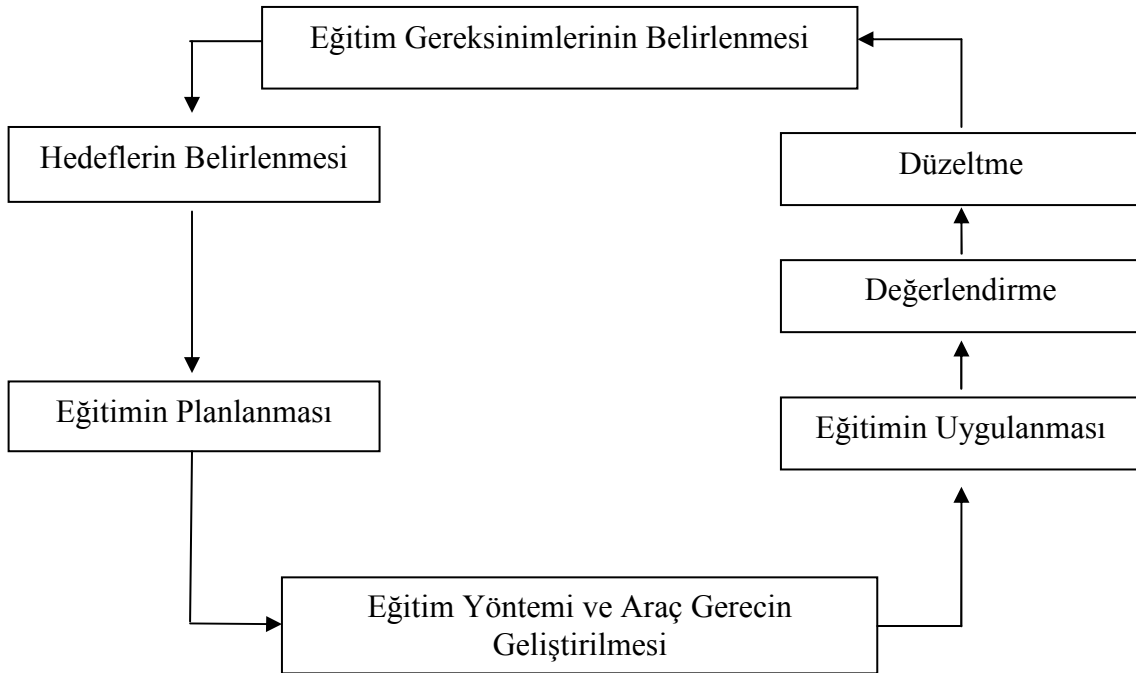
Araştırmada kadınların pap smear davranışlarının telefonla sorgulandığı kişinin sözel ifadesine dayalı “nokta izlemi” yapılmıştır. Kadınların altı aylık izleme sürecinde bu yöntemden yararlanılmıştır. Telefon izleminde tüm kadınlara aynı yapı içerisinde görüşme yapılması amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan görüşme formu kullanılmıştır. Bu formun içeriğinde girişim ve kontrol grubu için standart bir bilgilendirme metni, görüşme yapılan tarih, görüşme süresi ve pap smear yaptırma davranışına ilişkin soru yer almaktadır (Ek VI).

Telefon Görüşme Formunun Uygulanması: Girişim grubundaki kadınlara planlı eğitim programının bitiminden bir ve altı ay sonra, kontrol grubundaki kadınlarla planlı eğitim programının bitiminden bir, üç ve altı ay sonra araştırmacı tarafından telefon aracılığı ile uygulanmıştır. Formun uygulanma süresi 2-3 dakikadır.

7. Servikal Kanserinin Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programı (Ek VII)

Araştırmada uygulanacak planlı eğitim programı aşağıda belirtilen aşamalarda, Amerikan Jinekolojik Kanser Vakfı (Gynecologic Cancer Foundation) tarafından oluşturulan “Servikal Kanser Ulusal Halk Eğitim Kampanyası” ve Avrupa Servikal Kanser Derneği (European Cervical Cancer Association) tarafından hazırlanan eğitimler doğrultusunda hazırlanmıştır (20, 23, 35). Servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programının içeriği şunlardır (9, 20, 23, 35, 38, 49, 59, 64, 70, 75, 86);

- Giriş (Program hakkında bilgilendirme)
- Kadın Üreme Organları Nelerdir?
- Kanser Nedir?
- Serviks Kanseri Nedir?
- En Sık Hangi Yaşlarda Görülür?
- Neler Serviks Kanseriye Yol Açar?
- Serviks Kanserin Belirtileri Nelerdir?
- Serviks Kanseri Nasıl Korunulabilir?
- Pap Smear Ne Kadar Güvenilirdir?
- Asetik Asit Testi
- Kendiniz İçin Serviks Kanser Riskini Nasıl Azaltabilirsiniz?



Şekil 7: Planlı Eğitim Programının Hazırlanması ve Uygulanması Aşamaları

Servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programının amacı servikal kanserin erken tanısında önemli bir rol oynayan pap smear testinin yapılmasının sağlanmasıdır (Ek VII). Programda; grup çalışması, beyin fırtınası, grup içi tartışma, rol yapma gibi interaktif eğitim yöntemlerinden ve bilgi alma, soru sorma, empati ve etkin dinleme gibi iletişim tekniklerinden yararlanılmıştır.

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programının Uygulanması: Girişim grubunda yer alan kadınlarla planlı eğitim programının uygulanacağı günler konusunda konuşularak uygun zamanlar belirlenmiştir. Eğitimin etkinliği ve verimliliğinin artması açısından eğitim günlerinin ve ders saatlerinin seçiminde kadınların istekleri göz önünde bulundurulmuştur. Buna göre 09.02.2010, 11.02.2010, 16.02.2010 ve 18.02.2010 tarihlerinde, katılımcılar tarafından ortak bir saat belirlenmiş saat: 09:00- 09:45 ile 11:00-11:45 olmak üzere iki farklı seansta 45'er dakikalık oturumlar şeklinde toplam dört oturumda uygulanmıştır. Kadınların büyük çoğunluğu 11:00-11:45 seansına katılmayı tercih etmiştir. Eğitimler grup eğitimi şeklinde yürütülmüştür. Öncelikle kadınların kendi anlatımları ile servikal kanser ve erken tanısı için gerekli uygulamalar hakkındaki bilgileri öğrenilmiş ve eksik yönleri tespit edilmiştir. Oturumlarda, kadın üreme organlarını gösteren maket, pap smear testi sırasında kullanılan değişik aparatlar ve spekulum gibi gerçek objelerin katılımcılar tarafından incelenmesi sağlanmıştır. Tüm eğitim programı süresince kadınlar bir sorunla karşılaştıklarında ya da gereksinim duyduklarında telefonla araştırmacıya ulaşabilmişlerdir. Girişim grubundaki tüm kadınlara Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programı kitapçığı dağıtılmıştır. Oturumların gerçekleştirildiği eğitim salonunda programın içeriği ile paralel bilgiler içeren eğitim materyalleri (maket, poster, broşür, resimler) kullanılarak kadınlar için uyarıcı bir ortam yaratılmıştır. Bir önceki oturumda anlatılan konular bir diğer oturumda temel konuya başlamadan önce soru cevap yöntemi ile kısaca tekrarlanmıştır. Planlı eğitim programının uygulanma süresi 2 haftadır.

8. Değişim Aşaması Temelli Görüşme Formları (Ek VIII)

Araştırmada uygulanan değişim aşaması temelli görüşme formlarının geliştirilmesinde kavramsal model olarak Teoriler Üstü Model kullanılmıştır. Bu model, kadınlarda tutum ve davranış değişiminin sağlanması ve desteklenmesine yönelik görüşmelerde sıklıkla kullanılmaktadır (71). Bu çalışma için, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ve davranış geliştirmede değişim aşamalarına uygun hedefler ve yaklaşımları belirlemede, Tümer'in "Fiziksel Aktiviteyi Artırmada Değişim Aşaması Temelli Bireysel Danışmanlık Girişiminin Etkililiği" doktora tezinden, Burbank ve arkadaşlarının geliştirdiği değişim

aşamaları için hedefler, süreçler ve stratejilerden ve servikal kanser ile ilgili literatürden yararlanılmıştır (7, 13, 57, 74 83, 84). Değişim aşamalarına uygun hedef ve yaklaşımlar şu şekildedir:

Düşünme öncesi:

Hedef: değişim gereksinimi için farkındalığı arttırma.

Yaklaşımlar: Pap smear testi yaptırmanın yararları, engelleri, engellerden kurtulma yolları, pap smear testi yaptırılabilir yerler, bilinçlenmeye teşvik ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programı kitapçığını verme.

Düşünme:

Hedef: değişebilme, güvenini arttırma ve motive etme.

Yaklaşımlar: bilgi sağlama, sosyal destekleri tanımlama, sağlığı korumaya yönelik yapılan aktiviteleri hatırlatma, niyeti arttırma, öz güven oluşturma, öz etkililiği arttırma, küçük spesifik hedefler oluşturma.

Hazırlık:

Hedef: Pap smear testi için eylem planı hazırlama.

Yaklaşımlar: bilgilendirme, ilgileri keşfetme, karar vermede yardım, gelişimlerin izlenmesi, hedef tarih belirleme.

Harekete geçme:

Hedef: Pap smear testi yaptırma ile ilgili eylem planını gözden geçirme.

Yaklaşımlar: başarıyı övme, yararları gözden geçirme, devam etmek için plan geliştirme, motivasyonu koruma, engelleri yok etme, güveni destekleme, uyarı kontrolü, sosyal desteklerden yararlanma.

Sürdürme:

Hedef: geriye dönüşü engellemek için çözüm bulma.

Yaklaşımlar: yeniden yararların üzerinde durma, başarı ve başarısızlığı inceleme, sosyal destek, ödüllendirme.

Değişim Aşaması Temelli Görüşme Formlarının Uygulanması: Girişim grubunda yer alan kadınlarla 4. izlemde değişim aşaması temelli görüşme formunun uygulanacağı gün konusunda konuşularak uygun zamanlar belirlenmiştir. Buna göre 29-30 Haziran 2010 tarihinde saat: 09:00- 16:30 arası girişim grubundaki kadınlarla 15 dakika süren yüz yüze görüşme ile formun uygulanması sağlanmıştır. Beşinci izlemde (Eylül 2010) ise girişim grubundaki kadınlarla telefon görüşmesiyle formun uygulanması sağlanmıştır.

2.4.2 Veri Toplama Yöntemleri

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların verileri Şubat-Eylül 2010 tarihleri arasında yapılan 5 izlemde toplanmıştır (1. izlem, 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlem). Birinci izlem ön izlem, 5. izlem ise son izlem olarak belirlenmiştir. Ön izlemde (Girişim grubu için 02 Şubat 2010, kontrol grubu için 04 Şubat 2010) araştırmacı tarafından, ASM eğitim salonunda araştırmanın amacı ve önemi hakkında kadınlara bilgi verilmiş ve katılım için sözel izinleri alınmıştır. Ön izlem verileri, araştırmacı tarafından açıklamalar yapılarak grup tipi anket uygulaması ile Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerini Belirleme Formu, Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği, Öz Etkililik Ölçeği ve Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu ile toplanmıştır. Planlı eğitim programının bitiminden 15 gün sonra (Girişim grubu için 04 Mart 2010, kontrol grubu için 09 Mart 2010) ise ikinci izlemde girişim ve kontrol grubundaki kadınlara grup tipi anket uygulamasıyla Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği, Öz Etkililik Ölçeği ve Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu ile veriler toplanmıştır. Planlı eğitim programının bitiminin 1. ayında (3. izlem, Nisan 2010), araştırmacı tarafından girişim ve kontrol grubundaki her bir kadınla tek tek telefon ile görüşülerek Telefon Görüşme Formu ve Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu ile veriler toplanmıştır. Planlı eğitim programının bitiminin 3. ayında (4. izlem, Haziran 2010) girişim grubundaki kadınlar ile yüz yüze görüşmeyle 29-30 Haziran 2010 tarihleri arasında Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu ve Değişim Aşaması Temelli Görüşme Formu ile kontrol grubundaki kadınlarla ise telefon görüşmesiyle Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu ve Telefon Görüşme Formu ile veriler toplanmıştır. Planlı eğitim programının bitiminin 6. ayında (Son izlem, Eylül 2010), araştırmacı tarafından girişim grubundaki her bir kadınla tek tek telefon ile görüşülerek Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu, Değişim Aşaması Temelli Görüşme Formu, Öz Etkililik Ölçeği ve Telefon Görüşme Formu ile kontrol grubundaki her bir kadın ile telefon görüşmesiyle Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu, Öz Etkililik Ölçeği ve Telefon Görüşme Formu ile veriler toplanmıştır (Şekil 8).

Yıl	2010							
Çalışma Ayları	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül
İzlemler	Ön İzlem (1.İzlem)	2.İzlem	3.İzlem		4.İzlem			Son İzlem (5.İzlem)
Girişim Grubu	KTF STÖ ÖEÖ DTF SKEP	STÖ ÖEÖ DTF	TGF DTF		DATGF DTF			TGF DATGF ÖEÖ DTF
Kontrol Grubu	KTF STÖ ÖEÖ DTF	STÖ ÖEÖ DTF	TGF DTF		TGF DTF			TGF ÖEÖ DTF

Şekil 8: Veri Toplama Süreci ve Planlı Eğitim Programının Zamanlaması

Kısaltmaların açıklımı:

- Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerini Belirleme Formu (KTF), Ek II
- Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (STÖ), Ek III
- Öz Etkililik Ölçeği (ÖEÖ), Ek IV
- Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu (DTF), Ek V
- Telefon Görüşme Formu (TGF), Ek VI
- Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programı (SKEP), Ek VII
- Değişim Aşaması Temelli Görüşme Formları (DATGF), Ek VIII

2.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

- **Araştırmanın bağımlı değişkenleri:** Girişim ve kontrol grubu kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları, öz etkililik ölçeği puan ortalamaları ve davranış değişim aşamaları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.
- **Araştırmanın bağımsız değişkenleri:** Servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı ve değişim aşaması temelli görüşme formu uygulaması etkisi ölçülmesi amaçlanan temel bağımsız değişkendir. Sosyo-demografik özellikler diğer bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.6. VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde;

- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin değerlendirilmesi için sayı ve yüzde dağılımları ve homojenlik testi için X^2 analizi,
- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların birinci izlem ve ikinci izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamalarının incelenmesinde, bağımsız gruplarda t testi, eşleştirilmiş iki grupta t testi ve kovaryans analizi,
- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların birinci izlem, ikinci izlem ve son izlem öz etkililik ölçeği puan ortalamalarının incelenmesinde, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ve bağımsız gruplarda t testi,
- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların birinci izlem ve ikinci izlem öz etkililik ölçeği puan ortalamaları ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamalarının arasındaki ilişkinin incelenmesinde, pearson korelasyon analizi,
- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin davranış değişim aşamalarının grup içi karşılaştırması için Friedman testi ve Benforroni düzeltilmeli wilcoxon işaretli sıra testi,
- Girişim ve kontrol grubundaki kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin davranış değişim aşamalarının gruplar arası karşılaştırması için Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

2.7. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırmaya başlamadan önce Özmen'den “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”nin ve Lechner'den “Öz Etkililik Ölçeği”nin kullanım izni, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan etik kurulu raporu, araştırmanın uygulanabilmesi için Çiğli Sağlık Grup Başkanlığı'ndan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılan kadınların tümüne araştırma ve amacı hakkında bilgi verilmiş, gönüllü katılım sağlanmıştır.

Araştırma bittikten sonra kontrol grubundaki kadınlara Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programı kitapçığı dağıtılmış, isteyenlere bilgilendirme yapılmıştır.

2.8. ARAŞTIRMANIN ZAMANLAMASI

FAALİYETLER	2008												2009												2010												2011																							
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																
Hazırlık Çalışmaları																																																												
Genel literatür tarama																																																												
Danışman ile toplantı (Tez konusu belirlenme)																																																												
Konu ile ilgili spesifik okuma																																																												
Soru kağıdını hazırlama																																																												
Örnekleme																																																												
Tez ön komitesi (Toplantı)																																																												
Tez izleni																																																												
Veri toplama																																																												
Verilerin analizi ve değerlendirilmesi																																																												
Rapor yazımı																																																												
Tez sunumu																																																												




















































































































































































































































































































































































BÖLÜM III

3. BULGULAR

Araştırmanın bulguları beş bölümde ele alınmıştır. Bunlar:

- Girişim ve kontrol grubu kadınlara ilişkin tanıtıcı özellikler
- Girişim ve kontrol grubu kadınların 1. izlem ve 2. izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumları
- Girişim ve kontrol grubu kadınların 1. izlem, 2. izlem ve son izlem öz etkililik ölçeği puan ortalamaları
- Girişim ve kontrol grubu kadınların 1. izlem ve 2. izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki
- Girişim ve kontrol grubu kadınların izlemlere göre davranış değişim aşamaları

3.1.GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU KADINLARA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLER

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo demografik özellikleri, servikal kanser ile ilgili özellikleri ve servikal kanser risk faktörleri ile ilgili özelliklerine ilişkin bulguları yer almaktadır.

3.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo demografik özellikleri Tablo 1’de görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların %18.8’i 35-40 yaş, %31.2’si 41-46 yaş, %18.8’i 47-52 yaş, %18.8’i 53-58 yaş, %12.4’ü 59-64 yaş grubundadır. Girişim grubundaki kadınların yaş ortalaması 47.65 ± 7.64 (min-max: 35-63)’dür. Kontrol grubundaki kadınların; %18.8’i 35-40 yaş, %34.3’ü 41-46 yaş, %15.6’sı 47-52 yaş, %18.8’i 53-58 yaş, %12.5’i 59-64 yaş grubundadır. Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 47.65 ± 7.64 (min-max: 35-63)’dür. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların tamamı evlidir. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların %9.4’ü, okur-yazar, %78.1’i ilkokul mezunu, %9.4’ü ortaokul mezunu, %3.1’i lise mezunudur. Sağlık güvencesinin bulunma durumuna

bakıldığında, girişim grubundaki kadınların %90.6'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %93.7'sinin sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki kadınların %96.5'inin, kontrol grubundaki kadınların %100'ünün sosyal güvencelerinin SGK olduğu belirlenmiştir. Kadınların meslek durumlarına bakıldığında, girişim ve kontrol grubundaki kadınların %84.3'ünün ev hanımı, %6.3'ünün işçi, %3.1'inin serbest meslek sahibi %6.3'ünün emekli olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların gebelik sayısı ortalaması 3.46 ± 2.40 (min-max:0-10), kontrol grubundaki kadınların ise 2.96 ± 1.49 (min-max:0-6)'dur. Kadınların çocuk sahibi olma durumlarına bakıldığında girişim grubundaki kadınların %90.6'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %84.4'ünün çocuk sahibi olduğu saptanmıştır.

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların yaş grubu, yaş ortalaması, medeni durumu, sosyal güvencesi, sağlık güvencesi tipi, meslekleri, gebelik sayıları ve çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, her iki grubun sosyodemografik özellikler yönünden homojen olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo1).

Tablo 1: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	Girişim Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		X ² p
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu					
35-40 yaş	6	18.8	6	18.8	X ² =0.13 p> 0.05
41-46 yaş	10	31.2	11	34.3	
47-52 yaş	6	18.8	5	15.6	
53-58 yaş	6	18.8	6	18.8	
59-64 yaş	4	12.4	4	12.5	
Yaş Ortalaması	47.65±7.64		47.65±7.64		
Medeni Durumu					
Evli	32	100.0	32	100.0	X ² =0.00
Boşanmış	0	0.0	0	0.0	p> 0.05
Eğitim Durumu					
Okur-yazar	3	9.4	3	9.4	X ² =0.00 p> 0.05
İlkokul mezunu	25	78.1	25	78.1	
Ortaokul mezunu	3	9.4	3	9.4	
Lise mezunu	1	3.1	1	3.1	
Sağlık Güvencesi					
Sağlık güvencesi var	29	90.6	30	93.7	X ² =0.21
Sağlık güvencesi yok	3	9.4	2	6.3	p> 0.05
Sağlık Güvence Tipi					
SGK	29	96.5	32	100.0	X ² =1.05
Yeşil Kart	1	3.5	0	0.0	p> 0.05
Meslek					
Ev hanımı	27	84.3	27	84.3	X ² =0.00 p> 0.05
İşçi	2	6.3	2	6.3	
Serbest meslek	1	3.1	1	3.1	
Emekli	2	6.3	2	6.3	
Gebelik Sayısı Ortalaması	3.46±2.40		2.96±1.49		
Çocuk Sahibi Olma Durumu					
Çocuğu olan	29	90.6	27	84.4	X ² =0.57
Çocuğu olmayan	3	9.4	5	15.6	p> 0.05
Toplam	32	100.0	32	100.0	

3.1.2. Kadınların Servikal Kansere İle İlgili Özellikleri

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların, servikal kanser ile ilgili özellikleri Tablo 2’de görülmektedir. Kadınların servikal kanser konusunda eğitim alma durumlarına bakıldığında girişim grubundaki kadınların %18.8’inin, kontrol grubundaki kadınların ise %9.4’ünün daha önce eğitim aldığı belirlenmiştir. Eğitim alan girişim grubundaki kadınlardan bir kişinin bu eğitimleri kitap, dergi, broşürden, üç kişinin televizyon ve radyodan, iki kişinin sağlık kuruluşlarından, kontrol grubundaki kadınlardan üç kişinin televizyon ve radyodan eğitim aldığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların %21.9’unun, kontrol grubundaki kadınların %31.2’sinin serviks kanserinin aşısını duydukları ancak bu aşığı yaptırmadıkları saptanmıştır. Girişim grubundaki kadınların %15.6’sının, kontrol grubundaki kadınların ise %12.5’inin arkadaşlarından birinin serviks kanserine yakalandığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların %21.9’unun, kontrol grubundaki kadınların ise %59.4’ünün daha önce pap smear testini duydukları saptanmıştır. Pap smear testini duyma durumları yönünden girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmuş ($p<0.05$) (Tablo2), kontrol grubundaki kadınların pap smear testi duyma durumlarının girişim grubundakilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların, servikal kanser konusunda eğitim alma, servikal kanser konusunda eğitim alınan yer, servikal kanser aşısını duyma, servikal kanser aşısını yaptıрма ve arkadaşlarında servikal kanser olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), kontrol grubundaki kadınların pap smear testini duyma durumlarının girişim grubundakilere göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$), bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo2).

Tablo 2: Kadınların Servikal Kansere İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler	Girişim Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		X ² p
	Sayı	%	Sayı	%	
Servikal Kanser Konusunda Eğitim Alma Durumu					
Eğitim alan	6	18.8	3	9.4	X ² =1.16
Eğitim almayan	26	81.2	29	90.6	p> 0.05
Servikal Kanser Konusunda Eğitim Alınan Yer*					
Kitap, dergi, broşür	1	16.7	0	0	X ² =3.60 p> 0.05
Televizyon ve radyo	3	50.0	3	100.0	
Sağlık kuruluşları	2	33.3	0	0	
Diğer	0	0	0	0	
Servikal Kanser Aşısını Duyma Durumu					
Duyan	7	21.9	10	31.2	X ² =0.72
Duymayan	25	78.1	22	68.8	p> 0.05
Servikal Kanser Aşısını Yaptırma Durumu					
Yaptıran	0	0	0	0	X ² =0.0
Yaptırmayan	32	100.0	32	100.0	p> 0.05
Arkadaşlarında Servikal Kanser Olma Durumu					
Servikal kanseri olan	5	15.6	4	12.5	X ² =0.12
Servikal kanseri olmayan	27	84.4	28	87.5	p> 0.05
Toplam	32	100.0	32	100.0	

*Servikal kansere konusunda eğitim alınan yer, servikal kansere konusunda eğitim alanlar üzerinden değerlendirilmiştir.

3.1.3. Kadınların Servikal Kansere Risk Faktörü ile İlgili Özellikleri

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların, servikal kansere ve risk faktörleri ile ilgili özellikleri Tablo 3’de görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların ilk evlilik yaş ortalaması 18.93±3.39 (min-max:14-27), kontrol grubundaki kadınların ise 18.84±2.64’dür (min-max: 15-26). Kadınların evlilik sayısına bakıldığında girişim grubundaki kadınların %81.3’ünün bir, %18.7’sinin iki, kontrol grubundaki kadınların ise %93.7’sinin bir %6.2’sinin ise iki olduğu görülmüştür. Girişim grubundaki kadınların %15.6’sının bir, %37.5’inin iki, %15.6’sının üç, %21.9’unun dört ve daha fazla, kontrol grubundaki kadınları ise %15.6’sının

bir, %34.4'ünün iki, %25'inin üç, %9.4'ünün dört ve daha fazla çocuk sahibi oldukları belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların çocuk sayısı ortalaması 2.25 ± 1.24 (min-max: 0-4), kontrol grubundaki kadınların ise 1.96 ± 1.20 (min-max: 0-4)'dir. Girişim grubundaki kadınların %50'sinin geliri giderden az, %37.5'inin geliri gidere eşit, %12.5'inin geliri giderden fazla, kontrol grubundaki kadınların ise %59.4'ünün geliri giderden az, %37.5'inin geliri gidere eşit, %3.1'inin geliri giderden fazladır. Oral kontraseptif kullanma durumlarına bakılmış, girişim grubundaki kadınların hiç kullanmadığı, kontrol grubundaki kadınların ise %9.4'ünün kullandığı görülmüştür. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların %9.4'ünün pap smear testini yaptırdıkları belirlenmiştir. Pap smear testi yaptıran girişim grubundaki kadınlardan bir kişinin bu testi en son dört yıl önce, iki kişinin beş ve üzeri yıl önce, kontrol grubundaki kadınlardan üç kişinin bu testi en son beş ve üzeri yıl önce yaptırdıkları saptanmıştır. Girişim grubundaki kadınlardan birinin devlet hastanelerinde, ikisinin üniversite hastanesinde, kontrol grubundaki kadınlardan ise üçünün devlet hastanelerinde pap smear testi yaptırdıkları görülmüştür. Pap smear testi yaptırma nedenlerine bakıldığında girişim grubundaki kadınlardan birisinin doktor önerisi ile, ikisinin başka nedenle muayenede, kontrol grubundaki kadınlardan ikisinin doktor önerisi ile, birinin başka nedenle muayenede test yaptırdığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların ailelerinde servikal kanser olmadığı, kontrol grubundaki kadınlardan birisinin ailesinde servikal kanser olduğu saptanmıştır. Üreme organları ile ilgili enfeksiyon hastalığı geçirme durumlarına bakılmış, girişim grubundaki kadınların %62.5'inin, kontrol grubundaki kadınların %43.8'inin hastalık geçirdiği görülmüştür. Girişim ve kontrol grubundaki kadınlardan %50'sinin kronik bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların %87.5'inin diyabet, %6.3'ünün kalp hastalığı, %6.3'ünün böbrek hastalığı, kontrol grubundaki kadınların %68.8'inin diyabet, %12.5'inin kalp hastalığı, %6.3'ünün böbrek, %12.5'inin ise göğüs hastalığı olduğu görülmüştür. Kronik hastalık tipi kronik hastalığı olma durumu üzerinden değerlendirilmiştir. Sigara kullanma durumlarına bakıldığında girişim grubundaki kadınların %56.3'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %62.5'inin sigara kullandığı saptanmıştır. Girişim grubundaki kadınların %71.9'unun kontrol grubundaki kadınların ise %56.2'sinin yeterince meyve ve sebze tükettiği belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki kadınların ilk evlik yaş ortalaması, evlilik sayısı, çocuk sayısı, çocuk sayısı ortalaması, ailenin gelir durumu, oral kontraseptif kullanma durumu, pap smear testi yaptırma durumu, en son pap smear testini yaptırma zamanı, pap smear testini yaptırma yeri, pap smear testi yaptırma nedeni, ailede servis kanseri olma durumu, üreme organları ile ilgili enfeksiyon hastalığı geçirme durumu,

kronik hastalığı olma durumu, kronik hastalık tipi, sigara kullanma durumu, yeterince meyve ve sebze tüketme durumuna göre dağılımında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış, her iki grubun servikal kanser risk faktörleri ile ilgili özellikler yönünden homojen olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo3).

Tablo 3: Kadınların Servikal Kanser Risk Faktörlerine Göre Dağılımları

Özellikler	Girişim Grubu (n=32)		Kontrol Grubu (n=32)		X ² p
	Sayı	%	Sayı	%	
İlk Evlilik Yaş Ortalaması	18.93±3.39		18.84±2.64		
Evlilik Sayısı					
1	26	81.3	30	93.8	X ² =2.28
2	6	18.7	2	6.2	p> 0.05
Çocuk Sayısı*					
1	5	15.6	5	15.6	X ² =2.26 p> 0.05
2	12	37.5	11	34.4	
3	5	15.6	8	25.0	
4 ve üzeri	7	21.9	3	9.4	
Çocuk Sayısı Ortalaması	2.25±1.24		1.96±1.20		
Ailenin Gelir Durumu					
Gelir giderden az	16	50.0	19	59.4	X ² =2.05
Gelir gidere eşit	12	37.5	12	37.5	p> 0.05
Gelir giderden fazla	4	12.5	1	3.1	
Oral Kontraseptif Kullanma Durumu					
Kullanan	0	0	3	9.4	X ² =3.14
Kullanmayan	32	100.0	29	90.6	p> 0.05
Pap Smear Testini Yaptırma Durumu					
Yaptıran	3	9.4	3	9.4	X ² =0.0
Yaptırmayan	29	90.6	29	90.6	p> 0.05

Tablo 3'ün devamı

En Son Pap Smear Testini Yaptırma Zamanı					
En son 4 yıl önce	1	33.3	0	0	$X^2=1.20$
En son 5 yıl önce ve üzeri	2	66.7	3	100.0	$p> 0.05$
Ailede Servikal Kanseri Olma Durumu					
Servikal kanser olan	0	0	1	3.1	$X^2=1.01$
Servikal kanser olmayan	32	100.0	31	96.9	$p> 0.05$
Üreme Organları İle İlgili Enfeksiyon Hastalığı Geçirme Durumu					
Hasta olan	20	62.5	14	43.8	$X^2=2.25$
Hasta olmayan	12	37.5	18	56.2	$p> 0.05$
Kronik Hastalığı Olma Durumu					
Hastalığı olan	16	50.0	16	50.0	$X^2=0.0$
Hastalığı olmayan	16	50.0	16	50.0	$p> 0.05$
Sigara Kullanma Durumu					
Kullanan	18	56.3	20	62.5	$X^2=0.25$
Kullanmayan	14	43.7	12	37.5	$p> 0.05$
Meyve ve Sebze Tüketme Durumu					
Yeterli	23	71.9	18	56.2	$X^2=1.69$
Yetersiz	9	28.1	14	43.8	$p> 0.05$
Toplam	32	100.0	32	100.0	

* Çocuk sayısı, çocuk sahibi olanlar üzerinden değerlendirilmiştir.

3.2. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU KADINLARIN 1. İZLEM VE 2. İZLEMDE SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUMLARI

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması öncesinde (1. izlem) ve sonrasında (2. izlem) servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları incelenmiştir.

Kadınların 1. izlemde servikal kanserin erken tansına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamaları, girişim ve kontrol grubu arasında, bağımsız gruplarda t testi kullanılarak karşılaştırılmış, sonuçlar Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4: Kadınların 1. İzlem Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		t*	P
	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$			
Algılanan duyarlılık	26.28	4.13	25.21	3.95	t=1.05	p>0.05
Algılanan ciddiyet	28.18	3.46	24.43	3.74	t=4.15	p<0.001
Algılanan engel	19.12	3.89	18.62	3.27	t=0.55	p>0.05
Algılanan yarar	19.31	3.18	18.21	2.77	t=1.46	p>0.05
Toplam Ölçek	92.90	7.76	86.50	7.74	t=3.30	p<0.05

* Bağımsız gruplarda t testi

Girişim ve kontrol grubu kadınların, 1. izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; **“algılanan duyarlılık”** alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 26.28 ±4.13, kontrol grubunda 25.21±3.95, **“algılanan ciddiye”** alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 28.18±3.46, kontrol grubunda 24.43±3.74, **“algılanan engel”** alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 19.12±3.89, kontrol grubunda 18.62±3.27, **“algılanan yarar”** alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 19.31±3.18, kontrol grubunda 18.21±2.77’dir.

Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucu ölçeğin algılanan duyarlılık, algılanan engel ve algılanan yarar alt boyutlarının puan ortalamalarında, girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p>0.05), fakat girişim grubunun algılanan ciddiye alt boyutunun puan ortalamasının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001) (Tablo 4).

Toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, girişim grubunun almış olduğu puan ortalaması 92.90±7.76 iken, kontrol grubu kadınlarında bu değer 86.50±7.74’dür. Girişim grubunun toplam ölçek puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4) (Grafik 1).

Kadınların 2. izlemde servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları, girişim ve kontrol grubu arasında, kovaryans analizi kullanılarak karşılaştırılmış, sonuçlar Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5: Kadınların 2. İzlem Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

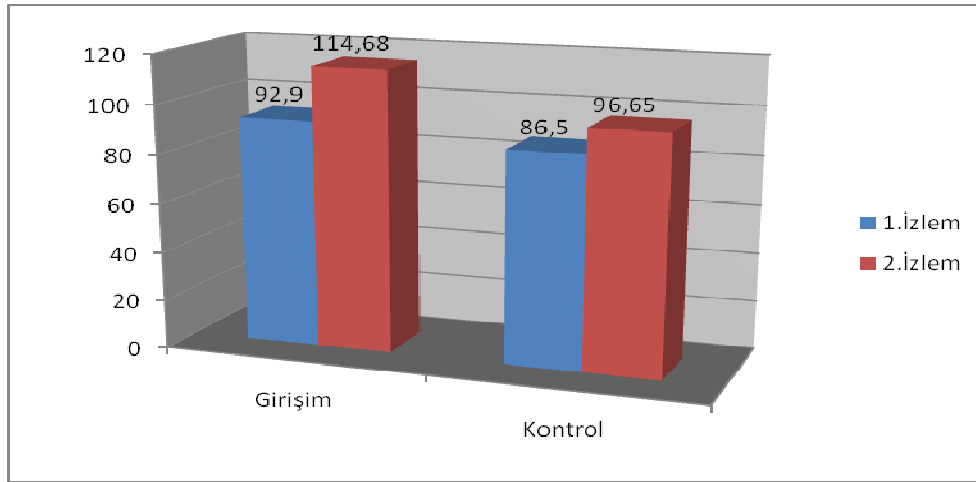
Ölçek Alt Boyutları	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		F*	P
	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$			
Algılanan duyarlılık	35.53	4.30	28.87	4.59	50.14	p<0.001
Algılanan ciddiyet	31.65	3.66	25.96	3.77	15.91	p<0.001
Algılanan engel	22.78	3.51	20.96	3.85	4.99	p<0.05
Algılanan yarar	24.71	2.42	20.84	3.00	36.47	p<0.001
Toplam Ölçek	114.68	10.31	96.65	9.35	41.09	p<0.001

* Kovaryans analizi

Girişim ve kontrol grubu kadınların 2. izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde “**algılanan duyarlılık**” alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 35.53±4.3, kontrol grubunda 28.87±4.59, “**algılanan ciddiye**” alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 31.65±3.66, kontrol grubunda 25.96±3.77, “**algılanan engel**” alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 22.78±3.51, kontrol grubunda 20.96±3.85, “**algılanan yarar**” alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 24.71±2.42, kontrol grubunda 20.84±3’dür.

Yapılan değerlendirme sonucu, girişim grubunun algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan engel ve algılanan yarar alt boyutlarının puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo5).

Toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunun almış olduğu puan ortalaması 114.68±10.31 iken, kontrol grubundaki kadınlarda bu değer 96.65±9.35’dir. Girişim grubunun toplam ölçek puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede olduğu belirlenmiştir (p<0.001) (Tablo 5) (Grafik 1).



Grafik 1: 1. İzlem ve 2. İzlemde Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların 1. izlem-2. izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamaları grup içi karşılaştırılmasında eşleştirilmiş gruplarda t testi kullanılmış, sonuçlar Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Kadınların 1. İzlem - 2. İzlem Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Farkı

Gruplar	Ölçek Puan Ortalama Farkı		t*	P
	$\bar{X}$ 1. izlem-	$\bar{X}$ 2.izlem $\pm$ SD		
Girişim Grubu	-21.78	5.09	t=-24.20	p<0.001
Kontrol Grubu	-10.15	8.65	t=-6.63	p<0.001

*Eşleştirilmiş iki grupta t testi

Girişim grubundaki kadınların 1. izlem-2. izlem, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının farkı -21.78 ± 5.09 ’dur. Girişim grubu içinde yapılan bu karşılaştırmada, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamaları farkı, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 6).

Kontrol grubundaki kadınların 1. izlem-2. izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının farkı -10.15 ± 8.65 ’dir. Kontrol grubu içinde yapılan karşılaştırmada, bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 6).

3.3. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU KADINLARIN 1. İZLEM, 2. İZLEM VE SON İZLEM ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması öncesinde (1. izlem), sonrasında (2. izlem) ve değişim aşaması temelli görüşme formu uygulaması sonrasında (son izlem) öz etkililik ölçeği puan ortalamaları incelenmiştir.

Kadınların 1. izlem, 2. izlem ve son izlemde öz etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılarak, izlemlere göre girişim ve kontrol grubu arasında öz etkililik ölçeği puan ortalamaları ise bağımsız gruplarda t testi kullanılarak karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7: Kadınların 1. İzlem, 2. İzlem ve Son İzlem Öz Etkililik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İzlemler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		t**	p
	$\bar{X} \pm SD$		$\bar{X} \pm SD$			
1. İzlem	350.62	55.81	304.06	92.38	2.44	p<0.05
2. İzlem	477.81	65.78	365.00	77.62	6.27	p<0.001
Son İzlem	572.81	41.75	464.68	56.56	8.69	p<0.001
F*	203.78		72.72			
P	p<0.001		p<0.001			

*Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

**Bağımsız gruplarda t testi

Toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde girişim grubunun almış olduğu puan ortalaması 1. izlemde 350.62±55.81, 2. izlemde 477.81±65.78 ve son izlemde 572.81±41.75 iken, kontrol grubundaki kadınlarda bu değer 1. izlemde 304.06±92.38, 2. izlemde 365.0±77.62 ve son izlemde 464.68±56.56’dır. Toplam ölçek puan ortalamalarında girişim ve kontrol grupları arasında ve izlemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, girişim grubunun toplam ölçek puan ortalamasının ve izlemlerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.001) (Tablo 7).

3.4. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU KADINLARIN 1. İZLEM VE 2. İZLEM SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu bölümde, girişim ve kontrol grubundaki kadınların 1. izlem ve 2. izlemde servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için pearson korelasyon analizi kullanılmış, sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalaması ile Öz Etkililik Ölçeği Puan Ortalaması Arasındaki İlişki

Tutum Ölçeği Puan Ortalaması	Öz Etkililik Ölçeği Puan Ortalaması			
	Girişim Grubu		Kontrol Grubu	
	*r	p	*r	P
1. İzlem	0.22	p>0.05	0.73	p<0.001
2. İzlem	0.74	p<0.001	0.47	p<0.05

*Pearson Korelasyon

Kadınların 1. izlemde, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında girişim grubunda ($r=0.22$, $p>0.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamışken, kontrol grubunda ($r=0.73$, $p<0.001$) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. İkinci izlemde ise kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında hem girişim grubunda ($r=0.74$, $p<0.001$) hem de kontrol grubunda ($r=0.47$, $p<0.05$) istatistiksel olarak pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

3.5. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU KADINLARIN İZLEMLERE GÖRE DAVRANIŞ DEĞİŞİM AŞAMALARI

Bu bölümde, önce, girişim ve kontrol grubundaki kadınların 1. izlem, 2. izlem, 3. izlem 4. izlem ve son izlemde belirlenen davranış değişim aşamalarının frekans dağılımları, sonra değişim aşamalarının grup içi karşılaştırılmasında Friedman Testi ve ileri analiz için Benforroni Düzeltmeli Wilcoxon İşaretli Sıra Testi, daha sonra değişim aşamalarının girişim ve kontrol grubu arasında izlemlere göre karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmış ve sonuçlar verilmiştir.

Araştırma kapsamında alınan girişim ve kontrol grubundaki kadınların davranış değişim aşamalarının 1. izlem, 2. izlem, 3.izlem 4. izlem ve son izleme göre dağılımı Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Kadınların Davranış Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması

Değişim Aşaması	Gruplar	1. İzlem		2. İzlem		3. İzlem		4. İzlem		Son İzlem	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Düşünme Öncesi	Girişim	3	9.4	0	0	0	0	0	0	0	0
	Kontrol	8	25.0	4	12.5	2	6.3	2	6.3	2	6.3
Düşünme	Girişim	14	43.8	12	37.5	6	18.7	2	6.3	1	3.1
	Kontrol	14	43.8	15	46.9	14	43.8	11	34.4	6	18.8
Hazırlık	Girişim	12	37.5	17	53.1	13	40.6	12	37.5	4	12.5
	Kontrol	7	21.9	10	31.3	13	40.6	16	50.0	17	53.1
Harekete Geçme	Girişim	3	9.3	3	9.4	11	34.4	15	46.8	20	62.5
	Kontrol	3	9.3	2	6.3	2	6.3	2	6.3	6	18.8
Sürdürme	Girişim	0	0	0	0	2	6.3	3	9.4	7	21.9
	Kontrol	0	0	1	3.0	1	3.0	1	3.0	1	3.0
TOPLAM		64	100.0	64	100.0	64	100.0	64	100.0	64	100.0

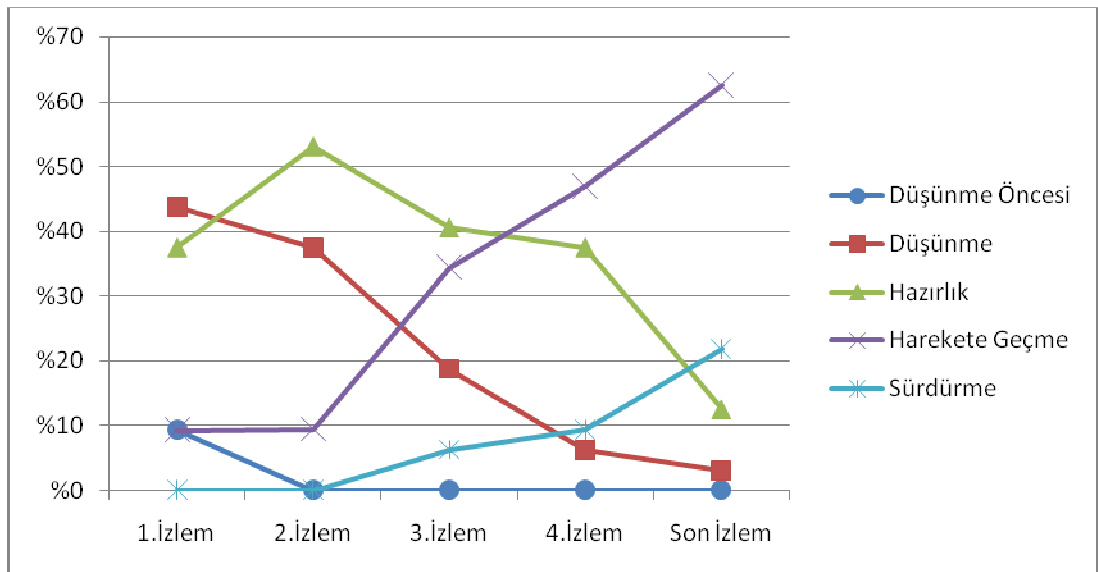
Kadınların birinci izlemde (Şubat-2010) değişim aşamaları incelendiğinde, girişim grubunun %9.4’ü düşünme öncesi, %43.8’i düşünme, %37.5’i hazırlık, %9.3’ü harekete geçme aşamasındadır. Kontrol grubunda ise, kadınların %25’i düşünme öncesi, %43.8’i düşünme, %21.9’u hazırlık, %9.3’ü harekete geçme aşamasındadır. Girişim ve kontrol grubundaki kadınlar arasında sürdürme aşamasında olan yoktur.

Kadınların ikinci izlemde (Mart-2010) değişim aşamalarına bakıldığında, girişim grubunun %37.5'i düşünme, %53.1'i hazırlık, %9.4'ü harekete geçme aşamasındadır. Düşünme öncesi ve sürdürme aşamasında olan kadın yoktur. Kontrol grubunda ise kadınların %12.5'i düşünme öncesi, %46.9'u düşünme, %31.3'ü hazırlık, %6.3'ü harekete geçme, %3'ü ise sürdürme aşamasındadır.

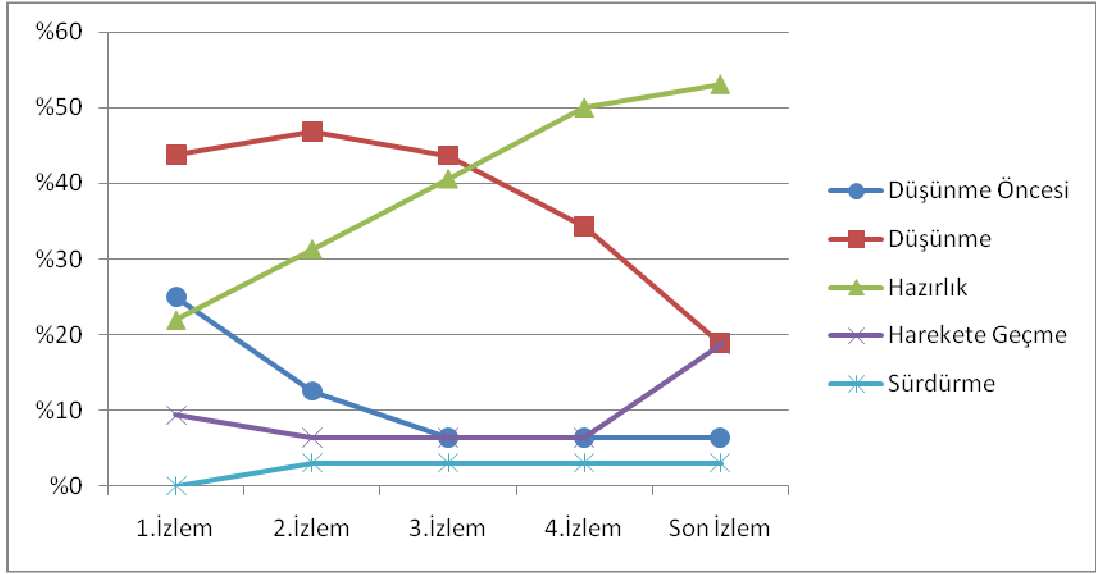
Kadınların üçüncü izlemde (Nisan-2010) değişim aşamalarına bakıldığında, girişim grubunun %18.7'si düşünme, %40.6'sı hazırlık, %34.4'ü harekete geçme, %6.3'ü sürdürme aşamasındadır. Düşünme öncesi aşamasında olan kadın yoktur. Kontrol grubunda ise kadınların %6.3'ü düşünme öncesi, %43.8'i düşünme, %40.6'sı hazırlık, %6.3'ü harekete geçme, %3'ü sürdürme aşamasındadır.

Kadınların dördüncü izlemde (Haziran-2010) değişim aşamalarına bakıldığında, girişim grubunun %6.3'ü düşünme, %37.5'i hazırlık, %46.8'i harekete geçme, %9.4'ü sürdürme aşamasındadır. Düşünme öncesi aşamasında olan kadın yoktur. Kontrol grubunda ise kadınların %6.3'ü düşünme öncesi, %34.4'ü düşünme, %50'si hazırlık, %6.3'ü harekete geçme, %3'ü sürdürme aşamasındadır.

Kadınların son izlemde (Eylül-2010) değişim aşamalarına bakıldığında, girişim grubunun %3.1'i düşünme, %12.5'i hazırlık, %62.5'i harekete geçme, %21.9'u sürdürme aşamasındadır. Düşünme öncesi aşamasında olan kadın yoktur. Kontrol grubunda ise kadınların %6.3'ü düşünme öncesi, %18.8'i düşünme, %53.1'i hazırlık, %18.8'i harekete geçme, %3'ü sürdürme aşamasındadır (Tablo 9) (Grafik 2) (Grafik 3).



Grafik 2: Girişim Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Dağılımı



Grafik 3: Kontrol Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Dağılımı

Girişim grubu kadınların 1. izlem, 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlemde belirlenen değişim aşamaları, “Friedman testi” ile karşılaştırılmıştır. Beş farklı zamanda yapılan izlemlerde belirlenen değişim aşamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 10).

Tablo 10: Girişim Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması

Sonuçlar	Medyan $\pm$ IR	Minimum	Maksimum
1. İzlem	2 $\pm$ 1	1	4
2. İzlem	3 $\pm$ 1	2	4
3. İzlem	3 $\pm$ 1	2	5
4. İzlem	4 $\pm$ 1	2	5
Son İzlem	4 $\pm$ 0	2	5
X^2 (Friedman) = 99.18		$p < 0.001$	

*Friedman testi

Bu ön değerlendirmeyi ileri analiz düzeyinde test etmek için “Benforroni düzeltmeli wilcoxon işaretli sıra testi” kullanılmıştır. Düzeltilmiş anlamlılık düzeyi (anlamlılık düzeyi/karşılaştırma sayısı) işlemi sonucunda $\alpha=0.05/10=0.005$ olarak hesaplanmıştır. Düzeltilmiş anlamlılık düzeyi 0.005 olarak kabul edilmiştir.

Birinci izlem ile 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlem, 2. izlem ile 3. izlem, 4. izlem ve son izlem, 3. izlem ile 4. izlem ve son izlem, 4. izlem ile son izlem arasında ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Toplam 10 karşılaştırmaların yapıldığı analiz sonuçları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Girişim Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması

İzlemler	Z*	P
1. İzlem-2. İzlem	Z= -2.82	P<0.005
1. İzlem-3. İzlem	Z= -4.56	P<0.001
1. İzlem-4. İzlem	Z= -5.01	P<0.001
1. İzlem-Son İzlem	Z= -4.98	P<0.001
2. İzlem-3.İzlem	Z= -4.25	P<0.001
2. İzlem-4. İzlem	Z= -4.77	P<0.001
2. İzlem-Son İzlem	Z= -4.95	P<0.001
3. İzlem-4. İzlem	Z= -3.16	P<0.005
3. İzlem-Son İzlem	Z= -4.17	P<0.001
4. İzlem-Son İzlem	Z= -3.74	P<0.001

*Benforroni düzeltmeli wilcoxon işaretli sıra testi

Girişim grubundaki kadınların tüm izlemler arasında, davranış değişim aşamasındaki ilerleme, istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.005$) bulunmakla birlikte, en fazla ilerlemenin olduğu karşılaştırmalar 1. izlem ile 4. izlem (Z= -5.01), 1. izlem ile son izlem (Z= -4.98) ve 2. izlem ile son izlem (Z= -4.95) arasındadır (Tablo 11).

Kontrol grubundaki kadınların 1. izlem, 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlemde belirlenen değişim aşamaları, “Friedman testi” ile karşılaştırılmış, beş farklı zamanda yapılan izlemlerde belirlenen değişim aşamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 12).

Tablo 12: Kontrol Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması

Sonuçlar	Medyan±IR	Minimum	Maksimum
1. İzlem	2±1.75	1	4
2. İzlem	2±1	1	5
3. İzlem	2.5±1	1	5
4. İzlem	3±1	1	5
Son izlem	3±0.75	1	5
	X² (Friedman) = 45.88		
	p<0.001		

*Friedman testi

Bu ön değerlendirmeyi ileri analiz düzeyinde test etmek için “Benforroni düzeltmeli wilcoxon işaretli sıra testi” kullanılmıştır. 1. izlem ile 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlem, 2. izlem ile 3. izlem, 4. izlem ve son izlem, 3.izlem ile 4. izlem ve son izlem, 4. izlem ile son izlem arasında ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Toplam 10 karşılaştırmaların yapıldığı analiz sonuçları Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13: Kontrol Grubu Kadınların Değişim Aşamalarının İzlemlere Göre Karşılaştırılması

İzlemler	Z*	P
1. İzlem-2. İzlem	Z= -2.53	p>0.005
1. İzlem-3. İzlem	Z= -2.96	P<0.005
1. İzlem-4. İzlem	Z= -3.39	P<0.001
1. İzlem-Son İzlem	Z= -3.92	P<0.001
2. İzlem-3. İzlem	Z= -2.23	P>0.005
2. İzlem-4. İzlem	Z= -2.82	P<0.005
2. İzlem-Son İzlem	Z= -3.49	P<0.001
3. İzlem-4. İzlem	Z= -1.73	P>0.005
3. İzlem-Son İzlem	Z= -2.97	P<0.005
4. İzlem-Son İzlem	Z= -3.74	P<0.005

* Benforroni düzeltmeli Wilcoxon işaretli sıra testi

Kontrol grubundaki kadınların 1. izlem ile 2. izlem, 2. izlem ile 3. izlem ve 3. izlem ile 4. izlemler arasında davranış değişim aşamasındaki ilerleme, istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.005$), diğer izlemler arasında davranış değişim aşamasındaki ilerleme ise istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.005$) bulunmuştur. Davranış değişim aşamasında en fazla ilerlemenin olduğu karşılaştırmalar ise 1. izlem ile son izlem ($Z= -3.92$), 4. izlem ile son izlem ($Z= -3.74$) ve 2. izlem ile son izlem ($Z= -3.49$) arasındadır (Tablo 13).

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların 1. izlem, 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlemde belirlenen değişim aşamaları girişim ve kontrol grubu arasında Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış, sonuçlar Tablo 14’de verilmiştir. Düzeltilmiş anlamlılık düzeyi, (anlamlılık düzeyi/ karşılaştırma sayısı) işlemi sonucunda $\alpha=0.05/10 = 0.005$ olarak hesaplanmış ve anlamlılık düzeyi 0.005 olarak kabul edilmiştir.

Kadınların birinci izlemde değişim aşamaları incelendiğinde girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,005$). İkinci izlemde kadınların değişim aşamalarına bakıldığında, girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,005$). Kadınların değişim aşamaları incelendiğinde, üçüncü izlemde girişim grubunun değişim aşamalarındaki ilerlemenin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Dördüncü izlemde kadınların değişim aşamaları incelendiğinde, girişim grubunun değişim aşamalarındaki ilerlemenin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Son izlemde kadınların değişim aşamalarına bakıldığında, girişim grubunun değişim aşamalarındaki ilerlemenin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 14).

Tablo 14: Girişim ve Kontrol Grubu Kadınların İzlemlere Göre Değişim Aşamalarının Gruplar Arası Karşılaştırması

İzlemler	M-U*	P
1. İzlem Girişim Grubu Kontrol Grubu	M-U= 404.50 Z= -1.53	p>0.005
2. İzlem Girişim Grubu Kontrol Grubu	M-U= 388.0 Z= -1.80	p>0.005
3. İzlem Girişim Grubu Kontrol Grubu	M-U= 284.50 Z= -3.23	p<0.001
4. İzlem Girişim Grubu Kontrol Grubu	M-U= 212.50 Z= -4.26	p<0.001
Son İzlem Girişim Grubu Kontrol Grubu	M-U= 172.50 Z= -4.82	p<0.001

*Mann-Whitney U testi

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

Servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ve davranış geliştirmede planlı eğitim programının etkililiğinin incelendiği bu araştırmada, elde edilen bulgular araştırma hipotezleri dikkate alınarak beş bölümde tartışılmıştır.

4.1. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU KADINLARA İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo demografik özellikleri, servikal kanser ile ilgili özellikleri ve servikal kanser risk faktörleri ile ilgili özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır.

4.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların yaş grubu, yaş ortalaması, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, sağlık güvence tipi, meslekleri, gebelik sayıları ve çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış, her iki grubun sosyo demografik özellikler yönünden homojen olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo1).

Araştırma kapsamına alınan girişim grubu kadınların %31.2'si, kontrol grubu kadınların %34.3'ü 41-46 yaş grubunda olup, yaş ortalaması her iki grup için 47.65 ± 7.64 'dür (min-max: 35-63). Girişim ve kontrol grubu kadınların tamamının evli olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların eğitim düzeyinin düşük olduğu, hem girişim hem de kontrol grubundaki kadınların %78.1'inin ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların %90.6'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %93.7'sinin sağlık güvencesinin olduğu anlaşılmıştır. Girişim grubundaki kadınların %96.5'inin, kontrol grubundaki kadınların tamamının sosyal güvencelerinin SGK olduğu belirlenmiştir. Mesleklerine bakıldığında hem girişim hem de kontrol grubundaki kadınların herhangi bir işte çalışmadığı %84.3'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların gebelik sayısı ortalaması 3.46 ± 2.40 (min-max:0-10), kontrol grubundaki kadınların ise 2.96 ± 1.49 (min-max:0-6) olduğu saptanmıştır. Kadınların çocuk sahibi olma durumlarına bakıldığında girişim

grubundaki kadınların %90.6'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %84.4'ünün çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir.

Yaş, cinsiyet, eğitim, gelir gibi özellikler sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını bilişsel-algisal faktörler üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Yaş, eğitim ve gelir gibi faktörlerin artması sağlığı koruma davranışlarında bulunma olasılığını arttırmaktadır (5). Bu nedenle çalışmada yaş ortalaması, medeni durumu, eğitim durumu ve meslekleri yönünden girişim ve kontrol grubu kadınların eşit olmaları sağlanmıştır.

4.1.2. Kadınların Servikal Kansere İle İlgili Özelliklerinin İncelenmesi

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların, servikal kanser konusunda eğitim alma, servikal kanser konusunda eğitim alınan yer, servikal kanser aşısını duyma, servikal kanser aşısını yaptıрма ve arkadaşlarında servikal kanser olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), her iki grubun servikal kanser ile ilgili özellikler yönünden homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo2).

Bir gruba bilgi ve olumlu sağlık davranışı kazandırmaya yönelik planlanan sağlık eğitimi ya da uygulamaların etkinliğinin artırılmasında, hizmet sunulacak grubun özellikleri ile ilgili ön değerlendirme yapılması önemlidir. Bu ön değerlendirme, grubun sosyodemografik özelliklerinin, konu ile ilgili bilgilerinin, uygulamalarının, tutumlarının belirlenmesi, gereksinimlerinin ve varolan sorunlarının saptanması gibi uygulamaları içerir. Uygulamanın, grubun tamamını kapsayacak şekilde planlanması, hizmet ve olanaklarla desteklenmesi ve sektörler arası işbirliği sağlanması başarıyı artırmada önemli olan diğer unsurlardır. Kadınlara gereksinim duydukları konularda hizmet götürülmesi ve iyi güdülenmeleri, hedeflenen bilgi düzeyine ve davranışa ulaşmalarını kolaylaştırır. Ön değerlendirme aynı zamanda uygulamada kullanılacak eğitim materyallerinin seçimi ve hazırlanması açısından da önemlidir (85). Araştırma kapsamına alınan kadınların servikal kanser konusunda eğitim alma durumlarına bakıldığında girişim grubundaki kadınların %18.8'inin, kontrol grubundaki kadınların ise %9.4'ünün daha önce eğitim aldığı saptanmıştır. Eğitim alan girişim grubundaki kadınlardan bir kişinin bu eğitimleri kitap, dergi, broşürden, üç kişinin televizyon ve radyodan, iki kişinin sağlık kuruluşlarından, kontrol grubundaki kadınlardan üç kişinin televizyon ve radyodan eğitim aldığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların %21.9'unun, kontrol grubundaki kadınlardan %31.2'sinin servikal kanser aşısını duydukları ancak bu aşığı yaptırmadıkları saptanmıştır. Girişim grubundaki kadınların %15.6'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %12.5'inin arkadaşlarından birinin servikal kansere yakalandığı belirlenmiştir.

4.1.3. Kadınların Servikal Kanser Risk Faktörlerinin İncelenmesi

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların ilk evlilik yaş ortalaması, evlilik sayısı, çocuk sayısı, çocuk sayısı ortalaması, ailenin gelir durumu, oral kontraseptif kullanma durumu, pap smear testi yaptırmama durumu, en son pap smear testini yaptırmama zamanı, pap smear testini yaptırmama yeri, pap smear testi yaptırmama nedeni, ailede servikal kanseri olma durumu, üreme organları ile ilgili enfeksiyon hastalığı geçirme durumu, kronik hastalığı olma durumu, kronik hastalık tipi, sigara kullanma durumu, yeterince meyve ve sebze tüketme durumuna göre dağılımında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış, her iki grubun servikal kanser risk faktörleri ile ilgili özellikler yönünden homojen olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo3).

Türk kültüründe kadınlar çoğunlukla ilk cinsel deneyimlerini evlilikle birlikte yaşamakta olup, evlilik yaşı cinsel ilişkiye başlama dönemi açısından önemlidir. Girişim grubundaki kadınların ilk evlilik yaş ortalamasının 18.93 ± 3.39 (min-max:14-27), kontrol grubundaki kadınların ise 18.84 ± 2.64 (min-max: 15-26) olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de ebeveynlerin onayıyla en düşük yasal evlilik yaşı, hem erkekler hem kadınlar için 17’dir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2008) verilerine göre 25-49 yaşlarındaki kadınların ilk evlenme yaşına bakıldığında %43’ünün 20 yaşından önce, dörtte birinin 18 yaşına kadar, %5’inin de 15. yaş gününden önce evlendikleri görülmüştür (36). Cinsel ilişki servikal kanserin risk faktörleri içinde üst sıralarda yer almaktadır. Özellikle 18 yaşının altındaki ilk cinsel ilişkinin önemli bir risk oluşturduğu belirtilmektedir. Yirmi yaşın altında seksüel aktiviteye başlayanlarda risk, 21 yaşın üzerine göre 2.5 kez daha fazla olmaktadır (3, 29, 66). Servikal kanserli kadınlarda yapılan retrospektif bir çalışmada hastaların %64’ünün 20 yaşından önce evlendiği belirlenmiştir (45). Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında jinekolojik kanserli kadınlar retrospektif olarak değerlendirmeye alınmış, olguların ilk evlilik yaşının genel olarak 20-29 yaş aralığında (%50.5) ve 20 yaş altında (%45.7) dağılım gösterdiği, erken yaşta evlenmelerinin servikal kanser açısından risk oluşturduğu belirlenmiştir (66). Araştırma bulgusu, literatür bulgusu ile benzerlik göstermiş ve araştırma kapsamına alınan kadınların, ilk evlilik yaş ortalamalarının düşük olması nedeniyle servikal kanser riski taşıdığı belirlenmiştir.

Birden fazla kişi ile cinsel ilişkinin belli bir oranda servikal kanserin oluşumuna katkıda bulunduğu yapılan araştırmalarla ortaya konmaktadır. Tek partner ile üç ve daha fazla partner karşılaştırıldığında risk sekiz kat artmaktadır. Partner sayısının altı ve üzerine çıkması durumunda ise risk 14.2 kat artmaktadır (3, 29). Girişim grubundaki kadınların %81.3’ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %93.8’inin evlilik sayısının bir olduğu görülmüştür.

Literatür bulgusuna göre, araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu kadınların evlilik sayısı, servikal kansere yakalanma açısından risk oluşturmamaktadır.

Gebelik sayısının artması ile servikal kanserlerin görülme sıklığı artmaktadır (59). Girişim grubundaki kadınların %37.5'inin, kontrol grubundaki kadınları ise %34.4'ünün iki çocuk sahibi oldukları belirlenmiştir. Girişim grubundaki kadınların çocuk sayısı ortalaması 2.25 ± 1.24 (min-max: 0-4), kontrol grubundaki kadınların ise 1.96 ± 1.20 (min-max: 0-4)'dir. TNSA 2008 verilerine göre doğurganlık döneminin sonunda (45-49), kadınların ortalama 3.5 çocuk doğurduğu belirlenmiştir (36). Servikal kanserli kadınlarda yapılan retrospektif bir çalışmada, hastaların %58'inin 4'den fazla gebeliğinin olduğu belirlenmiştir (45). Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %86.7'sinin üçten fazla çocuk sahibi olduğu ve bunun servikal kanser açısından risk oluşturduğu belirlenmiştir (66). Çocuk sayısı açısından çalışmanın bulgusu, literatür bulgusuna göre düşük risk taşımaktadır.

Yoksulluk servikal kanser için önemli bir risk faktörüdür. Servikal kanserin görülme sıklığı, gelir düzeyi düşük olanlarda, gelir düzeyi yüksek olanlara oranla daha fazladır. Gelir düzeyi düşük kadınlar yeterli sağlık bakım hizmeti alamamakta ve pap smear testi yaptıramamaktadır. Ayrıca düşük sosyo-ekonomik düzey kişilerin hijyen davranışlarını da olumsuz yönde etkilemektedir (3, 29). Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki kadınların %50'si, kontrol grubundaki kadınların %59.4'ü gelirinin giderinden az olduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda pap smear yaptırma oranlarının, yoksul kadınlarda daha düşük olduğu saptanmıştır. McFarland'ın 2003 yılında Botsvana'da sağlık inanç modelinden yararlanarak yaptığı çalışmada, gelir düzeyi düşük olan kadınların pap smear yaptırma oranı %16.7 iken, gelir düzeyi yüksek olan kadınlarda bu oranın %50 olduğu belirlenmiştir (55). Türkiye'de ise Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında jinekolojik kanserli kadınlar retrospektif olarak değerlendirmeye alınmış, olguların %40.0'ının düşük sosyoekonomik düzeyde olduğu belirlenmiştir (66). Kalyoncu ve arkadaşlarının 2003 yılında Eskişehir'de yaptığı çalışmada, kadınların yaş ve eğitim seviyeleri arttıkça ve sosyal güvenceleri olduğunda pap smear yaptırma oranlarının artmış olduğu saptanmıştır (44). Sosyo ekonomik düzey açısından araştırma bulgusu, literatür bulguları ile paralellik göstermektedir.

Oral kontraseptif kullanma, servikal kanser açısından risk faktörleri arasında yer almaktadır. Özellikle beş yıl ve üzeri oral kontraseptif kullananlar, kullanmayanlara oranla 1.5 kat daha fazla servikal kanser riski taşımaktadır (3, 66). Çalışmada kadınların oral kontraseptif kullanma durumlarına bakıldığında, girişim grubundaki kadınların hiç kullanmadığı, kontrol grubundaki kadınların ise %9.4'ünün kullandığı saptanmıştır. TNSA 2008 verilerine göre evlenmiş kadınlar tarafından oral kontraseptif kullanım oranı %34'dür

(36). Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında, jinekolojik kanserli kadınların oral kontraseptif kullanım oranı %20.5 olarak bulunmuş, bu nedenle oral kontraseptif kullanımı risk faktörü olarak değerlendirilmemiştir (66). Çalışmanın bulgusu Pınar ve arkadaşlarının bulgusundan da düşük bulunmuş, oral kontraseptif kullanımı risk faktörü olarak değerlendirilmemiştir.

Servikal kanser; etkin tarama programları sayesinde hastalara erken tanı konulmasına olanak sağlaması nedeniyle, kadın genital kanserleri arasında önlenabilir bir kanserdir (51). Araştırma kapsamına alınan hem girişim hem de kontrol grubundaki kadınların yalnızca %9.4'ünün pap smear testini yaptırdıkları belirlenmiştir. Pap smear testi yaptıran girişim grubundaki kadınlardan bir kişinin bu testi en son 4 yıl önce, 2 kişinin beş ve üzeri yıl önce, kontrol grubundaki kadınlardan 3 kişinin bu testi en son 5 ve üzeri yıl önce yaptırdıkları saptanmıştır. Pap smear testi yaptıрма sıklığı değişik çalışmalarda rapor edilmiştir. Topluma dayalı yapılmış ve 57 ülkeyi kapsamına alan bir çalışmada, ülke nüfuslarını ağırlık olarak dikkate alan bir yaklaşımla, tüm ülkeler için, son üç yılda en az bir pap smear testi yaptırmış olma oranını %40 olarak tahmin etmiştir. Aynı çalışmada yer alan karşılaştırmalar, son üç yılda en az bir kez pap smear testi yaptıрма oranının Avusturya ve Lüksemburg'ta %80'in üzerinde, Bengaldeş, Etiyopya ve Myanmar'da %1'in altında olduğunu bildirmektedir. Son üç yılda en az bir kez pap smear testi yaptıрма oranı, bu çalışmaya göre gelişmiş ülkelerde ortalama %63, gelişmekte olan ülkelere ortalama %19'dur (25). New York'ta yaşayan Güney Asyalı kadınlar arasında yapılan bir çalışmada da kadınların %67'sinin pap smear testi yaptırdığı ve %13'ünün bu testi son bir yıl içerisinde yaptırdığı bildirilmiştir (65). Ülkemizde Diyarbakır il merkezinde farklı meslek gruplarına mensup 15-65 yaş arası 1007 kadın üzerinde meme ve servikal kanserden korunma konusunda yapılan kesitsel tipte bir araştırmada, kadınların %10'unun pap smear testi yaptırdığı ve bunların yaklaşık yarısının son bir yıl içerisinde pap smear testi yaptırdığı bildirilmiştir (60). Temel'in Sivas il merkezinde yaşayan 35 yaş ve üzeri 625 kadın ile yaptığı çalışmada, ömür boyu en az bir kez, son üç yılda en az bir kez ve son beş yılda en az bir kez pap smear testi yaptıрма oranları sırasıyla %12.3, %10.5, %11 olarak bulunmuştur (78). Yücel'in, İzmir'de 25-59 yaş arası 227 kadın ile yaptığı çalışmada, servikal kanser ile ilgili eğitim öncesi kadınların pap smear yaptıрма oranı %24.2 olarak bulunmuştur (93). Tek bir negatif pap smear testinin servikal kanser gelişme riskini %45 oranında azalttığı göz önüne alındığında, daha önce hiç pap smear testi yaptırmayan kadınlarda test yaptırmayı sağlamanın, yaşam boyu alınan 9 adet smear testinin bu riski %99 oranında azalttığı dikkate alındığında ise, daha önce bir kez ya da düzensiz pap smear testi yaptıran kadınlara düzenli tarama alışkanlığı kazandırılmasının servikal kanserden korunmadaki önemi tartışılmayacak kadar fazladır (61). Pap smear testi yaptıрма yönünden

araştırmanın bulgusu, literatür bulgularına göre oldukça düşük bulunmuştur. Bu nedenle kadınları pap smear testi yaptırmaya teşvik eden her çabanın ne kadar anlamlı olduğu görülmektedir.

Annenin veya kız kardeşin servikal kanser olması ailedeki diğer kadınların servikal kanser riskini 2-3 kez arttırmaktadır (3, 29). Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki kadınların ailelerinde servikal kanser olmadığı, kontrol grubundaki kadınlardan birisinin (%3.1) ailesinde servikal kanser olduğu saptanmıştır. Güler'in Adana KETEM'deki çalışmasında 2004-2008 yıllarında üç yıl pap smear yapılan 210 kadının başvuru dosyaları retrospektif olarak incelenmiş ve olguların %9'unda ailede servikal kanser öyküsü olduğu belirlenmiştir (32). Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında jinekolojik kanserli kadınların %13.3'ünde ailede servikal kanser öyküsüne rastlanmıştır (66). Ailede servikal kanser öyküsü yönünden araştırmanın bulgusu, literatür bulgularına göre oldukça düşük bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların üreme organları ile ilgili enfeksiyon hastalığı geçirme durumlarına bakılmış, girişim grubundaki kadınların %62.5'inin, kontrol grubundaki kadınların %43.8'inin hastalık geçirdiği görülmüştür. Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında jinekolojik kanserli kadınlar retrospektif olarak değerlendirmeye alınmış, olguların çoğunda (%66.7) sürekli vajinal akıntı olduğu görülmüştür (66). Araştırmanın bulgusu, Pınar ve arkadaşlarının bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Servikal kanser gibi kadınların hayatını tehdit eden önemli sorunlar ortaya çıkmadan, genital enfeksiyonların araştırılması, tedavisinin sağlanması ve erken tanınması açısından ebe ve hemşirelerin bilinçli yaklaşımı gereklidir.

Kanser hücrelerinin yok edilmesinde, büyümelerinin ve yayılmalarının yavaşlatılmasında immün sistemin çok önemli olduğunu bilinmektedir. Bu nedenle kronik hastalığı olan kadınların servikal kanser riski artmaktadır (59, 69). Girişim ve kontrol grubundaki kadınlardan %50'sinin kronik bir hastalığının olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık tipine bakıldığında girişim grubundaki kadınların %87,5'inde, kontrol grubundaki kadınların %68,8'inde diyabet olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıklar içerisinde diyabet, küresel ölçekte giderek her yaş grubu için tehdit oluşturmakta ve ülkemizde de halen beş milyonun üzerinde kişiyi etkilediği düşünülmektedir. Türkiye'de diyabet sıklığı %13,7'ye yükselmiştir ve önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır (81). Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında jinekolojik kanserli kadınların %17'sinin diyabet olduğu belirlenmiştir (66). Araştırmanın bulgusu Pınar ve arkadaşlarının bulgusuna göre oldukça yüksek bulunmuş ve kronik hastalıklar servikal kanser açısından risk faktörü olarak değerlendirilmiştir.

Servikal kanser riski sigara kullanan kadınlarda kullanmayanlara oranla iki kat daha fazladır. Sigara kullanan kadınların servikal mukuslarında tütün bileşiminde bulunan bazı

maddelerin görüldüğü saptanmıştır (3, 69). Sigara kullanma durumlarına bakıldığında girişim grubundaki kadınların %56.3'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %62.5'inin kullandığı saptanmıştır. Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında jinekolojik kanserli kadınların %22.9'unun sigara kullandığı belirlenmiştir (66). Green ve arkadaşlarının 2001 yılında, Avusturalya'da 18-79 yaş arası toplam 794 kadınla yaptıkları çalışmada, sigara kullanımının over kanseri riskini artırdığı bildirilmiştir (30). Sood, servikal kanser ve sigara içme alışkanlığı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yaptığı çalışmada, sigara içen kadınlar arasında servikal kanserin %42-46 oranında arttığını belirlemiştir (73). Çalışma bulgusu literatür bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Meyve ve sebze tüketiminin yetersiz olduğu kadınlarda servikal kansere yakalanma oranı daha fazladır (3, 29). Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki kadınların %28.1'i, kontrol grubundaki kadınların ise %43.8'i yeterince meyve ve sebze tüketmediğini ifade etmişlerdir. Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında jinekolojik kanserli kadınların %26.2'sinde vitamin A, C ve fostat yetersizliği olduğu belirlenmiştir (66). Çalışmanın bulgusu, literatür bulgusu ile benzer bulunmuştur.

4.2. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU KADINLARIN 1. İZLEM VE 2. İZLEMDE SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması öncesinde (1. izlem) ve sonrasında (2. izlem) servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları incelenmiştir. Sağlık inançları, bireyin sağlık ve hastalık hakkındaki fikirleri, inançları ve tutumlarıdır. Sağlık inançları genellikle bireylerin sağlık davranışlarını belirler ve sağlığı pozitif ya da negatif olarak etkiler. Kadınların sağlık inançları ile ilgili algılarından kaynaklanan tutumlarının, pap smear testi yaptıрма davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla SİM kullanılmıştır. SİM'e göre davranışın gerçekleştirilmesi, sağlıkla ilgili tehdit ile ilişkili algılanan ciddiyet, koruyucu sağlık davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili algılanan yarar, davranışın gerçekleştirilmesi ile ortaya çıkan iç, dış ödüller ve öz etkililik ile ilişkilidir. Sağlık ve hastalıkla ilgili öznel algılar, hastalıkla ilgili algılanan ciddiyet ve yapılan önerilerin yararlı bulunup bulunmaması, hastalıkla ilgili uygulamalara olan katılımı etkilemektedir (5, 19, 26, 57).

Servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği alt boyutlarından olan algılanan duyarlılık kişinin

sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Bu algı bireyin hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir (Örneğin; kansere yakalanmada bireysel risklerin algılanması) (19, 57). Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki kadınların 1. izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği **“algılanan duyarlılık”** alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 26.28 ± 4.13 iken, kontrol grubunda 25.21 ± 3.95 'dir. Algılanan duyarlılık alt boyutunun puan ortalamalarında, girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4-5). Özmen ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada algılanan duyarlılık alt boyutu puan ortalaması 32.58 ± 4.95 'dir (63). Çalışmanın birinci izlem girişim ve kontrol grubu bulgusu, Özmen ve arkadaşlarının bulgusundan düşük bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların 2. izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği **“algılanan duyarlılık”** alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 35.53 ± 4.3 iken, kontrol grubunda 28.87 ± 4.59 'dur. Girişim grubunun algılanan duyarlılık alt boyutu puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$) (Tablo 4-5). Burak ve Meyer'in 1997 yılında, 400 kolejli kadınla, kavramsal çerçevesi SİM'e dayandırılan ve kadınların servikal kanser taraması konusundaki davranış ve tutumlarının araştırıldığı çalışmada; kadınların %44'ünün servikal kanser konusunda kendilerini duyarlı görmedikleri, kadınların %16'sının servikal kanser konusunda kendilerini duyarlı buldukları saptanmıştır (12). Çalışmada, girişim grubu kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması sonrasında (2. izlem) algılanan duyarlılık alt boyutu puan ortalamasında beklenildiği gibi bir artış olmuştur.

Algılanan ciddiyet, tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır (Örneğin; kansere yönelik bireysel tehdidin, hastalığın öneminin algılanmasıdır) (5, 19, 57). Birinci izlemde ölçeğin **“algılanan ciddiyet”** alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 28.18 ± 3.46 , kontrol grubunda 24.43 ± 3.74 'dür. Girişim grubunun, 1. izlemde algılanan ciddiyet alt boyutunun puan ortalamasının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 4-5). Girişim grubunun 1. izlemde algılanan ciddiyet alt boyutunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olmasının, eğitim programına dahil edilmeleri nedeni ile artan farkındalıktan kaynaklandığı düşünülmüştür. Özmen ve arkadaşlarının çalışmasında algılanan ciddiyet alt boyutu puan ortalaması 29.73 ± 4.97 'dir (63).

Çalışmanın birinci izlem girişim grubu bulgusu Özmen ve arkadaşlarının bulgusuna benzer, kontrol grubu bulgusu düşük bulunmuştur. İkinci izlemde ölçeğin “**algılanan ciddiyet**” alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 31.65 ± 3.66 , kontrol grubunda 25.96 ± 3.77 ’dir. Girişim grubunun 2. izlemde algılanan ciddiyet alt boyutunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$) (Tablo 4-5). Çalışmada girişim grubu kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması sonrasında (2. izlem) algılanan ciddiyet alt boyutunun puan ortalamasında beklenildiği gibi bir artış olmuştur.

Algılanan engel, kişinin davranışını değiştirmede algıladığı engellerdir. Beklenen davranışın oluşmasında algılanan olumsuz yönlerdir. Hastalığın önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi, hastalığın tedavi edilmesi, hastalık durumunun istenmeyen sonuçlarını en aza indirmek için beklenen davranışın olumsuz yönleridir (Örneğin; bireyin servikal kanserin erken tanısına yönelik davranışları gerçekleştirmemesinde etkili olan faktörlerin algılanmasıdır) (5, 19, 57). Birinci izlemde ölçeğin “**algılanan engel**” alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 19.12 ± 3.89 , kontrol grubunda 18.62 ± 3.27 ’dür. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucu, algılanan engel alt boyutunun puan ortalamalarında, girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4-5). Özmen ve arkadaşlarının çalışmasında algılanan engel alt boyutu puan ortalaması 25.06 ± 4.82 ’dir (63). Çalışmanın birinci izlem girişim ve kontrol grubu bulgusu, Özmen ve arkadaşlarının bulgusundan düşük bulunmuştur. İkinci izlemde ölçeğin “**algılanan engel**” alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 22.78 ± 3.51 , kontrol grubunda 20.96 ± 3.85 ’dir. Girişim grubunun, 2. izlemde algılanan engel alt boyutunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4-5). Çalışmada girişim grubu kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması sonrasında (2. izlem) algılanan engel alt boyutunun puan ortalamasının artması, kadınların pap smear testi yaptırmada davranışındaki engelleri daha iyi analiz etmelerine ve engellerin ortadan kaldırılması için uygulanacak girişimlerin daha kolay belirlenmesine katkı sağladığı düşünülmüştür. Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubu kadınlar, doktorun kadın olmamasını, mahrem yerlerini göstermekten utanmalarını ve tek başına muayeneye gitmek istememelerini pap smear testi yaptırmalarını en fazla engelleyen faktörler olarak belirtmişlerdir. Kadınların pap smear testi yaptırmama nedenlerine yönelik ülkemizde ve çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar incelendiğinde; jinekolojik muayeneden rahatsız olma, utanma, ağrı korkusu, zaman ayıramama, risk faktörleriyle ilgili bilgi eksikliği, maliyet, hasta

olmadan doktora gitmeme düşüncesi, tam gün çalışma, küçük çocuk varlığı, kaderci yaklaşım, ihmal, genetik yatkınlığının olmaması nedeniyle kendisini riskli görmeme, düşük beden imajı, sağlık kuruluşlarına güvenmeme gibi nedenlerin yer aldığı belirlenmiştir (5, 11, 39 56, 78). Bu sonuçlar, kadınların pap smear testi yaptırmama nedenlerinin ülkelere göre farklılık göstermediğini belirtmektedir. Ancak utanma nedeniyle test yaptırmama birçok çalışmada saptanmış olup, üzerinde durulması gereken önemli bir engeldir. Holroyd ve arkadaşlarının 2004 yılında Çinli kadınlar üzerinde, pap smear testi yaptırmayı etkileyen sosyo-kültürel faktörleri incelemeye yönelik yaptıkları çalışmada, kadınların pap smear testi yaptırmak için daha çok kadın sağlık personelinin tercih ettikleri belirlenmiştir (39). Ülkemizde kadınlar dini ve kültürel özellikleri nedeniyle utanma duygusu yaşamaktadır. Bu duygu kadınların pap smear testi yaptırmamalarında etkili bir faktördür (5). Kadınların sosyo-kültürel özelliklerinin ve jinekolojik muayene ile ilgili düşüncelerinin test yaptırmayı etkilediğini bilerek, hemşirelerin, kadınları bu konuda bilinçlendirmelerinin, eğitmelerinin ve muayeneye geldiklerinde etkili bir iletişim kurarak jinekolojik muayene deneyimini olumlu hale getirmelerinin önemli olduğu, bunun sonucunda kadınların taramalara gelme oranlarının artacağı düşünülmüştür.

Algılanan yarar, gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yarardır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir. Bireylere, koruyucu çalışmaların yaşam süresine ve yaşam kalitesine olan etkileri anlatılarak, sağlıkla ilgili olumlu tutum ve davranış ile koruyucu sağlık uygulamalarına yönelik bilinç alanı geliştirmek mümkün olmaktadır (Örneğin; pap smear testinin olumlu sonuçlarının, yararlarının algılanmasıdır) (19, 57). Birinci izlemde ölçeğin **“algılanan yarar”** alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 19.31 ± 3.18 , kontrol grubunda ise 18.21 ± 2.77 'dir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucu, algılanan yarar alt boyutunun puan ortalamalarında, girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Özmen ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada, algılanan yarar alt boyutu puan ortalaması 23.20 ± 4.14 'dür (63). Çalışmanın birinci izlem girişim ve kontrol grubu bulgusu, Özmen ve arkadaşlarının bulgusundan düşük bulunmuştur. İkinci izlemde ölçeğin **“algılanan yarar”** alt boyutunun puan ortalaması girişim grubunda 24.71 ± 2.42 , kontrol grubunda 20.84 ± 3.0 'dır. Girişim grubunun 2. izlemde algılanan yarar alt boyutunun puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$) (Tablo4-5). Çalışmada, girişim grubu kadınların servikal kanserin

erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması sonrasında (2. izlem) algılanan yarar alt boyutu puan ortalamasında beklenildiği gibi bir artış olmuştur. Park ve arkadaşlarının kadınların pap smear testi yaptırmaya katılımlarını artırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, servikal kanser ve pap smear testi konusunda eğitim verilen girişim grubunda, bu çalışma ile benzer şekilde, pap smear testi için yarar algılarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (65).

Kadınların toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; 1. izlemde, toplam ölçek puan ortalamaları girişim grubunda 92.90 ± 7.76 iken, kontrol grubunda 86.50 ± 7.74 'dür. Girişim grubunun, 1. izlemde toplam ölçek puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4) (Grafik 1). Girişim grubunun 1. izlemde toplam ölçek puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olmasının, eğitim programına dahil edilmeleri nedeni ile artan farkındalıktan kaynaklandığı düşünülmüştür. Özmen ve arkadaşlarının çalışmasında toplam ölçek puan ortalaması 110.59 ± 12.53 'dür (63). Çalışmanın birinci izlem girişim ve kontrol grubu bulgusu Özmen ve arkadaşlarının bulgusundan düşük bulunmuştur. İkinci izlemde, toplam ölçek puan ortalaması girişim grubunda 114.68 ± 10.31 iken, kontrol grubunda 96.65 ± 9.35 'dir. Girişim grubunun, 2. izlemde toplam ölçek puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$) (Tablo 5) (Grafik 1). Servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması öncesinde (1. izlem) ve sonrasında (2. izlem) yapılan incelemede, girişim grubundaki kadınların her bir alt boyut ve toplam ölçekten almış oldukları puan ortalamaları, kontrol grubundaki kadınların ortalamalarından yüksektir. Birinci izlemde girişim ve kontrol grubu arasında yalnızca algılanan ciddiyet alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığın girişim grubundaki kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programına katılmaya gönüllü olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür. İkinci izlemde ise girişim ve kontrol grubu arasında her bir alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında ileri düzeyde olan istatistiksel farklılığın, servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Girişim grubu kadınların 1. izlem-2. izlem, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının farkı -21.78 ± 5.09 'dur. Girişim grubu içinde yapılan bu karşılaştırmada, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının farkı istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı, girişim grubunun 2. izlem toplam ölçek puan ortalaması 1. izleme göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol

grubu kadınların 1. izlem-2. izlem, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının farkı -10.15 ± 8.65 'dir. Bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı, kontrol grubunun 2. izlem toplam ölçek puan ortalaması 1. izleme göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 6). Araştırmada, 1. izlem ve 2. izlemde toplam ölçek puan ortalamaları arasındaki farklılığın, girişim grubundaki kadınlarda servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Hansen ve arkadaşlarının ABD'de kadınların meme ve servikal kanser tarama testlerine katılmalarını sağlamak amacıyla yaptıkları çalışmada, beş kadına üç haftalık kurs verilerek, kanser taramaları konusunda öğrendiklerini aileleri, arkadaşları ve iletişime geçtikleri kadınlarla paylaşımları ve onları pap smear testi ve mamografi yaptırmaları konusunda motive etmeleri istenmiştir. Yaklaşık 12 haftalık bir süre sonunda, eğitim alan beş kadının kanser tarama konusundaki bilgilerini paylaştığı 141 kadından 43'ünün pap smear testi yaptırdığı belirtilmiştir. Tarama testleri konusunda bilgisi olan kadınların diğer kadınları mamografi ve pap smear testi yaptırmaları yönünde motive edici rollerinin önemi üzerinde durulmuştur (37). Türk kültüründe de, komşuluk ve arkadaşlık bağlarının kuvvetli olduğu göz önüne alındığında, araştırmada, 1. izlem ve 2. izlemde toplam ölçek puan ortalamaları arasındaki farklılığın, kontrol grubundaki kadınlarda araştırmaya dahil edilmeleri nedeni ile artan farkındalıktan, girişim grubuna dahil edilen kadınlarla komşu olmalarından, bununla birlikte araştırmanın uygulanması sırasında bazı apartmanlardan beş altı kadının birlikte, birbirlerini motive ederek test yaptırmaya gitmelerinden, özellikle üç dört kadının çevresinde daha önce korkma nedeniyle test yaptırmayan arkadaşlarını test yaptırmaya ikna etmelerinden ve ASM'de görev yapan aile hekimi tarafından teşvik edilmelerinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Hou ve arkadaşlarının Tayvan'da yaptıkları çalışmada, son 12 ay içinde pap smear testi yaptırmamış 247 kadın, girişim ve kontrol grubuna ayrılarak yapılan ön test sonrasında, girişim grubuna 3 aylık sürede müdahale uygulanmıştır. Bu müdahalede, birinci ayda pap smear testi yaptırmayla ilgili randevu ve iletişim bilgilerini içeren eğitici bir broşür, ikinci ayda tarama sayesinde erken tanı ile tedavi olan kadınların hikayelerini ve konu ile ilgili bilgileri içeren bireysel davet mektubu gönderilmiştir. Üçüncü ayda ise telefon ile kadınların pap smear testi yaptırmalarını etkileyen engellere yönelik danışmanlık yapılmıştır. Bu süre içerisinde kontrol grubuna aylık olarak genel sağlık bilgisini içeren bilgi mektubu gönderilmiştir. Üç ay sonra yapılan değerlendirmede, her iki grubun da bilgilerinin arttığı, girişim grubunun test ile ilgili yarar algısının anlamlı derecede yükseldiği ve girişim grubunun %51.2'sinin, kontrol grubunun %31.5'inin pap smear testi yaptırdığı belirlenmiştir (40). Markovic ve arkadaşlarının yaptıkları niteliksel çalışmada, kadınların bilgi yetersizliğinin,

sosyokültürel özelliklerinin, cinsiyet rollerinin ve sağlık inançlarının pap smear testi yaptıırma davranışlarında etkili olduğu belirlenmiştir (54). Araştırmanın bulguları literatür bulguları ile uyum göstermekle birlikte, aynı zamanda H1 hipotezini (İkinci izlemde girişim grubundaki kadınların, kontrol grubundakilere göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamaları yüksektir.) olumlu yönde desteklemiş ve hipotez kabul edilmiştir.

4.3. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU KADINLARIN 1. İZLEM, 2. İZLEM VE SON İZLEM ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Bu bölümde girişim ve kontrol grubu kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması öncesinde (1. izlem), sonrasında (2. izlem) ve değişim aşaması temelli görüşme formu uygulaması sonrasında (son izlem) öz etkililik ölçeği puan ortalamaları incelenmiştir. Öz etkililik, bireyin davranışları üzerinde etkili olan bilişsel algılama etkenlerinden birisidir. Bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı veya yargısı ya da bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısını ifade eder. Eğer, bireyler bir problemi çözebileceklerine inanırlarsa, bu problemi çözmeye daha yatkın hale gelirler. Bu olayın çözümünde etkili olabileceğine inanan bir kişi, daha etkin davranabilir ve kendisine daha çok güvenir. Öz etkililik, bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. Düşük öz etkililik duygusu olan bireyler, düşük öz güvene sahiptirler ve bireysel başarıları ve gelişimleri hakkında kötümser düşünceler beslerler. Güçlü bir öz etkililik duygusu olan bireyler, daha karmaşık ve riskli görevleri seçebilirler, hedefleri yüksektir ve bu hedeflere ulaşmak için azimle çalışırlar (5, 19, 48, 83).

Araştırmada kullanılan ve yedi maddeden oluşan öz etkililik ölçeği, kişinin çeşitli koşullar altında pap smear testi yaptıırmadaki kararlılığını belirleyen ifadelerden oluşmaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların birinci izlem, ikinci izlem ve son izlemde “Eğer sağlık kuruluşuna olan mesafe uzaksa” ölçek maddesine en yüksek puanı, “Eğer test yapılan zaman benim için uygun bir zaman değilse” ölçek maddesine en düşük puanı verdikleri saptanmıştır. Buna göre, sağlık kuruluşuna olan mesafenin uzak olmasının, pap smear testi yaptıırma davranışını engellemediği ancak, sağlık kuruluşunda pap smear testi yapılan zamanın kadın için uygun olmamasının pap smear testi yaptıırma davranışını olumsuz yönde etkilediği düşünülmüştür. Servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması öncesinde 1. izlemde girişim grubunun öz etkililik puan ortalaması 350.62 ± 55.81 iken, kontrol grubunun 304.06 ± 92.38 ’dir. Birinci izlemde, girişim grubunun öz etkililik puan ortalamasının kontrol grubundan yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim grubunun 1. izlemde öz etkililik puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olmasının, eğitim programına dahil edilmeleri nedeni ile artan farkındalıktan kaynaklandığı düşünülmüştür. Tung ve arkadaşlarının 2008 yılında 80 Vietnamlı Amerikan kadın üzerinde teoriler üstü modelden yararlanarak yaptıkları servikal kanser taramasında, öz etkililik puan ortalaması 400.85 ± 0.00 olarak belirlenmiştir (83). Çalışmanın bulguları Tung ve arkadaşlarının bulgusuna göre düşük bulunmuştur.

Servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması sonrasında öz etkililik puan ortalamalarının izlemlere göre değişimleri incelendiğinde, girişim grubu kadınların, eğitim programından sonraki ilk izlemde (2. izlem) 477.81 ± 65.78 olan öz etkililik puan ortalamasının, altıncı ayın sonunda yapılan son izlemde 572.81 ± 41.75 'e yükseldiği görülmüştür. Kontrol grubundaki kadınların izlemlere göre ölçek puan ortalamaları arasındaki değişim incelendiğinde ise; eğitim programından sonraki ilk izlemde (2. izlem)  z etkililik puan ortalaması 365.0 ± 77.62 ve altıncı ayın sonunda yapılan son izlemde 464.68 ± 56.56 olarak belirlenmiştir. İzlemlere göre iki grup arasında öz etkililik puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, girişim grubunun öz etkililik puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo7). Görüldüğü gibi servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulanması sonrasında girişim grubu kadınlarda yapılan izlemlerde öz etkililik puan ortalaması kontrol grubundaki kadınlara göre daha yüksektir. Özellikle altıncı ayda yapılan son izlemde girişim grubu kadınların öz etkililik puanlarının diğer izlemlere göre daha yüksek olmasında, araştırmacı tarafından telefonla hatırlatma ve değişim aşaması temelli görüşme formu uygulanmasının etkili olduğu düşünülmüştür. Literatürde bireylere olumlu sağlık davranışları kazandırmada bireylerin öz etkililik algısının geliştirilmesi önerilmektedir (15). Çalışma sonuçları, literatür bilgisi ile paralellik göstermiştir.

Ayrıca her iki grup için, izlemler arasındaki değişimler karşılaştırılmış, girişim grubu kadınların 1. izlem-2. izlem, 1. izlem–son izlem, 2. izlem-son izlem arasındaki öz etkililik puan ortalamaları değişiminin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu, son izlem öz etkililik puan ortalamasının en yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubundaki kadınların izlemlere göre öz etkililik puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 1. izlem-2. izlem, 1. izlem–son izlem, 2. izlem-son izlem arasındaki puan ortalamaları değişiminin istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu, son izlem öz etkililik puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 7). Bu sonuç, girişim ve kontrol grubu kadınlarda her bir izlemde öz etkililik algılarında olumlu değişim olduğunu ve girişim grubu kadınların, kontrol grubu kadınlara göre öz etkililik puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu

göstermektedir. Literatürde, bireyin diğer bireylerin davranışlarını gözlemlemesi, davranış değişimi için diğer bireyler tarafından ikna edilmesi, daha önceki deneyimleri ve iletişim öz etkililik algısını etkileyen faktörler olarak bildirilmiştir (67, 92). Eğitim alan bireylerin grup içinde ve kontrol grubundaki arkadaşları arasında deneyimlerini paylaşmaları, birbirlerini olumlu yönde etkilemeleri, olumlu iletişim kurmaları öz etkililik algılarındaki bu olumlu değişimin oluşmasında etkili olduğu düşünülmüştür. Öz etkililikle ilgili yapılan eğitim çalışmalarında eğitimin bireylerin öz etkililik algılarında olumlu değişim yarattığı bildirilmiştir (14, 92). Araştırmanın bulgusu, kadınlara verilen eğitimin öz etkililik algısını olumlu yönde etkilediğine yönelik çalışma bulgularının önemini bir kez daha vurgulamıştır. Aynı zamanda H2 hipotezi (Son izlemde girişim grubundaki bireylerin, kontrol grubundakilere göre öz etkililik puan ortalamaları daha yüksektir.) olumlu yönde desteklenmiş ve hipotez kabul edilmiştir.

4.4. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU KADINLARIN 1. İZLEM VE 2. İZLEM SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş; birinci izlemde kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında, girişim grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamışken ($p>0.05$), kontrol grubunda istatistiksel olarak ileri derece anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Birinci izlemde kontrol grubunda servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yöndeki ilişkinin tesadüfi olarak olduğu düşünülmüştür. İkinci izlemde, hem girişim grubunda hem de kontrol grubunda kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları arttıkça, öz etkililik ölçeği puan ortalamalarının da arttığı, bu ilişkinin istatistiksel olarak pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir faaliyeti ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışı olarak tanımlanır. Davranış değişimi ise sıklıkla başarması ve sürdürmesi zor, karmaşık bir süreçtir. Yalnızca doğru sağlık bilgilerini iletme, bireyleri doğru sağlık davranışına yönleltmemektedir. Bilginin hedef kişilere en üst düzeyde kazandırılması, onların bilişsel örüntülerinin düzeyiyle doğru orantılıdır. Özellikle kanser tarama programlarına katılımı

arttırmak için, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin göz önünde bulundurulduğu multifaktöriyel bir yaklaşımın kullanılması gerektiği bildirilmektedir. Sosyokültürel yapı içindeki bilgi, inanç ve tutumlar bireylerin kanser tarama programlarına katılımını etkilemektedir (17). Bir tutum objesi hakkında bilgi sahibi olmanın, o obje ile ilgili tutumların güçlenmesine neden olduğu bilinmektedir (43). İnsan davranışları üzerinde etkili olan bilişsel etkenlerden biri olarak gösterilen öz etkililik, bireyin belli bir davranışı başarılı bir şekilde yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanır. Eğer, bireyler bir problemi çözebileceklerine inanırlarsa, bu problemi çözmeye daha yatkın hale gelirler. Bu olayın çözümünde etkili olabileceğine inanan bir kişi, daha etkin davranabilir ve kendisine daha çok güvenir. Bu “yapabilme-becerebilme” algısı, bireyin olayları kontrol edebilme duygusu olarak yansımaktadır. Öz etkililik algısı yüksek olan bireyler daha zorlu işleri yapmayı seçerler ve bu amaçlarına ulaşmak için kendilerini yönlendirirler. Eylemler önce düşünce planında şekillenir ve insanlar öz etkililik düzeylerine göre iyimser ya da kötümser senaryolar kurarlar. Eyleme başladığında, öz etkililik düzeyi yüksek olanlar daha çok çaba harcarlar ve bunu daha fazla sürdürürler. Bir engellenmeyle karşılaşıldığında ise, öz etkililik algısı daha yüksek olan bireyler kendilerini daha çabuk toparlayıp, hedeflerine ulaşmak için mücadeleye devam ederler (16). Öz etkililik, zamanla, deneyimler aracılığıyla gelişen bir inançtır. Bireyler ne yapabilecekleri konusunda öz etkililiklerini doğrudan deneyim, diğer insanları gözlemleme ya da başkalarının yorumlarını dinleme yoluyla geliştirebilmektedirler. Bir davranışın başarıyla yapılabileceğine ilişkin teşvik ve öğütlerle bireyin cesaretlendirilmesi de öz etkililik beklentilerinin değişmesine neden olabilmektedir (92). Servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı uygulaması sonrasında, artan farkındalığın tutum ve öz etkililiği güçlendirdiği düşünülmüştür. Araştırmanın bulgusu, literatür bulgusu ile benzer bulunmuştur.

4.5. GİRİŞİM VE KONTROL GRUBU KADINLARIN İZLEMLERE GÖRE DAVRANIŞ DEĞİŞİM AŞAMALARININ İNCELENMESİ

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki kadınların 1. izlem, 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem ve son izlemde belirlenen davranış değişim aşamalarının önce yüzde dağılımları, sonra grup içi ve en son gruplar arası karşılaştırma sonuçları incelenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki kadınların birinci izlemde davranış değişim aşamaları incelendiğinde, %17.2’sinin düşünme öncesi, %43.7’sinin düşünme, %29.7’sinin hazırlık, %9.4’ünün harekete geçme aşamasında olduğu ve sürdürme aşamasında hiçbir kadının bulunmadığı saptanmıştır. Tipik olarak risk altında bulunan

toplumlarda, kadınların %40'ının düşünme öncesi, %40'ının düşünme aşaması ve %20'sinin hazırlık aşamasında olduğu bildirilmesine rağmen, Tung ve arkadaşlarının 80 Vietnamlı Amerikan kadın üzerinde teoriler üstü modelden yararlanarak yaptıkları servikal kanser taramasında, kadınların %18.8'inin düşünme öncesi, %18.8'inin düşünme ve harekete geçme, %16.3'ünün hazırlık ve %46.3'ünün sürdürme aşamasında olduğu saptanmıştır (33, 83). Taylor ve arkadaşlarının, teoriler üstü modelden yararlanarak pap smear testi yaptırma durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri toplum tabanlı çalışmalarında, 18 yaş ve üzeri toplam 413 Kamboçyalı göçmen kadın ile görüşülmüş, araştırmaya katılanların %17'si düşünme öncesi, %7'si düşünme, %22'si hazırlık, %15'i harekete geçme ve %39'u sürdürme aşamasında bulunmuştur (77). Kim ve Jung'un, Kore'de çeşitli hastanelerde çalışan 21-49 yaşları arasında evli 387 hemşirenin pap smear testine ilişkin değişim aşamalarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin %3.9'unun düşünme öncesi, %17.8'inin düşünme, %29.5'inin hazırlık, %31.0'ının harekete geçme ve %17.8'inin sürdürme aşamasında olduğu belirlenmiştir (50). Literatür bulguları ve araştırma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda konunun ülkelere ve çalışma kapsamına alınan bireylerin özelliklerine göre değişkenlik gösterdiği düşünülmüştür.

Girişim grubunun davranış değişim aşamaları izlemlere göre incelendiğinde, 1. izlemde düşünme öncesi aşamada olanların oranı %9.4 iken bu oran giderek azalmış, son izlemde sıfıra düşmüştür. Düşünme aşamasında olanların oranı %43.8 iken bu oran da giderek azalmış, son izlemde %3.1'e (1 kişi) düşmüştür. Hazırlık aşaması incelendiğinde 1. izlemde bu aşamada olan kişilerin oranı %37.5 iken bu oran da giderek azalmış, son izlemde %12.5'e (4 kişi) düşmüştür. Bu düşüşler kadınların aşamalarında olumlu yönde değişim olduğunun göstergesidir. Harekete geçme aşamasında olanların oranı 1. izlemde %9.3 iken, bu oran giderek artmış son izlemde %62.5'e yükselmiştir. Girişim grubundaki kadınların son izlemde harekete geçme (%62.5) ve sürdürme aşaması (%21.9) oranlarının toplamı %84.4'dür. Bu bilgi ışığında araştırmada girişim grubundaki kadınların başlangıçta pap smear testi yaptırma oranlarının düşük olması nedeniyle, servikal kanser yönünden risk altında olduğu düşünülmüş, ancak son izlemde durumun olumlu yönde değiştiği görülmüştür.

Kontrol grubunun davranış değişim aşamaları izlemlere göre incelendiğinde, 1. izlemde düşünme öncesi aşamada olanların oranı %25.0 iken bu oran giderek azalmış, son izlemde %6.3'e düşmüştür. Düşünme aşamasında olanların oranı %43.8 iken bu oran da giderek azalmış, son izlemde %18.8'e (6 kişi) düşmüştür. Bu düşüşler kadınların aşamalarında olumlu yönde değişim olduğunun göstergesidir. Hazırlık aşaması incelendiğinde 1. izlemde bu aşamada olan kişilerin oranı %21.9 iken bu oran giderek artmış, son izlemde %53.1'e

(17 kişi) yükselmiştir. Harekete geçme aşamasında olanların oranı 1. izlemde %9.3 iken, bu oran giderek artmış son izlemde %18.8'e yükselmiştir. Kontrol grubundaki kadınların son izlemde harekete geçme (%18.8) ve sürdürme aşaması (%3.1) oranlarının toplamı %21.9'dur (Tablo 9, Grafik1, Grafik 2). Bu sonuçlar, 32 kişiden girişim grubunda 27 kadının, kontrol grubunda ise yedi kadının önerilen düzeyde davranış değişimi gerçekleştirdiğini göstermektedir. Servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı ve değişim aşaması temelli görüşme formlarının uygulanmasının, girişim grubundaki kadınların pap smear testi yaptırmaya yönelik davranışlarında beklendik yönde bir ilerleme gösterdiği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların değişim aşamalarında, araştırmaya dahil edilmeleri nedeni ile artan farkındalığın, girişim grubunda bulunan kadınlarla arkadaş ve komşu olmalarının ve ASM'de görev yapan aile hekimi tarafından teşvik edilmelerinin etkili olduğu düşünülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda H3 hipotezi (Son izlemde girişim grubundaki kadınların, kontrol grubundakilere göre pap smear yaptırma durumu yüksektir.) olumlu yönde desteklenmiş ve hipotez kabul edilmiştir.

Girişim grubundaki kadınların davranış değişim aşamalarının, izlemlere göre değişimini incelemek için grup içi karşılaştırmalar yapılmıştır. Girişim grubunun izlemlere göre davranış değişim aşamaları Friedman analizi ile karşılaştırılmış, bu karşılaştırma sonucunda girişim grubundaki kadınların değişim aşamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 10). Daha sonra izlemler arası farklılıkların nereden kaynaklandığını ileri analiz düzeyinde test etmek amacıyla "Benforroni düzeltmeli Wilcoxon işaretli sıra testi" kullanılmış ve toplam 10 karşılaştırma yapılmıştır. Girişim grubundaki kadınların tüm izlemler arasında, davranış değişim aşamasındaki ilerleme, istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.005$) bulunmakla birlikte, en fazla ilerlemenin olduğu karşılaştırmalar 1. izlem ile 4. izlem ($Z = -5.01$), 1. izlem ile son izlem ($Z = -4.98$) ve 2. izlem ile son izlem ($Z = -4.95$) arasındadır (Tablo 11). Bu sonuçlarda servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programının, değişim aşaması temelli görüşme formlarının uygulanmasının ve telefon ile kadınların aranmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Kontrol grubundaki kadınların değişim aşamalarının izlemlere göre değişimini incelemek için grup içi karşılaştırmalar yapılmıştır. Kontrol grubunun izlemlere göre davranış değişim aşamaları Friedman analizi ile karşılaştırılmış, bu karşılaştırma sonucunda kontrol grubundaki kadınların değişim aşamaları arasındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 12). İzlemler arası farklılıkların nereden kaynaklandığını ileri analiz düzeyinde test etmek için "Benforroni düzeltmeli Wilcoxon işaretli sıra testi" kullanılmış ve toplam 10 karşılaştırma yapılmıştır. Kontrol grubundaki kadınların 1. izlem ile 2. izlem,

2. izlem ile 3. izlem ve 3. izlem ile 4. izlemler arasında davranış değişim aşamasındaki ilerleme, istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.005$), diğer izlemler arasında davranış değişim aşamasındaki ilerleme ise istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.005$) bulunmuştur. Davranış değişim aşamasında en fazla ilerlemenin olduğu karşılaştırmalar ise 1. izlem ile son izlem ($Z=-3.92$), 4. izlem ile son izlem ($Z=-3.74$) ve 2. izlem ile son izlem ($Z=-4.95$) arasındadır (Tablo 13). Bu sonuçlarda kontrol grubundaki kadınların araştırmaya dahil edilmeleri nedeni ile artan farkındalığın, girişim grubundaki kadınlarla arkadaş ve komşu olmalarının ve ASM'de görev yapan aile hekimi tarafından teşvik edilmelerinin etkili olduğu düşünülmüştür. Kadınların servikal kanserin risk faktörlerini ve taramanın önemini yeterince bilmemelerinin pap smear testi yaptıрма davranışlarını etkilediği, dolayısıyla bu konudaki yanlış bilgilerini düzeltmenin, taramanın önemini vurgulamanın ve servikal kanser ile ilgili bilgilerini arttırmanın test yaptıрма oranını yükselttiği bilinmektedir (78, 85, 93). Araştırmanın bulguları, literatür bulgusu ile uyum göstermekle birlikte, aynı zamanda H4 hipotezini (Girişim grubundaki kadınların pap smear testi yaptıрма davranış değişim aşamalarında planlı eğitim programı sonrası anlamlı bir ilerleme vardır.) olumlu yönde desteklemiş ve hipotez kabul edilmiştir.

Kadınların değişim aşamaları girişim ve kontrol grubu arasında izlemlere göre (1. izlem, 2. izlem, 3. izlem, 4. izlem, son izlem) Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Davranış değişim aşamalarında birinci izlemde ve ikinci izlemde girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.005$). Araştırmada, servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı sonrasında (2. izlem) davranış değişim aşamalarında, girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması, konuyu bilmenin ve bilinçli olmanın pap smear testi yaptırmak için tek başına yeterli bir faktör olmadığını düşündürmüştür. Çalışmada, üçüncü izlem, dördüncü izlem ve son izlemde, girişim grubunun değişim aşamalarındaki ilerlemenin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 14). Girişim grubundaki kadınların 3. izlemde telefon ile aranmalarının, 4. izlemde yüz yüze görüşme ile teoriler üstü modelden yararlanarak hazırlanan değişim aşamalarına yönelik görüşme formlarının uygulanmasının, yine son izlemde telefon ile görüşme formlarının uygulanmasının pap smear testi yaptıрма davranışlarında oldukça etkili olduğu düşünülmüştür.

Twinn ve arkadaşlarının Hong Kong'da, kadınların servikal kanserin önlenmesi konusundaki bilgilerini artırmak ve pap smear testi yaptırmalarını teşvik etmek amacıyla uyguladıkları sağlık eğitim projesinde, öncelikle 5-13 kişilik gruplar halinde 94 katılımcı ile

odak grup görüşmesi yapılmış, kadınların servikal kanser ve taramasıyla ilgili bilgileri, bilgi gereksinimleri ve kadınların pap smear testi yaptırmalarını etkileyen engeller belirlenmiştir. Daha sonra sağlık inanç modeli yaklaşımı ile video kullanılarak ve grup tartışması yöntemi ile servikal kanserin risk faktörlerine ve korunmaya yönelik iki saatlik eğitim verilmiştir. Çalışmanın sonunda, hem ön testi hem de son testi tamamlayan 228 kadında eğitim öncesine göre anlamlı bir bilgi artışı olduğu, kadınların %20'sinin servikal kanser taramasına katıldığı, %42'sinin ise test yaptırmaya niyetli olduğu rapor edilmiştir (85). Lam ve arkadaşlarının çalışmalarında, Amerika'da yaşayan Vietnamlı kadınların pap smear testi yaptırmalarını sağlamak amacıyla, 200 kadına medya aracılığı ile (Vietnam dilinde yayın yapan 3 kanalda, 3 ay süre ile haftada 2-3 kez eğitim yayını), 200 kadına ise kadınların kültürünü tanıyan bir eğitici tarafından eğitim verilmiştir. Yapılan eğitimden 3 ay sonra, kadınların servikal kanser konusunda farkındalıkları, bilgileri ve test yaptıрма durumları incelendiğinde, pap smear testi yaptıрма oranının eğitimci tarafından eğitim alan kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur (52). Arevian ve arkadaşlarının çalışmalarında, Amerika'da yaşayan 176 Lübnanlı kadına bir yıl süresince servikal kanser hakkında farkındalıklarını artırmaya yönelik; konferans, tartışma ve eğitim broşürü, konu ile ilgili radyo programı ve ücretsiz smear kartı dağıtılması gibi yöntemlerin birlikte kullanıldığı sağlık eğitimi verilmiştir. Yapılan değerlendirmede, kadınların farkındalıklarının, bilgilerinin ve pap smear testi yaptıрма oranlarının arttığı belirlenmiştir (4). Somkin ve arkadaşlarının, son üç yıl içinde tarama yaptırmayan kadınların mamografi ve pap smear testi yaptıрма oranlarını artırmak için yaptıkları çalışmada, davet mektubu gönderilenlerin gönderilmeyenlere göre, mektup ve hatırlatıcı kart gönderilenlerin sadece mektup gönderilenlere göre daha fazla taramaya katıldıkları saptanmıştır. Pap smear testi yaptıрма oranı, bir müdahale uygulanmayan grupta %9.1, mektup ile davetiye gönderilenlerde %19.4, mektup ve hatırlatma yapılanlarda %22.8 olarak bulunmuştur (72). Türkiye'de, son yıllarda servikal kanserin önlenmesine yönelik tarama faaliyetleri artmıştır. Bu kapsamda halkı bilgilendirme, taramaya davet etme, ücretsiz pap smear testi yaptıрма gibi uygulamalar birçok sağlık kuruluşu, Şanlıurfa, Van, Diyarbakır, Erzurum projeleri ve KETEM'ler kanalı ile büyük bir sağlık ekibi tarafından gerçekleştirilmektedir (47). Araştırmada servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı ve değişim aşaması temelli görüşme formlarının uygulanmasının kadınların pap smear testi yaptırmaya yönelik davranışlarında beklendik yönde bir ilerleme gösterdiği belirlenmiştir. Araştırma bulguları, literatür bulguları ile benzer şekilde, girişim grubuna uygulanması amacıyla geliştirilen yöntemlerin, birden fazla müdahaleyi içermesinin, kadınların pap smear testi yaptırmalarını engelleyen ve kolaylaştıran faktörlerin belirlenmesine, aynı zamanda engellerin

azaltılmasına imkan sağladığı, kadınların bilgilerini arttırmada ve pap smear testi yaptırmalarını sağlamada etkili olduğu saptanmıştır.

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Kadınlarda, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ve davranış geliştirmede planlı eğitim programının etkililiğini değerlendirmek amacıyla yürütülen bu çalışmanın sonuçları şunlardır;

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubu kadınların sosyo demografik özelliklerinden yaş grubu, yaş ortalaması, medeni durumu, sağlık güvencesi, sağlık güvence tipi, meslekleri, gebelik sayıları ve çocuk sahibi olma durumları arasında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0.05$), her iki grubun homojen olduğu görülmüştür. Genel olarak kadınların %32.8'inin 41-46 yaş grubunda olduğu, yaş ortalamasının 47.65 ± 7.58 (min-maks:35-63) olduğu, %78.1'inin ilkokul mezunu ve %84.3'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların, servikal kanser konusunda eğitim alma, servikal kanser konusunda eğitim alınan yer, servikal kanser aşısını duyma, servikal kanser aşısını yaptıрма ve arkadaşlarında servikal kanser olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), her iki grubun servikal kanser ile ilgili özellikler yönünden homojen olduğu belirlenmiştir. Genel olarak kadınların %14.1'inin daha önce servikal kanser konusunda eğitim aldığı saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki kadınların servikal kanser risk faktörleri (ilk evlik yaş ortalaması, evlilik sayısı, çocuk sayısı vb.) karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış ($p>0.05$), her iki grubun servikal kanser risk faktörleri ile ilgili özellikler yönünden homojen olduğu belirlenmiştir. Genel olarak kadınların, ilk evlilik yaş ortalamasının 18.89 ± 3.01 (min-maks:14-27) olduğu, %54.7'sinin gelirini giderinden az olarak ifade ettiği, %90.6'sının daha önce pap smear testi yaptırmadığı, %53.1'inin daha önce üreme organları ile ilgili bir enfeksiyon hastalığı geçirdiği ve %59.4'ünün ise sigara kullandığı belirlenmiştir.

Kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde, birinci izlemde girişim grubunun almış olduğu puan ortalaması

92.90±7.76 iken, kontrol grubu kadınlarında bu değer 86.50±7.74'dür. Toplam ölçek puan ortalamalarında, 1. izlemde girişim grubunun toplam ölçek puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. İkinci izlemde, girişim grubunun almış olduğu toplam ölçek puan ortalaması 114.68±10.31 iken, kontrol grubu kadınlarında bu değer 96.65±9.35'dir. Toplam ölçek puan ortalamalarında, 2. izlemde girişim grubunun toplam ölçek puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($p<0.001$) belirlenmiştir.

Kadınların 1. izlem-2. izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamalarının farkı incelendiğinde, girişim grubu kadınlarının 2. izlem toplam ölçek puan ortalamasının 1. izleme göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubu kadınlarının 2. izlem toplam ölçek puan ortalamasının 1. izleme göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu sonuçlar dikkate alınarak “ikinci izlemde girişim grubundaki kadınların, kontrol grubundakilere göre servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamaları yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Kadınların öz etkililik ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde, girişim ve kontrol grubunda son izlemde öz etkililik ölçeği puan ortalamasının arttığı, girişim grubunun toplam ölçek puan ortalamasının ve izlemlerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Bu sonuçlar dikkate alınarak “son izlemde girişim grubundaki kadınların, kontrol grubundakilere göre öz etkililik puan ortalamaları daha yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların 1. izlem ve 2. izlem servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalamaları ile öz etkililik ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, 2. izlemde servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği puan ortalaması arttıkça, öz etkililik ölçeği puan ortalamasının da arttığı, hem girişim grubunda ($p<0.001$), hem de kontrol grubunda ($p<0.05$) istatistiksel olarak pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Davranış değişim aşamaları izlemlere göre incelendiğinde, girişim grubunda düşünme öncesi, düşünme ve hazırlık aşamalarının oranında düşüş, harekete geçme ve sürdürme aşamalarının oranında önemli bir artış olduğu görülmüştür. Girişim grubundaki kadınların son izlemde harekete geçme (%62.5) ve sürdürme aşaması (%21.9) oranlarının toplamı %84.4'dür. Bu bilgi ışığında araştırmada girişim grubundaki kadınların başlangıçta pap smear

testi yaptırma oranlarının düşük olması nedeniyle, servikal kanser yönünden risk altında olduğu düşünülmüş, ancak son izlemde durumun olumlu yönde değiştiği görülmüştür. Kontrol grubunun davranış değişim aşamaları izlemlere göre incelendiğinde, düşünme öncesi ve düşünme aşamalarının oranında düşüş, hazırlık, hareke geçme ve sürdürme aşamalarının oranında bir artış olduğu dikkat çekmiştir. Kontrol grubundaki kadınların son izlemde harekete geçme (%18.8) ve sürdürme aşaması (%3.0) oranlarının toplamı %21.8'dir. Bu sonuçlar, 32 kişiden girişim grubunda 27 kadının, kontrol grubunda ise 7 kadının önerilen düzeyde davranış değişimi gerçekleştirdiğini göstermektedir. Buna göre “son izlemde girişim grubundaki kadınların, kontrol grubundakilere göre pap smear yaptırma durumu yüksektir” hipotezi kabul edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki kadınların davranış değişim aşamalarının izlemlere göre değişimi, toplam 10 grup içi karşılaştırma yapılarak incelendiğinde, girişim grubunun izlemler arası davranış değişim aşamasındaki ilerleme istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.005$). Girişim grubundaki tüm izlemler arasında, en fazla ilerlemenin olduğu karşılaştırmaların 1. izlem ile 4. izlem ($Z = -5.01$), 1. izlem ile son izlem ($Z = -4.98$) ve 2. izlem ile son izlem ($Z = -4.95$) arasında olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ise 1. izlem ile 2. izlem, 2. izlem ile 3. izlem ve 3. izlem ile 4. izlemler arasında davranış değişim aşamasındaki ilerleme, istatistiksel olarak anlamsız ($p > 0.005$), diğer izlemler arasında davranış değişim aşamasındaki ilerleme ise istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.005$) bulunmuştur. Davranış değişim aşamasında en fazla ilerlemenin olduğu karşılaştırmaların ise 1. izlem ile son izlem ($Z = -3.92$), 4. izlem ile son izlem ($Z = -3.74$) ve 2. izlem ile son izlem ($Z = -3.49$) arasında olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar dikkate alınarak “girişim grubundaki kadınların pap smear testi yaptırma davranış değişim aşamalarında planlı eğitim programı sonrası anlamlı bir ilerleme vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubu kadınların izlemlere göre davranış değişim aşamalarının gruplar arası karşılaştırması incelendiğinde, birinci izlemde ve ikinci izlemde davranış değişim aşamalarında girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.005$), üçüncü izlem, dördüncü izlem ve son izlemde, girişim grubunun davranış değişim aşamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Tüm sonuçlar incelendiğinde, kadınlarda, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ve davranış geliştirmede planlı eğitim programı sonucunda, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, girişim grubundaki kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarının ve öz etkililiklerinin olumlu yönde geliştiği, pap smear yaptırma davranışının

arttığı, davranış değişim aşamalarında ilerleme kaydedildiği saptanmıştır. Servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ve davranış geliştirmede planlı eğitim programının etkili ve yararlı olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmanın sonuçları teoriler üstü model ile uyumlu bulunmuştur.

5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda uygulamaya ve araştırmaya yönelik olmak üzere iki grup halinde aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Sağlık personeli tarafından yapılan eğitimlerde güven verici bir iletişim ortamının sağlanması, erken tanıya gereken duyarlılığın gösterilmesi ve sağlık kurumlarında taramayı motive edici ortamların hazırlanması,
- Toplum tabanlı sağlığı geliştirme programları yürütülecekse öncelikle riskli grupların belirlenmesi,
- Kadınların, gelecekte düzenlenmesi planlanan tarama programlarına, etkin katılımlarının sağlanması için, birden fazla yöntemle (Örneğin; Davet mektubu, telefon ile arama vb.) katılımın desteklenmesi,
- Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli tarafından, her fırsatta kadınlara servikal kanser risk faktörlerinden korunmaları, düzenli jinekolojik muayene olmaları ve pap smear testi yaptırmaları konusunda eğitim verilmesi,
- Eğitimler sırasında kadınların sosyodemografik özelliklerinin ve sağlık inançlarının dikkate alınması,
- Eğitimlerle, bireylerin davranış değişiminin önündeki engelleri düşünmeleri ve fark etmelerinin sağlanması,
- Davranış değişiminin aşamalı, devamlı ve dinamik bir süreç olması nedeni ile değişim aşaması temelli uygulamalara öncelik verilmesi,
- Araştırma kapsamına alınan kadınlar arasında, pap smear testi yaptırma oranlarının düşük olma nedenlerinin nitel araştırmalar ile belirlenmesi,
- Araştırmacının, bölge insanının yaşam şeklini, davranış biçimini, aile yaşantısını ve dini özelliklerini gözlemesinin veri toplama sürecinde, bireylerle iletişim kurmasını kolaylaştırması,
- Aile hekimleri ile işbirliği yapılması ve araştırmaya yönelik eğitimlerin aile sağlığı merkezlerinde verilmesi ile bireylerin araştırmaya katılım devamlılığının sağlanması,

- Araştırmada kullanılan “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programı” kitapçığının hemşireler tarafından kullanılması önerilebilir.

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Araştırma bulgularının daha sonra yapılacak olan araştırmalarda veri kaynağı olarak kullanılması,
- Bu araştırma modelinin farklı sosyo-ekonomik ve kültürel geçmişleri olan daha büyük örneklem gruplarında uygulanması,
- Girişim ve kontrol gruplu yarı deneysel araştırmalarda, grupların birbirinden etkilenmesini önleyecek düzenlemelerin yapılması,
- Teoriler üstü modelin, servikal kanserin erken tanısına ilişkin araştırmalarda kullanımının arttırılması,
- Pap smear testi yaptırma oranlarını arttırmaya yönelik farklı girişimlerin etkilerinin uzun dönem izlenmesi,
- Öz etkililik ölçeğinin kullanımının yaygınlaştırılması,
- Servikal kanserin erken tanısını arttırmaya yönelik teori temelli ve nitel çalışmaların yapılması sağlanmalıdır.

BÖLÜM VI

ÖZET

Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ve Davranış Geliştirmede Planlı Eğitim Programının Etkililiği

Bu araştırma, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ve davranış geliştirmede planlı eğitim programının etkililiğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiş, ön-test son-test kontrol gruplu izlem araştırmasıdır.

Araştırma, Şubat-Eylül 2010 tarihleri arasında Çiğli Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 11 Nolu Büyük Çiğli Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Bölgedeki 35-64 yaş grubundaki 581 kadına, servikal kanser riski değerlendirme formu uygulanarak en yüksek risk puanına sahip toplam 108 kişi belirlenmiştir. Bu gruptan yedi özellik (yaş, eğitim, meslek, servikal kanser aşısını yaptıрма, pap smear testi yaptıрма, kronik hastalığı olma ve risk puanı) yönünden homojenlik sağlanarak 32 kişi girişim, 32 kişi kontrol olmak üzere toplam 64 kişi oluşturulmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak “Servikal Kanser Riski Değerlendirme Formu”, “Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerini Belirleme Formu”, “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”, “Öz Etkililik Ölçeği”, “Davranış Değişim Aşaması Tanılama Formu”, “Telefon Görüşme Formu”, “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programı” ve “Değişim Aşaması Temelli Görüşme Formu” kullanılmış ve veriler beş izlemde toplanmıştır. Girişim grubundaki bireylere, birinci izlem sonrasında toplam 2 hafta süren servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı, dördüncü izlemde yüz yüze görüşme ile değişim aşaması temelli görüşme formları ve son izlemde telefon ile değişim aşaması temelli görüşme formları uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için katılımcıların gönüllülüğü esas alınarak, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulundan ve Çiğli Sağlık Grup Başkanlığından izin alınmıştır.

Servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı sonrasında, girişim grubunun servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ölçeği toplam puan ortalamasının

kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($p<0.001$), girişim ve kontrol grubunun 1. izlem-2. izlem farkının istatistiksel olarak her iki grupta da ileri derecede anlamlı olduğu, 2. izlemin toplam ölçek puan ortalamasının 1. izleme göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Girişim ve kontrol grubu bireylerin son izlemde öz etkililik ölçeği puan ortalamasının arttığı, girişim grubunun toplam ölçek puan ortalamasının ve izlemlerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programı ve değişim aşaması temelli görüşme formu uygulanması sonrasında girişim grubundaki bireylerin %62.5'i harekete geçme, %21.9'u sürdürme aşamasına ulaşmış, bir başka deyişle %84.4'ü pap smear testi yaptırır hale gelmiştir. Son izlemde, girişim grubunun davranış değişim aşamalarındaki ilerlemenin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ve davranış geliştirmede “Sağlık İnancı Modeli” ve “Teoriler Üstü Model” temelli gerçekleştirilen hemşirelik girişimlerinin, bireylerin pap smear testi yaptırma davranışlarında etkili ve yararlı olduğu sonucuna varılmış, davranış değişiminin aşamalı, devamlı ve dinamik bir süreç olması nedeni ile değişim aşaması temelli uygulamalara öncelik verilmesi önerisinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tutum, davranış değişimi, öz etkililik, pap smear.

ABSTRACT

Efficacy of the planned educational program on the attitude and behavior development for the early diagnosis of cervical cancer

This research was made to determine the efficacy of the planned educational program on the attitude and behavior development in the early diagnosis of cervical cancer and it is a pre-test post-test follow-up research with a control group.

Research was made in the Cigli Family Health Care Center No. 11, which is connected to the Cigli Health Group Presidency, between February-September 2010. 581 women in the 35-64 age group in the area was applied a cervical cancer risk evaluation survey and 108 women with the highest risk scores were determined. Among this group 64 women were selected by obtaining the homogeneity of several variables (such as age, educational status, job, having cervical cancer vaccination status, having pap smear test status, having a chronic disease status and risk score) and these were separated into two groups; 32 of them being the intervention group and 32 of them being the control group. "Cervical Cancer Risk Evaluation Survey", "Determination of the Descriptive Properties of Woman Survey", "Attitude Scale for the Early Diagnosis of Cervical Cancer", "Self-Efficacy Scale", "Attitude Change Level Prognosis Survey", "Telephone Interview Survey, "Planned Educational Program for the Early Diagnosis of Cervical Cancer" and the "Change Level Permanent Interview Survey" were used as data collection tools in the study and data were collected in five rounds of follow-up. Planned educational program for the early diagnosis of cervical cancer which took 2 weeks was applied to the individuals after the first round and face-to-face interviews with change level permanent interview survey were applied after the fourth round and phone interviews with change level permanent interview survey were applied in the last round of follow-up. SPSS 15.0 software package program was used in the analysis of data. For the application of the research, permission was granted from the Ethics Board of the Ege University Nursing School and Cigli Health Care Group Headship.

After the planned educational program for the early diagnosis of cervical cancer, it was determined that the mean score of the intervention group was higher than the mean score of the control group and this difference was determined to be statistically significant ($p < 0.001$), the difference between the mean scores of 1st round and 2nd round between the intervention and control groups were determined to be statistically significant in both groups and the mean

score of the 2nd round was determined to be higher than the mean score of the 1st round of follow-up ($p<0.001$).

It was determined that the self efficacy scale mean scores of the individuals in the intervention and control groups increased in the last round of follow-up and the mean score of the intervention group and their follow-up were found to be higher compared to the control group and this difference was determined to be statistically significant ($p<0.001$).

After the planned educational program for the early diagnosis of cervical cancer survey and the change level permanent interview survey were applied, it was determined that %62.5 of the individuals in the intervention group reached to the taking action stage, %21.9 of them reached to the continuance stage and in other words, %84.4 of them could have pap smear tests. In the last round of follow-up, it was determined that the progression in the behavioral change stages was higher in the intervention group compared to the control group and this difference was found to be statistically significant ($p<0.001$).

“Health Belief Model” and “Transtheoretical Model” were found to be efficient and beneficial for the individuals behaviors to have pap smear test in the aspect of their attitude and behavioral development about the early diagnosis of cervical cancer and due to the fact that behavioral change is a gradual, continuous and dynamic process, it is advised that we should focus on the permanent application of the change stage.

Key words: Attitude, behavioral change, self-efficacy, pap smear.

ÖZGEÇMİŞ

Özlem ASARKAYA, 20.11.1978 İzmir doğumludur. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 1999 yılında mezun olmuştur. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Reanimasyon Kliniğinde hemşire olarak görev yaptığı 2000 yılında, Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programına da başlamıştır. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'da 2001-2003 yılları arasında Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.'da araştırma görevlisi olarak çalışmış ve yüksek lisansını tamamlayarak 2003 yılında doktora programına başlamıştır. Özel bir hastanede 2004 yılında çalışmaya başlamış, yönetim ile ilgili çeşitli görevlerde bulunmuş ve halen hemşirelik hizmetleri müdürü olarak görevine devam etmektedir.

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Akdur R. (1993). Kanser Epidemiyolojisi ve Kanserden Korunma İlkeleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 3:4, 1-12.
2. Akhan S.E. (2007). Ülkemizde Servikal Kanser Epidemiyolojisi ve HPV Serotipleri, ANKEM Dergisi, 21:2, 96-98, <http://www.ankemdernegei.org.tr> (Erişim tarihi: 01.11.2010).
3. American Cancer Society (2008). What Are the Risk Factors for Cervical Cancer?, <http://www.cancer.org> (Erişim tarihi: 14.12.2010).
4. Arevian M., Nouredddine S., Khasholian K.T. (2006). Raising Awareness and Providing Free Screenig Improves Cervical Cancer Screening Among Economically Disadvantaged Lebanese/Armenian Women, Journal of Transcultural Nursing, 17:4, 357-364, <http://tcn.sagepub.com> (Erişim tarihi: 24.01.2011).
5. Aydoğdu N.G., Bahar Z. (2011). Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4:1, 34-40, <http://www.deu.edu.tr> (Erişim tarihi: 09.09.2011).
6. Ayhan A., Dursun P., Kuşçu E. ve ark. (2009). Prevalence of Cervical Cytological Abnormalities in Turkey, International Journal Gynecology&Obstetrics, 106:3, 206-209.
7. Ayinde O.A., Omigbodun A.O. (2003). Knowledge, Attitude and Practices Related to Prevention of the Cervix Among Female Health Workers in Ibadan, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 23:1, 59-62.
8. Baltaş Z. (2000). Sağlık ve Hastalık Kavramlarına Çağdaş Yaklaşımlar, Sağlık Psikolojisi Halk Sağlığında Davranış Bilimleri, Remzi Kitabevi, İstanbul, 32-46.
9. Baykal C., Guillon A.B., Davies P. (2006). Servikal Kanserden Korunmak İçin Bilmeniz Gereken Herşey, Avrupa Servikal Kanser Birliği Kitapçığı, 1-16, <http://www.ecca.info> (Erişim tarihi: 05.12.2010).

10. Bilge A., Çam O. (2008). Kanseri Önlemede Önemli Bir Faktör Olarak Kadınların Stres İle Başa Çıkma Tarzları ve Sağlık İnanışlarının İncelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 16-21.
11. Boonpongmanee C., Jittanoon P. (2007). Predictors of Papanicolaou Testing in Working Women in Bangkok, Thailand, *Cancer Nursing*, 30:5, 384-389.
12. Burak L.J., Meyer M. (1997). Using the Health Belief Model to Examine and Predict Collage Women's Cervical Cancer Screening Belief and Behavior, *Health Care for Woman International*, 18:3, 251-262.
13. Burbank P.M., Reibe D., Padula C.A. and et all. (2002). Exercise and Older Adults: Changing Behavior with the Transtheoretical Model, *Orthopedic Nursing*, 21:4, 51-61.
14. Campbell E., Redman S., Moffitt P., and et all. (1996). The Relative Effectiveness of Educational and Behavioral Instruction Programs for Patients with NIDDM: A Randomized Trial, *Diabetes Educator*, 22, 379-386.
15. Catharine H., Brooks J., Lewis M.A., and et all. (2002). Self Efficacy Impacts Self Care and HbA1c in Young Adults With Type 1 Diabetes, *Psychosomatic Medicine*, 64:43, 43-51.
16. Çam O., Engin E. (2006). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerde Farkındalık Eğitiminin Bireysel Performans Standartlarına Etkisi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 82-91.
17. Çam O., Gümüş A.B. (2006). Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Davranışlarını Etkileyen Psikososyal Faktörler, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 22:1, 81-93.
18. Çan G. (2006). Epidemiyolojik Araştırmalarda Risk Kavramı ve Risk Değerlendirmesi, *TAF Preventive Medicine Bullettin*, 5:5, 374-381.
19. Çenesiz E., Atak N. (2007). Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli İle Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6:6, 427-434.
20. Demirel Ö. (2002). Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Program Geliştirme 4. Baskı, Pegem A Yayıncılık, Ankara, 47-199.
21. Eser S.Y. (2007). (Ed: Tuncer A.M.). Türkiye’de Kanser İnsidansı, Türkiye’de Kanser Kontrolü, Onur Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 17-46, <http://www.ukdk.org> (Erişim tarihi: 10.12.2010).
22. Esin N. (1998). Türk Kadınlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi, VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Uluslararası Katılımlı), Kongre Kitabı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana, 52-55.

23. European Cervical Cancer Association (2006). What is Cervical Cancer? <http://www.ecca.info> (Erişim tarihi: 15.12.2010).
24. Ferlay J., Bray P., Pizani P., and et all. (2004). GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC Cancer Base No:5, Version:20 IARCPress, Lyon.
25. Gakidou E., Nordhagen S., Obermeyer Z. (2008). Coverage of Cervical Cancer Screening in 57 Countries: Low Average Levels and Large Inequalities. PLOS Medicine, 5, 863–868.
26. Glanz K., Rimer B.K. (2005). Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice (Second Edition), National Cancer Institute, 13-14, <http://www.cancer.gov> (Erişim tarihi: 03.01.2011).
27. GlaxoSmithKline İlaçları A.ř. (2008). Serviks Kanseriinde Ekonomik Yk, <http://www.servikskanseri.com> (Erişim tarihi: 08.12.2010).
28. Goudie B.J. (2001). Study to Test Nursing Smoking Cessation Interventions on the Stage of Behavior Change of Smokers, Master Thesis, Grand Valley State University, Kirkhof School of Nursing.
29. Gkaslan H., Uyar E.E. (2004). Pap Smear İle Servikal Kanseri Taraması, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 8:3, 105-110.
30. Green A., Purdie D., Bain C., and et all. (2001). Cigarette Smoking and Risk of Epithelial Ovarian Cancer (Australia), Cancer Causes and Control, 12:8, 713-719.
31. Guidozi F. (1996). Screening for Cervical Cancer, Obstetric and Gynecologic Survey 51:4, 247-252.
32. Güler Z. (2009). Adana KETEM’de Pap Smear Yapılan Olguların Değerlendirilmesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı, Kanseri Haftası Sempozyum Sunumları, <http://www.kanser.gov.tr> (Erişim tarihi: 31.08.2011).
33. Güngör İ., şahin H.N. (2006). Sağlığın Geliştirilmesinde Kullanılan Temel Davranış Değiştirme Kuram ve Modelleri, Hemşirelik Forumu Dergisi, Mayıs-Haziran-Temmuz-Ağustos, 6-13.
34. Gr E. (2003). Sağlam ocuk İzlemi, İ.. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sağlam ocuk İzlemi Sempozyum Dizisi No:35, 9-16.
35. Gynecologic Cancer Foundation (2009). National Cervical Cancer Public Education Campaign, Educational Presentations, <http://www.cervicalcancercampaign.org> (Erişim tarihi: 28.12.2010).

36. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara.
37. Hansen L.K., Feigl P., Modiano M.R., and et all. (2005). An Educational Program to Increase Cervical and Breast Cancer Screening in Hispanic Women, *Cancer Nursing*, 28:1, 47-53.
38. Hatipoğlu A.A. (2007). (Ed: Tuncer A.M.), *Kanserde Erken Tanı ve Tarama Problemleri, Türkiye’de Kanser Kontrolü*, Onur Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 381-388, <http://www.ukdk.org> (Erişim tarihi: 10.12.2010).
39. Holroyd E., Twinn S., Adab P. (2004) Socio-cultural Influences on Chinese Women’s Attendance for Cervical Screening, *Journal of Advanced Nursing*, 46:1, 42-52.
40. Hou S., Fernandez M.E., Baumler E. (2002). Effectiveness of an Intervention to Increase Pap Test Screening Among Chinese Women in Taiwan, *Journal of Community Health*, 27:4, 277-290.
41. Irmak O. (2005). Kanser Nedir?, <http://www.bilkent.edu.tr> (Erişim tarihi: 06.12.2008).
42. Islam N., Kwon SC., Senie R., and et all. (2006). Breast and Cervical Cancer Screening Among South Asian Women in New York City, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 8:3, 211–221.
43. Kağıtçıbaşı Ç. (1999). *Yeni İnsan ve İnsanlar, Sosyal Psikolojiye Giriş* 10. Basım, Evrim Yayınevi ve Bilgisayar San. Tic. Ltd. Şti., İstanbul.
44. Kalyoncu C., Işıklı B., Özalp S. ve ark. (2003). Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları, *Sağlık ve Toplum*, 13, 60-66.
45. Kamaluddin M. (1999). Cancer Cervix-A Retrospective Study, *J. Prev. Soc.Med.*, 18:1, 30-34.
46. Kaya F., Ünüvar R., Bıçak A. ve ark. (2008). Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7:1, 59-64.
47. Kaya M., Akın A. (2009). Halk Sağlığı Yaklaşımı İle Servikal Kanser, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, HÜKSAM Yayınları, Ankara.
48. Keskin G.Ü. ve Orgun F. (2006). Öğrencilerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 92-99.

49. Köse F., Özgül N. (2007). (Ed: Çiçek N. ve Mungan T.), İnvaziv Serviks Kanseri, Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 725-743.
50. Kim H.W., Jung Y.Y. (2010). Relating Factors in Pap Smear by Stages of Change among Married Nurses, Korean Journal of Women Health Nursing, 16:4, 317-325, <http://synapse.koreamed.org> (Erişim tarihi: 11.09.2011).
51. Kurdoğlu Z., Kurdoğlu M., Gelir G.K. ve ark. (2009). Van Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi'ne Ait Serviks ve Meme Kanserlerini Tarama Programı Sonuçları, Van Tıp Dergisi, 16:4, 119-123.
52. Lam T.K., McPhee S.J., Mock J. and et all. (2003). American Women to Obtain Pap Test Through Lay Health Worker Outreach and Media Education, The Journal General International Medicine, 18:5, 16-24, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Erişim tarihi: 23.06.2011).
53. Lechner L., Vries H. ve Offermans N. (1997). Participation in a Breast Cancer Screening Program: Influence of Past Behavior and Determinants on Future Screening Participation, Preventive Medicine 26, 473-482.
54. Markovic M., Kesic V., Topic L., and et all. (2005). Barriers to Cervical Cancer Screening: A Qualitative Study with Women in Serbia, Social Science & Medicine, 61, 2528-2535.
55. McFarland D.M. (2003). Cervical Cancer and Pap Smear Screening in Botswana: Knowledge and Perceptions, International Nursing Review, 50:3, 167-175.
56. Moreira E.D., Oliveira B.G., Ferraz F.M. and et all. (2006). Knowledge and Attitudes About Human Papillomavirus, Pap Smears, and Cervical Cancer Among Young Women in Brazil: Implications for Health Education and Prevention, International Journal of Gynecological Cancer, 16:2, 599-603.
57. Nahcivan N.Ö., Seçginli S. (2003). Meme Kanseriinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003, 7:1, 33-38, <http://www.cumhuriyet.edu.tr> (Erişim tarihi: 26.12.2010).
58. Nural N., Akdemir N. (2000). Dahiliye Servislerinde Yatan Hastalarda Kanseri Risk Faktörleri ve Erken Tanı Belirtilerinin Saptanması, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4:2, 1-13.

59. Ortaç F., Taşkın S. (2007). (Ed: Çiçek N. ve Mungan T.), Erken Evre Serviks Kanseri, Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 721-724.
60. Ozan Y.D. (2007). Farklı Meslek Gruplarına Mensup 15-65 Yaş Arası Kadınların, Meme ve Serviks Kansерinden Korunma İle İlgili Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır.
61. Özgül N. (2007). (Ed: Tuncer A.M.), Türkiye’de Serviks Kansерinin Durumu ve Servikal Kansер Tarama Çalışmaları, Türkiye’de Kansер Kontrolü, Onur Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 349-358, <http://www.ukdk.org> (Erişim tarihi: 10.12.2010).
62. Özmen D. (2004). Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı İle Servikal Kansерin Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
63. Özmen D., Özkahraman Ş., Çetinkaya A. ve ark. (2009). Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı İle Kadınların Servikal Kansерin Erken Tanısına Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi, 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas.
64. Özsoy H.M. (2007). (Ed: Çiçek N. ve Mungan T.), Genital Kansерlerde Tarama, Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 691-700.
65. Park S., Chang S., Chung C.W. (2005). Effects of a Cognition-Emotion Focused Program to Increase Public Participation in Papanicolaou Smear Screening, Public Health Nursing, 22:4, 289-298.
66. Pınar G., Algier L., Doğan N. ve ark. (2008). Jinekolojik Kansерli Bireylerde Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 4:18, 208-216.
67. Redding C.A., Rossi J.S., Rossi S.R., and et all. (2000). Health Behavior Models, The International Electronic Journal of Health Education, 3, 180-193.
68. Sakallı N. (2001). Sosyal Etkiler-Kim Kimi Nasıl Etkiler?, İmge Kitabevi, Ankara.
69. Savaş N. (2007). Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri ve Erken Tanı, www.hataysm.saglik.gov.tr (Erişim tarihi: 13.12.2008).
70. Schwarz T.F. (2007). Human Papillomavirus-16/18 Candidate Vaccine Adjuvanted with AS04 and Its Impact on the Incidence of Cervical Cancer, Expert Review of Obstetrics and Gynecology, 2:3, 293-303, <http://www.expert-reviews.com> (Erişim tarihi: 09.12.2008).
71. Sharma M. and Romas J.A. (2010). Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion, Second Edition, USA, 95-120.

72. Somkin C.P., Hiatt R.A., Hurley L.B. (1997). The Effect of Patient and Provider Reminders on Mammography and Papanicolaou Smear Screening in a Large Health Maintenance Organization, Archives of Internal Medicine, 157, 1658-1664, <http://archinte.ama-assn.org> (Erişim tarihi: 14.11.2010).
73. Sood A.K. (1991). Cigarette Smoking and Cervical Cancer: Meta-Analysis and Critical Review of Recent Studies, American Journal of Preventive Medicine, 7:4, 208-213.
74. şahin D. (2009). Kırklareli Devlet Hastanesi'nde alışan Sağlık Personelinin ve Hastaneye Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanseler Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
75. Taşkın L. (2003). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, VI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 537-589.
76. Tatar M., şahin İ. (2007). (Ed: Tuncer A.M.), Türkiye'de Kanser Harcamaları, Türkiye'de Kanser Kontrolü, Onur Matbaacılık Ltd. şti., Ankara, 131-154, <http://www.ukdk.org> (Erişim tarihi: 10.12.2010).
77. Taylor V.M., Jackson J.C., Yasui Y., and et all. (2000). Pap Testing Stages of Adoption among Cambodian Immigrants, Asian American & Pacific Islander Journal of Health, 8:1, 58-68, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Erişim tarihi: 09.09.2011).
78. Temel H. (2008). Sivas İl Merkezinde Yaşayan 35 Yaş Ve Üzeri Kadınların Serviks Kanseri Ve Erken Teşhis Yöntemi Olan Pap Testi Hakkındaki Bilgi, Tutum Ve Davranışları, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği A.D., Aile Hekimliği Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Sivas.
79. Tezcan S. (1992). Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Yayın No: 92/1, Ankara, 101-103.
80. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı (2007). Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları, <http://www.saglik.gov.tr> (Erişim tarihi: 08.12.2010).
81. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014), Sağlık Bakanlığı Yayın No: 816, Ankara.
82. Tuncer A.M. (2007). (Ed: Tuncer A.M.), Kanserın Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları, Türkiye'de Kanser Kontrolü, Onur Matbaacılık Ltd. şti., Ankara, 5- 8, <http://www.ukdk.org> (Erişim tarihi: 10.12.2010).

83. Tung W.C., Nguyen D.H.T., Tran D.N. (2008). Applying the Transtheoretical Model to Cervical Cancer Screening in Vietnamese-American Women. *International Nursing Review*, 55, 73–80.
84. Tümer A. (2007). Fiziksel Aktiviteyi Arttırmada Değişim Aşaması Temelli Bireysel Danışmanlık Girişiminin Etkililiği, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.
85. Twinn S. (2001). The Evaluation of the Effectiveness of Health Education Interventions in Clinical Practice: A Continuing Methodological Challenge, *Journal of Advanced Nursing*, 34:2, 230-237, <http://onlinelibrary.wiley.com> (Erişim tarihi: 01.09.2011).
86. Uyanıkoğlu H. (2006). Servikal Kanser Taramasında Asetikasit Sonrası İncelemlerle (VIA) , Servikal Smear'ın Karşılaştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, <http://www.istanbulsaglik.gov.tr> (Erişim tarihi: 15.02.2010).
87. Velicer W.F., Prochaska J.O., Fava J.L., and et all. (1998). Smoking Cessation and Stress Management: Applications of the Transtheoretical Model of Behavior Change Homeostasis, 38, 216-233, <http://www.uri.edu> (Erişim tarihi: 20.12.2010).
88. Vural KB. (1998). Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2:2, 39.
89. Yardım N., Mollahaliloğlu S. (2007). (Ed: Tuncer A.M.), Türkiye’de Kanser Durumu ve Uluslararası Göstergeler İle Uyumunun Değerlendirilmesi, Türkiye’de Kanser Kontrolü, Onur Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 113-130, <http://www.ukdk.org> (Erişim tarihi: 10.12.2010).
90. Yaren A., Özkınç G., Güler A. ve ark. (2007). Awareness of Breast and Cervical Cancer Risk Factors and Screening Behaviours among Nurses in Rural Region of Turkey, *European Journal of Cancer Care*, 1-7.
91. Yeşilbalkan Ö. (2001). Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendilerine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
92. Yılmaz M., Köseoğlu P., Gerçek C. ve ark. (2004). Yabancı Dilde Hazırlanan Bir Öğretmen Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 27, 260-267.

93. Yücel U. (2006). Kadınlara Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
94. World Health Organization (2002). The World Health Report (2002). Reducing Risk, Promoting Healthy Life, Geneva, <http://epsl.asu.edu> (Erişim tarihi: 15.02.2010).

Ek I

SERVİKAL KANSER RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU

Aşağıdaki anket formu Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği AD. doktora tez çalışması olup erken tanı ile tedavi şansı çok yüksek olan servikal (rahim ağzı) kanserlerin önlenmesi ve servikal kanserle ilgili olumsuz tutumların değiştirilmesine yönelik olarak planlanmıştır. Formda yer alan soruları doğru biçimde yanıtlamanız araştırmanın bilimselliğine ve sizlere yönelik planlanacak eğitim faaliyetlerine ışık tutacaktır. Katılımınız ve katkılarınız için teşekkür ederim.

ÖZLEM ASARKAYA

1. Adınız soyadınız? (.....)
2. Telefon numaranız? (Ev/GSM.....)
3. Adresiniz? (.....)
4. Yaşınız (.....)
5. Eğitim durumunuz? (.....)
6. Mesleğiniz? (.....)
7. Evli misiniz? (.....)
8. Çocuğunuz var mı? (.....)
9. Şu anda hamile misiniz? (.....)
10. Total histerektomi (rahimin tamamının alınması) ameliyatı oldunuz mu? (.....)
11. Daha önce servikal (rahim ağzı, serviks) kanser tanısı aldınız mı? (.....)

	Evet	Hayır
12. İlk evliliğinizi 18 yaşından önce mi yaptınız?		
13. Evlilik sayınız 1’den fazla mı?		
14. Çocuklarınızın sayısı 3’den fazla mı?		
15. Ailenizin gelir durumu sizce yeterli mi?		
16. Bugüne kadar hiç pap smear testi yaptırdınız mı?		
17. Son bir yıl içinde pap smear testi yaptırdınız mı?		
18. Anneniz servikal (rahim ağzı) kanser tanısı aldı mı?		
19. Kız kardeşleriniz arasında servikal (rahim ağzı) kanser tanısı alan var mı?		
20. Daha önce üreme organları ile ilgili bir enfeksiyon hastalığı geçirdiniz mi?		
21. Uzun süredir devam eden bir hastalığınız var mı?		
22. Doğum kontrol hapi kullanıyor musunuz?		
23. Sigara kullanıyor musunuz?		
24. Her gün yeterince meyve ve sebze tüketiyor musunuz?		

Ek II

KADINLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNİ BELİRLEME FORMU

Sosyo-Demografik Özellikler İle İlgili Sorular:

1. Adınız soyadınız? (.....)
2. Telefon numaranız? (Ev/GSM.....)
3. Adresiniz? (.....)
4. Yaşınız (.....)
5. Yaş grubunuz?
a) 35-40 b) 41-46 c) 47-52 d) 53-58 e) 59-64
6. Medeni durumunuz:
a) Evli b) Boşanmış
7. Eğitim durumunuz:
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul mezunu
d) Orta okul mezunu e) Lise mezunu f) Üniversite mezunu
8. Sağlık güvenceniz var mı? (Cevabınız hayır ise 10. soruya geçiniz.)
a) Evet b) Hayır
9. Sağlık Güvencesi:
a) SGK b) Yeşil Kart c) Özel Sağlık Sigortası d) Diğer (.....)
10. Mesleğiniz: (.....)
a) Ev Hanımı b) Serbest Meslek c) Memur d) Emekli
e) İşçi f) Diğer
11. Şimdiye kadar gebelik sayınız kaç? (.....)
12. Çocuğunuz var mı?
a)Evet b)Hayır

Servikal Kanser İle İlgili Sorular:

13. Rahim ağzı kanseri (servikal kanser) konusunda hiç eğitim aldınız mı?
a)Evet b)Hayır (Cevabınız hayır ise 15. soruya geçiniz)
14. Eğitimi nerede aldınız?
a)Kitap, dergi, broşürler b)Televizyon ve radyo c)Sağlık d)Diğer
15. Rahim ağzı kanseri (servikal kanser) aşısını duydunuz mu?
a)Evet b)Hayır
16. Hiç rahim ağzı kanseri (servikal kanser) aşısı yaptırdınız mı?
a)Evet b)Hayır
17. Arkadaşlarınızdan rahim ağzı kanseri tanısı alan kişi veya kişiler var mı?
a)Evet b)Hayır
18. Pap smear testini duydunuz mu?
a)Evet b)Hayır

Pap smear testi; rahim ağzı kanserini erken tespit edebilmek için yapılan bir testtir. Bu test sırasında doktor rahminizin ağzından pamuklu bir çubuk yardımı ile sürüntü alır ve incelenmesi için laboratuara gönderir. Bir hafta ile on gün arasında sonucu belli olur.

Servikal Kanser Risk Faktörleri İle İlgili Sorular

19. İlk evliliğinizi kaç yaşında yaptınız? (.....)
20. Kaç kez evlendiniz?
a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri
21. Kaç çocuğunuz var? (.....)
22. Ailenizin gelir durumunu:
a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

23. Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır (Cevabınız hayır ise 25. soruya geçiniz).
24. Kaç yıldır doğum kontrol hapı kullanıyorsunuz? (.....)
25. Hiç pap smear testi yaptırdınız mı?
a)Evet b)Hayır (Cevabınız hayır ise 29. soruya geçiniz)
26. En son ne zaman pap smear testi yaptırdınız? (.....)
27. Pap smear testinizi nerede yaptırdınız? (.....)
28. Neden pap smear testi yaptırdınız?
a) Doktor önerdiği için
b) Genel kontrol için kendim istedim
c) Jinekolojik bir nedenle doktora gittiğimde doktor uygun görüp aldı
d) Diğer (.....)
29. Ailenizde rahim ağzı kanseri (servikal kanser) tanısı alan var mı?
a)Evet (Kim?.....) b)Hayır
30. Daha önce üreme organları ile ilgili bir enfeksiyon hastalığı geçirdiniz mi?
a)Evet (Belirtiniz:.....) b)Hayır
31. Uzun süredir devam eden bir hastalığınız var mı?
a)Evet (Belirtiniz:.....) b)Hayır
32. Sigara kullanıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
33. Her gün yeterince meyve ve sebze tüketiyor musunuz?
a)Evet b)Hayır

Ek III

SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ

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

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Rahim ağzı kanseri olmaktan korkuyorum.					
2. Rahim ağzı kanseri hakkında bilgi edinmeye değer.					
3. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayene yaptırmak gerektiğine inanmıyorum.					
4. Eşim izin verse de vermese de, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye giderim.					
5. Rahim ağzı kanseri olursam fazla yaşayamam.					
6. Rahim ağzı kanserinin erken tanısı için muayeneye gitmek gereksiz bir zahmettir.					
7. Ailemden biri rahim ağzı kanserine yakalanırsa kendim içinde endişelenirim.					
8. Rahim ağzı kanseri hakkında pek fazla düşünmüyorum.					
9. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmeye zaman yaratırım.					
10. Rahim ağzı kanseri olursam cinsel hayatım olumsuz etkilenir.					
11. Sağlık güvencesi olması rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli muayeneye gitmeyi kolaylaştırır.					
12. Hatırlatılırsa, şikayetim olmasa da, rahim ağzı kanseri erken tanısı için düzenli olarak muayene olurum.					
13. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tek başıma muayeneye gitmekten kaçınırım.					
14. Rahim ağzı kanseri olma düşüncesi aklıma sık sık geliyor.					
15. Kaderimde varsa ne yaparsam yapayım rahim ağzı kanseri olurum.					
16. Sağlık kuruluşları, rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye davet ederlerse giderim.					
17. Doktora tetkike gitsen, muhakkak bir hastalık bulurlar, o nedenle rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem.					

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Orta Derecede Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
18. Çevremdeki insanların rahim ağzı kanserine yakalandıklarını duymak beni korkutuyor.					
19. Bazen rahim ağzı kanseri olma düşüncesiyle huzursuz oluyorum.					
20. Yapılacak tetkiklerin canımı acıtacağını düşünerek rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmem					
21. Hayatımın bir döneminde benim de rahim ağzı kanserine yakalanma riskim/olasılığım olduğunu düşünüyorum.					
22. Radyo, televizyon ve gazetelerde rahim ağzı kanseri için uyarılar olması beni erken tanı muayenesine gitmeye teşvik eder.					
23. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene ücretsiz olsa hiç düşünmem yaptırırım.					
24. Rahim ağzı kanseri hakkında bir şeyler öğrenmek zaman kaybıdır.					
25. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayene olacağım doktorun kadın olmasını tercih ederim.					
26. Bir kadının rahim ağzı kanseri olması eşiyle ilişkilerini bozar.					
27. Rahim ağzı kanserinden korunmaya çalışmanın bir faydası yoktur.					
28. Evli kadınların rahim ağzı kanseri olma riskinin/ihtimalinin yüksek olduğunu düşünüyorum.					
29. Rahim ağzı kanseri olursam hayata küserim.					
30. Mahrem yerimi göstereceğimden utandığım için rahim ağzı kanseri erken tanısı için muayeneye gitmekten kaçınırım.					

Ek IV

ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda çeşitli koşullar altında pap smear testi yaptıрма durumunu belirten yedi ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan dereceyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karara verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
↓					↓					↓
Kesinlikle					Orta Derecede					Kesinlikle
Yaptırmam					Yaptırırım					Yaptırırım

	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1. Eğer sağlık kuruluşuna olan mesafe uzaksa											
2. Eğer test yaptırmak acı veriyorsa											
3. Eğer test yaptırmak pahalı bir işlemse											
4. Eğer test yaptırmak kendimi gergin hissetmeme neden oluyorsa											
5. Eğer diğer kadınlar test yaptırmak konusunda benimle aynı fikirde olmazlarsa											
6. Eğer test yaptırmak çok fazla zamanımı alırsa											
7. Eğer test yapılan zaman benim için uygun bir zaman değilse											

EK V

DAVRANIŞ DEĞİŞİM AŞAMASI TANILAMA FORMU

Düzenli pap smear testi yaptıрма; her yıl, üç negatif pap smear testi varlığında veya 30 yaşından sonra ise iki veya üç yılda bir pap smear testi yaptıрма anlamına gelmektedir.

Yukarıdaki tanıma göre düzenli olarak pap smear testi yaptırıyor musunuz? Aşağıdaki ifadelerden yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

- a) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ve ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünmüyorum”
- b) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”
- c) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 1 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”
- d) “Evet bir yıldan daha kısa bir sürede pap smear testi yaptırdım ve devam etme niyetindeyim”
- e) “Evet düzenli olarak pap smear testi yaptırıyorum ve devam etme niyetindeyim”

Ek VI

TELEFON GÖRÜŞME FORMU

Tarih

Görüşme yapılan kişinin grup numarası

Görüşme süresi

Merhaba ben Özlem Asarkaya, yaklaşık (1, 3 veya 6) ay önce benim yürütücülüğünü yaptığım servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programına katılmıştınız. Bu konuyla ilgili sizinle görüşmek istiyorum, konuşmak için zamanınız var mı?

1. Program sonrası bu güne kadar geçen sürede pap smear yaptırma davranışınızda bir değişiklik oldu mu?

a)Yaptırdım

b) Doktordan randevu aldım

c) Bu hafta içerisinde yaptıracağım

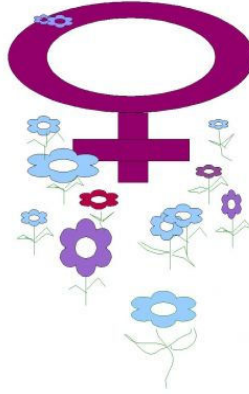
d) Yaptırmadım

2. Bu konuda herhangi bir sorunuz veya bilmek istediğiniz bir şey var mı?

Varsa, nedir?

İlginize teşekkür ederim.

**SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN PLANLI EĞİTİM
PROGRAMI**



**HAZIRLAYAN
ÖZLEM ASARKAYA**

İZMİR

2010

PROGRAMIN İÇERİĞİ

I. Oturum

- Giriş (Program hakkında bilgilendirme)
- Kadın Üreme Organları
- Kanseri Nedir?
- Serviks Kanseri Nedir?
- En Sık Hangi Yaşlarda Görülür?

II. Oturum

- Neler Serviks Kanseriye Yol Açar?
- Serviks Kanseri Belirtileri Nelerdir?

III. Oturum

- Serviks Kanseri Nasıl Korunabilir?
- Kimler Pap Smear Testi İle Taranmalıdır?
- Pap Smear Testi Yaptırmak İçin Ne Yapmanız Gerekir?
- Pap Smear Testi Yaptırdıktan Sonra Ne Olur?

IV. Oturum

- Servikal Tarama Ne Kadar Güvenilirdir?
- Kendiniz İçin Servikal Kanseri Riskini Nasıl Azaltabilirsiniz?
- HPV Aşılması Nedir?

I. OTURUM

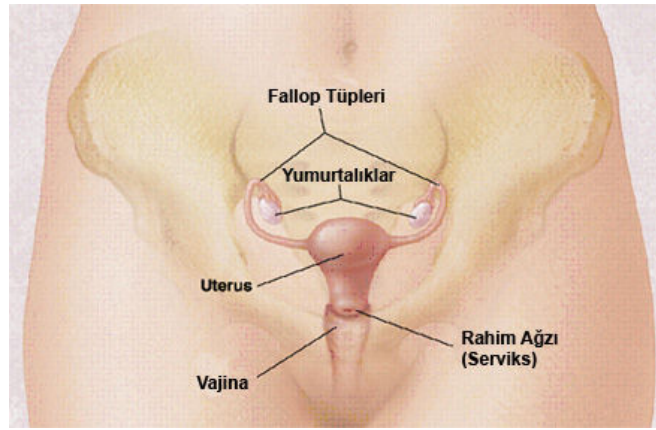
Hedefler:

- Konu içinde geçen kavramları tanımlayabilme
- Kadın üreme organlarını sayabilme
- Kanserin ve serviks kanserinin önemini kavrayabilme
- En sık hangi yaşlarda görüldüğünü söyleyebilme

Kullanılacak Araç-Gereçler: Yazı tahtası, tepegöz, beyaz dosya kağıdı, kalem, kadın üreme organları maketi.

Süre: 45 dakika

KADIN ÜREME ORGANLARI



Rahimağzı (serviks) erişkin bir kadında rahimin(uterus) alt 1/3 kısmını oluşturan, vajinayı rahim boşluğuna bağlayan, 2-4cm'lik yapıdır.

KANSER NEDİR?

Kanser, doku ve organları oluşturan hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmaları hastalığıdır. Vücutta her organda, her dokuda görülebilir. Kadınlarda en sık görülen kanser türleri meme ve rahim kanserleridir. Erken teşhisle, tedavisi mümkündür.

SERVİKS KANSERİ NEDİR?

Serviks kanseri rahimağzında gelişen bir kanser türüdür. Serviks hücrelerinin çoğalmaları üzerindeki kontrolün kaybı sonucu anormalleşmelerine bağlıdır. Erken evrelerde görülen anormal hücrelerin rahimağzı kanserine ilerlemesi çok uzun yıllar alır. Bu erken

evrelerde görülen hücresel değışikliklerin tedavisi kolaydır. Ancak belirti ve şikayete neden olmamaları nedeniyle ancak tarama ile teşhisleri mümkündür.

EN SIK HANGİ YAŞLARDA GÖRÜLÜR?

35 ile 55 yaşları arasında sık görülmektedir. Cinsel olarak aktif tüm kadınlar risk altındadır.

II. OTURUM

Hedefler:

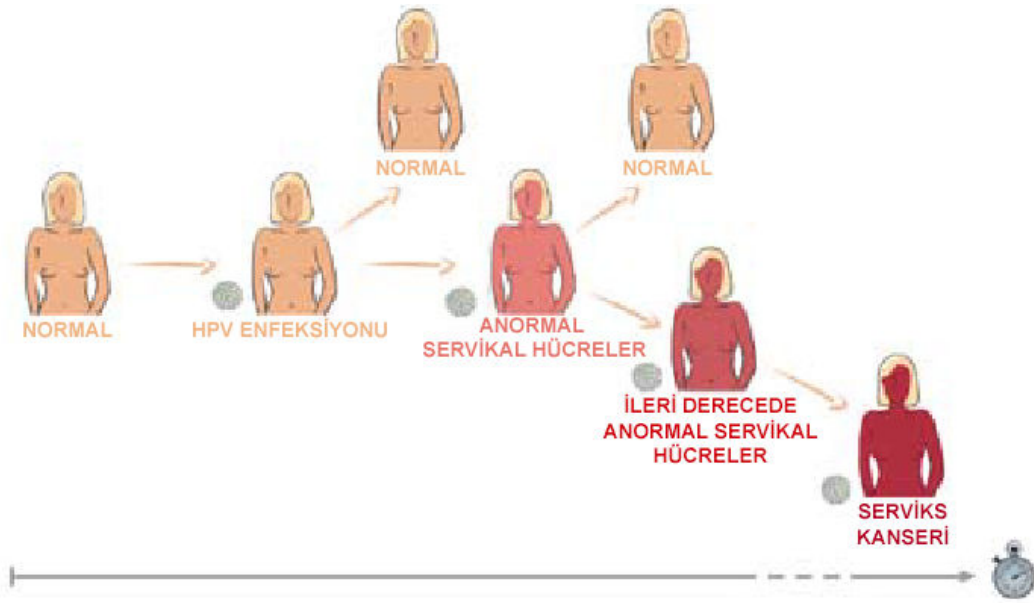
- Serviks kanserine yol açan faktörleri kavrayabilme
- Serviks kanserinin belirtilerini söyleyebilme

Kullanılacak Araç-Gereçler: Yazı tahtası, tepegöz, beyaz dosya kağıdı, kalem.

Süre: 45 dakika

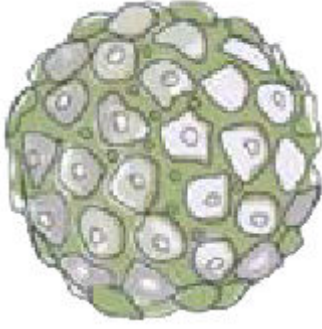
NELER SERVİKS KANSERİNE YOL AÇAR?

- **Human Papilloma Virüs (HPV) Enfeksiyonu:** Oluşum, serviksin hücrelerinin HPV ile enfekte olmasıyla başlar.

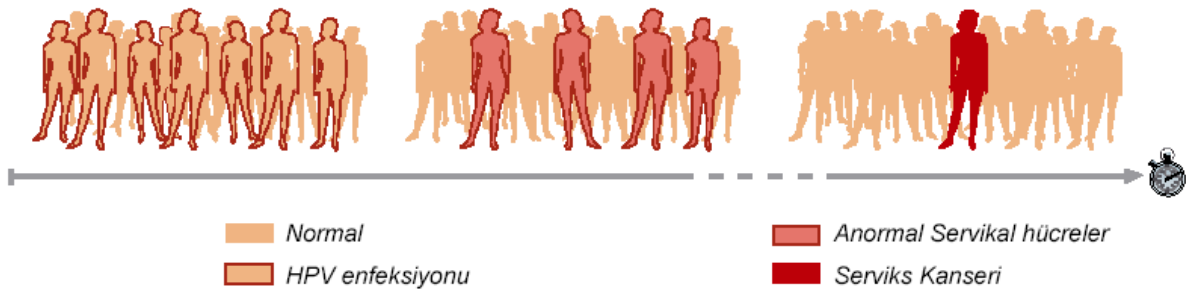


Erişkinlerin çoğu hayatlarının bir kesiminde HPV ile enfekte olur ama bir problem oluşmadan enfeksiyonu yenerler. HPV'yi yenemeyen bir kısım kadında anormal servikal hücreler ilerleyerek servikal kansere dönüşür.

Human Papilloma Virüs (HPV) nedir?



HPV'nin 100 den fazla tipi vardır. Bunların 40 kadarı erkek ve kadınların genital (cinsel) bölgesini infekte edebilir ki bunlara da genital HPV tipleri denir. Bunların bazıları cinsel bölgede siğillere yol açarken 15 kadar tipi ise serviks de anormal hücrelere yol açarak serviks kanserine ilerleyebilecek hastalıklara sebep olur. Bu kötü huylu tiplerin içinde HPV tip 16 ve 18 en sık görülenleridir ve serviks kanseri ve anormal pap smear testi sonuçlarının üçte ikisinden sorumludurlar. HPV o kadar sık görülür ki yetişkinlerin büyük çoğunluğu bu virüsle hayatları boyunca bir kez karşılaşılır. Ancak iyi olan, insanların çoğunun kendi bağışıklık sistemleri sayesinde bu virüsü vücutlarından 6 ile 24 ay içinde temizlemeleridir. Eğer bir kadın HPV taşıyorsa bu virüs pap smear testinde anormal hücrelerin bulunmasına neden olabilir, ancak virüs kaybolduktan sonra genellikle bu hücrelerinde gerilemesi mümkündür. Asıl sorun HPV'yi vücutlarından temizleyemeyen kadınlarda görülmektedir. Bu hastalarda anormal servikal hücreler saptanarak yok edilmezse servikal kanser gelişebilir. Bu hücreler bulunduğu bile tedavileri kolaydır ancak dışa vuran herhangi bir belirtileri olmaması nedeniyle saptanmalarını mümkün kılan tek yol servikal taramadır. HPV tip 6 ve 11 cinsel siğillerin büyük kısmını oluşturmakta aynı zamanda bazı düşük derecede anormal pap smear testlere de neden olmaktadır. Ancak genel bilgi olarak cinsel siğil yapan HPV tipleri serviks kanseri yapan tipler değildir. Bu nedenle cinsel siğili olan kadınların serviks kanseri riski artmış değildir ve daha sık taranmalarına gerek yoktur.



HPV nasıl bulaşır?

Cinsel bölgeye özgü HPV genelde cinsel yolla bulaşır ve kişiler arasında tam bir cinsel ilişki olmasa bile ten teması ile de geçebilir. HPV çok sık görüldüğü ve bulaştığı için yetişkinlerin çoğu hayatlarının bir döneminde bu virüsle karşılaşır. HPV her ne kadar 6 ile 24 ay arasında temizlense de bazen yıllar boyunca belirti ve şikayet vermeden vücutta kalabilir. Bu yüzden genellikle ne zaman nerde ve kimden bulaştığını saptamak oldukça zordur.

HPV'den korunulabilir mi?

Prezervatif kullanımı cinsel yolla geçen diğer hastalıklardan korunmada oldukça etkili olsa da HPV bulaşmasını engellemede çok etkili değildir. Bunun nedeni HPV'nin prezervatif tarafından örtülmeyen deri teması ile de bulaşabilmesidir.

HPV için tedavi mevcut mudur?

Cinsel bölgede siğil yapan HPV tipleri için bazı tedavi yöntemleri olsa da bu tedavilerin serviks kanseri yapan tipler için etkili olduğu gösterilememiştir. Birçok HPV enfeksiyonunun da kendiliğinden iyileşeceği bilinmelidir. Eğer HPV anormal servikal hücrelere yol açıtıysa ve bunlar kendiliğinden kaybolmuyorsa ya da hücreler ciddi derecede anormalse, serviks kanseri gelişimi riskini azaltmak için bu hücrelerin yok edilmesi gereklidir. Bu hücrelerin yok edilmesi genellikle HPV'nin de temizlenmesine yardımcı olur.

HPV gebeliği etkiler mi?

Serviks kanseri yaptığı bilinen HPV tiplerinin gebelik üzerinde bir etkisi olmadığı bilinmektedir. Bu virüsü taşıyorsanız normal gebe izleminizi değiştirmenize gerek yoktur.

- Erken yaşta cinsel ilişki: Cinsel ilişki servikal kanserin risk faktörleri içinde üst sıralarda yer alır. Özellikle 18 yaşının altındaki ilk cinsel ilişkinin önemli bir risk oluşturduğu belirtilmektedir. Yirmi yaşın altında seksüel aktiviteye başlayanlarda risk 21 yaşın üzerine göre 2.5 kez daha fazladır.

- Çok Sayıda Cinsel Partner: Birden fazla kişi ile cinsel ilişkinin belli bir oranda servikal kanserin oluşumuna katkıda bulunur. Tek partner ile üç ve daha fazla partner karşılaştırıldığında risk sekiz kat artar. Partner sayısının altının üstüne çıkması durumunda ise risk 14.2 kat artar.

- Doğurganlık: Gebelik sayısının artması ile servikal kanserlerin görülme sıklığı artar. Gebelik sırasındaki hormonal değişimler ve bağışıklık sisteminin zayıflaması HPV enfeksiyonuna veya kanser gelişimine yakalanma riskini arttırabilir.

- Düşük Sosyo-Ekonomik Düzey: Yoksulluk servikal kanser için önemli bir risk faktörüdür. Gelir düzeyi düşük kadınlar yeterli sağlık bakım hizmeti alamadığı için pap smear testi yaptıramamaktadır. Ayrıca düşük sosyo-ekonomik düzey kişiler hijyen davranışlarını da olumsuz yönde etkiler.

- Sigara Kullanımı: Servikal kanser riski sigara kullanan kadınlarda kullanmayanlara oranla iki kat daha fazladır. Sigara kullanan kadınların servikal mukuslarında tütün bileşiminde bulunan bazı maddelerin görüldüğü saptanmıştır. Bu nedenle araştırmacılar bu maddelerin serviks hücrelerinin yapısına zarar verdiğini ve bunun da serviks kanserinin gelişimine katkıda bulunduğunu savunmaktadır.

- Bağışıklık Sisteminin Zayıflaması: Böbrek nakli, AIDS hastaları gibi bağışıklık sistemi zayıf kişiler her kanser türü gibi serviks kanseri için de risk altındadırlar.

- Beslenme: Meyve ve sebze tüketiminin yetersiz olduğu kadınlarda servikal kansere yakalanma oranı daha fazladır. Ayrıca şişmanlık servikal kanser riskini arttırır.

- Ailesel Faktörler: Annenin veya kız kardeşin servikal kanser olması ailedeki diğer kadınların servikal kanser riskini 2-3 kez arttırır.

- Eşinin Çok Partnerli Olması: Kadınların eşlerinin birden fazla partner ile cinsel ilişkisinin olması, venereal hastalık öyküsünün olması, prostat veya penis kanseri olmasının servikal kanserin görülme sıklığını arttırır.

- Diğer Faktörler: Oral kontraseptif kullanma, kötü hijyen koşullarına sahip olma, siyah ırktan olma, ve diğer genital enfeksiyonların bulunması da servikal kanser açısından risk faktörleri arasında yer almaktadır.

SERVİKS KANSERİNİN BELİRTİLERİ NELERDİR?

Serviks kanserinin belirtileri şunlardır;

- İlişki sonrası vajinal kanama,
- Anormal vajinal akıntı,
- Cinsel bölgede ağrı.

Bu belirtiler serviks kanseri nedeniyle ortaya çıkabilir, ancak başka hastalıklar nedeniyle de ortaya çıkabilir. Bu belirtilerden birisi varsa acil olarak doktora başvurulmalıdır.

III. OTURUM

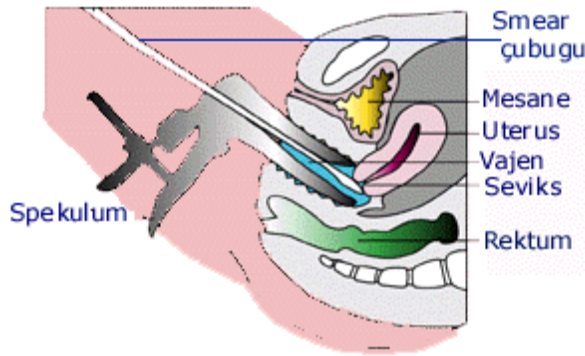
Hedefler:

- Serviks kanserinden korunmak için yapılması gerekenleri ifade edebilme
- Pap smear testi yaptırmayı gerektirenleri listeleyebilme
- Pap smear testi yaptırmak için gerekli koşulları sayabilme
- Pap smear test sonuçlarının anlamını kavrayabilme

Kullanılacak Araç-Gereçler: Yazı tahtası, tepegöz, beyaz dosya kağıdı, kalem, spekulum, smear fırçası, lam.

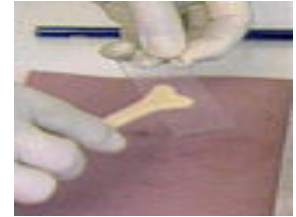
Süre: 45 dakika

SERVİKS KANSERİNDEN NASIL KORUNABİLİR?



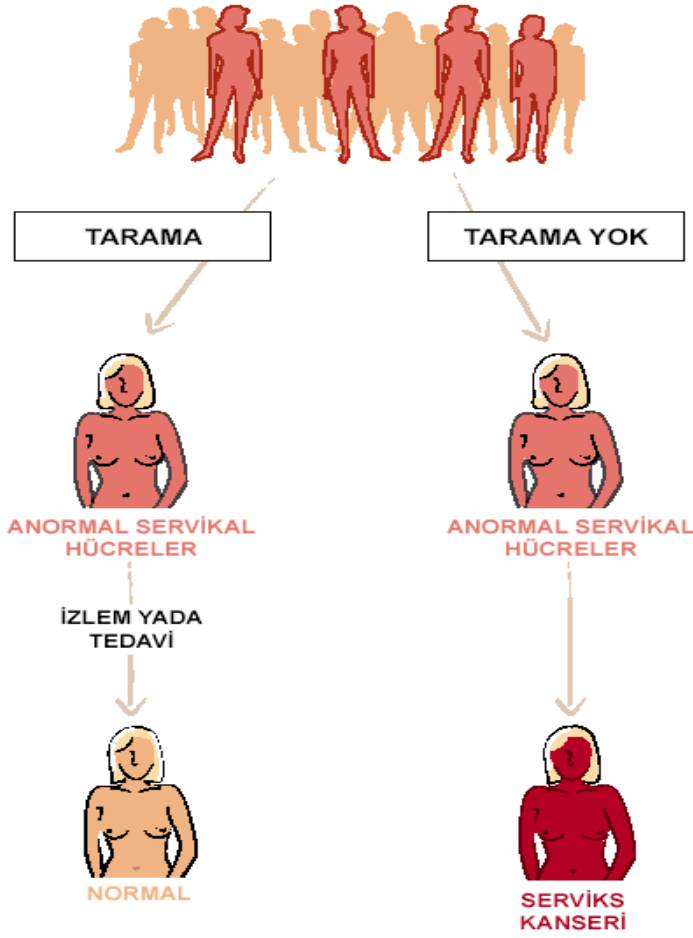
Düzenli servikal tarama ile serviks kanserinden korunmak mümkündür. Smear testi (PAP smear) adı verilen tarama anormal hücreleri erken safhada saptayarak gerektiğinde yok edip kansere ilerlemesini önleyerek etki gösterir. Smear testi (PAP smear)

serviksden sürüntü alma işlemidir. Jinekolojik muayene sırasında özel bir çubukla rahim ağzındaki hücrelerden sürüntü şeklinde bir örnek cam üzerine alınır. Alınan sürüntüdeki hücrelerin cama sürülmesinden sonra üzerine sprey sıkılarak sabitlenir ve incelenmesi için patolojiye gönderilir. Smear aldırma işlemi sırasında acı hissedilmez. İşlem çok kısa yaklaşık 1-2 dakika sürer.



Pap smear testi sırasında kullanılan değişik aparatlar.

KİMLER PAP SMEAR TESTİ İLE TARANMALIDIR?



Düzenli pap smear testi yaptırmak 21-65 yaş arasındaki kadınlar için oldukça önemlidir. Buna menapozda olanlar, tüpleri bağlı olanlar ya da cinsel olarak aktif olmayanlar da dahildir. Tarama amacıyla ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra veya en geç 21 yaşında smear alınmaya başlanmalı, beş yıllık aralıklarla tekrarlanmalı ve son iki testi negatif olan ve 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmelidir. Gebelerde smear ilk 3 ayda alınabilir. Fakat smear alınan çubuk rahim ağzından içeri sokulmadan sadece dış yüzeyinden smear alınır.

Pap smearle tarama yaptırması gerekmeyen kadınlar şöyle sıralanabilir;

- Bakire olanlar
- Serviks kanseri ya da öncülleri için olmamak koşuluyla rahimi tamamen alınmış olan hastalar.

PAP SMEAR TESTİ YAPTIRMAK İÇİN NE YAPMANIZ GEREKİR?

Pap smear testi yaptırmak için kanamanızın olmadığı ve mümkünse iki adetinizin orta zamanına denk gelen bir güne ayarlamalısınız. Randevunuzdan iki gün öncesinden itibaren vajinanıza herhangi bir ilaç ya da ürün kullanmamalısınız. Kontrolünüzden bir gece önce cinsel ilişkiye girmemelisiniz. Bu uygulamaların ana amacı gittiğinizde smear testinizin uygun olarak alınabilmesi ve tekrar gitmenize gerek kalmamasıdır.

PAP SMEAR TESTİ YAPTIRDIKTAN SONRA NE OLUR?



Kadınların büyük kısmı normal smear testi sonucuna sahip olacaktır. Bu durumda yılda bir bu testi yaptırmaya devam edersiniz. Ortalama olarak 20 hastadan bir tanesinde anormal smear sonucu ortaya çıkacaktır. Bu test sonucunda anormal hücreler görüldü demektir. Bu değişiklikler hafiften ağıra kadar değişebilir ki bazen bu kanser de olabilir, ancak bu durum düzenli taranan kadınlarda oldukça nadirdir. İyi olan nokta test sonuçları anormal çıkan hastaların çoğundaki anormalliğin hafif düzeyde olması ve bunların bazen tedavi edilmeden bile geçebilme şansı olmasıdır. Ancak anormal sonuçlu hastalar yakın takip ve izlem altında olmalı ve gerektiğinde anormal hücreler yok edilme yoluna gidilebilmelidir. Sonuçta ne çıktığına göre aşağıdakilerden birisi önerilir:

- 3-6 ay içinde yeni bir pap smear testi,
- HPV tiplendirme testi (HPV taşıyıp taşımadığınızı görmek için),
- Kolposkopi (Serviksin daha yakın ve ayrıntılı incelenmesine izin veren bir yöntem).

Kendiliğinden iyileşmeyen hafif anormal hücreler ya da ciddi anormal hücreler ortamdan uzaklaştırılmalı yok edilmelidir ki kansere dönüşme şansı kazanmasınlar. Bu genellikle ayaktan tedavi yöntemiyle halledilebilir. Bu tedavi yöntemleri normal şartlarda sizin cinsel hayatınızı ya da çocuk sahibi olma yetinizi etkilemez.

IV. OTURUM

Hedefler:

- Servikal taramanın güvenilirlik düzeyini söyleyebilme
- Servikal kanser riskini azaltmak için yapılması gerekenleri tanımlayabilme
- HPV aşısının anlamını kavrayabilme

Kullanılacak Araç-Gereçler: Yazı tahtası, tepegöz, beyaz dosya kağıdı, kalem.

Süre: 45 dakika

SERVİKAL TARAMA NE KADAR GÜVENİLİRDİR?

Etkili ve iyi organize edilmiş servikal tarama programları serviks kanseri oranını %80 azaltabilir. Ancak hiçbir taramanın ya da yöntemin serviks kanserini tamamen ortadan kaldıramayacağı da bilinmelidir. Pap smear testi bazı anormal hücreleri atlayabilir (yanlış negatif test), ya da bazı hücreler de normal olduğu halde anormal olarak tanımlanabilir (yanlış pozitif test). Bu hatalar şu nedenlerden kaynaklanabilir:

- Örneklemenin yapıldığı spatula ya da fırça anormal hücrelerin bulunduğu serviks kısmını kaçırabilir.
- Anormal hücreler spatula ya da fırça tarafından alınmış ancak mikroskop camı üzerine taşınamamış olabilir.
- Bu hücreler cam üstüne yayılsa bile değerlendiren kişi tarafından görülmeyebilir.
- Anormal denen hücreler kanser ya da kansere dönüşebilecek hücreler olmadıkları halde böyle sanılabilirler.

Pap smear test %100 mükemmel olmasa da kullanılmaya başlandığı 1930'dan buyana onbinlerce hayatı kurtarmıştır.

KENDİNİZ İÇİN SERVİKAL KANSER RİSKİNİ NASIL AZALTABİLİRSİNİZ?

Günümüze kadar serviks kanserinden korunmak için yapabileceğiniz en etkin uygulama düzenli taramadan geçmektir. Servikal tarama halen de bu amaç için etkin bir yöntemdir. HPV aşısı da serviks kanseri riskinizi azaltmak için yeni bir yoldur. Ancak aşılama riskinizi yok etmez ve siz pap smear testle taramaya devam etmek zorundasınızdır. Tarama ve aşılama ek olarak eğer sigara içiyorsanız bunu kesmeniz de kanser riskinizi azaltmaya yardım edecektir. Sigara kullanımı birçok kanser türü için riski arttırdığı bilinen ve serviks kanseri riskini de ikiye katladığı gösterilmiş bir alışkanlıktır. Ancak sigaranın bırakılmasıyla beraber bu riskin düştüğü bilinmektedir.

HPV AŞILAMASI NEDİR?

HPV yokluğunda serviks kanseri gelişmediği için HPV'ye karşı koruyucu olan aşılar hastanın serviks kanserine yakalanmasını da engeller. Günümüzde HPV tip 16 ve 18'e karşı koruyan aşilar mevcuttur ki bu iki tip her üç serviks kanseri olgusunun ikisinden ve birçok anormal servikal hücre görülen pap smear testinden sorumlu olan tiplerdir. Çalışmalar aşının HPV 16 ve 18 için koruyucu olduğunu ayrıca birkaç diğer HPV tipi için de koruyucu olabildiğini göstermiştir. Ancak şu andaki aşilar tüm HPV tiplerine karşı koruma sağlamamaktadır. Ayrıca bilinmesi gereken bir diğer nokta da bu aşiların HPV'ye karşı ilk bulaşmada koruma sağladığıdır. Bu yüzden aşının etkili olabilmesi için bulaşma olasılığından önce uygulanması gerekmektedir; örneğin cinsel aktivite olasılığının olmadığı ergenliğe geçiş yılları gibi. Ancak aşının kapsadığı HPV tipleriyle enfeksiyon herhangi bir yaşta da ortaya çıkabileceği için ergenler ve yetişkinlerde cinsel aktiviteye başlamış olsalar bile aşidan yarar görebilir. ABD'de aşının tavsiye edildiği yaş aralığı 9 ve 26 yaşlar arası bayanlardır. HPV aşilaması serviks kanseri ile savaşta önemli bir gelişmedir. Birlikte kullanıldığında serviks kanseri taraması ve HPV aşilaması serviks kanserine karşı en etkili korumayı sağlayacaktır.

Ek VIII

DEĞİŞİM AŞAMASI TEMELLİ GÖRÜŞME FORMLARI

GÖRÜŞME FORMU I (DÜŞÜNME ÖNCESİ)

Tarih:.....

Görüşme yapılan kişinin adı soyadı :.....

Görüşme süresi :.....

Merhaba hafta önce servikal kanserin erken tanısına ilişkin planlı eğitim programına katıldınız. Bu çalışma ile ilgili sizinle görüşmek istiyorum, zamanınız var mı? Evet diyorsanız başlayalım. Hayır diyorsanız sizinle tekrar görüşmek için en iyi zaman ne zamandır? (.....) Teşekkür ederim.

Size önce servikal kanserin erken tanısına ilişkin davranışlarınızla ilgili bir soru sormak istiyorum.

Düzenli pap smear testi yaptıрма; her yıl, üç negatif pap smear testi varlığında veya 30 yaşından sonra ise iki veya üç yılda bir pap smear testi yaptıрма anlamına gelmektedir.

Yukarıdaki tanıma göre düzenli olarak pap smear testi yaptırıyor musunuz? Aşağıdaki ifadelerden yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

- a) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ve ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünmüyorum”
- b) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”
- c) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 1 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”
- d) “Evet bir yıldan daha kısa bir sürede pap smear testi yaptırdım ve devam etme niyetindeyim”
- e) “Evet düzenli olarak pap smear testi yaptırıyorum ve devam etme niyetindeyim”

Hiç Pap smear testi yaptırmadığınızı ve gelecek 6 ay içinde de yaptırmayacağınızı söylediniz. Düşünme öncesi aşamasında yakın gelecekte pap smear testi yaptırmayı planlamıyorsunuz. Bir çok insan düzenli olarak pap smear testi yaptırmaya hazır değildir. **Sağlıklı olma ile ilgili düşünceleriniz nelerdir?**

.....

.....

Belki daha önce yaptırmayı düşünmüş fakat vazgeçmişsinizdir ve beklide nasıl başlayacağınızı bilmiyorsunuzdur. Nedenler ne olursa olsun sizi şimdi pap smear testi yaptırmaya zorlamayacağım baskı yapmaktan çok size binlerce insanın sağlıklı yaşamak adına değişiklikler yapmasını sağlayan fırsatlar sunmak istiyorum. Amacım şu anda bir şey yapmanızı istemeyerek sadece düşünmenizi sağlayacak yeni şeyler vermektir. Bugün pap smear testi yaptırtmanın avantajlarını göz önüne alma zamanıdır.

Pap smear testi yaptırtma isteğinin avantajlarını/yararlarını birlikte gözden geçirelim.

Siz de bu yararları isteyebilirsiniz.

- ☐ Servikal kanserden korunma
- ☐ Servikal kanser varlığında erken teşhisi sağlama (kanserin daha basit yöntemlerle tedavi edilmesini sağlar.)
- ☐ Servikal kanserin yayılmadan kontrol altına alınmasını sağlar
- ☐ Mevcut diğer servikal ve vajinal enfeksiyonların tanısının konulmasını sağlar.
- ☐ Sağlıklı bir cinsel yaşam sürdürme
- ☐ Yaşam süresini uzatma
- ☐ Aile ve çevrenize iyi bir örnek olmak

Diğer nedenleriniz nelerdir?

Pap smear testi yaptırtma isteğinin engellerini birlikte gözden geçirelim; sizi de bu engeller durduruyor olabilir.

- ☐ İlk olarak hangi sağlık kuruluşuna başvuracağını bilmeme
- ☐ Sağlık kuruluşuna olan mesafeyi uzak bulma
- ☐ Testi yaptırtmanın acı verdiğini düşünme
- ☐ Pozisyon nedeniyle muayene masasının rahatsızlık vermesi.
- ☐ Mahrem yerlerini göstermek zorunda kalma ve utangaçlık yüzünden muayene olmak istememe.
- ☐ Eşin test yaptırtmasına izin vermemesi
- ☐ Test yaptırtmanın çok fazla zaman aldığını düşünme
- ☐ Test yaptırtmanın kendisini gergin hissettireceğini düşünme
- ☐ Erkek doktora muayene olmak istememe
- ☐ Test yaptırtmanın pahalı bir işlem olduğunu düşünme
- ☐ Sonucun kötü olacağını düşünme
- ☐ Meşgul ve stresli olma, başka bir uğraş istememe
- ☐ Komşuları yakın çevresi tarafından engellenme

Sizi durduran diğer engeller nelerdir?.....

.....

Pap smear testi yaptırmanın sizin için önemli olan yararlarını ve test yaptırma engellerinizi belirlediniz.

Hangi yararlar sizi heyecanlandırıyor?.....

.....

Hangi engelleri aşmak size daha zor görünüyor?.....

.....

Pap smear testi yaptırmak için başlıca olanaklarınızı gözden geçirelim. Göreceksiniz pek çok seçeneğiniz var

- ☐ Karşıyaka Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği
- ☐ Çiğli Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği
- ☐ Çiğli Sağlık Grup Başkanlığı 14 No'lu Aile Sağlığı Merkezi
- ☐ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
- ☐ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
- ☐ Özel Hastaneler
- ☐ Özel Kadın Doğum Dal Merkezleri
- ☐ Özel Muayenehaneler

Diğer seçenekleriniz nelerdir?

Daha detaylı bilgi için size daha önce dağıttığım Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Planlı Eğitim Programı kitapçığından yararlanabilirsiniz. Pap smear testi yaptırma konusunda aile hekiminize danışmanızı rica ediyorum

Konu ile ilgili sormak istediğiniz veya bilmek istediğiniz bir şey var mı? Var ise nedir?

.....

Daha sonraki sorularınız için görüşme tarihini beklemeden..... no'lu telefondan bana ulaşabilirsiniz.

Gelecek ay görüşmek üzere, size daha sağlıklı bir yaşam diliyorum ilginize teşekkür ederim.

GÖRÜŞME FORMU II (DÜŞÜNME AŞAMASI)

Tarih :

Görüşme yapılan kişinin adı soyadı :

Görüşme süresi :

Merhaba Hn. Ben Özlem Asarkaya, görüşmek için uygun bir zaman mı? Evet diyorsanız başlayalım. Hayır diyorsanız sizinle tekrar görüşmek için en iyi zaman ne zamandır? (.....) Teşekkür ederim.

Sizinle hafta önce servikal kanserin erken tanısına yönelik bir görüşme yapmıştık. Size o gün sorduğum servikal kanserin erken tanısına ilişkin davranışlarınızla ilgili soruyu tekrar sormak istiyorum.

“Düzenli pap smear testi yaptıрма; her yıl, üç negatif pap smear testi varlığında veya 30 yaşından sonra ise iki veya üç yılda bir pap smear testi yaptıрма anlamına gelmektedir.”

Yukarıdaki tanıma göre düzenli olarak pap smear testi yaptırıyor musunuz? Aşağıdaki ifadelerden yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

- a) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ve ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünmüyorum”
- b) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”
- c) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 1 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”
- d) “Evet bir yıldan daha kısa bir sürede pap smear testi yaptırdım ve devam etme niyetindeyim”
- e) “Evet düzenli olarak pap smear testi yaptırıyorum ve devam etme niyetindeyim”

“Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum.” diyorsunuz. Bu aşamadaki kişiler düzenli olarak pap smear testi yaptırmayı düşünürler, fakat hazır değildirler. Değişimin yararlarının farkındadırlar, ancak değişimin zararlarını büyütüyorlardır. Yapamayabilirim, yeterince isteğim yok, yapabileceğimden emin değilim, doğru zaman değil. Kendinizi pap smear testi yaptırıyor olarak hayal etmeniz, sağlıklı yaşam şekline uyum sağlamada ilk adımdır. Pap smear testi yaptırmanın yararlarını değerlendirdiniz ve başarmak için engellerin neler olduğunu belirlediniz. Tebrikler! Bazı önemli adımlar attınız. Şimdi sağlığı koruma yolunda devam etme zamanı. Belki bazı değişiklikler yapmak için sihirli bir zaman bekliyorsunuz. Niçin şimdi başlamıyorsunuz? Servikal kanserden korunmak için yaptıracağınız bu test kendinizi daha sağlıklı ve daha iyi hissettirecektir.

Zaman bulma

Yılda sadece bir kez, en fazla toplam 2 saat; sağlıklı kalmanızı sağlayacağı gibi çok ciddi bir hastalığın ortaya çıkmasını engelleyecektir. Pap smear testi yaklaşık olarak 1-2 dakika sürmektedir. Sağlığınıza korumak için yaptıracağınız bu teste günlük programınız içinde kısa bir zaman ayırabilirsiniz. Hiçbir sorunum yok neden zamanımı boşa harcayayım diye düşünmeyin. Günümüzde erken teşhis birçok kanser tedavisinde olduğu gibi servikal kanserin tedavisinde çok önemlidir.

Sağlığınıza korumaya yönelik ilgilerinizi ve başarılarınızı anımsayın

Sağlığınıza korumak adına daha önce yaptığınız aktiviteleri düşünün. Örneğin fiziksel egzersizler, ağız ve diş sağlığı için diş hekimine muayene olma, kanserojen madde içeren gıdalardan uzak durma, sağlıkla ilgili gazete yazılarını okuma, bu konu ile ilgili televizyon programlarını izleme vs. **Sağlığınıza korumaya yönelik ne gibi aktiviteler yapıyorsunuz?**

.....
.....
.....

Destek ağı geliştirme

Pap smear testi yaptırabileceğinizden emin değil misiniz? Endişelerinizi pap smear testi yaptıran akranlarınızla, arkadaşlarınızla, akrabalarınızla veya iş arkadaşlarınızla paylaşın. Onların nasıl başladığını, test öncesi, test sırası ve testten sonrası duygu ve düşüncelerini öğrenin onları motive eden faktörleri keşfedin. Onlar düzenli aralıklarla pap smear testi yaptırmaya başlama konusunda muhteşem önerilere sahip olabilirler. Destek, motivasyon ve fikirleri için onlardan yardım alın. Ayrıca eşinizle de konuşup onun desteğini de alabilirsiniz.

Destek alabileceğiniz iki kişinin adını yazarak yakınlık derecesini belirtiniz (Eş, akraba, iş arkadaşı, komşu vb.)

.....

Küçük hedefler oluşturma

Küçük adımlar atmak zaman içinde sizi büyük kazançlara ulaştırabilir. Örneğin pap smear testi yaptırabileceğiniz sağlık kuruluşlarından evinize veya işyerinize en yakın olanı belirlemekle başlayabilirsiniz. Hedeflerinizi oluşturmak önemlidir. Bazı aksilikler olursa, ki olabilir, bunu aksama olarak kabul edin ve tekrar başlayın. Başarıya ulaşacaksınız.

Kendini ödüllendirme

Hedefinizi oluşturdunuz. Başarınızı kutlayın, bu küçük bir şey değil. Bir hediye ile kendinizi ödüllendirin. Örneğin; bir sinema bileti ya da yeni bir kıyafet ve benzeri alarak kendinizi ödüllendirebilirsiniz. **Bu konu ile ilgili bir ödüllendirmeyi hak ettiğinizi düşünüyor musunuz? Daha önce kendinizi hiç ödüllendirdiniz mi?**
Ödülünüz ne olacaktır?

Uzun dönem hedef geliştirme

Sağlık profesyonellerinin her yıl, 3 negatif pap smear testi varlığında/30 yaşından sonra ise 2 yada 3 yılda bir pap smear testi yaptırılmasını önerdiklerini aklınızda tutunuz. Bu uzun dönem amacınız olabilir. Bu amaca adım adım ulaşacaksınız.

Bundan sonraki görüşmemiz belirlediğimiz tarih ve saatte.
Takviminize kaydediniz. Hedeflerinize ulaşmada bol şans diliyorum. Hoşça kalın.

GÖRÜŞME FORMU III (HAZIRLIK AŞAMASI)

Tarih :

Görüşme yapılan kişinin adı soyadı :

Görüşme süresi :

Merhaba Hn. Ben Özlem Asarkaya görüşmek için uygun bir zaman mı? Evet diyorsanız başlayalım. Hayır diyorsanız sizinle tekrar görüşmek için en iyi zaman ne zamandır? (.....). Teşekkür ederim.

Size daha önceki görüşmelerimizde de sorduğum servikal kanserin erken tanısına ilişkin davranışlarınızla ilgili soruyu tekrar sormak istiyorum.

“Düzenli pap smear testi yaptıрма; her yıl, üç negatif pap smear testi varlığında veya 30 yaşından sonra ise iki veya üç yılda bir pap smear testi yaptıрма anlamına gelmektedir.”

Yukarıdaki tanıma göre düzenli olarak pap smear testi yaptırıyor musunuz? Aşağıdaki ifadelerden yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

a) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ve ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünmüyorum”

b) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”

c) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 1 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”

d) “Evet bir yıldan daha kısa bir sürede pap smear testi yaptırdım ve devam etme niyetindeyim”

e) “Evet düzenli olarak pap smear testi yaptırıyorum ve devam etme niyetindeyim”

“Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 1 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum.” diyorsunuz, tebrikler. Hazırlık aşamasında, düzenli pap smear testi yaptırmaya hazırsınız demektir. Şimdi pap smear testi yaptırmanın yararlarının zararlarından/zahmetlerinden daha önemli olduğunu anladınız, fakat hala başaramayacağınıza dair korkunuz var. Diğer kişilerin düzenli pap smear testi yaptırmaya başlamalarında yardımcı stratejileri gözden geçirmek istiyorsunuz. Bilimsel çalışmalar bu stratejilerin bu dönemde kullanabileceğiniz en kuvvetli stratejiler olduğunu gösteriyor. Gelecekteki hedeflerinize odaklanarak önemli bir adım attınız. Şimdi harekete geçmenin tam zamanı.

Sağlığınızı korumak amacıyla yaptığınız bir eylem sonrasında kendinizi müthiş hissettiğiniz bir zamanı hatırlıyor musunuz?

.....

Bu duyguyu tekrar hissedebilirsiniz. Servikal kanserden korunmak amacıyla yaptıracağınız pap smear testini yaşam şeklinize dahil etmek için basit bir sözleşme yapın. Örneğin; iş yerinizden en fazla bir saat izin alarak pap smear testi yaptırma gibi. Aşağıdaki adımlar hedeflerinize ulaşmak için eylem planı geliştirmede size yardımcı olacaktır.

Destek geliştirme

Düzenli aralıklarla pap smear yaptırma sözünü etrafınızdakilerle paylaşın. Etrafınızda var olan destek ağını kullanmak, örneğin size yardım etmede gönüllü olan eşinizin, iş arkadaşlarınızın komşularınızın desteğini almak motivasyonunuzun devam etmesini sağlayacaktır. Pap smear testi yaptırmak amacıyla sağlık kuruluşuna sizinle gelebilecek komşu, iş arkadaşı veya aile bireyi bulun. Destek ve motivasyon için iki kişi belirleyin.....

Pap smear testi yaptırmayı desteklemek amacıyla çevrenizde hatırlatıcı notlar bulundurabilirsiniz. Örneğin yatak odanızın aynasına sizi motive eden mesajlar yazabilirsiniz?

Hedeflerinizi desteklemek için yapmak istediğiniz iki çevresel değişikliği belirtiniz.....

.....

Zaman bulma

Yaratıcı düşünce ile yoğun programınıza rağmen pap smear testi için zaman ayırmanın yollarını bulabilirsiniz. İş, ev veya diğer yerlerdeki programlarınızı düşünün gelecek hafta süresince pap smear testi yaptırabileceğiniz uygun zamanı bulun ve onu kaydedin **Dün TV izlerken kaç saat zaman geçirdiniz? Bu hafta boş zaman geçirdiğiniz bir aktiviteyi söyler misiniz?.....**

Öncelik değişimi yapmak

Yaşam şeklinize pap smear testini dahil etmenin yolu, onu öncelik listesinin başına almaktır. Başaracaksınız, kendinize güvenebilirsiniz. Servikal kanserin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın sürdürülmesinde pap smear testi yaptırmak en önemli önceliğimizdir. **Sağlık ile ilgili önceliklerinizde pap smear testi yaptırmak kaçınıcı sırada yer alıyor?**

Eylem planı hazırlama

Güçlü bir destek ağı geliştirdiniz. Sonraki adım ulaşılabilir hedefler oluşturmak ve eylem planı yapmaktır. Örneğin ev hanımı olan Gülsen Hanım'ı göz önüne alın.

Ben 47 yaşında dört çocuk annesiyim. Kız kardeşim rahim ağzı kanserinden ötürü hayatını kaybetti. Ben de risk grubunda olmama rağmen canımın acıyacağı düşüncesiyle bu zamana kadar hiç pap smear testi yaptırmadım. Bir gün arkadaşlarımla otururken bir komşum pap smear testi yaptırdığını canının hiç acımadığını ve işlemin çok kısa sürdüğünü anlattı. Ben de rahim ağzı kanseri olmak istemediğim için bu testi yaptırmaya karar verdim. Komşumdan bana destek olmasını istedim. Pap smear testini yaptırdım ve sonucun gayet iyi olduğunu öğrendim. Endişelerimden kurtuldum ve artık kendimi daha iyi hissediyorum.

Şimdi kendinize dönün ve gelecek hafta içinde pap smear testi yaptıracağınız günü belirleyerek gerekli planlamalarınızı yapın.

Pap smear testi yaptırmaya ile ilgili planlamada nelere dikkat edersiniz?

- ☐ Gideceğim sağlık kuruluşunu arayarak işlem hakkına bilgi alırım.
- ☐ Sağlık kuruluşundan randevu alırım.
- ☐ İş yerimden randevu tarihinde 3-4 saat izin alırım.
- ☐ Pap smear testi yaptırmayı hatırlatsın diye görebileceğim yerlere notlar yapıştırırım.
- ☐ Pap smear testi yaptırdığımda kendimi ödüllendiririm.
- ☐ Aile, eş, çocuk ve arkadaşlarımla pap smear testi yaptırmaya ile ilgili kararımı bilmelerine izin veririm.
- ☐ Pap smear testi yaptırmaları için annemi, kız kardeşlerimi, komşularımla ve iş arkadaşlarımla cesaretlendiririm.
- ☐ Diğer.....

Gelişiminizi ilerlemenizi izleme

Farklı aksilikler nedeniyle planlamalarınızda aksaklıklar olabilir. Bu ihmal ya da başarısızlık anlamına gelmez. Yine de pap smear testi yaptırmaya engelleyen olaylar için plan yapmak önemlidir. Örneğin pap smear testi yaptırmaya gideceğiniz gün komşularınızın arayıp size oturmaya gelmek istediklerini belirmeleri durumunda onlara gerekli açıklamayı yapıp başka bir günde sizi ziyaret edebileceklerini söyleyebilirsiniz.

Gelişiminizi izlemek önemlidir. Bunun en kolay yolu yaptırdığınız ve yaptıracağınız pap smear testlerini bir çizelgeye kaydetmektir. Kendinizi izlemek, gerçekleştirdiğiniz ya da gerçekleştirmediğiniz değişime ilişkin farkındalığınızı arttırarak hedeflerinize ulaşmanızda

yardımcı olabilir. Hedeflerinizi oluşturmak önemlidir. Örneğin hedefiniz bu hafta içinde pap smear testi yaptırmaksa bunu bu hafta içinde yapın. **Gerçekten pap smear testi yaptırmayı planladığınız halde bir engelle karşılaştınız mı? Açıklar mısınız?**

.....
.....

Kendini ödüllendirme

Bazı hedefler oluşturdunuz. Başarınızı kutlayın, bu küçük bir şey değil. Bir hediye ile kendinizi ödüllendirin. Örneğin; dışarıda bir akşam yemeği, beğendiğiniz bir ayakkabıyı alma vb.

Uzun dönem hedef kullanma

Ben, ... tarihinde pap smear testi yaptıracam. Bundan sonra da doktorumun belirlediği dönemlerde test yaptırmaya devam edeceğim Bu hedefime sağdık kalacağım.

Bundan sonraki görüşmemiz belirlediğimiz tarih ve saatte. Takviminize kaydediniz. Hedeflerinize ulaşmada bol şans diliyorum. Hoşça kalın

GÖRÜŞME FORMU IV (HAREKETE GEÇME)

Tarih:.....

Görüşme yapılan kişinin adı soyadı :.....

Görüşme süresi :.....

Merhaba Hn, ben Özlem Asarkaya görüşme için uygun musunuz? Evet diyorsanız başlayalım. Hayır diyorsanız sizinle tekrar görüşmek için en iyi zaman ne zamandır? (.....). Teşekkür ederim.

Size daha önceki görüşmelerimizde de sorduğum servikal kanserin erken tanısına ilişkin davranışlarınızla ilgili soruyu tekrar sormak istiyorum.

“Düzenli pap smear testi yaptıрма; her yıl, üç negatif pap smear testi varlığında veya 30 yaşından sonra ise iki veya üç yılda bir pap smear testi yaptıрма anlamına gelmektedir.”

Yukarıdaki tanıma göre düzenli olarak pap smear testi yaptırıyor musunuz? Aşağıdaki ifadelerden yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

- a) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ve ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünmüyorum”
- b) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”
- c) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 1 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”
- d) “Evet bir yıldan daha kısa bir sürede pap smear testi yaptırdım ve devam etme niyetindeyim”
- e) “Evet düzenli olarak pap smear testi yaptırıyorum ve devam etme niyetindeyim”

“Evet bir yıldan daha kısa bir sürede pap smear testi yaptırdım ve devam etme niyetindeyim” dediniz. Harekete geçme aşamasında herkesçe anlaşılan düzenli pap smear testi yaptıрма davranışınız konusunda değişiklikler yapma yolundasını. Servikal kanserden korunmak için önemli kararlar aldınız. Pap smear testi yaptıрма planınızı eyleme dönüştürdünüz. **Sağlığınızı korumak adına bu testi yaptırmak kendinizi iyi hissettirdi mi?**

Kendi kendinize düşünce ve eylemlerinizi destekleme

Bir yıldan daha kısa bir sürede pap smear testi yaptırmak kendinizi iyi hissettirmiş olabilir fakat önemli olan bunun düzenli aralıklarla tekrarlanmasıdır. Servikal kanser riskine karşı yaptırdığınız bu test kendinize verdiğiniz değeri arttırır. Diğer aile üyeleri, komşularınız,

akrabalarınız, iş arkadaşlarınız için iyi bir örnek olabilirsiniz. **Size özenerek pap smear testi yaptırmaya niyetlenenler oldu mu? Kimler?**

Tebrik etme

Servikal kanseri önlemek için pap smear testi yaptırdığınız için kendinizi tebrik edin. Bu testi yaptırmanın yaşamınıza olan etkisini ve sağlık yararına artırmak için düzenli aralıklarla tekrarlayın her test sonrası motivasyonunuzun devamı için ödüller oluşturun **Sizi ne güdüleyebilir?**

Uzun dönem hedefini yeniden gözden geçirme

Düzenli aralıklarla pap smear testi yaptırmak için kendinizle sözleşme yapmak isteyebilirsiniz. **Uzun dönem servikal kanserden korunmak için hedefleriniz nelerdir?** (bir yıl ve daha uzun bir süre için).....

Uzun dönem hedeflerinize ulaşmanızda size yardımcı olacak üç tane kısa dönem (altı ay için) hedef belirleyin.

Destek ağından yararlanma

Eşinizden, komşularınızdan, akrabalarınızdan ya da iş arkadaşlarınızdan destek isteyeceğinizi bilmek yararlıdır. **Bu konuda size rehber olacak birini tanıyor musunuz?** **Rehber olacak kişiden istediğiniz geri bildirim ve destek nedir?**

Pap smear testi yaptırmayı desteklemek amacıyla çevrenizde hatırlatıcı notlar bulundurdunuz mu?.....

Engeller için plan yapma

Pap smear testi yaptırmanızı engelleyebilecek olayları düşünün ve kaydedin.....
..... bu tip sapmaların/aksaklıkların olabileceği kabul edilir. Bu başarısız olduğunuz anlamına gelmez sapmalar değişim sürecinin normal bir parçasıdır. Böyle durumlar için hazırlıklı iseniz, üstesinden gelirsiniz

Bundan sonraki görüşmemiz belirlediğimiz tarih ve saatte.
Takviminize kaydediniz. Hedeflerinize ulaşmada bol şans diliyorum. Hoşça kalın.

GÖRÜŞME FORMU V (SÜRDÜRME AŞAMASI)

Tarih:.....

Görüşme yapılan kişinin adı soyadı :.....

Görüşme görüşme süresi :.....

Merhaba, görüşme için uygun musunuz? Evet diyorsanız başlayalım. Hayır diyorsanız sizinle tekrar görüşmek için en iyi zaman ne zamandır? (.....). Teşekkür ederim.

Size daha öncede sorduğum servikal kanserin erken tanısına ilişkin davranışlarınızla ilgili soruyu tekrar sormak istiyorum.

“Düzenli pap smear testi yaptıрма; her yıl, üç negatif pap smear testi varlığında veya 30 yaşından sonra ise iki veya üç yılda bir pap smear testi yaptıрма anlamına gelmektedir.”

Yukarıdaki tanıma göre düzenli olarak pap smear testi yaptırıyor musunuz? Aşağıdaki ifadelerden yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

- a) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ve ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünmüyorum”
- b) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 6 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”
- c) “Hayır hiç pap smear testi yaptırmadım ancak ilk 1 ay içinde yaptırmayı düşünüyorum”
- d) “Evet bir yıldan daha kısa bir sürede pap smear testi yaptırdım ve devam etme niyetindeyim”
- e) “Evet düzenli olarak pap smear testi yaptırıyorum ve devam etme niyetindeyim”

“Evet düzenli olarak pap smear testi yaptırıyorum ve devam etme niyetindeyim.” dediniz. Servikal kanseri önlemek adına pap smear testini yaptıрма sözünü tutuyorsunuz diğer insanlar için bir örnek, teşvik kaynağısınız. Şimdiye kadar ki başarılarınız için tebrikler. Artık düzenli pap smear testi yaptırıyorsunuz. Düzenli pap smear testi yaptırmaya başladığınızda, yaşamınızda daha iyi bir sağlık ve daha uzun bir yaşam için en önemli seçimi yaptınız. Bu bölümdeki stratejiler, sizin gibi diğer insanlara da yaşam boyu düzenli pap smear testi yaptırmaları konusunda yardımcı oldu.

Tehditler

Düzenli pap smear testi yaptırmada en büyük tehdit kendine fazla güvenmek veya bana bir şey olmaz inancıdır. Pap smear testini düzenli olarak yapmanızı engelleyecek iki durum yazınız.....

Sizi cesaretlendiren e e, akrabalara, kom ulara ve i  arkadaşlarına sahipsiniz. Düzenli pap smear testi yaptıırma konusunda arkadaşlarınız artık desteğe gereksinimiz olmadığını d  ünebilirler. Siz tekrar gereksinimlerinizi gözden geçirin, onlardan yardım isteyin, onlara geri bildirimlere devam etmelerini söyleyin. Pap smear testi yaptıırmanın avantaj ve dezavantajlarını değerlendirin **Düzenli pap smear testi yaptıırma konusundaki engelleriniz neydi ve nasıl de i tirdiniz?**,.....

Özgüveni sürdürme

Düzenli pap smear testi yaptıırmayı ya amınızın bir parçası haline getirdi iniz için güven duygusuna sahipsiniz. Kendinizi iyi hissediyorsunuz. Bu duyguyu sürdürmek önemlidir. Düzenli pap smear testi yaptıırma nedeni ile servikal kanseri önlemeye olan inancınız başarınızı devam ettirecektir.

Araştırmaya katıldı ınız düzenli pap smear testi yaptıırmayı alışkanlık haline getirmeye karar verdiğiniz için sonsuz teşekkürler. Sağlıklı bir yaşam dileğiyle.

Ek IX

Özlem Özsoy <ozlem.ozsoy@gmail.com>

Kime: "lilian.lechner@ou.nl" <lilian.lechner@ou.nl>

13 Şubat 2009 16:25

Dear Lechner

My name is Özlem Özsoy Karabulut. I am nursing PhD student in Public Health Nursing Department in Aegean University in Turkey. I work in Kent Hospital as a Infection Control Nurse. I am working about cervical cancer to PhD dissertation. I saw your article. It name is "Participation in a Breast Cancer Screening Program: Influence of Past Behavior and Determinants on Future Screening Participation". I need to instruments of this research. If you send me Self-efficacy Scale, I will be very very happy. Thank you...

Best Regards...

Özlem Özsoy Karabulut
PhD Students

Lechner, Lilian <Lilian.Lechner@ou.nl>

Kime: Özlem Özsoy <ozlem.ozsoy@gmail.com>

16 Şubat 2009 12:22

Here is the original article, you'll find the scales in the appendix of the article. Good luck!

With regards,
Lilian Lechner

—Oorspronkelijk bericht—

Van: Özlem Özsoy [mailto:ozlem.ozsoy@gmail.com]

Verzonden: maandag 16 februari 2009 11:18

Aan: Lechner, Lilian

Onderwerp: Re: Self-efficacy Scale

[Alıntılanan metin gizlendi]

 prev med breast screening 1997.pdf
375K

dilek yffffffszmen <ozmendilek@yahoo.com>
Yanıtlama Adresi: ozmendilek@yahoo.com
Kime: ozlem.ozsoy@gmail.com

13 Ocak 2009 16:54

Sayın Karabulut,

Doktora tezim olarak geliştirdiğim ‘‘Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği’’ ne gösterdiğiniz ilgiden dolayı teşekkür ederim. Ölçeği kullanmanızda benim açımdan hiç bir sakınca yoktur.”

Yardıma gereksinmeniz olduğuunda yazabilirsiniz. Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

Yrd.Doç.Dr.Dilek ÖZMEN
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemsirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemsireliği AD.
MANISA

Tel: 0.236.2391318
0.236.2318373
Faks: 0.236.2320058
GSM: 0.533.3434523

Ek X

T.C.
ÇİĞLİ KAYMAKAMLIĞI
İlçe Sağlık Grup Başkanlığı

SAYI : B.10.4.ISM.04.35.42.15-999/ 5469
KONU : Eğitim hk.

08/07/2009

Sayın: Özlem ÖZSOY KARABULUT

07/07/2009 tarihli Sağlık Grup Başkanlığımıza vermiş olduğunuz **“Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum ve Davranış Geliştirmede Planlı Eğitim Programının Etkinliği”** konu başlıklı araştırmanızı, Başkanlığımıza 11 nolu Büyükçiğli ASM 3509039 nolu Aile Hekimliği Biriminde Aile Hekimi Dr.Zekiye AVCI’nın koordinatörlüğünde yapmanız tarafımızdan uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

Dr.Yusuf ÖZDEMİR
Sağlık Grup Başkanı

Ek XI

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2009-60
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
20.05.2009

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında doktora öğrencisi Özlem ÖZSOY KARABULUT ve Prof.Dr.Süheyla ÖZSOY'un sorumluluğunda 01.04.2009 – 01.04.2010 tarihleri arasında yapılması planlanan “**Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum ve Davranış Geliştirmede Planlı Eğitim Programının Etkililiği**” konulu araştırma 18.05.2009 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve “**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Prof.Dr.Leyla KHORSHID
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı