



T.C.

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE/SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İKİ FARKLI YÖNTEMLE YAPILAN
SAĞLIK EĞİTİMİNİN KADINLARIN HPV
BİLGİSİNE, SERVİKS KANSERİ SAĞLIK
İNANCINA VE TARAMA TESTİ
YAPTIRMASINA ETKİSİ**

MERVE GÖKMEN

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AĞUSTOS/2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

İKİ FARKLI YÖNTEMLE YAPILAN SAĞLIK
EĞİTİMİNİN KADINLARIN HPV BİLGİSİNE,
SERVİKS KANSERİ SAĞLIK İNANCINA VE
TARAMA TESTİ YAPTIRMASINA ETKİSİ

Merve GÖKMEN

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Halk Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AĞUSTOS/ 2023

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Merve GÖKMEN

18/08/2023

ÖZET

Gökmen, M. (2023). İki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin kadınların HPV bilgisine, serviks kanseri sağlık inancına ve tarama testi yaptırmasına etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Amaç: Bu çalışmada, iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin kadınların HPV bilgisine, serviks kanseri sağlık inancına ve tarama testi yaptırmasına etkisini belirlemek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, tek kör randomize kontrollü bir araştırma olarak paralel gruplar tasarımında yürütüldü. Örnekleme, Ocak-Temmuz 2023 tarihleri arasında Ankara ili, Şehit Zafer Çalışkan Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve gönüllü her grupta 42 olmak üzere toplam 126 sağlıklı katılımcı oluşturdu. Çalışmada HPV Bilgi ölçeği, Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve öz değerlendirme için VAS kullanıldı. Çalışmada kontrol grubu standart bakım hizmeti alırken, yüz yüze eğitim grubuna ev ziyareti yoluyla sağlık eğitimi ve broşür verildi ve telefonla bir hatırlatma görüşmesi yapıldı; çevrimiçi eğitim grubuna ise görüntülü görüşme yoluyla sağlık eğitimi ve dijital broşür verildi ve bir kez hatırlatma görüşmesi yapıldı. İki aylık izlem sonucu, üç grubun verilerinin karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans analizi ve Kruskal Wallis testi, çoklu karşılaştırmalarda Tukey ve Dunn testi, grup içi öncesi ve sonrası karşılaştırmalarında Wilcoxon testi uygulandı. Ayrıca grup ve zaman karşılaştırmalarında İki Yönlü Varyans analizi ve Robust ANOVA kullanıldı.

Bulgular: Çalışmanın sonunda, yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubundaki katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut, VAS özdeğerlendirmesi, sağlık motivasyonu, ciddiyet, Pap Smear engel alt boyutu son test puanlarının birbirine benzer olduğu ve ciddiyet, engel algısı puanında azalma olmakla birlikte son test puanlarında anlamlı bir yükselme olduğu belirlendi ($p<0,05$). Gruplarda tarama yaptırma oranları karşılaştırıldığında, çevrimiçi (%31,0) ve yüz yüze eğitim gruplarının (%28,6) benzer, kontrol (%7,1) grubunun ise deney gruplarından farklı olduğu belirlendi.

Sonuç: Araştırmada yüz yüze ve çevrimiçi eğitim yönteminin, serviks kanseri ve taramasına yönelik bilgi düzeyinde, sağlık inancında ve taramaya katılımında etkisinin benzer olduğu, gereksinim halinde, zaman yer ve maliyet açısından çevrimiçi eğitim yönteminin de güvenli olarak sağlık eğitimlerinde alternatif olarak kullanılabileceği değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, Serviks Kanseri Taraması, Sağlık Eğitimi, Çevrimiçi Eğitim, Ev Ziyareti

ABSTRACT

Gokmen, M. (2023). The effect of two different health education methods on women's hpv knowledge, cervical cancer health belief and screening test. University of Health Sciences, Gulhane Health Sciences Institute, Public Health Nursing Department. Master's Thesis. Ankara

Aim: The aim of this study is to determine the effect of health education given by two different methods on women's knowledge about HPV, cervical cancer health belief and screening test.

Materials and Methods: The study was conducted in a parallel groups design as a single-blind randomized controlled trial. The sample consisted of 126 healthy participants, 42 in each volunteer group, who were registered at the Martyr Zafer Çalışkan Family Health Center in Ankara between January and July 2023, and met the inclusion criteria. HPV Knowledge Scale, Cervical Cancer and Pap Smear Test Health Belief Model Scale and VAS for self-assessment were used in the study. In the study, while the control group received standard care, the face-to-face education group was given health education and brochures through home visits and a reminder interview over the phone; On the other hand, the online training group was given health education and a digital brochure via video call and a reminder meeting was held once. One-way analysis of variance and Kruskal Wallis test were used to compare the data of the three groups after a two-month follow-up, Tukey and Dunn test for multiple comparisons, and Wilcoxon test for in-group comparisons before and after. In addition, two-way analysis of variance and Robust ANOVA were used in group and time comparisons.

Results: In the comparisons made at the beginning of the study; groups were found to have similar characteristics ($p>0.05$). At the end of the study, the HPV Knowledge Scale total and sub-dimension, VAS self-assessment, health motivation, severity, pap smear disability sub-dimension post-test scores of the participants in the face-to-face and online training groups were similar to each other and although there was a decrease in the severity and disability perception score, there was a significant decrease in the post-test scores. It was determined that there was an increase ($p<0.05$). When screening rates were compared in the groups, it was determined that the online (31.0%) and face-to-face training groups (28.6%) were similar, while the control (7.1%) group was different from the experimental groups.

Conclusion: It is evaluated that the effects of face-to-face and online education methods on the level of knowledge, health belief and participation in screening for cervical cancer and screening are similar, and online education method can be safely used as an alternative in health education if needed, in terms of time, place and cost.

Keywords: Cervical Cancer, Cervical Cancer Screening, Health Education, Online Education, Home Visit

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimleriyle beni aydınlatan, tezimin her aşamasında bana yol gösteren, her zaman bir hocadan daha fazlası olan danışmanım Halk Sağlığı Hemşireliği *Dr. Öğretim Üyesi Serpil ÖZDEMİR*'e saygılarımı sunar, içtenlikle teşekkür ederim.

Hayatım boyunca her konuda bana inanan, beni destekleyen ve bugünlere getiren canım aileme,

Sevgisi, ilgisi ve tecrübesiyle bana her zaman yol gösteren, beni cesaretlendiren ve zor zamanlarımda hep yanımda hissettiğim sevgili eşim *Emre GÖKMEN*'e,

Bu yoğun tez sürecimde bana çalışma fırsatı sunan ve aynı zamanda en güzel motivasyonum olan minik kızım *Cemre GÖKMEN*'e,

Tezimin uygulanması ve yürütülmesinde T.C. Sağlık Bakanlığı Şehit Zafer Çalışkan Aile Sağlığı Merkezi personeline ve çalışmada yer alan katılımcılara çok teşekkür ederim.

Merve GÖKMEN

18/08/2023

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
ŞEKİLLER.....	xi
TABLOLAR.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	14
1.1. ÇALIŞMANIN AMACI	17
1.2. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ	17
2. GENEL BİLGİLER.....	19
2.1. SERVİKS KANSERİ.....	19
2.1.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi.....	20
2.1.2. Serviks Kanseri Etiyolojisi.....	20
2.1.3. Serviks Kanseri Risk Faktörleri	21
2.1.4. Serviks Kanserinden Korunma.....	25
2.1.5. Serviks Kanseri ile Mücadelede Hemşirenin Rolü	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	37
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	37
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	37
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	37
3.4.1. Post hoc Power Analizi sonucu.....	38
3.5. ARAŞTIRMANIN RANDOMİZASYONU	38
3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	39

3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	40
3.6. ARAŞTIRMANIN KÖRLENMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ.....	40
3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR.....	40
3.7.1. Veri Toplama Formları	40
3.7.2. HPV ve Serviks Kanserinden Korunmaya Yönelik Sağlık Eğitimi.....	42
3.8. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI	43
3.8.1. Ön Uygulama	43
3.8.2. Araştırmanın Uygulanması	43
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	54
3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	55
4. BULGULAR.....	56
4.1. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICINDA GRUPLARIN ÖZELLİKLERİ.....	56
Tablo 4.1.1 Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=126).....	56
4.2. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICI İLE SONUNDA KATILIMCILARIN GRUPLARINA GÖRE HPV BİLGİ ÖLÇEĞİ, SERVİKS KANSERİ VE TARAMA TESTİ BİLGİSİ ÖZ DEĞERLENDİRMESİ, RAHİM AĞZI KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	58
5. TARTIŞMA	69
5.1. Çalışmanın Başlangıcında ve Sonunda Elde Edilen Bulguların Gruplar Arası Özelliklerinin Tartışılması	69
5.2. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ	82
5.3. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	83
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	84
6.1. SONUÇLAR	84
6.2. ÖNERİLER.....	88
6.2.1. Araştırmacılara Öneriler.....	88

6.2.2. Hemşirelere Öneriler	88
6.2.3. Kurumlara Yönelik Öneriler	88
7. KAYNAKLAR.....	89
8. EKLER.....	101
8.1. EK-1 FORM I.....	101
8.2. EK-2 FORM II	105
8.3. EK-3 HPV VE SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK SAĞLIK EĞİTİMİ.....	109
8.4. EK-4 HPV VE SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK BROŞÜR.....	110
8.5. EK-5 HUMAN PAPILOMA VIRUS (HPV) BİLGİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ.....	111
8.6. EK-6 RAHİM AĞZI KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ	112
8.7. EK-7 YÖNETİM KURULU TEZ KONUSU KABUL KARARI	113
8.8. EK-8 ETİK KURUL İZİNİ	115
8.9. EK-9 ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ UYGULAMA İZİNİ	117
8.10. EK- 10 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	119

ŞEKİLLER

Şekil 2.1.	HPV aşısı ACIP ve CDC Önerileri.....	27
Şekil 2.2.	Serviks Kanserinden Korunma Düzeylerine Göre Hemşirelik Uygulamaları.....	34
Şekil 3.1.	Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü.....	38
Şekil 3.2.	Post hoc Power Analizi.....	38
Şekil 3.3.	Grupların Blok Randomizasyonu.....	39
Şekil 3.4.	Araştırma Akış Şeması.....	44
Şekil 3.5.	CONSORT 2018 Akış Diyagramı.....	45

TABLOLAR

Tablo 3.1	Sağlık Eğitimi Uygulama Planı.....	48
Tablo 4.1.1	Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	56-57
Tablo 4.2.1	Çalışmanın Başlangıcında ve Sonunda Katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırmaları.....	59
Tablo 4.2.2	Gruplara Göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları, HPV Bilgisi Öz Değerlendirme ve Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Ön Test ve Son Test Puan Farklarının Karşılaştırılması (Ön Test – Son Test)	61
Tablo 4.2.3	Grup ve Zamana Göre HPV Bilgisi Öz Değerlendirmesi, Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çoklu Karşılaştırmaları.....	63
Tablo 4.2.4	Çalışmanın Sonunda, Katılımcıların HPV-DNA Pap Smear Testi Yaptırma Durumunun ve Standart Bakım Hizmeti/ Eğitimden Memnuniyet Düzeyinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	67
Tablo 4.2.5	Çalışmanın Sonunda, Tarama Yaptırmama Gerekçesi ve Tarama Yaptırma Niyetinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	68

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACIP	Advisory Committee on Immunization Practices
ACS	American Cancer Society
ACOG	American College of Obstetricians And Gynecologists
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
EMA	European Medicines Agency
FDA	Food and Drug Administration
FIGO	The International Federation of Gynecology and Obstetric
GLOBOCAN	Global Cancer Observatory
HPV	Human Papilloma Virus
IARC	International Agency for Research on Cancer
KEK	Kısmi Eta Kare
KETEM	Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi
PAP SMEAR	Papanicolaou Smear
OK	Oral Kontraseptif
TNM	Tümör-Nod-Metastaz
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
VAS	Vizüel Analog Skala

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Serviks kanseri, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2020 yılı verilerine göre 604 000 yeni vaka ve 342 000 ölüm sayısı ile dünya genelinde kadınlarda en sık görülen ikinci kanser türüdür ve kadınlarda kansere bağlı ölüm nedenlerinden dördüncüsüdür (1-3). Ülkelere göre değişiklik göstermekle birlikte dünya genelinde 2020 yılı serviks kanseri prevalansının %6,2 olduğu bildirilmektedir (4). Tüm dünyada yaklaşık bir buçuk milyon kadının serviks kanseri ile yaşadığı tahmin edilmektedir (1,5). Dünya'da her yıl prevalansı artan serviks kanserine bağlı ölümlerin yaklaşık %85'i gelişmemiş ülkelerde yaşanmaktadır (6). Ülkemizde, 2017 yılı kanser istatistiklerine göre serviks kanseri, tüm kanserler içinde dokuzuncu sırada yer almaktadır (7). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın [International Agency for Research on Cancer (IARC)] verilerine göre ülkemizde 2020 yılı serviks kanseri insidansı 100 binde 10 olarak bildirilmekle birlikte serviks kanserine bağlı ölüm oranı 10 binde dokuzdur (4,7). Türkiye' de 2020 yılında 2532 yeni serviks kanseri vakası tanıldığı ve 1245 kadının serviks kanseri nedeniyle hayatını kaybettiği rapor edilmektedir. Son beş yılda, ülkemizde serviks kanseri tanısı alan kadın sayısı ise 7163'tür (4).

Human Papilloma Virus (HPV), serviks kanserinin %99,7'sinden sorumlu bir virüstür (8). Dünyada her yıl 30 milyon bireye HPV'nin bulaştığı tahmin edilmektedir (9,10). Ancak her HPV bulaşı, enfeksiyon tablosuna ya da serviks kanserine yol açmamaktadır. HPV enfeksiyonunun yaklaşık %90'ının iki yıl içinde kendiliğinden iyileştiği ve sadece vakaların %10'unda HPV'nin varlığını sürdürdüğü bilinmektedir. Bir HPV enfeksiyonunun serviks kanserine evrilmesi, normal bağışıklığı olan kadınlarda 15-20 yıl, zayıflamış bağışıklığı olan kadınlarda ise 5-10 yıl gibi oldukça uzun zamana yayılmaktadır (3). Cinsel yolla bulaşan HPV enfeksiyonu kronikleşirse, uzun vadede serviks kanseri ile sonuçlanma potansiyeli taşımaktadır (11,12). Serviks kanserinin yaklaşık %50'sinden, HPV-16 ve HPV-18 sorumludur (13). Yapılan çalışmalarda, cinsel yönden aktif olan kadınların yaklaşık %75'inin çoğunlukla HPV-16 ve HPV-18 ile enfekte olduğu bildirilmektedir (10). Serviks kanserine yatkınlığı artıran diğer faktörler; çok eşlilik, erken yaşta cinsel ilişki, güvensiz cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) öyküsü, ailede serviks kanseri öyküsü, üç veya daha

fazla doğum yapmak, zayıf bağışıklık, sigara içmek ve uzun süreli oral kontraseptif (OK) kullanımı olarak sıralanmaktadır (8,14).

Erken tanı ve tarama ile serviks kanserinin mortalitesi %34 ile %80 oranında azaltılabilmektedir (3,15,16). Papanicolaou Smear (Pap Smear) testi ile HPV-DNA testi yaygın olarak kullanılan serviks kanseri tarama testleridir (15,17). Serviksteki hücresel anomalileri ve intraepitelyal neoplazileri tespit etmek için sıklıkla Pap Smear testi kullanılırken, bölgedeki yüksek riskli virüse ait DNA parçalarını belirlemek amacıyla HPV-DNA testi kullanılmaktadır (13,18). Oldukça başarılı olan bu tarama testleri ile serviks kanserini erken dönemde tanılamak ve önlem almak çok yüksek oranda mümkündür (2,7). Dünya Sağlık Örgütü, 30 yaş üstü kadınların düzenli olarak her beş yılda bir serviks kanseri taraması yaptırmasını önermektedir (13). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Tarama Programında yer alan serviks kanseri taraması kapsamında 30-65 yaş arası kadınlar her beş yılda bir ücretsiz olarak HPV-DNA testi ya da Pap Smear testi yaptırabilmektedirler (19). Literatürde, serviks kanseri taramalarının gelişmiş ülkelerde kapsamlı olarak uygulandığı ancak, küresel olarak tarama oranının %12 ile %52,1 arasında değiştiği bildirilmektedir (2,20,21). Ülkemizde yapılan çalışmalarda serviks tarama programına katılan kadın oranının %24,9 ile %52 arasında değiştiği ve istenen düzeye ulaşamadığı bildirilmektedir (7,15,22).

Literatürde, kanser taramalarına katılım oranının bireylerin bilgi düzeyi, tutum, inanç, sağlık personelinin tutumu, mahremiyet kaygısı ve ulaşım imkânı gibi faktörlerden etkilendiği rapor edilmektedir (23-25). Bunun yanı sıra, özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde bireylerin hastalık ile ilgili herhangi bir rahatsızlığı ve/veya hastalık belirtisi olmadan koruyucu sağlık hizmeti alma konusunda yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (26,27). Eğitim ve bilgi eksikliği, serviks kanseri taramasına engel olan faktörler arasında önemli ve öncelikli olarak vurgulanmaktadır (15,31). Bununla birlikte, kadınların sağlık inançlarının da serviks kanseri taramalarına katılmalarında etkisi olduğu bildirilmektedir. Kadınların serviks kanserine yönelik algılanan duyarlılığının, ciddiyetinin ve motivasyonunun yüksek olması tarama davranışı ile pozitif yönde, engel algısının yüksek olması ise tarama davranışı ile negatif yönde ilişkilendirilmektedir (171). Duyarlılık algısı, bireyin hastalık karşısında sağlığını tehdit altında hissetmesi ve buna bağlı davranışını

şekillendirmesinde önemli bir algıdır (191,193,194). Sağlık motivasyonu, sağlıklı olma durumunun devamlılığı ve geliştirilmesinde yapılacak girişimlere yönelik istekli olma durumudur. Ciddiyet algısı, bireyin bir hastalığa bağlı ölüm, fiziksel veya sosyal güçlükleri ne derecede ciddiye aldığı ya da olası etkilerin şiddetini nasıl değerlendirdiğidir (191-194). Bireyin hastalık ile ilgili bilgi düzeyi ve hastalığa karşı duyarlılığı ciddiye algısını etkilemektedir (194). Engel algısı ise, bireyin sağlığı ile ilgili bir davranışı gerçekleştirmesini ve devamlılığını sağlamasını güçleştiren bireysel olumsuzluklardır (191-194). Sağlığı koruma ve geliştirme davranışını gerçekleştirmede, algılanan engel düzeyi en önemli faktörlerdendir (194). Literatürde kanser taramalarına katılımın önündeki engeller; kanser taramaları hakkında yetersiz bilgi, jinekolojik muayeneden çekinme, hizmete erişim güçlükleri, kültürel ve dini inançlar, damgalanma endişesi ve yetersiz sosyal destek şeklinde sıralanmaktadır (23,25,28-30).

Serviks kanserine yönelik bilgi eksikliğinin giderilmesinde en etkili çözüm yolu sağlık eğitimidir (32). Topluma yeterli ve etkin bir şekilde sağlık eğitiminin verilmesi, bilgilendirme ve hatırlatmaların yapılması kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyi ve farkındalığı arttıracak dolayısıyla da taramalara katılımında olumlu etki sağlayacaktır (26). Literatürde, risk altındaki nüfusun kanser taramalarına katılımını artırmak amacıyla farklı eğitim stratejilerinin gerekli olduğu belirtilmektedir (33,34). Etkili bir sağlık eğitiminin bireylerin farkındalığını sağlaması, bilgi düzeyini artırması, olumlu davranış değişikliğine motivasyon oluşturmaları ve en nihayetinde istenen davranışı kazandırması beklenmektedir. Bireylerin; yaşı, eğitim durumu, gelir düzeyi, farkındalığı, eğitime olan gereksinimi, motivasyonu, kültürel düzeyi ve inancı gibi özellikler yapılacak sağlık eğitiminin yöntemine karar vermede etkili faktörlerdir. Literatürde, kanser ve kanser taramalarına yönelik yapılan; bire bir yüz yüze sağlık eğitimlerinin, grup eğitimlerinin, web tabanlı uygulamalar üzerinden verilen eğitimlerin, simülasyon eğitimlerinin, broşür ve davet mektupları destekli eğitimlerin, kısa mesaj yolu ile hatırlatmaların ve sosyal medya kullanılarak farkındalık oluşturma etkinliklerinin bilgi, tutum, inanç ve davranışlar üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur (1,35-38).

Literatürde, serviks kanserinden korunma ve taramaya katılımı artırmaya yönelik yüz yüze sağlık eğitimlerinin, web tabanlı uygulamalar üzerinden yapılan

sağlık eğitimlerinin, broşür ve davet mektupları destekli sağlık eğitimlerinin veya bu yöntemlerin aşamalı olarak birlikte uygulandığı eğitim müdahalelerin etkinlikleri değerlendirilmiştir ancak, incelenen yöntemlerin taramaya katılımı artırmadaki etkinliğinin sınırlı kaldığı bildirilmektedir (1,36-39).

Dijital eğitim teknolojileri, bilgiye erişimi kolaylaştırdığı, etkileşimi artırdığı, bireye özgü seçenekler sunabildiği ve maliyeti düşük olduğu için sağlık eğitimlerinde büyük bir fırsat olarak değerlendirilmektedir (41). Günümüzde cep telefonunun toplumun her kesiminde yaygın olarak kullanılması, topluma ulaşmada sağlık profesyonelleri tarafından dijital yöntemle yapılacak sağlık eğitimleri için maliyeti etkin bir fırsat yaratmaktadır (42,43). Literatürde, farklı eğitim yöntemlerinin kadınların serviks kanseri ve taramasına yönelik bilgi düzeyine, serviks kanseri sağlık inancına ve taramaya katılımına etkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur (15,36,187,195,197). Ancak bu eğitim yöntemlerinin etkinliğinin birbirine olan üstünlüğünü araştıran çalışmalar sınırlıdır. Ayrıca, yüz yüze ve çevrimiçi yapılan sağlık eğitimlerinin kadınların serviks kanseri ve taramasına yönelik bilgisine, serviks kanseri sağlık inancına ve tarama yaptırmaya durumuna etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada bu iki yöntemden hangisinin kullanımının daha çok fayda sağladığı, avantaj ve dezavantajlarıyla beraber araştırılması planlanmaktadır.

1.1. ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin kadınların HPV bilgisine, serviks kanseri sağlık inancına ve tarama testi yaptırmaya etkisini belirlemektir.

1.2. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

H₀₁: Çevrimiçi eğitim grubu, yüz yüze eğitim grubu ve kontrol grubu arasında HPV, serviks kanseri ve taraması bilgi düzeyi, serviks kanseri sağlık inancı ve tarama testine katılma durumları açısından fark yoktur.

H₀₂: Yüz yüze eğitim grubu ile çevrimiçi eğitim grubu arasında; HPV, serviks kanseri ve taraması bilgi düzeyi, serviks kanseri sağlık inancı ve tarama testine katılma durumları açısından fark yoktur.

H₁₃: Kontrol grubunun, diğer gruplara göre; HPV, serviks kanseri ve taraması bilgi düzeyi, serviks kanseri ve taramasına yönelik duyarlılığı, ciddiyeti, yarar ve

motivasyonu, tarama testine katılma durumu daha düşük, algılanan engel düzeyi daha yüksektir.

H14: Yüz yüze eğitim grubunun, diğer gruplara göre; HPV, serviks kanseri ve taraması bilgi düzeyi, serviks kanseri ve taramasına yönelik duyarlılığı, ciddiyeti, yarar ve motivasyonu, tarama testine katılma durumu daha yüksek, algılanan engel düzeyi daha düşüktür.

H15: Çevrimiçi eğitim grubunun, diğer gruplara göre; HPV, serviks kanseri ve taraması bilgi düzeyi, serviks kanseri ve taramasına yönelik duyarlılığı, ciddiyeti, yarar ve motivasyonu, tarama testine katılma durumu daha yüksek, algılanan engel düzeyi daha düşüktür.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri, skuamokolumnar bileşke yakınında servikal epitel hücrelerinin anormalleşmesiyle başlayan ve yavaş gelişen malign bir hastalıktır. Skuamokolumnar bileşke serviks kanseri için hassas bir bölgedir ve kanser olgusunun %90'ı bu bölgede gelişmektedir (44). Serviks kanserinin preinvaziv dönemi ilk olarak 1886'da Sir John Williams tarafından tanımlanmıştır. O dönem Harveian derslerinde sunduğu raporda, belirtisi olmayan ve tesadüfi keşfedilen sekiz serviks kanseri vakasının in situ evresinde olduğunu, bu durumun kanserin en erken evresi olduğunu savunmuştur (45-47). Serviks kanseri tanısı, 1920'lerden sonra kolposkopinin keşfiyle objektif yöntemlerle izlenmeye başlanmıştır (47).

Serviks kanserinin skuamoz hücreli karsinom ve adenokarsinom olmak üzere yaygın olarak iki farklı tipi vardır. Ektoserviks bölgesinde bulunan tümörler sıklıkla skuamoz hücreli karsinomlardır ve tanı konulan vakaların yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır. Vakaların yaklaşık %20'sini kapsayan adenokarsinomların ise endoservikte bulunma olasılığı yüksektir (48-51). Adenoskuamoz, küçük hücreli/nöroendokrin, seröz papiller ve şeffaf hücreli karsinomlar ise serviks kanserinin yaklaşık %10'unu oluşturan ve az karşılaşılan histolojik alt tiplerdir (12,52,53).

Serviks kanseri belirtilerinin klinik açıdan evrelemesi; gizli latent dönem, belirti göstermeyen subklinik dönem ve belirtilerin gözle görülür şekilde ortaya çıktığı klinik dönemdir (54). Erken dönemde serviks kanserinde herhangi bir belirti ve bulgu gözlenmemektedir. Kanserleşme süreci başladıktan sonra yaygın olarak karşılaşılan belirtiler:

- Cinsel ilişki sonrası vajinal kanama,
- Regl döneminde uzun süren kanama veya regl dönemi dışında vajinal kanama,
- Menopoz sonrası dönemde vajinal kanama,
- Muayene sonrasında kanama,
- Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında pelvik bölgede ağrı,
- Uzun süreli sarı renkli, kötü kokulu, pürülan akıntıdır (54-56).

Kanserleşme sürecinin ilerlemesi ve çevre dokulara yayılımının artmasıyla birlikte;

- İdrar ve gaita yaparken ağrı,
- Hematüri veya hematokezya,
- Alt ekstremiteler-bel ağrısı,
- Lenfatik dolaşımın etkilenmesine bağlı ödem gözlemlenebilmektedir (54,55).

2.1.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Serviks kanseri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için artan küresel bir sağlık yüküdür (57). Ülkelere göre değişiklik göstermekle birlikte dünya genelinde 2020 yılı serviks kanseri prevalansının %6,2 olduğu bildirilmektedir (4). Serviks kanseri prevalansı %98,7 ile en yüksek Afrika kıtasında bulunan Sudan'a aittir. Takiben Asya kıtasından %92,7 ile Ürdün, Amerika kıtasından %86,4 ile Şili, Okyanusya kıtasından %82,9 ile Papau Yeni Gine, Avrupa kıtasından ise %78,5 ile Avusturya bulunmaktadır (58-62). Ülkemizde 2020 yılı serviks kanseri insidansı 100 binde 10 olarak bildirilmekte birlikte serviks kanserine bağlı ölüm oranı 10 binde dokuzdur (4,7).

Ülkelere göre değişiklik göstermekle birlikte, küresel düzeyde serviks kanserine bağlı mortalite oranı 2020 yılında 100 binde 7,3 olarak bildirilmektedir (5). Serviks kanseri dünyada 23 ülkede en sık teşhis edilen kanser türüdür ve 36 ülkede kansere bağlı ölüm nedeni olarak ilk sıradadır (2). Bu ölümlerin büyük çoğunluğu Sahra Altı Afrika, Melanezya, Güney Amerika ve Güneydoğu Asya başta olmak üzere, %90'ı gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (2,12). Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde serviks kanserine bağlı ölüm hızı, gelişmiş ülkelere göre 18 kat daha fazladır (63). Serviks kanseri yaşa standardize edilmiş insidans oranı küresel olarak 100 binde 13,1 olduğu tahmin edilmektedir ve bu oran ülkeler arasında ciddi farklılıklar göstermektedir. Sahra altı Afrika, Latin Amerika, Karayipler ve Melanezya yüksek serviks kanseri insidans oranlarına sahipken, en yüksek oran Sahra altı Afrika'ya aittir. Avustralya, Yeni Zelanda, Kuzey Amerika ve Batı Asya ise Afrika'ya oranla yaklaşık olarak 10 kat daha düşük serviks kanseri insidans oranına sahiptir (2,64).

2.1.2. Serviks Kanseri Etiyolojisi

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, serviks kanseri ve preinvaziv lezyonlarının oluşumundaki en etkili etiyolojik faktörün HPV olduğunu ortaya koymaktadır (65). Küresel çapta serviks kanseri vakalarındaki HPV prevalansının %99'dan fazla olması

da bu durumun objektif bir kanıtı olarak değerlendirilmektedir (8,66-69). Human Papilloma Virüsü (HPV), *Alpha*, *Beta*, *Gamma*, *Mu* ve *Nu* olmak üzere beş cinsten oluşan ve bilinen 45'ten fazla türü, 200'den fazla tipi bulunan çift sarmallı, kılıfı olmayan, küçük, dairesel bir DNA genomuna sahip olan Papovaviridae ailesinden bir virüstür (70-73). HPV'nin kanser oluşumundaki etkisine göre epidemiyolojik sınıflandırması; "yüksek riskli" (HPV-16, -18, -31, -33, -35, -39, -45, -51, -52, -56, -58 ve -59), "olası yüksek riskli" (HPV-26, -34, -53, -66, -67, -68, -69, -70, -73, -82, -85 ve -97), "belirsiz risk" (HPV- 3, -7, -10, -27, -28, -29, -30, -32, -34, -55, -57, -62, -71, -74, -77, -83, -84, -86, -87, -90 ve -91) ve "düşük riskli" (HPV-6, -11, -13, -40, -42, -43, -44, -54,- 61, -72, -81 ve -89) şeklindedir (74). Literatürde, HPV-6 ve HPV-11'in genital siğillere ve serviks bölgesindeki lezyonlara neden olduğu bildirilmektedir (75,76). Yüksek riskli grupta yer alan HPV-16 ve HPV-18'in ise küresel çapta servikal skuamoz karsinom vakalarının yaklaşık %70'inden sorumludur (70,72,74,77-79). Bununla birlikte, HPV-16 ve 18'in serviks kanseri ile ilişkisi sırasıyla %55 ve %14'tür (80). Aynı zamanda 40 yaş altı servikal adenokarsinom vakalarının %89'unda ve 60 yaş üstü vakalarının %43'ünde HPV-16 ve 18'e rastlanmaktadır. Servikal skuamoz hücreli karsinom ve adenokarsinom oluşumunda HPV-16'nın etkili olduğu bilinirken, HPV-18'in adenokarsinomlar üzerinde doğrudan etkili olduğu bildirilmektedir (81). Genellikle HPV ile enfekte bireylerin büyük çoğunluğunda 1-2 yıl içinde virüs bağışıklık sistemi tarafından etkisiz hale getirilirken, %10'unda enfeksiyon ilerleyerek kalıcı hale gelebilmektedir (3,79,82-84). Serviks kanseri sürecinde öncelikle HPV bulaşı meydana gelir, HPV enfeksiyonu kronikleşirse prekanseröz tablo oluşur ve süreç invaziv kanser ile sonuçlanabilir (127).

Her iki cinste de yaygın olarak görülen HPV, cinsel yolla bulaşan bir virüstür (3,83-85). Bu virüs en yaygın olarak doğrudan cilde veya ciltten mukozaya temas ile bulaşır (86,87). Daha nadir olmakla birlikte diğer HPV bulaş yolları; anneden bebeğe perinatal bulaşma, genital bölgeden parmaklara veya parmaklardan genital bölgeye bulaşma, enfekte nesnelere, HPV'si bulunan bireylerin havlu gibi özel eşyalarının ortak kullanılmasıyla da bulaşma olduğu bildirilmektedir (84-87).

2.1.3. Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Literatürde, serviks kanserinin birincil risk faktörünün cinsel yolla bulaşan HPV enfeksiyonu olduğu kanıtlarla açıkça ortaya konulmaktadır (8,65). Bununla

birlikte literatürde HPV bulaşını ya da enfeksiyonu kolaylaştıran faktörler, kanser gelişimini kolaylaştıran risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır. Bu risk faktörleri;

- 16 yaşından önce cinsel ilişki deneyimi,
- 13 yaşından önce regl sürecinin başlaması,
- Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü,
- Birden fazla cinsel eş ve çok eşli bir partnerin olması,
- Güvenli olmayan cinsel ilişki,
- Oral kontraseptif (OK) kullanımı,
- Doğum ve gebelik sayısının üçten fazla olması,
- Sigara kullanımı,
- İmmün sistemin zayıf olması,
- Genetik yatkınlık,
- Düşük sosyoekonomik düzey,
- Tarama programına katılımın yetersiz olması olarak sıralanmaktadır (67,68, 88,89,90).

2.1.3.1. Cinsel öykü: Erken yaşta cinsel yaşam başlangıcı ve birden fazla cinsel eşin olması HPV bulaşı ve serviks kanserinin en önemli risk faktörlerindedir (80,88,89,91-93). Yapılan çalışmalarda erken yaşta cinsel ilişkide bulunan bireylerin korunma konusunda yeterli bilgi ve davranışa sahip olmaması nedeniyle cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) olma olasılığını yüksek olarak bildirmektedir (94,95). Literatürde, erken yaşlarda cinsel ilişkinin HPV enfeksiyonuna yatkınlığı arttırdığı ve buna bağlı olarak bu bireylerde serviks kanserine daha sık rastlanabileceği bildirilmektedir (91,96). Cinsel ilişki başlangıç yaşı 17 ve daha küçük olan kadınlar ile 21 yaşındaki kadınlar karşılaştırıldığında, skuamoz hücreli karsinom ve adenokarsinom riski erken cinsel ilişki deneyimi olan kadınlarda yaklaşık üç kat daha fazladır. Benzer olarak, altı ve daha fazla cinsel eşe sahip kadınlar, 21 yaşında ve tek eşlilere göre serviks kanseri açısından yüksek risk altındadırlar (91). Bir çalışmada, HPV bulaşının en çok 25 yaşında görüldüğü ve bunun da riskli cinsel davranışlar kaynaklı olabileceği bildirilmektedir (89). Bu durumun olası nedeni erken yaşta dokuların fizyolojik olarak yeterli derecede gelişmemiş olması ve HPV'ye karşı bağışıklık sisteminin yeterli cevabı oluşturamamasıdır (93,97). Literatürde, daha genç kadınlarda yaş ile HPV enfeksiyonu görülme sıklığının ters orantılı olduğu ancak, ileri

yaşlarda yeniden doğru orantıya döndüğü bildirilmektedir (80, 98). En yüksek HPV enfeksiyonu prevalansı genç kadınlarda saptanmaktadır. Kadının yaşı ilerledikçe HPV prevalansında bir düşüş olsa da ilerleyen yaşlarda tekrar bir zirve yapabilmektedir (80). Literatürde Amerika, Afrika ve Avrupa’da HPV enfeksiyonunun ilk zirvesinin 25 yaş altında, ikinci zirvesinin de 45 yaş üstünde olduğu bildirilmektedir (98).

2.1.3.2.Cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü: Serviks kanseri ile Human Immunodeficiency Virus (HIV)’ü arasındaki ilişkiyi inceleyen çok sayıda araştırma, HIV pozitif olan bireylerde HPV enfeksiyonunun ve anormal tarama sonuçları daha yaygın olarak saptanmaktadır (99). Aynı zamanda HIV pozitif olan kadınlarda serviks kanseri en sık rastlanılan kanser türüdür. Buna bağlı olarak da serviks kanseri “*AIDS’i tanımlayan kanser*” olarak kategorize edilmektedir (63). Koenfeksiyon görevi gören HIV’in, HPV enfeksiyonuna yatkınlığı artıran en önemli etkisi immün sistem yetersizliğidir (100). Yapılan çalışmalarda, Herpes Simplex Virüsü’nün (HSV), HPV enfeksiyonu ile yüksek oranda ilişkisi olduğu ortaya konulmaktadır. Serviks kanseri açısından riskli grupta yer alan HPV türlerinin bulunduğu kadınlarda HSV’nin prevalansı yüksektir (100-102). Serviks kanseri için HSV’nin en dikkat çekici fonksiyonu, serviksi ve skuamokolumnar bileşkeyi enfekte etme özelliğidir (103).

Cinsel yolla bulaşan bakteriyel enfeksiyona neden olan *Klamidya Trachomatis*’in, yapılan çalışmalar sonucu kalıcı HPV enfeksiyonu ile ilişkili olabileceği değerlendirilmektedir (55,104-106). Doğrudan bir etkisi olmamakla birlikte klamidya bakterisi hücredeki DNA hasarına yol açıp inflamasyonu uyarabilir ve bağışıklık tepkisine azaltıcı etkide bulunup HPV enfeksiyonunun kalıcı hale gelmesini kolaylaştırabilmektedir (55,104,105,107).

2.1.3.3. Oral kontraseptif kullanımı: Literatürde OK kullanım süresi ile serviks kanseri arasında uzun vadede pozitif bir ilişki olduğu yapılan çalışmalar sonucu ortaya konulmaktadır (88,89,99,108). Beş yıldan daha fazla OK kullanan ve HPV bulaşı olan kadınlarda serviks kanseri riski yaklaşık olarak üç katına; 10 yıl ya da daha fazla kullananlarda ise bu risk dört kat artabilmektedir (89,91). Bu yatkınlığın, OK’lardaki östrojen hormonunun, serviks hücrelerinin immün yanıtını etkileyen bazı değişikliklere neden olmaktadır (93). Aynı zamanda uzun süreli OK kullanımının özellikle adenokarsinom gelişimi açısından da riski artıran bir etkiye neden olmaktadır (89,108). Hatta OK kullanımına ara vermenin kanser riskini azalttığını, tamamen

kestikten sonra ise geçen yıllar içinde mevcut riskin azalarak normale döndüğü bildirilmektedir (55).

2.1.3.4. Gebelik ve doğum öyküsü: Literatürde serviks kanseri ile gebelik sayısı/üçten fazla doğum arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğu bildirilmektedir (76,91,109). Gebelikte oluşan hormonal değişikliklerin ve immün sistem yanıtındaki farklılaşmanın, HPV enfeksiyonuna karşı humoral savunmayı olumsuz etkilediği; doğumlar sonucunda servikte oluşan hasarın ise HPV enfeksiyonuna yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir (76,93). Literatürde HPV bulaşı olan yediden fazla gebelik ve doğum yapan kadınlarda, hiç doğum yapmamış olan kadınlara göre skuamoz hücreli karsinom riski yaklaşık olarak dört kat daha fazladır (91). Başka bir çalışmada, üçten fazla doğum yapan kadınların, hiç doğum yapmamış kadınlara göre serviks kanseri açısından daha riskli olduğu savunulmaktadır. Ancak HPV bulaşı olmayan kadınlarda gebelik ve parite sayısı tek başına belirleyici değildir (110).

2.1.3.5. Sigara kullanımı: Sigara tüketiminin serviks kanseri türlerinden özellikle skuamoz hücreli karsinom ile güçlü bir ilişkisi olduğu yapılan çalışmalar sonucu bildirilmektedir (77,91,93,109). Yapılan bir çalışmada servikal mukusta sigaraya ait bazı maddeler olduğu rapor edilmektedir (77). Sigaranın içinde bulunan nikotin maddesinin DNA deformasyonuna ve salgılanan mukusta farklılıklara neden olarak etkilediği savunulmaktadır (76,77,109). Aynı zamanda sigara kullanımı immün sistem yanıtını düşürerek vücudu enfeksiyona açık, kansere yatkın hale getirmektedir. Bu durum sigara kullanan kadınların, kullanmayanlara oranla serviks kanserine karşı iki ile dört kat yatkın hale getirmektedir (77,93,109).

2.1.3.6. İmmün sistem: İmmün sistemde yer alan tüm hücreler vücudu kansere karşı korumada büyük rol oynamaktadır (111). Çeşitli nedenlerle immün sistemi baskılanmış kadınlarda yeterli immün cevap oluşmadığı için serviks kanseri riski artmaktadır. İmmüsupresif tedavi gören, HIV pozitif olan, son evre böbrek hastalığına sahip veya organ nakli sonucu immün sistemi yetersiz kalan kadınlarda serviks kanseri riski artmaktadır (112-114).

2.1.3.7. Düşük sosyoekonomik düzey ve tarama programlarına katılımın yetersiz olması: Serviks kanseri, dünya çapında coğrafi farklılıklardan etkilenen bir hastalıktır. Ülkelerin ve bireylerin sosyoekonomik durumu ile tarama programlarına katılımları arasında güçlü bir ilişki mevcuttur (55). Ülkelerin gelişmişlik düzeyi, sağlık

hizmetinin ve sağlık çalışanlarının nitelik ve niceliği, tarama hizmetlerine yeterli önemin verilmemesi ve iyi koordine edilmemesi serviks kanseri morbidite ve mortalite oranlarını etkileyen başlıca unsurlardır. Kadınların eğitim düzeyi, çalışma ve gelir durumu, sağlık sigortasının varlığı, eğitim seviyesi, sağlık okuryazarlık düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim imkânı taramaya katılımı etkileyen bireysel faktörlerdir (115).

2.1.4. Serviks Kanserinden Korunma

Serviks kanseri uzun süreli bir karsinogeneze sahip olduğu için multidisipliner bir yaklaşım olan primer, sekonder ve tersiyer korunmayı olanaklı kılan bir hastalıktır (3,116).

2.1.4.1. Serviks kanserinden primer korunma: Serviks kanserinden primer korunmada amaç, hedef toplumun HPV ile tanışmasını engellemektir. Buna yönelik yapılan sağlık uygulamalarından HPV aşısı, en etkili ve en önemli halk sağlığı uygulamasıdır (3,116,117). Serviks kanserinin birincil nedeni HPV olsa da değiştirilebilir diğer risk faktörleri de primer korunmada müdahale gerektirir (118). Bağışıklama dışındaki diğer uygulamalar öncelikle hedef toplumun belirlenip HPV ve serviks kanseri ile ilgili sağlık eğitimi verilerek farkındalıklarının artırılmasıdır. Bununla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, riskli cinsel davranışlardan kaçınma, nispeten bariyer kontraseptif yöntemlerin teşviki sayılabilir. Bariyer yöntemlerden biri olan prezervatifin doğru bir şekilde kullanımı HPV bulaşını kesin olarak engellemese de bulaş olasılığının azalmasına yardımcı olabilmektedir. Fakat prezervatif doğru kullanıldığında dahi HPV bulaşının mümkün olduğu unutulmamalıdır (119). Yapılan alışmalar kadınların yaklaşık %40'ının cinsel ilişkiye başladıktan sonra iki yıl içinde HPV ile tanıştığını ve enfekte olduğunu ortaya koymaktadır (120,121). Bu nedenle, yüksek riskli davranışlara eğilimi olan geç yaaş gruplarını, erken ve güvensiz cinsel ilişki deneyimlerinden uzaklaştırarak, sağlıklı ve güvenli cinsel davranışları kazanadırılmak için kültüre ve yaaş grubu özelliklerine uygun eğitim vermek primer korumada önemli ve öncelikli bir konudur (3,116,118). Bununla birlikte, serviks sağlığını yakından ilgilendiren bir diğer konu cinsel partnerin de sağlıklı olmasıdır. Erkek sünneti, HPV bulaşı ve buna bağlı serviks kanserinden korunmada etkili olduğu ortaya konulan kadının cinsel partnerine yönelik koruyucu bir uygulamadır (122-124). Danimarka'da sünnetli erkeklerde beş kat daha düşük HPV prevalansı olduğu bildirilmektedir (125). İşpanya'da gerçekleştirilen bir araştırmada

erkek partnerleri sünnetli olan kadınların yaklaşık %40 daha düşük serviks kanseri riskine sahip olduğu bildirilmektedir (126).

2.1.4.1.1. HPV Başıtklaması: Serviks kanserinden primer korunmada HPV aşısı, etkinliği kanıtlanmış en önemli yeniliktir (127,128). Sadece serviks kanseri değil HPV ile ilişkili tüm kanserler ve genital siğilleri engellemek amacıyla kullanılan HPV aşısı, kritik bir halk sağlığı uygulamasıdır (128). Yapılan bir projeksiyonda, HPV aşısının 50 yıl boyunca kapsamlı bir şekilde uygulanması ile birlikte serviks kanseri vakalarının ciddi oranda azalacağı öngörülmektedir (128). Serviks kanserinin elimine edilmesine yönelik DSÖ'nün küresel stratejilerinde HPV aşısı en temel uygulama olarak görülmektedir. (3). Kız çocuklarının %90'ının 15 yaşına kadar aşılanmış olması, DSÖ serviks kanseri eliminasyon girişimleri 2030 yılı hedefleri arasındadır (3). Bu nedenle DSÖ, HPV ile ilişkili hastalıkların öncelikli bir halk sağlığı sorunu olduğunu vurgulamakta ve HPV aşısının ulusal aşılama programında yer verilmesini şiddetle önermektedir (116).

Başıtklama Uygulamaları Danışma Komitesi [Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)], HPV aşısının kabul edilebilirliğini ve maliyet etkinliğini değerlendirmek üzere ilk kez 2004 yılında toplandı. Kuadrivalan HPV aşısı, 2006 yılında ACIP ve Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi [Food and Drug Administration (FDA)] tarafından onaylanarak lisanslı ilk HPV aşısıdır. Bivalan HPV aşısı ise ilk olarak 2007 yılında Avrupa İlaç Ajansı [European Medicines Agency (EMA)], ardından 2009 yılında ACIP ve FDA tarafından onaylandı (129,130). Dokuz valanlı HPV aşısı 2015 yılında ACIP tarafından onaylanmış ve rutin uygulama için önerilmiştir (130,131). Mayıs 2020'de Çin Halk Cumhuriyeti'nde rutin olarak kullanılmaya başlanan bivalan aşı, Aralık 2019'da Çin Ulusal Tıbbi Ürünler İdaresi tarafından onaylanarak, Ekim 2021'de DSÖ tarafından ön yeterliliği kabul edildi (132,133).

Uluslararası sağlık otoriteleri tarafından onaylanan HPV aşıları; dokuz valanlı, kuadrivalan ve bivalan aşılarıdır. Bu aşıların hedefi HPV-16 ve HPV-18'in neden olduğu serviks kanseri ve diğer HPV ile ilişkili kanserlerden bireyleri koruyarak, başıtklık kazandırmaktır. Aynı zamanda dokuz valanlı ve kuadrivalan aşılar genital siğillere sebep olan HPV-6 ve HPV-11'e karşı da koruma sağlamaktadır. Son güncellenen dokuz valanlı HPV aşısı ek olarak HPV-31, 33, 45, 53, 58'e karşı da

koruma sağlamaktadır (75,116,127-129). İlave edilen HPV tipleri ile birlikte dokuz valanlı HPV aşısı serviks kanserine karşı %90 oranında koruma gücündedir (130).

Aşıların uygulanma yaşı için en ideal dönem, HPV ile tanışmadan önceki erken ergenlik dönemidir. Bu nedenle 9-14 yaş aralığındaki kız çocukları rutin aşılanma için hedef gruptur (13,19,75,116,134). Ancak yaygın aşı uygulaması yapılmayan bölgelerde tüm bireylere 26 yaşına kadar HPV aşısı önerilmektedir. Aynı zamanda yarar görme olasılığı daha düşük olan 27-45 yaş grubundaki bireylere de doktor ile birlikte ortak klinik karar alarak HPV aşısı yapılabilmektedir (75,134). Sadece Çin Halk Cumhuriyeti'nde uygulanan bivalent aşı ise 9-45 yaş kadınlar için ruhsatlıdır. Uygulama metodu diğer aşılar ile aynı olup 9-14 yaş kız çocukları için iki doz, 15 yaş üstü kadınlar için üç doz şeklindedir (132,133). Uluslararası düzeyde HPV aşıları için güncel öneriler şekil 2.1'de gösterilmektedir.

Yaş	Cinsiyet	Doz-Program
9-14 yaş	Erkekler/ Kadınlar	<ul style="list-style-type: none"> 2 doz (0, 6-12ay) İlk doz ile ikinci doz arasında minimum süre 5 ay
15-26 yaş	Erkekler/ Kadınlar	<ul style="list-style-type: none"> 3 doz (0, 2, 6 ay) İlk doz ile ikinci doz arası minimum süre 4 hafta, İkinci doz ile üçüncü doz arası minimum süre 12 hafta, İlk doz ile üçüncü doz arası minimum süre 5 ay
27-45 yaş	Erkekler/ Kadınlar	<ul style="list-style-type: none"> 3 doz (0, 2, 6 ay) Ortak klinik karar sonucu belirlenmektedir. 45 yaş üstü için ruhsatlı değildir.

Şekil 2.1. HPV aşısı ACIP ve CDC önerileri (75,151)

İsviçre'de 2007 yılında, İskoçya'da 2008 yılında HPV aşısının rutin olarak uygulamaya başlayıp ulusal aşılanma programına dahil edildiği belirtilmektedir (128,135). Tayland'da ise 2007 yılında ödeme yapabileceklere HPV aşısının önerildiği ve 10 yıl sonunda ulusal aşılanma programına dahil edildiği bildirilmektedir. İsviçre'de dört yıllık uygulama süreci sonunda 11-19 yaş arasındaki kız çocuklarının aşılanma oranı üç doz için %72,6 ve iki doz için %74,8'e ulaştığı rapor edilmektedir (128). İskoçya'da bivalent HPV aşısı olan kız çocuklarının yedi yıl sonraki servikal tarama sonuçları incelenmiş olup, HPV-16, 18, 31, 33, 45 tiplerinde ciddi oranda azalma

olduğu ortaya konulmaktadır (135). Tayland'da 11-12 yaş arasındaki kız çocuklarına HPV aşısı ücretsiz hale getirildikten sonra hedef kitlede aşılama oranının %95'e ulaştığı bildirilmektedir (128). Dokuz ülkeyi kapsayan bir sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında; aşılanmanın başlamasından sonraki dört yıl içinde, aşılama yapılan kız çocukları ve kadınlarda HPV-16, HPV-18 ve genital siğil vakalarında ciddi oranda azalmalar olduğu, 5-8 yıllık bir aşılama süresi sonunda 13-19 yaş grubundaki kız çocuklarında HPV-16 ve HPV-18 prevalansının %83 oranında düşüş gösterdiği rapor edilmektedir. Aynı çalışmada, kuadriyalan HPV aşısı uygulamasından sonraki dört yıllık süre boyunca 15-19, 20-29 yaş gruplarındaki kadın ve kız çocuklarında genital siğil prevalansı sırasıyla %67 ve %31 oranında azalma gösterdiği, hedef kitlenin yarısından fazlasının aşılandığı ülkelerde aşılanmamış erkekler ve yaşlı kadınlarda da genital siğil ve HPV enfeksiyon vaka sayılarında azalma olduğu bildirilerek aşının çapraz koruma sağladığı da savunulmaktadır (136).

Dünya'da 2022 yılı ortası itibariyle 120 ülke HPV aşısını ulusal aşılama programı kapsamında uygulamaktadır (137). Ancak ülkemizde de HPV aşıları ruhsatlandırılmış olmalarına rağmen henüz, ulusal aşı programında yer almamaktadır. Aşılanmaya istekli vatandaşlar, kuadriyalan aşılar ile bivalan aşıları ücretli olarak eczanelerden temin etmekte ve sağlık kuruluşunda yaptırılmaktadır (138).

2.1.4.2.Serviks kanserinden sekonder korunma: Serviks kanserinden sekonder korunmada, asemptomatik veya semptomu olan tarama testi pozitif olan bireylerde kanser öncesi lezyonların erken dönemde belirlenmesi amaçlanmaktadır. Enfeksiyondan kanserleşme sürecine geçişin uzun bir sürece yayılması, hastalığın geri dönüşü olabilecek bir dönemde saptanmasına fırsat sunmaktadır. Bu amaç doğrultusunda en önemli kilit strateji kanser tarama programlarıdır (118,128,139). Erken tanı ve tarama ile serviks kanserinin mortalitesi %34 ile %80 oranında azaltılabilmektedir (3,15,16). Serviks kanserinin erken tanısına yardımcı olan yöntemlerden biri fizik muayenedir. Fizik muayenede; doğrudan görsel inceleme, asetik asit kullanılarak görsel inceleme, asetik asit ve büyütme yöntemi kullanılarak görsel inceleme, lugol iyodu kullanılarak yapılan görsel inceleme yapılmaktadır (118,128). Ancak fizik muayenede kayıtlı bir verinin elde edilememesi, standartlaştırılmasının zor olması sebebiyle diğer yöntemlerin bulunmadığı durumlarda uygulanılmaktadır (118). Serviks kanserinin taramasında yaygın olarak

kullanılan yöntemler; Pap Smear testi ve HPV-DNA testidir (118,128,139,140). Anormal sonuçların ayrıntılı değerlendirilmesi için ise kolposkopi yapılmaktadır (118,139).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) serviks kanserini elimine etmek için başlattığı küresel strateji 2030 yılı hedeflerinde, serviks kanseri tarama programlarında başarıya ulaşmak için toplumun en az %70'inin taranması gerektiğini vurgulamaktadır. Ancak, küresel olarak serviks kanseri tarama oranının %12 ile %63 arasında değişmekte olduğu ve istenilen düzeye ulaşamadığı bildirilmektedir (2,20). Ülkemizde yapılan çalışmalarda serviks tarama programına katılan kadın oranı %24,9 ile %52 arasında değiştiği ve hedefe değerin çok altında olduğu değerlendirilmektedir (15,22).

2.1.4.2.1. Pap Smear Testi: Serviks kanserinin preinvaziv lezyonlarının erken dönemde tespit edilmesinde yaygın olarak kullanılan, duyarlılık ve seçicilik yönünden kullanışlı, maliyeti düşük olan sitolojik bir testtir. (141,142). Son yarım yüzyılda testin kullanımı ile birlikte serviks kanserine bağlı morbidite ve mortalite oranlarının önemli oranda azaltıldığı bildirilmektedir (143).

Pap Smear testinin sıvı bazlı ve konvansiyonel olmak üzere iki tekniği bulunmaktadır. Sıvı bazlı teknikte, fırça yardımıyla servikste hücrelerin alınıp içinde koruyucu sıvı bulunan şişeye aktarma işlemi yapılmaktadır. Konvansiyonel teknikte ise, fırça yardımıyla servikste hücrelerin alınıp bir lam üzerine aktarılması ve koruyucu madde ile sabitleme işlemi uygulanmasını içermektedir. Yapılan çalışmalarda konvansiyonel tekniğin duyarlılık oranının ortalama %55, seçicilik oranının ise ortalama %97 olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle yeni yöntem arayışı sonucu sıvı bazlı teknik geliştirilmiştir. İki teknik kıyaslandığında sıvı bazlı teknikte alınan örnek üzerinden HPV, gonore, klamidya gibi başka testlerinde uygulanabilir olması bir avantajdır. Aynı zamanda sıvı bazlı teknik kolay yorumlanması, hata payının az olması ve filtrelenebilir olması gibi özellikleriyle de daha çok tercih edilmektedir (144,145).

Jinekolojik muayene sırasında alınan Pap Smear testi ağrısız, basit ve kısa süren bir işlemdir. Pelvik muayene sırasında özel fırçanın eksternal os ve skuamokolumnar bileşkeden en az bir tam tur olacak şekilde döndürülmesiyle örnek alınır. Uygun koşulda saklanarak incelemesi yapılır (145,146). Test vermek için optimal dönem kanama olmayan günlerden tercihen menstrüasyon döneminin

ortalarıdır. Test vermeden önceki 48 saat içinde lavaj, intravajinal bir uygulama ve cinsel ilişki önerilmemektedir. Genital bir enfeksiyon varlığında, öncelikle o enfeksiyonun tedavisi yapılmalı, daha sonra test yapılmalıdır. Test sonucunda anormal bulguları olan kadınlar kolposkopi ve biyopsi yöntemleriyle ayrıntılı olarak incelenmektedir (141,147).

Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Derneği'ne [American College of Obstetricians And Gynecologists (ACOG)] göre, serviks kanseri tarama başlangıç yaşı ilk cinsel ilişki yaşına bakılmaksızın 21'dir. Her üç yılda bir 21-29 yaş aralığındaki kadınların sadece Pap Smear testi yaptırmasını, 25-29 yaş aralığındaki kadınların tek başına HPV-DNA testi yaptırabileceğini ancak tercihen Pap Smear testi yaptırmasını önermektedir. Ayrıca 30-65 yaş aralığındaki kadınlar için de üç seçenek sunmaktadır;

- Her beş yılda bir düzenli co-test (Pap Smear ile HPV-DNA testi birlikte),
- Her üç yılda bir düzenli Pap Smear testi,
- Her beş yılda bir HPV-DNA testi (148).

Ülkemizde 1992 yılından beri serviks kanseri ulusal kanser tarama programı kapsamında Pap smear testi kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığı serviks kanseri tarama programı ulusal standartlarına göre, 30-65 yaş arasındaki sağlıklı kadınların her beş yılda bir düzenli olarak Pap Smear testi yaptırmasını önermektedir. (149).

2.1.4.2.2. HPV-DNA Testi: Kanda immün yanıt oluşturmayan ve dolayısıyla antikoru bulunmayan HPV enfeksiyonunun vücuttaki varlığı enfekte dokudan moleküler yöntemlerle alınan örneklerle tespit edilmektedir. Serviks kanserinin etiyolojik faktörünün HPV olarak belirlenmesiyle beraber moleküler testlere yönelim olmuştur. Günümüzde, Pap smear testine ek olarak HPV-DNA testi de entegre edilmiştir. Serviks kanserinin oluşumuna neden olan yüksek riskli HPV tiplerinin tespiti bu yöntem esasına dayanan 2014 yılında FDA tarafından onaylanan HPV-DNA testi ile mümkündür. Amaç yüksek riskli HPV tiplerini belirlemektir. Günümüzde, FDA onaylı HPV-DNA testleri 14 farklı HPV tipini tespit edebilmektedir (119,150,151).

Primer olarak HPV-DNA testinin tercih edildiği uygulamalarda, preinvaziv lezyonların tespitinde %60 daha fazla kanseri tespit etmesiyle Pap Smear testine göre duyarlılığı daha yüksek, seçiciliği ise daha düşüktür (152). Bu durum tarama aralığının uzaması konusunda avantaj olsa da, kalıcı olmayan enfeksiyonların tespitinin fazla

olması ve dolayısıyla gereksiz kolposkopiye yol açması nedeniyle bir dezavantaj olarak değerlendirilmektedir (153,154). Kolposkopi oranını azaltmak için ek yöntem olarak HPV tip belirleme kullanılmaktadır. Yüksek riskli HPV-16 ve 18'in tespitinde kolposkopi, diğer 12 tipin tespitinde Pap Smear testi uygulanmaktadır (155).

Eş zamanlı yapılan HPV-DNA ve Pap Smear testine co-test adı verilir. Uluslararası otoritelerce 30-65 yaş aralığındaki kadınlara her beş yılda bir düzenli co-test yapılması önerilmektedir. Ancak 30 yaş altı kadınlarda geçici enfeksiyonların sık görülmesi nedeniyle yanlış pozitif oranını artırmamak için sadece Pap Smear testi önerilmektedir (148,154). Sadece Pap Smear ile yapılan taramaya HPV-DNA testinin de eklenmesi taramanın duyarlılığını arttırmakta; seçiciliğini azaltmaktadır. Co-test sonucu Pap Smear testinin negatif, HPV-DNA testinin ise pozitif gelmesi durumunda yine HPV tip belirleme yöntemi kullanılmaktadır. Yüksek riskli HPV-16 ve 18'in tespitinde kolposkopi, diğer 12 tipin tespitinde bir yıl sonra tekrar co-test yapılması önerilmektedir (156).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) servikal kanser taramalarına yönelik önerilerine göre;

- 30-49 yaş aralığındaki kadınlar en az bir kez servikal kanser tarama programına katılması konusunda teşvik edilmelidir.
- Servikal kanser tarama programı kapsamında, ülkeler kendi olanakları doğrultusunda Pap Smear testi, HPV-DNA testi veya co-testi tercih edebilir.
- HIV pozitif kadınlar yaş aralığına bakılmaksızın tarama programına alınmalıdır ve üç yılda bir test tekrarlanmalıdır.
- Test sonucunda normal olmayan durumların gözlenmesi halinde kadınlar izlenmeli ve etkili bir tedavi yöntemi uygulanmalıdır (3).

Ülkemizde ise 2012 yılında güncellenen ulusal servikal kanser tarama programı standartlarına göre; 30-65 yaş arasındaki kadınların her beş yılda bir düzenli olarak Pap smear testi veya HPV-DNA testi yaptırması önerilmektedir. Ülkemizde, öncelikli olarak HPV-DNA testi kullanılmaktadır. Sonuç normal ise, birey beş yıl sonra taramaya tekrar davet edilmektedir. Anormal sonuç halinde ise, refleks Pap Smear testi tercih edilmektedir. Refleks Pap Smear testi, bir testin anormal gelmesi sonucu diğer test ile karşılaştırılması durumudur. Refleks Pap Smear testi sonucunun anormal veya normal olup HPV-16/18 türü pozitif ise hastaneye yönlendirmesi

yapılmaktadır. Refleks Pap Smear testinin normal olması veya HPV-16/18 pozitif gelmesi durumunda bir yıl sonra testin tekrarı önerilmektedir (157). Taramanın ücretsiz olarak yürütüldüğü yerler Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve buna bağlı Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleridir (KETEM). Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin kadın doğum polikliniklerinde de isteğe bağlı olarak ücretsiz olarak tarama testleri yaptırılmaktadır (19,157).

2.1.4.3. Serviks kanserinden tersiyer korunma: Serviks kanserinden tersiyer korunma ise serviks kanseri teşhisi konulan bireylerin sağkalım şansını artırmak, sakatlığı gidermek ve yaşam kalitesini artırmayı içerir. Buna yönelik etkili ve uygun tıbbi ve cerrahi tedaviler ile rehabilitasyon hizmetleri yürütülmektedir (118).

Serviks kanseri tanısı, anormal tarama ve pelvik muayene sonucu yapılan kolposkopi ve biyopsi ile belirlenmektedir. Birey serviks kanseri tanısı aldıktan sonra hastalığın evrelemesi yapılır. Evrelendirme, kanserin mevcut boyutunu ve yayılma derecesini belirleyerek tedavinin uygun şekilde ve en doğru yaklaşım ile planlanmasına yardımcı olmaktadır (12,49). Evrelendirme yapılırken Tümör-Nod-Metastaz (TNM) sistemi ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu [The International Federation of Gynecology and Obstetric (FIGO)] evreleme sistemi kullanılmaktadır (158).

Evresine göre değişiklik gösteren yaygın olarak kullanılan serviks kanseri tedavi yaklaşımları cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir. Serviks kanserinin erken evresinde olan bireyler için nüksü önlemek amacıyla servikal konizasyon, total basit histerektomi ve radikal histerektomi gibi cerrahi yöntemler uygundur. İleri evre serviks kanseri olan bireyler için ise klinik sonuçların iyileştirilmesi ve toksisitenin azaltılması amacıyla radyasyon tedavisi uygulanmaktadır. Radyasyon tedavisi, cerrahi işlem sonrası nüksü önlemek amacıyla adjuvan tedavi olarak veya tedavisi mümkün olmayan ileri evre serviks kanseri olan bireylerde semptomları azaltmak amacıyla palyatif tedavi olarak da tercih edilebilmektedir. Aynı zamanda cerrahi kontraendikasyonu olan erken evre bireylerde hastalığı kontrol altına almak ve sağkalımı artırmak amacıyla kullanılan radyoterapi tedavisi başarı ile sonuçlanabilmektedir. Kemoterapi ise yardımcı bir tedavi yöntemi olarak tercih

edilmektedir ve gerekli durumlarda diğer tedaviler ile kombine olarak uygulanmaktadır (159).

2.1.5. Serviks Kanseri ile Mücadelede Hemşirenin Rolü

Serviks kanserinden primer ve sekonder korunmadaki başarı oranı, bireylerin bilgi düzeyi, tutum, davranış, niyet ve inançları ile yakından ilişkilidir. Korunmaya yönelik uygulamaların önemini farkında olan ve benimseyen toplumlarda serviks kanserine bağlı morbidite ve mortalite oranları düşüktür. Serviks kanseri olgularının büyük çoğunluğu hiç tarama yaptırmayan veya yetersiz tarama yaptıran bireylerdir (24,160). Literatürde serviks taramasına katılımın önündeki engeller; kanser taramaları hakkında yetersiz bilgi, jinekolojik muayeneden çekinme, hizmete erişim güçlükleri, kültürel ve dini inançlar, damgalanma endişesi ve yetersiz sosyal destek şeklinde sıralanmaktadır (23,25,28-30). Tüm bu engellerin kök nedeni yüksek oranda eğitim ve bilgi eksikliğidir (31,161). Ülkemizde de yapılan çalışmalarda, kadınların serviks kanserinden korunmaya yönelik bilgi düzeyinin düşük ve davranışlarının yetersiz olduğu bildirilmektedir (161,162). Serviks kanserine yönelik bilgi eksikliğini gidermek, olumsuz tutum ve inançları ortadan kaldırmak, koruyucu ve erken tanı davranışlarına motive etmek amacıyla bireylere sağlık eğitimi vermek tartışmasız en önemli ve etkili hemşirelik müdahalesidir. Topluma yeterli ve etkin bir şekilde sağlık eğitimi verilmesi, bilgilendirmelerin yapılması taramalara yönelik bilgi düzeyi ve farkındalığı arttıracak dolayısıyla da katılımın da artırılmasına katkı sağlayacaktır (26). Bu konuda en önemli görev toplum tabanlı sağlık eğitiminin temel sürdürücülere olan hemşirelere düşmektedir. Hemşireler araştırmacı, eğitici, bakım verici, savunucu ve danışmanlık rolleriyle sağlık sisteminde vazgeçilmez sağlık profesyonelleridir. Ancak bu rollerini yerine getirebilmeleri için serviks kanseri ve korunmaya yönelik yeterli ve güncel bilgi, beceri ve donanıma sahip olması ve bu yetkinliklerini uygulamada da ortaya koyabilmelidirler (163). Mesleki eğitim süreçlerinde edinilen bilgilerin topluma aktarılması, serviks kanserine morbidite, mortalite ve tarama oranlarına olumlu etki edeceği değerlendirilmektedir (164).

Hemşirelerin serviks kanserinden korunmaya yönelik üstlendiği rol ve sorumlulukları primer, sekonder, tersiyer koruma yaklaşımlarıyla incelemek mümkündür (Şekil 2.2.). Serviks kanserinden primer korunmadaki en önemli hemşirelik uygulaması, bireylerdeki risk faktörlerini tespit edip riski azaltmak ve/veya

ortadan kaldırmak, HPV aşısına teşvik etmek ve kansere yönelik farkındalık oluşturmak için yaygın sağlık eğitimidir (93). Özellikle genç yaş grupları başta olmak üzere bireylerin sosyokültürel özelliklerine uygun olarak sağlıklı cinsellik, riskli davranışların azaltılması ve cinsel ilişki başlangıç yaşını geciktirmeye yönelik sağlık danışmanlığı yapılmalı, HPV aşısına yönelik motivasyon oluşturulmalıdır (17).

SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMA DÜZEYLERİ	
Primer Korunma	
<ul style="list-style-type: none"> • Hedef toplumun HPV ile ilgili farkındalığının artırılması ve sağlık eğitimi, • Cinsel ilişkiye başlangıç yaşını geciktirmek, • Erkek ve kız çocuklarına sağlıklı cinsellik ile ilgili yaşlarına ve kültürlerine uygun eğitimler, • Riskli cinsel davranışların azaltılması yönünde farkındalık oluşturma, • Güvenli cinsellik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının teşvik edilmesi, • Sigara kullanımının etkisi ile ilgili bilgilendirme, • Bariyer kontraseptif yöntemlerin teşviki, • Erkek sünnetinin önerilmesi, • HPV bağışıklaması. 	
Sekonder Korunma	
<ul style="list-style-type: none"> • Asemptomatik ve semptomatik bireylerin erken teşhis ve tedavi için tarama programlarına katılmasına teşviki ve bilgilendirilmesi. (HPV-DNA Testi / Pap Smear Testi) 	
Tersiyer Korunma	
<ul style="list-style-type: none"> • Etkili tıbbi ve cerrahi tedaviye ilişkin hemşirelik bakımının uygulanması, • Bireylerin yaşam kalitesini, sağkalım süresini uzatmak, tedaviye uyumunu artırmak için rehabilitasyon hizmetinin verilmesi. 	

Şekil 2.2. Serviks Kanserinden Korunma Düzeylerine Göre Hemşirelik Uygulamaları

Erken tanı ve taramanın hastalığı önleme konusunda büyük öneme sahip olduğu ve serviks kanserinde, düzenli tarama yaptırmanın hayat kurtardığı belirtilmektedir (16). Buna yönelik sekonder korunmada hemşireler hedef toplumun serviks kanseri tarama programlarına katılımını arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Tarama programlarına teşvik etmek, bireye özgü tarama programı oluşturmak, sonuçları değerlendirmek ve süreç hakkında bilgilendirmek hemşirenin önemli rollerindedir (93).

Tersiyer korunmadaki hemşirenin rol ve sorumlulukları ise, bireyler kanser tanısı aldıktan sonra başlamaktadır. Hemşire, tedavi sürecinde yakın takip ile semptomları kontrol altına alıp olası komplikasyonların önüne geçebilir ve yaşam kalitesinin yükselmesine yardımcı olabilmektedir. Aynı şekilde hastaları da bu konuda bilinçlendirip komplikasyonları azaltarak kalıcı sakatlıkları önleyebilir (93).

Gelişmiş ülkelerde hemşireler, kanser taramaları konusunda özel eğitim alarak diğer meslek grupları ile iş birliği içerisinde görevlerini yerine getirmektedir. Buna yönelik risk altındaki toplumu bilgilendirme, aileleri ve gençleri HPV aşısı için teşvik etme, tarama için kadınları cesaretlendirme, tarama testini uygulama, sonuçları takip etme ve değerlendirme gibi önemli girişimlerde bulunmaktadır (164). Ülkemizde ise yapılan çalışmalarda hemşireler de dahil olmak üzere tüm sağlık çalışanları arasında serviks kanserine yönelik farkındalığın yüksek olmasına rağmen taramaya katılım oranlarının düşük olduğu bildirilmektedir. Yeterli bilgi düzeyine sahip olan hemşirelerin, edindikleri bilgileri uygulamaya da aktarmasıyla hem kendi sağlıklarını korumada hem de kadın sağlığını koruma ve geliştirmede önemli katkıları olacağı değerlendirilmektedir (32).

Bireyler, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşam tarzı haline dönüştürmeleri konusunda bilinçlendirilmeli ve desteklenmelidir. Serviks kanseri ile mücadelede etkili bir sağlık eğitimi yapmak için hemşirenin yeterli bilgi ve donanıma sahip olması aynı zamanda koruyucu sağlık davranış geliştirmeye teşvik eden yaklaşım tarzını da benimsemesi beklenir (165). Farkındalığı artırmak, mevcut tutum ve davranışa etki etmek için sağlık eğitimi anahtar rol oynamaktadır. Bireyin/grubun özelliğine, gereksinime ve mevcut olanaklara göre sağlık eğitimlerinin yöntemleri şekillendirilip çeşitlendirilmektedir. Literatürde sağlık eğitimlerin etkinliğini değerlendiren birçok çalışma mevcuttur. Mevcut literatür incelendiğinde bire bir yüz yüze sağlık eğitimlerinin, grup eğitimlerinin, web tabanlı uygulamalar üzerinden verilen eğitimlerin, simülasyon eğitimlerinin, broşür ve davet mektupları destekli eğitimlerin, kısa mesaj yolu ile hatırlatmaların ve sosyal medya kullanılarak farkındalık oluşturma etkinliklerinin bireyin bilgi, tutum, inanç ve davranışları üzerine etkisinin sıklıkla araştırılan bir konu olduğu dikkat çekmektedir (1,35-38,166). Kullanılan yöntemlerden mobil sağlık ve sosyal medyayı da içeren web tabanlı sağlık eğitimleri de sıklıkla tercih edilen uygulamalar arasında yerini almaktadır (36,167).

Günümüzde, nüfusun önemli bir çoğunluğu bilgiye, sağlık çalışanlarına, sağlık sistemine ulaşmada web tabanlı dijital teknolojiyi kullanmaktadır (40,167). Bu yöntemler bilgiye erişimi kolaylaştırdığı, etkileşimi artırdığı, bireye özgü seçenekler sunabildiği ve maliyeti düşük olduğu için sağlık eğitimlerinde büyük fırsat olarak değerlendirilmekte ve kanser taramalarına katılımı artırmaya yönelik olumlu katkı sunmaktadır (41). Ancak dijital yöntemlerin yüz yüze sağlık eğitimi yöntemlerine göre ne derece etkili olduklarını ortaya koyan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (15,36,187,195,197).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın planlanması, yürütülmesinde SPIRIT rehber alındı ve raporlandırılmasında CONSORT 2018 Randomize Kontrollü Çalışmalar kontrol listesi esas alındı (168,169).

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu randomize kontrollü araştırmada, katılımcılar blok randomizasyon yöntemi ile üç gruba atandı ve paralel gruplar tasarımında yürütüldü. Araştırma tek kör randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Bu çalışma, Ocak 2023-Temmuz 2023 tarihleri arasında Şehit Zafer Çalışkan Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) yürütüldü. Ankara ili Keçiören ilçesi Yayla mahallesinde bulunan Şehit Zafer Çalışkan Aile Sağlığı Merkezi'nde, toplam dokuz aile hekimi, dört ebe, altı hemşire, bir tıbbi sekreter ve iki tane temizlik görevlisi bulunmaktadır. ASM'de sunulan başlıca hizmetler; gebe-lohusa izlemi, bebek-çocuk izlemi ve aşılama, 30-65 yaş kadınlara HPV taraması, yetişkin aşılama, pansuman, enjeksiyon ve tetkik işlemleridir.

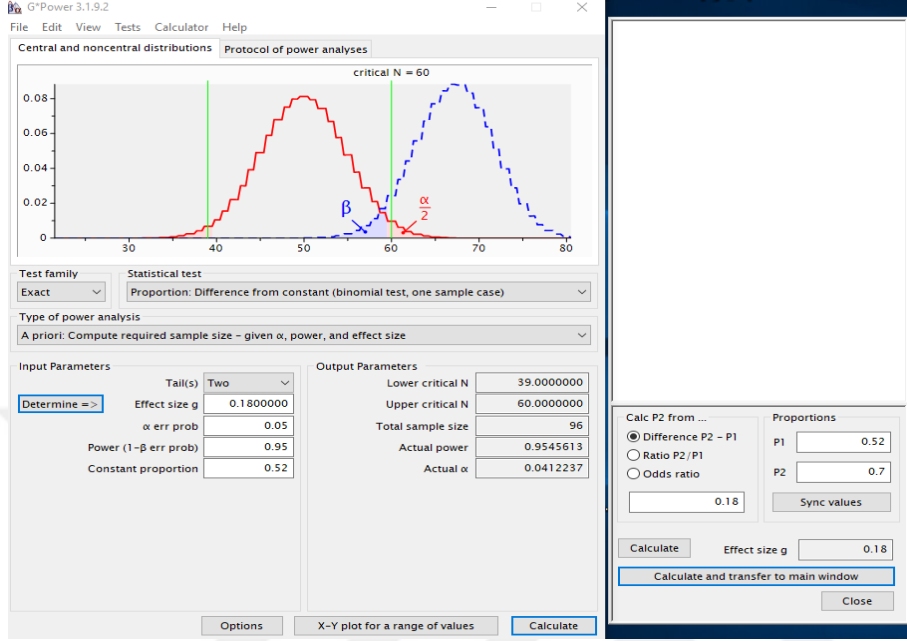
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Çalışmanın evrenini, çalışmanın yürütüldüğü ASM'ye ait Ocak 2023- Temmuz 2023 tarihleri arasında kayıtlı 30-65 yaş arası yaklaşık 10.650 kadın oluşturdu.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın örnekleme; belirtilen tarihler arasında, ASM'ye kayıtlı olan, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 126 sağlıklı kadın katılımcıdır. Örneklem büyüklüğü incelenen literatür doğrultusunda Kurt ve Akyüz'ün çalışmasındaki serviks kanseri tarama testi yaptırma oranı esas alınarak hesaplandı (14). Kurt ve Akyüz'ün çalışmasında (2019) Ankara ilinde kadınlarda serviks kanseri tarama testi yaptırma oranının %52.1 olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada, ASM'deki kadınların eğitimler sonrasında serviks kanseri tarama testi yaptırma oranının %70 olmasının anlamlı kabul edileceği varsayımı ile etki büyüklüğü $d=0.18$ %95 güç ve 0.05 yanılma düzeyinde 3 gruba toplam en az 96 hasta alınması gerektiği hesaplandı (Şekil 3.1) (1,21). Hesaplama, "G Power 3.1.9.2" paket programı ile yapıldı. Çalışmada olası veri kaybı dikkate alınarak %30 oranında yedek katılımcı eklenmesine

karar verildi. Bu bağlamda her grupta 42 olmak üzere toplam çalışmanın örneklemini 126 katılımcı olarak belirlendi.



Şekil 3.1. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

3.4.1. Post hoc Power Analizi sonucu

Çalışma 126 kişi ile tamamlandığında post hoc power analizi sonucunda, %95 güven ($1-\alpha$), $g=0,18$ etki büyüklüğü ve iki yönlü hipoteze göre testin gücünün %98 olduğu hesaplandı (Şekil 3.2.).

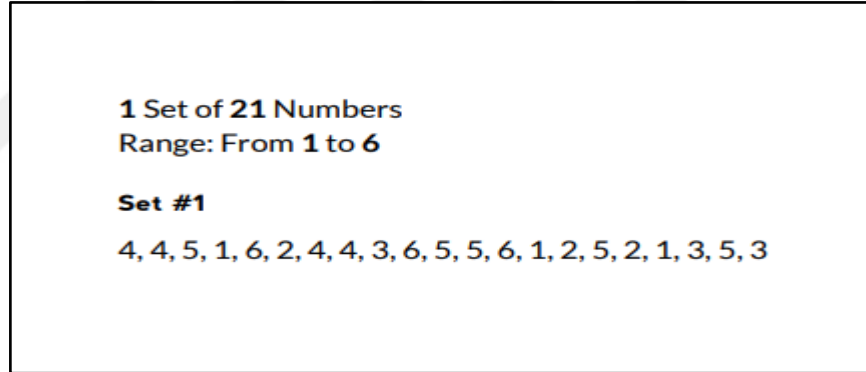
Exact – Proportion: Difference from constant (binomial test, one sample case)	
Options:	α balancing: $\alpha/2$ on each side
Analysis:	Post hoc: Compute achieved power
Input:	Tail(s) = Two
	Effect size g = 0.18
	α err prob = 0.05
	Total sample size = 126
	Constant proportion = 0.5
Output:	Lower critical N = 51.0000000
	Upper critical N = 75.0000000
	Power ($1-\beta$ err prob) = 0.9821972
	Actual α = 0.0400358

Şekil 3.2. Post hoc Power Analizi

3.5. ARAŞTIRMANIN RANDOMİZASYONU

Araştırmada ASM'ye herhangi bir nedenle başvuran, araştırmaya katılmaya gönüllü ve dahil edilme kriterlerini taşıyan kadınlardan bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (EK-10) alındıktan sonra Form-I uygulandı. Form-I uygulandıktan sonra

kadınların Grup I, Grup II, ve Grup III olarak blok randomizasyon yöntemi ile gruplara ataması yapıldı. Blok randomizasyonla, katılımcıları üç gruba ayırmak için öncelikle, “X”, “Y” ve “Z” harflerini içeren altı kombinasyon oluşturuldu. Oluşturulan kombinasyonlar; YXZXZY (1), ZXYZX (2), ZYXYZX (3), YZXXYZ (4), XYZZYX (5), XZYXXZ (6) şeklinde sıralandı. Toplam katılımcı sayısı kombinasyon sayısına bölünerek ($126/6=21$), programda 1’den 6’ya kadar olan rakamlar, 21 kez rastgele dağıtıldı (238). Elde edilen, sıralamaya göre kombinasyonların dizilimi belirlendi. Kombinasyonların sıralaması; YZXXYZ; YZXXYZ; XYZZYX; YXZXZY; XZYXXZ; ZXYZX; YZXXYZ; YZXXYZ; ZYXYZX; XZYXXZ; XYZZYX; XYZZYX; XZYXXZ; YXZXZY; ZXYZX; XYZZYX; ZXYZX; YXZXZY; ZYXYZX; XYZZYX; ZYXYZX şeklinde sağlandı. Sonra kura yöntemiyle “X” kontrol grubu (Grup I), “Y” yüz yüze eğitim grubu (Grup II), “Z” çevrimiçi eğitim grubuna (Grup III) rastgele atandı (239). Randomizasyon işlemi uzman bir istatistikçi tarafından yapıldı.



Şekil 3.3. Grupların Blok Randomizasyonu

3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Bu çalışmaya dahil edilme kriterleri;

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
2. 30-65 yaş aralığında olmak,
3. Kadın olmak,
4. Evli olmak/aktif cinsel yaşamı olmak,
5. Görüntülü görüşme yapabilecek teknik donanıma sahip olmak,
6. Türkçe okur-yazar olmak,
7. Son 5 yıl içinde HPV DNA/ Pap Smear testi yaptırmamış olmaktır.

3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Bu çalışmaya dahil edilmeme kriterleri sırasıyla;

1. Gebe ya da doğum sonrası üç aylık dönemde olmak,
2. Servikal kanser öyküsü olmak,
3. Histerektomi operasyonu geçirmiş olmak,
4. Vajinal enfeksiyonu olmak,
5. Sağlık personeli olmak,
6. HPV aşısı olmaktır (3 doz).

3.6. ARAŞTIRMANIN KÖRLENMESİ VE YANLILIĞIN ÖNLENMESİ

Bu çalışma tek kör randomize kontrollü araştırma tasarımında yürütüldü. Çalışmada seçim yanlılığını önlemek için, hastalar Grup I, Grup II ve Grup III'e blok randomizasyon yöntemiyle, rastgele atandı. Katılımcılardan araştırma sürecinde yer aldıkları grubun özelliği (müdahale veya kontrol grubu) gizlendi. Raporlama yanlılığının önlenmesi için ise araştırmada elde edilen veriler uzman bir istatistikçi tarafından analiz edildi.

3.7. ARAŞTIRMADA KULLANILAN FORMLAR

Bu çalışmada, veri toplama formları ile eğitim materyalleri kullanıldı.

3.7.1. Veri Toplama Formları

Araştırma verileri; araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür incelenerek oluşturulan "Form I" ve "Form II" aracılığıyla toplandı (15,170,171). Form I; tüm gruplara çalışmanın başlangıcında uygulanan ilk form olup üç bölüm ve 79 sorudan oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde; doğum yılı, eğitim ve çalışma durumu, ilk evlilik, menarş yaşı gibi sosyodemografik sorular (10 soru) ile katılımcıların serviks kanseri ve tarama testi bilgisine yönelik farkındalık düzeyini ölçmek için bir soruda Görsel Analog Ölçek (VAS) öz değerlendirmesi kullanıldı. İkinci bölümde; "HPV Bilgi Ölçeği" (33 madde), üçüncü bölümde ise; "Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" (35 madde) yer aldı (EK-1). Form II; tüm gruplara çalışmanın sonunda uygulanan son form olup üç bölüm ve 74 sorudan oluşmaktadır. Formun birinci bölümünde; serviks kanseri ve tarama testi bilgisine yönelik farkındalık düzeyini ölçen VAS öz değerlendirilmesi, test yaptırma durumu, sonuç veya yaptırmama gerekçesi, yaptırmadıysa yaptırma niyeti ve standart hizmetten/egitimden memnuniyet durumu için VAS değerlendirilmesine yer verildi (6

soru). İkinci bölümde; “Human Papilloma Virus (HPV) Bilgi Ölçeği” (33 madde), üçüncü bölümde ise; “Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” (35 madde) yer aldı (EK-2).

3.7.1.1. Görsel Analog Ölçek: Çalışmanın başlangıcında ve sonunda katılımcılara serviks kanseri ve tarama testi bilgisine yönelik bilgi düzeyinin farkındalığı, VAS öz değerlendirmesi “0 = hiç bilğim yok” ile “10 = yeterli bilğim yok” puan aralığında bir VAS ile ölçüldü. Çalışmanın sonunda katılımcıların standart bakım hizmetinden/sağlık eğitiminden memnuniyet düzeyi “0 = hiç memnun değilim” ile “10 = çok memnumum” puan aralığında bir VAS ile değerlendirildi (239,240).

3.7.1.2. Human Papilloma Virus (HPV) Bilgi Ölçeği: HPV Bilgi Ölçeği, bireylerin HPV ajanı, HPV tarama testleri ve aşısı hakkındaki bilgi düzeyini belirlemek amacıyla, Waller ve ark. (2013) tarafından geliştirilen bir bilgi testidir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Demir ve Özdemir tarafından 2019 yılında yapılan ölçekte toplam 33 madde bulunmaktadır. HPV Bilgi Ölçeği; genel HPV bilgisi (1-16. maddeler), HPV tarama testi bilgisi (17-22. maddeler), genel HPV aşı bilgisi (23-27. maddeler) ve mevcut HPV aşılama programına ilişkin bilgi (28-33. maddeler) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bireylerden HPV Bilgi Ölçeğindeki her bir maddeyi, “Evet”, “Hayır” ve “Bilmiyorum” şeklinde cevaplaması beklenmektedir. Ölçekte her bir doğru cevap “1” ile puanlanırken, yanlış cevaplar ile bilmiyorum ifadeleri “0” ile puanlanmaktadır. Cevaplarda yanlılığı önlemek amacıyla doğru ve yanlış cevaplar karışık şekilde yer almaktadır. Ölçekte; 4., 6., 8., 10., 14., 17., 19., 20., 21., 23., 25., 26., 31. ve 32. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekten elde edilecek toplam puan 0-33 arasındadır ve puanın yüksek olması HPV, HPV tarama testleri ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach α değerinin 0.96 olduğu bildirilmektedir (170). Bu çalışmada da, ölçeğin Cronbach α değeri 0.96 olarak hesaplandı.

3.7.1.3. Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği: Champion ve ark. tarafından 1993 yılından meme kanseri ve mamografi için geliştirilen ölçek; serviks kanseri ve Pap Smear testine uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Güvenç ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek, duyarlılık (1.,2., ve 3. maddeler), ciddiyet (4., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler), Pap Smear yarar ve motivasyonu (11., 12., 13., 14., 15., 16., 17. ve 18. maddeler),

sağlık motivasyonu (19., 20. ve 21. maddeler), Pap Smear engelleri (22., 23., 24., 25., 26., 27., 28., 29., 30., 31., 32., 33., 34. ve 35 madde) olmak üzere 35 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek 5’li likert tipinde derecelendirilmekle birlikte her bir madde “kesinlikle katılmıyorum=1”, “katılmıyorum=2”, “kararsızım=3”, “katılıyorum=4”, “kesinlikle katılıyorum=5” şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi duyarlılık, önemsemenin ve motivasyonun arttığını; yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığını ifade etmektedir. Engel algısı alt ölçeği dışındaki alt ölçekler, Pap Smear tarama davranışıyla pozitif yönde ilişkilidir. Bireyin engel algısı puanının yüksek olması, pap smear testi yaptırmayla ilgili engellerinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçeğin Cronbach α değerleri duyarlılık için 0,85, ciddiyet için 0,81, Pap Smear yarar ve motivasyon için 0,91, sağlık motivasyonu için 0,77 ve Pap Smear engelleri için 0,89 bildirilmektedir (171). Bu çalışmada alt boyut Cronbach α değerleri duyarlılık için 0,91; ciddiyet için 0,83; Pap Smear yarar ve motivasyon için 0,64; sağlık motivasyonu için 0,74; ve Pap Smear engelleri için 0,78 olarak hesaplandı.

3.7.2. HPV ve Serviks Kanserinden Korunmaya Yönelik Sağlık Eğitimi

Çalışma kapsamında yapılan HPV ve serviks kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitimlerinde, power point sunusu ve basılı/dijital broşür kullanıldı. Eğitim materyallerinin içeriği ilgili literatür incelenerek, katılımcıların bilgi gereksinimini gidermek, farkındalığını artırmak, rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik sağlık inancını artırmanın yanı sıra taramaya katılımına teşvik etmek amacıyla oluşturuldu (1,2,7,8,10,16,160,172-175). Sağlık eğitim materyallerinin genel bilgi içeriğinin hazırlanmasında Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen “Serviks Kanseri Bilgilendirme”, “Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları” ve “Serviks Kanseri Broşürü”nden yararlanıldı (19). Çalışmada, HPV ve serviks kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitimi power point sunusunda yer verilen konu başlıkları;

- Rahim ağzı kanseri nedir,
- Rahim ağzı kanseri risk faktörleri,
- Rahim ağzı kanseri belirtileri,
- Rahim ağzı kanserinden birincil korunma,
- Rahim ağzı kanserinden ikincil korunma olarak sıralandı.

Sağlık eğitim broşüründe ise içerik olarak; rahim ağzı kanserinin önemi, HPV hakkında genel bilgilendirme, hangi yaş grubunun nerede tarama testi yaptırabileceği, tarama testinin nasıl yapıldığının anlatımı, tarama testini yaptırabilme koşulları ve rahim ağzı kanseri risk faktörleri yer aldı. Eğitim broşürü, yapılan sağlık eğitimini destekleyici ve hatırlatıcı nitelikte uygulandı (EK-3, EK-4).

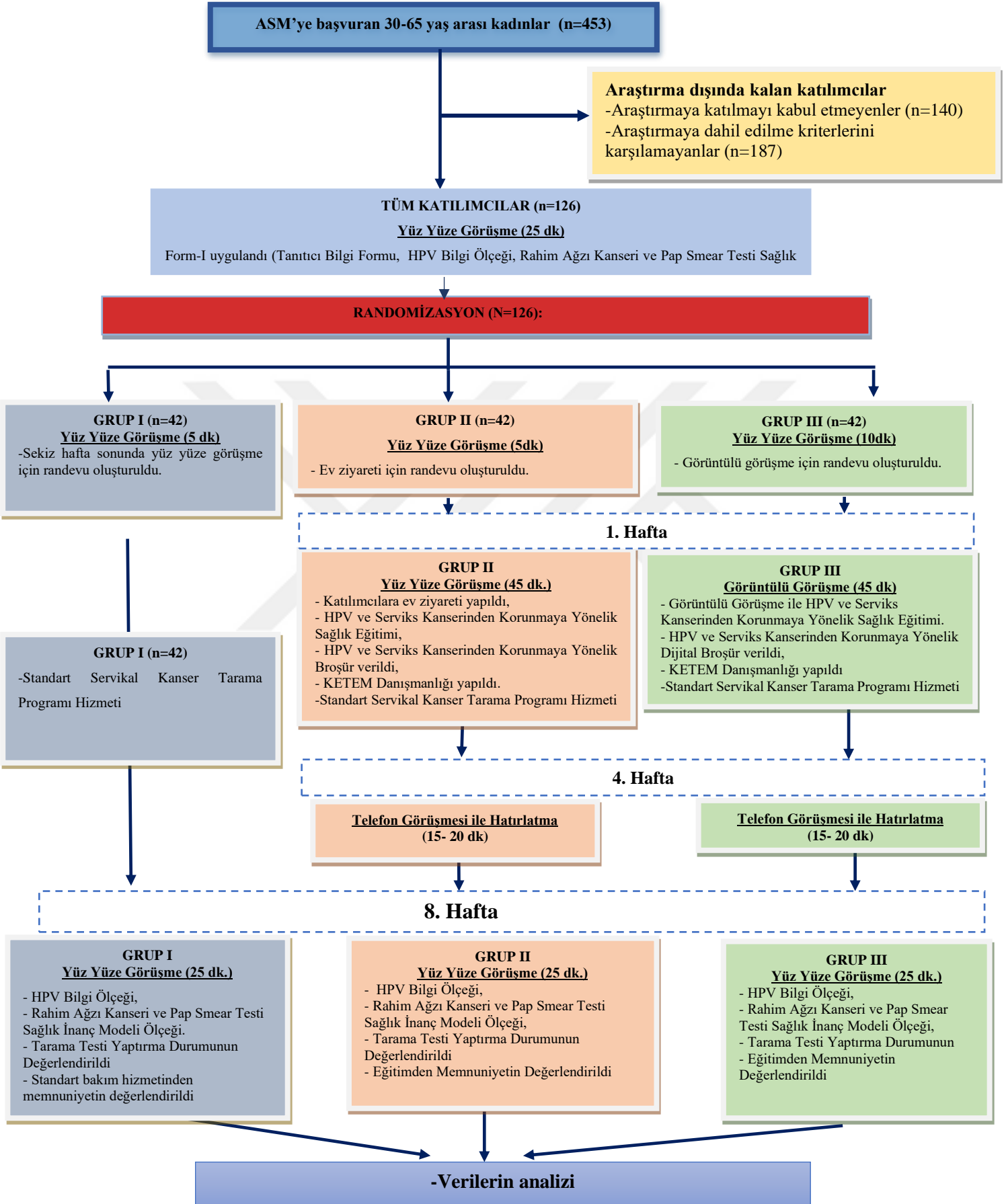
3.8. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

3.8.1. Ön Uygulama

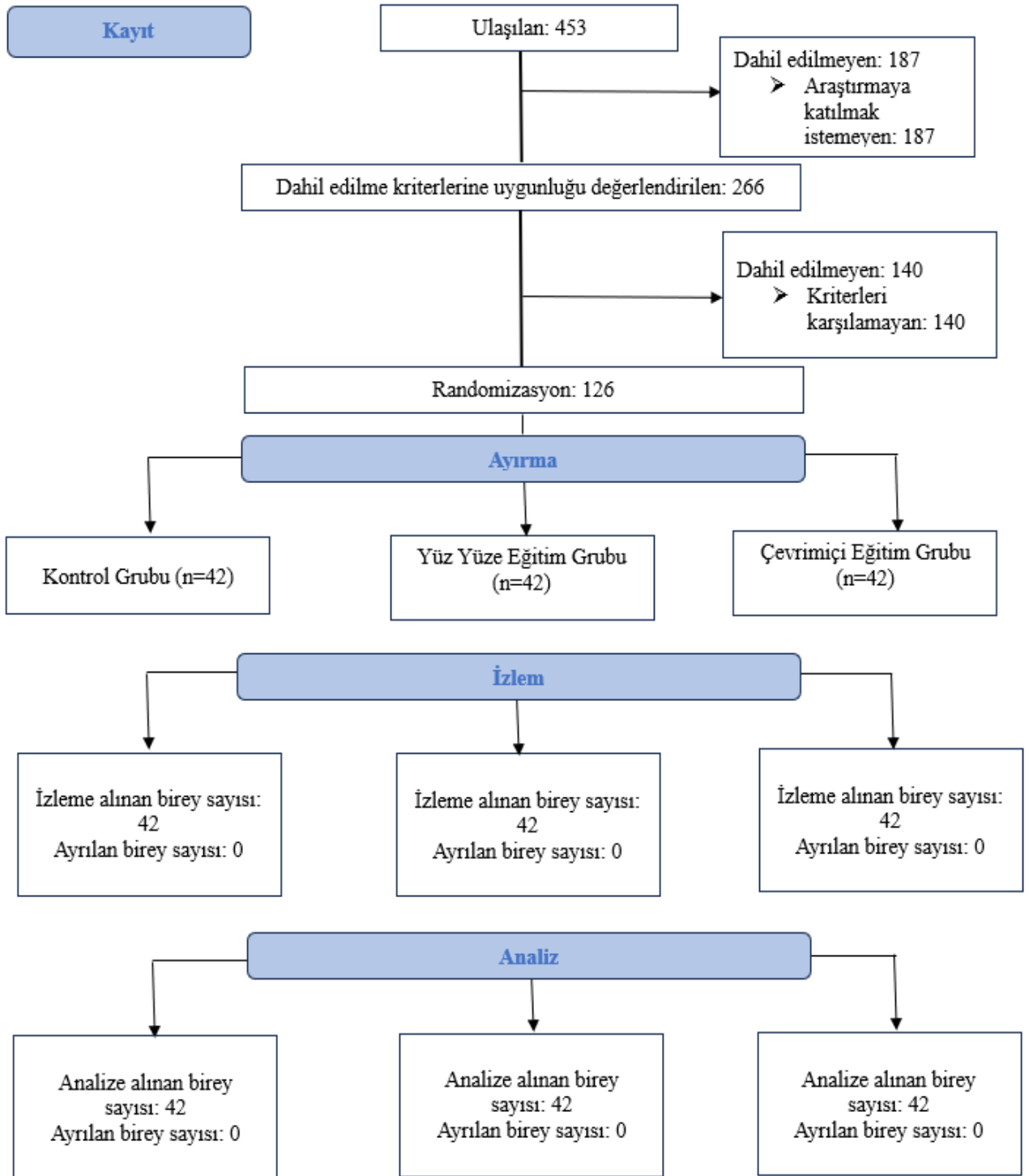
Araştırmanın uygulamasına başlamadan örneklem büyüklüğünün %10'una (Yüz yüze ve Çevrimiçi eğitim grubunda altı olmak üzere toplam 12 katılımcı) ön uygulama yapıldı, araştırma tasarımı ve kullanılan formların, işlerliği değerlendirildi. Ön uygulamada çalışmada kullanılan veri toplama formlarının ve eğitim materyallerinin anlaşılır olduğu ve herhangi bir düzeltmeye gereksinim olmadığı değerlendirildi. Ön uygulamada yer alan kadınların verileri, araştırma dışında tutuldu.

3.8.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulamasına gerekli tüm yasal izinler alındıktan sonra başlandı. Araştırmanın uygulamasından sorumlu araştırmacı, ASM'ye herhangi bir nedenle gelen bireylere araştırma hakkında kısa bir bilgilendirme yaparak çalışmaya katılmaya gönüllü olup olmadıklarını sordu. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerin çalışmanın dahil edilme kriterlerini karşılama durumu incelendi. Ardından dahil edilme kriterlerini taşıyan 126 sağlıklı, gönüllü katılımcıya Form I uygulandı. Form I'in uygulanmasını takiben katılımcılar, ASM'ye geliş sırasına göre blok randomizasyon listesinde yer alan gruba atandı. Araştırma grupları; "Kontrol Grubu = Grup I", "Yüz Yüze Eğitim Grubu = Grup II", "Çevrimiçi Eğitim Grubu = Grup III" olmak üzere isimlendirildi ve her bir grupta 42 katılımcı yer aldı. Araştırma süreci Şekil 3.4'te, akış diyagramı Şekil 3.5'te yer almaktadır.



Şekil 3.4. Araştırma Akış Şeması



Şekil 3.5. CONSORT 2018 Akış Diyagramı

3.8.2.1. Kontrol Grubu: Kontrol grubu, çalışmada “Grup I” olarak adlandırılmıştır. Bu grup standart servikal kanser tarama programı hizmeti almakta idi. Tüm ülkeye uygulanan bu standart sağlık hizmeti; ASM'lere kayıtlı olan, son 5 yılda veya hiç tarama yaptırmamış 30-65 yaş arası kadınların, ASM sağlık personeli tarafından bilgilendirilmesini ve tarama programına davet edilmesini içermektedir. Tarama programına davet, ASM'ye kayıtlı 30-65 yaş arası kadınlara her 5 yılda bir tekrarlanmakta olup son iki HPV veya Pap Smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama sonlandırılmaktadır. Bununla birlikte ulusal servikal kanser tarama programının tanıtımında, içeriği Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Dairesi ve Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nce belirlenen medya kampanyaları, sivil toplum kuruluşları iş birliği ile yapılarak, ASM'de bulunan afiş ve broşürler ile birlikte yapılmakta ve ülke çapında azami katılımın gerçekleşmesi hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Araştırma sürecinde, kontrol grubunda yer alan katılımcılara standart servikal kanser tarama programı hizmeti dışında bir müdahalede bulunulmadı. Araştırma sürecinde kontrol grubundaki katılımcılarla iki kez yüz yüze görüşüldü. Araştırmanın sonlandırılmasının ardından, gönüllü katılımcılara belirttikleri bir yöntemle (çevrimiçi) HPV ve serviks kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitimi yapıldı ve eğitim broşürü verildi.

3.8.2.1.1. Kontrol Grubu Birinci Görüşme: Tüm katılımcılara ASM'de ilk görüşmede yüz yüze Form I uygulandıktan sonra (25 dk), kontrol grubuna atanan katılımcılar “Grup I” olarak adlandırıldı. Bu grupta yer alan katılımcılara Form II'yi uygulamak için sekiz hafta sonrasına bir randevu oluşturuldu (5 dk). İlk görüşme ortalama 30 dakika sürdü.

3.8.2.1.2. Kontrol Grubu İkinci Görüşme: Grup I'de yer alan katılımcılara, çalışmaya atandıkları günden itibaren sekizinci haftada telefon edilerek randevuları hatırlatıldı ve katılımcılar ASM'ye davet edildi. Son görüşmede bu gruptaki katılımcılara yüz yüze yöntemle Form II uygulandı. Görüşme ortalama 25 dakika sürdü. Elde edilen veriler, analiz için hazırlandı.

3.8.2.2. Yüz Yüze Eğitim Grubu: Yüz yüze eğitim grubu çalışmada Grup II olarak adlandırıldı. Bu gruptaki katılımcılara standart servikal kanser tarama programı hizmetine ek olarak, ev ziyareti yoluyla bireysel yüz yüze HPV ve serviks kanserinden

korunmaya yönelik sağlık eğitimi uygulandı ve eğitim broşürü verildi. Grup II’de yer alan katılımcılar ile araştırma süreci boyunca toplam dört defa (üç kez yüz yüze, bir kez telefonla) görüşme yapıldı.

3.8.2.2.1. Yüz Yüze Eğitim Grubu Birinci Görüşme: Tüm katılımcılara ASM’de ilk görüşmede yüz yüze Form I uygulandıktan sonra (25 dk), Grup II’ye atanan katılımcılara servikal kanser hakkında ev ortamlarında bire bir, yüz yüze bir sağlık eğitimi yapılacağı, eğitimin en fazla 45 dakika süreceği ile ilgili kısa bilgilendirme yapıldı. Bilgilendirmenin ardından, bu grupta yer alan katılımcılara, takip eden haftada ev ziyareti için randevu oluşturuldu (5 dk). İlk görüşme ortalama 30 dakika sürdü.

3.8.2.2.2. Yüz Yüze Eğitim Grubu İkinci Görüşme: Oluşturulan randevu tarihinde görüşme öncesi katılımcı telefon ile arandı, görüşmenin bölünmemesi için gün içinde uygun olup olmadığı teyit edildi ve aynı gün ev ziyareti yapıldı. Eğitime başlamadan önce katılımcı selamlandı, sağlık eğitimi ve danışmanlık ilkelerine uygun olarak katılımcının rahatlatılması sağlandı. Yapılan eğitimde “Yetişkin Sağlık Eğitimi İlkeleri” ne dikkat edildi (176). Ev ziyareti ile bire bir, yüz yüze sağlık eğitimi ortalama 45 dakika sürdü (Tablo 3.1).

Eğitimin başlangıcında, “*Bugün sizinle rahim ağzı kanseri, rahim ağzı kanserine neden olan faktörler, rahim ağzı kanseri belirtileri ve rahim ağzı kanserinden nasıl korunacağımız ile ilgili konuşacağız. Eğitim yaklaşık 40-45 dakika sürecektir.*” şeklinde sağlık eğitiminin konusu, içeriği ve süresi aktarıldı. Ardından katılımcının konu hakkında duygu, düşünce ve davranışlarının öğrenilmesi, serviks kanseri ve taramasına yönelik kararsızlık ve endişe duygularının ortaya çıkarılması amacıyla; “*Eğitime başlamadan önce rahim ağzı kanseri ve rahim ağzı kanseri taraması ile ilgili konuşmak ister misiniz? Az önce bahsettiğim eğitimin içeriği ile ilgili sizi en çok hangisi kaygılandırıyor? Ya da sizin konuşmak istediğiniz başka bir konu var mı?*” soruları soruldu. Katılımcılar özellikle konuşmak istedikleri bir konu olmadığını, bu konu hakkında çok bilgi sahibi olmadıklarını ve öğrenmek istediklerini ifade ettiler. Eğitime giriş; konunun açıklanması, duygu düşünce ve endişenin öğrenilmesi ile birlikte yaklaşık beş dakika sürdü.

Tablo 3.1. Sağlık Eğitimi Uygulama Planı			
Süre	Amaç	Eğitim yöntemleri	İçerik
0-5 dk	<ul style="list-style-type: none"> Etkili ve güvenli bir iletişim başlangıcı oluşturmak ve sürdürmek, Serviks kanserinden korunma konusuna etkili bir giriş yapmak. 	Selamlaşma, Isınma, Soru-Cevap	<ul style="list-style-type: none"> Katılımcılar ile selamlaşma, Sağlık eğitimi içeriği ve süresi hakkında bilgilendirme, Serviks kanseri ve taramasına ilişkin duygu, düşünce ve kaygıları ile ilgili sorular sorma ve bireye özgü değerlendirmelerin yapılması. Katılımcıların önceki tarama testi deneyimlerini paylaşması.
6- 20 dk	<ul style="list-style-type: none"> Serviks kanserinden korunma hakkında, bilgi eksikliğini gidermek, HPV ve serviks kanserine yönelik duyarlılık algısını geliştirmek, HPV ve serviks kanserine yönelik ciddiyet algılarını geliştirmek. 	Anlatım, Örnek olay, Soru cevap, Özetleme, Slayt gösterisi.	<ul style="list-style-type: none"> Örnek olay anlatımı ve dünyadaki serviks kanseri bilgilerinin verilmesi, Serviks kanseri oluşum süreci, risk faktörleri ve belirtileri ile ilgili bilgilerin verilmesi. Belirti bulguların varlığının sorgulanması. Erken tanının öneminin ve yararlarının vurgulanması
21-35 dk	<ul style="list-style-type: none"> Serviks kanserine yönelik birincil ve ikincil korunma yöntemlerinin benimsenmesi ve sağlık motivasyonlarının artırılması, Pap Smear/HPV-DNA testine yönelik yarar ve motivasyonun artırılması. Pap Smear/HPV-DNA testine yönelik engel algısını belirlemek ve gidermek, Serviks kanseri taramasının sürdürülebilir bir koruyucu sağlık hizmeti olduğunu kavratmak, bu hizmeti almaya motive etmek Tarama davranışının desteklenerek olumlu niyet ve tutum oluşturmak. 	Anlatım, Soru cevap, Özetleme, Slayt gösterisi.	<ul style="list-style-type: none"> Birincil ve ikincil korunma yöntemlerinin tanıtımı ve sağlığın sürdürülmesindeki rollerinden bahsedilmesi, Pap Smear/HPV-DNA testi ile ilgili genel bilgiler, tarama sıklığı, testin nasıl alındığı, test vermeden önce dikkat edilmesi gerekenler, test sonuçlarının anlamı, test verilebilecek yerler ile ilgili bilgilerin verilmesi ve öneminin vurgulanması, KETEM danışmanlığının yapılması.
36-45 dk	<ul style="list-style-type: none"> Katılımcıların geri bildirimlerini değerlendirmek 	Anlatım, Soru cevap, Özetleme, Konuşma	<ul style="list-style-type: none"> Serviks kanseri ile ilgili bireysel engellerin belirlenmesi ve endişelerini açık ve net ifade edebilmesi ve olumsuz davranışının sağlığını nasıl etkileyebileceğinin farkına varması sağlanıp olumlu yönde motivasyonun sağlanması, Kaygı oluşturan, anlaşılmayan yerlerin tekrar özetlenmesi ve eğitim broşürünün verilmesi.

Eğitimin içeriğinin giriş kısmında ilgiyi çekmek, serviks kanseri ve taramasının önemini vurgulamak amacıyla gerçek bir olaydan örnek verildi. Takiben *“HPV ve Serviks Kanserinden Korunmaya Yönelik Sağlık Eğitimi”* verildi (45 dk). Sunum her bir alt konu başlığında soru cevap tekniği ve kısa özetlerle sürdürüldü. Katılımcıdan geri bildirimler alınarak ilgili başlığı özetlenmesi istendi, HPV ve serviks kanseri ve taramasına ilişkin bilgi, tutum ve inancına yönelik farkındalığının artırılmasına destek verildi. Eğitim ev ortamında yüz yüze yapıldı ve power point sunu ile görsel olarak desteklendi. Eğitim sonunda da basılı olarak HPV ve serviks kanserinden korunmaya yönelik eğitim broşürü anlatıldı ve katılımcıya verildi. Her bir katılımcıya, tarama testini nerede, nasıl ve kime yaptırabileceği, nasıl randevu alması gerektiği, yaptırmadan önce nelere dikkat etmesini içeren bir KETEM danışmanlığı yapıldı.

Eğitim verilirken bireysel farklılıkları belirlemek ve farkındalık oluşturmak amacıyla *“Rahim ağzı kanseri belirtilerinden herhangi birisi veya birkaçı ile ilgili geçmişte/mevcut şikâyetiniz oldu mu?”* soruları yöneltildi. Katılımcılardan genellikle erken yaşta evlendikleri dolayısıyla cinsel ilişkiye erken başladıkları ve belirtiler ile ilgili bir şikâyetleri olmadığı yanıtı geldi.

Eğitimin içeriğinde yer alan serviks kanserinden korunma yöntemlerine yönelik bireyi kaygılandıran karasızlık yaşamasına neden olan bir durum olup olmadığı soruldu. Jinekolojik muayeneden çekindiğini ve testin acı vermesi ile ilgili endişeleri olduğunu ve bu sebeple tarama yaptırmaktan kaçındığını ifade eden katılımcılara; *“Mahrem bölgenizi başka birinin görmesi fikrinin sizi rahatsız etmesini anlıyorum; ancak bu işlemleri yapan sağlık personelleri alanında uzman kişilerdir, muayene esnasında mahremiyetinize önem verirler, nazik davranırlar, ayrıca muayene için hazırlanmış örtüler bulunmaktadır ve sağlığımız her şeyden önemlidir. Tarama testlerinin her ikisi de siz rahatladığınız ve gevşeyebildiğiniz takdirde acısız, ağrısızdır ve bu işlem çok kısa sürede tamamlanır.”* yanıtı verildi. Katılımcıların endişelerini açık ve net ifade edebilmesi ve olumsuz davranışının sağlığını nasıl etkileyebileceğinin farkına varması sağlanmaya çalışıldı.

Katılımcının serviks kanseri tarama testlerine yönelik duygu düşünce ve davranışına olumlu yönde teşvikte bulunmak amacıyla, *“Rahim ağzı kanseri tarama testlerini düzenli yaptırma veya yaptırmama durumlarını ayrı ayrı*

değerlendirdiğinizde bu durumun sağlığınıza bundan sonraki süreçte nasıl etki edeceğini düşünüyorsunuz?” sorusu yöneltildi. Katılımcılarının büyük çoğunluğu düzenli yaptırmanın hayatını kurtaracağı ve sağlığı için önemli olduğunu ifade etti.

HPV enfeksiyonu ve serviks kanserinden korunmaya yönelik serviks kanseri tarama davranışı değişimini desteklemek amacıyla, *“HPV enfeksiyonunun ve rahim ağzı kanserinin sağlığa yönelik tüm olası etkileri dikkate alındığında düzenli tarama testi yaptırmak konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?”* sorusu yöneltildi. Katılımcıların büyük çoğunluğu ilk fırsatta gideceğini ve aksatmadan düzenli yaptırmaya niyetli olduğunu ifade etti. Kararsızlık yaşayan katılımcılar ile onları kaygılandırıcı durum üzerine konuşmaya devam edildi ve kaygıya neden olan sorunlara yönelik bilgi verildi.

Katılımcıların son olarak serviks kanseri tarama davranışı değişimini ifade etmesi ve verilen eğitim içeriği ile ilgili memnuniyet durumunu, anlaşılmayan noktaları ifade edebilmesi amacıyla; *“Eğitim sürecini değerlendirdiğinizde rahim ağzı kanseri ve taraması ile ilgili düşünceniz nedir?”* şeklinde soru yöneltildi. *“Sağlığım için ilk fırsatta test vermeye gideceğim.”*, *“Nereye gideceğimi bilmiyordum, öğrenmiş oldum mutlaka gideceğim.”* gibi memnuniyet ve kararlılık gösteren katılımcılara tekrar olarak tarama yaptırabileceği yerler hatırlatıldı, katılımcının olanakları ve isteği doğrultusunda hatırlatıldı. Tarama yaptırmada kararsızlık yaşayan, kendine güveni az olan kadınlara *“Tüm KETEM’lerde HPV-DNA ve Pap Smear testi ücretsiz yapılmaktadır. Bunun için KETEM’e kimliğinizle başvurmanız yeterlidir. KETEM kanser taramalarının yapıldığı bir yerdir. Sağlığınız bizim için değerlidir, bu yüzden serviks kanserinden korunmak için düzenli olarak test yaptırmanız gerekir. Böylece kendinizi daha güvende ve rahat hissedebilirsiniz.”* yanıtı verildi. Ardından katılımcının olanakları ve isteği doğrultusunda en uygun, adresine en yakın KETEM isimleri, adresi ve iletişim bilgileri aktarıldı.

3.8.2.2.3. Yüz Yüze Eğitim Grubu Üçüncü Görüşme: Grup II’de yer alan katılımcılar, çalışmaya atandıkları günden itibaren dördüncü haftanın sonunda telefon ile arandı ve katılımcılara taramanın önemi ile ilgili özet bilgiler doğrultusunda hatırlatma yapıldı. Tarama için randevu alıp almadığı, taramaya gidip gitmediği soruldu (15-20 dk).

3.8.2.2.4. Yüz Yüze Eğitim Grubu Dördüncü Görüşme: Grup II’de yer alan katılımcılar, çalışmaya atandıkları günden itibaren sekizinci haftanın sonunda telefon edilerek yüz yüze görüşme randevuları hatırlatıldı ve katılımcılar ASM’ye davet edildi. Son görüşmede bu gruptaki katılımcılara yüz yüze yöntemle Form II uygulandı (25 dk). Elde edilen veriler, analiz için hazırlandı.

3.8.2.3.Çevrimiçi Eğitim Grubu: Çevrimiçi eğitim grubu çalışmada Grup III olarak adlandırıldı. Bu gruptaki katılımcılara standart servikal kanser tarama programı hizmetine ek olarak, WhatsApp uygulaması üzerinden görüntülü görüşme ile çevrimiçi olarak HPV ve serviks kanserinden korunmaya yönelik bireysel sağlık eğitimi uygulandı ve dijital eğitim broşürü verildi.

3.8.2.3.1. Çevrimiçi Eğitim Grubu Birinci Görüşme: Tüm katılımcılara ASM’de ilk görüşmede yüz yüze Form I uygulandıktan sonra (25 dk), Grup III’e atanan katılımcılara servikal kanser hakkında WhatsApp görüntülü görüşme yoluyla bir sağlık eğitimi yapılacağı bilgisi paylaşıldı. Katılımcılara, WhatsApp üzerinden power point eğitim sunusunun paylaşılacağı, anlatım esnasında takibinin de nasıl yapılacağı ve bu eğitimin en fazla 45 dakika süreceği ile ilgili kısa bir bilgilendirme yapıldı. Bilgilendirmenin ardından, bu grupta yer alan katılımcılara, takip eden haftada WhatsApp görüntülü görüşme için randevu oluşturuldu (10 dk). İlk görüşme ortalama 35 dakika sürdü.

3.8.2.3.2. Çevrimiçi Eğitim Grubu İkinci Görüşme: Oluşturulan randevu tarihinde görüşme öncesi katılımcı telefon ile aranıp, görüşmenin bölünmemesi için katılımcının sessiz bir odada bulunması gerektiği belirtilerek gün içinde uygun olduğu bir zaman aralığı belirlendi ve görüntülü görüşme yapıldı. Eğitime başlamadan önce katılımcı selamlandı, sağlık eğitimi ve danışmanlık ilkelerine uygun olarak katılımcının rahatlatılması sağlandı. Yapılan eğitimde “Yetişkin Sağlık Eğitimi İlkeleri”ne dikkat edildi (176). Çevrimiçi görüntü görüşme yoluyla yapılan birer birer sağlık eğitimi ortalama 45 dakika sürdü (Tablo 3.1).

Eğitimin başlangıcında, “Bugün sizinle rahim ağzı kanseri, rahim ağzı kanserine neden olan faktörler, rahim ağzı kanseri belirtileri ve rahim ağzı kanserinden nasıl korunacağımız ile ilgili konuşacağız. Eğitim yaklaşık 40-45 dakika sürecektir.” şeklinde sağlık eğitiminin konusu, içeriği ve süresi aktarıldı. Ardından katılımcının konu hakkında duygu, düşünce ve davranışlarının öğrenilmesi, serviks

kanseri ve taramasına yönelik kararsızlık ve endişe duygularının ortaya çıkarılması amacıyla; *“Eğitime başlamadan önce rahim ağzı kanseri ve rahim ağzı kanseri taraması ile ilgili konuşmak ister misiniz? Az önce bahsettiğim eğitimin içeriği ile ilgili sizi en çok hangisi kaygılandırıyor? Ya da sizin konuşmak istediğiniz başka bir konu var mı?”* soruları soruldu. Katılımcılar özellikle konuşmak istedikleri bir konu olmadığını, bu konu hakkında çok bilgi sahibi olmadıklarını ve öğrenmek istediklerini ifade ettiler. Eğitime giriş; konunun açıklanması, duygu düşünce ve endişenin öğrenilmesi ile birlikte yaklaşık beş dakika sürdü.

Eğitimin içeriğinin giriş kısmında ilgiyi çekmek, serviks kanseri ve taramasının önemini vurgulamak amacıyla gerçek bir olaydan örnek verildi. Takiben *“HPV ve Serviks Kanserinden Korunmaya Yönelik Sağlık Eğitimi”* verildi (40 dk). Sunum her bir alt konu başlığında soru cevap tekniği ve kısa özetlerle sürdürüldü. Katılımcıdan geri bildirimler alınarak ilgili başlığı özetlenmesi istendi, HPV ve serviks kanseri ve taramasına ilişkin bilgi, tutum ve inancına yönelik farkındalığının artırılmasına destek verildi. Eğitim WhatsApp uygulaması üzerinden görüntülü görüşme yöntemi ile yapıldı ve power point sunu ile görsel olarak desteklendi. Eğitim sonunda da dijital olarak HPV ve serviks kanserinden korunmaya yönelik eğitim broşürü anlatıldı ve katılımcıya verildi. Her bir katılımcıya, tarama testini nerede, nasıl ve kime yaptırabileceği, nasıl randevu alması gerektiği, yaptırmadan önce nelere dikkat etmesini içeren bir KETEM danışmanlığı yapıldı.

Eğitim verilirken bireysel farklılıkları belirlemek ve farkındalık oluşturmak amacıyla *“Rahim ağzı kanseri belirtilerinden herhangi birisi veya birkaçı ile ilgili geçmişte/mevcut şikâyetiniz oldu mu?”* soruları yöneltildi. Katılımcılardan bazıları erken yaşta evlendiklerini dolayısıyla cinsel ilişkiye erken yaşta başladıklarını ve ancak herhangi bir şikayetleri olmadığını bildirdi.

Eğitimin içeriğinde yer alan serviks kanserinden korunma yöntemlerine yönelik bireyi kaygılandıran kararsızlık yaşamasına neden olan bir durum olup olmadığı soruldu. Katılımcıların çoğunluğu, Jinekolojik muayeneden çekindiklerini ve testin acı vermesi ile ilgili endişeleri olduğunu, bu nedenle tarama yaptırmaktan kaçındıklarını ifade ettiler. Bu katılımcılara; *“Mahrem bölgenizi başka birinin görmesi fikrinin sizi rahatsız etmesini anlıyorum; ancak bu işlemleri yapan sağlık personelleri alanında uzman kişilerdir, muayene esnasında mahremiyetinize önem verirler, nazik*

davranırlar, ayrıca muayene için hazırlanmış örtüler bulunmaktadır ve sağlığımız her şeyden önemlidir. Tarama testlerinin her ikisi de siz rahatladığınız ve gevşeyebildiğiniz takdirde acısız, ağrısızdır ve bu işlem çok kısa sürede tamamlanır.” yanıtı verildi. Katılımcıların endişelerini açık ve net ifade edebilmesi ve olumsuz davranışının sağlığını nasıl etkileyebileceğinin farkına varması sağlanmaya çalışıldı.

Katılımcının serviks kanseri tarama testlerine yönelik duygu düşünce ve davranışına olumlu yönde teşvikte bulunmak amacıyla, *“Rahim ağzı kanseri tarama testlerini düzenli yaptırma veya yaptırmama durumlarını ayrı ayrı değerlendirdiğinizde bu durumun sağlığınıza bundan sonraki süreçte nasıl etki edeceğini düşünüyorsunuz?”* sorusu yöneltildi. Katılımcılarının büyük çoğunluğu düzenli yaptırmanın hayatını kurtaracağı ve sağlığı için önemli olduğunu ifade etti.

HPV enfeksiyonu ve serviks kanserinden korunmaya yönelik serviks kanseri tarama davranışı değişimini desteklemek amacıyla, *“HPV enfeksiyonunun ve rahim ağzı kanserinin sağlığa yönelik tüm olası etkileri dikkate alındığında düzenli tarama testi yaptırmak konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?”* sorusu yöneltildi. Katılımcıların büyük çoğunluğu ilk fırsatta gideceğini ve aksatmadan düzenli yaptırmaya niyetli olduğunu ifade etti. Kararsızlık yaşayan katılımcılar ile onları kaygılandıran durum üzerine konuşmaya devam edildi ve kaygıya neden olan sorunlara yönelik bilgi verildi.

Katılımcıların son olarak serviks kanseri tarama davranışını değişimini ifade etmesi ve verilen eğitim içeriği ile ilgili memnuniyet durumunu, anlaşılmayan noktaları ifade edebilmesi amacıyla; *“Eğitim sürecini değerlendirdiğinizde rahim ağzı kanseri ve taraması ile ilgili düşünceniz nedir?”* sorusu yöneltildi. *“Sağlığım için ilk fırsatta test vermeye gideceğim.”*, *“Nereye gideceğimi bilmiyordum, öğrenmiş oldum mutlaka gideceğim.”* gibi memnuniyet ve kararlılık gösteren katılımcılara tekrar olarak tarama yaptırabileceği yerler hatırlatıldı. Tarama yaptırmada kararsızlık yaşayan, kendine güveni az olan kadınlara *“Tüm KETEM’lerde HPV-DNA ve Pap Smear testi ücretsiz yapılmaktadır. Bunun için KETEM’e kimliğinizle başvurmanız yeterlidir. KETEM kanser taramalarının yapıldığı bir yerdir. Sağlığınız bizim için değerlidir, bu yüzden serviks kanserinden korunmak için düzenli olarak test yaptırmanız gerekir. Böylece kendinizi daha güvende ve rahat hissedebilirsiniz.”*

yanıtı verildi. Ardından katılımcının olanakları ve isteği doğrultusunda en uygun, adresine en yakın KETEM isimleri, adresi ve iletişim bilgileri aktarıldı.

3.8.2.3.3. Çevrimiçi Eğitim Grubu Üçüncü Görüşme: Grup III'te yer alan katılımcılar, çalışmaya atandıkları günden itibaren dördüncü hafta sonunda telefon ile arandı ve katılımcılara taramanın önemi ile ilgili özet bilgiler doğrultusunda hatırlatma yapıldı. Tarama için randevu alıp almadığı, taramaya gidip gitmediği soruldu. Bu görüşme yaklaşık 15-20 dakika sürdü.

3.8.2.3.4. Çevrimiçi Eğitim Grubu Dördüncü Görüşme: Grup III'te yer alan katılımcılar, çalışmaya atandıkları günden itibaren sekizinci haftanın sonunda telefon edilerek randevuları hatırlatıldı ve katılımcılar ASM'ye davet edildi. Son görüşmede bu gruptaki katılımcılara yüz yüze yöntemle Form II uygulandı. Yaklaşık 25 dakika sürdü. Elde edilen veriler, analiz için hazırlandı.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın uygulaması için, Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan "Etik Onay" (Karar No: 13.12.2022- 2022/38) alınmasını takiben Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden "Araştırma Uygulama İzni" alınarak başlandı (EK-8, EK-9). Araştırmada kullanılan "HPV Bilgi Ölçeği" ve "Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" için yazarlarından e-posta ile ölçek kullanım izni alındı (EK-4, EK-5). Çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara çalışmanın amacı ve sağlayacağı yararlar anlatılarak araştırmaya kendi rızasıyla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ettiğine dair sözlü ve yazılı onamları alındı. Katılımcılara araştırmaya katılım konusunda özgür oldukları ve araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebileceği belirtildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmediği ve katılımcıya herhangi bir ödeme yapılmayacağına dair açıklama yapıldı. Araştırma sonuçlarının kimlik bilgisi verilmeden bilimsel amaçla yayınlanabileceği konusunda hastalara bilgi verildi. Araştırmanın sonlandırılmasının ardından, kontrol grubunda yer alan gönüllü katılımcılara belirttikleri bir yöntemle (yüz yüze/çevrimiçi) HPV ve serviks kanserinden korunmaya yönelik sağlık eğitimi yapıldı ve eğitim broşürü verildi.

3.10. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler, IBM SPSS Version 23 paket programı ve R programında WRS 2 paketi ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluğu çarpıklık basıklık değerleri ile incelendi (± 3) (241,242). Gruplara göre kategorik değişkenlerin incelenmesinde Pearson Ki Kare testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi ve çoklu karşılaştırmalarda Tukey testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve çoklu karşılaştırmalarda Dunn testi kullanıldı. Her bir grupta normal dağılmayan ön test ve son test verilerin incelenmesinde Wilcoxon testi kullanıldı. Grup ve zaman göre normal dağılan parametrelerin karşılaştırılmasında İki Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. Grup ve zaman göre normal dağılıma uymayan parametrelerin karşılaştırılmasında Robust ANOVA kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama \pm standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) şeklinde sunuldu. Önem düzeyi $p < 0,050$ olarak alındı.

4. BULGULAR

İki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin kadınların HPV bilgisine, serviks kanseri sağlık inancına ve tarama testi yaptırmasına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular bu bölümde sunulmaktadır.

4.1. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICINDA GRUPLARIN ÖZELLİKLERİ

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre; katılımcıların eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir durumu ve yaş gibi sosyodemografik özellikler açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Bununla birlikte katılımcıların kadın sağlığı ve gebelik öyküleri ile ilgili olarak; menarş yaşı, ilk evlenme yaşı, toplam gebelik sayısı, toplam canlı doğum sayısı, toplam yaşayan çocuk sayısı, toplam kendiliğinden düşük sayısı, toplam küretaj sayısı, ilk gebelik yaşı özellikleri açısından da gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Tablo 4.1.1’de katılımcıların özelliklerinin, gruplara göre yapılan karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1.1 Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=126)

Özellikler	Grup I Kontrol n (%)	Grup II Yüzyüze n (%)	Grup III Çevrimiçi n (%)	Test İst.	p
Kadınların eğitim durumu					
İlk ve ortaokul	21 (50,0)	22 (52,4)	22 (52,4)	5,264*	0,261
Lise	19 (45,2)	14 (33,3)	12 (28,6)		
Üniversite	2 (4,8)	6 (14,3)	8 (19,0)		
Eş eğitim durumu					
İlk ve ortaokul	22 (52,4)	17 (40,5)	22 (52,4)	2,628*	0,622
Lise	16 (38,1)	18 (42,9)	13 (31,0)		
Üniversite	4 (9,5)	7 (16,7)	7 (16,7)		
Kadınların çalışma durumu					
Çalışmıyorum	36 (85,7)	38 (90,5)	33 (78,6)	2,355*	0,308
Çalışıyorum	6 (14,3)	4 (9,5)	9 (21,4)		
Eşin çalışma durumu					
Çalışıyor	38 (90,5)	35 (83,3)	40 (95,2)	3,259*	0,196
Emekli	4 (9,5)	7 (16,7)	2 (4,8)		
Gelir durumu					
Gelir giderden az	7 (16,7)	9 (21,4)	7 (16,7)	5,929*	0,204
Gelir gidere eşit	34 (81,0)	27 (64,3)	33 (78,6)		
Gelir giderden fazla	1 (2,4)	6 (14,3)	2 (4,8)		

*Pearson Ki-kare Testi

Tablo 4.1.1 (Devamı) Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=126)

	Grup I Kontrol		Grup II Yüz yüze		Grup III Çevrimiçi		Test İst.	p
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (min-mak)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (min-mak)	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (min-mak)		
Yaş (yıl)	44,4 ± 9,1	44 (30 - 64)	43,45 ± 9,79	42 (30 - 65)	43 ± 7,97	42,5 (32 - 60)	0,268*	0,766
Menarş yaşı	12,71 ± 1,13	13 (11 - 16)	13,02 ± 1,3	13 (11 - 16)	13,21 ± 1,34	13 (11 - 16)	1,69*	0,189
İlk evlenme yaşı	20,36 ± 3,25	20 (14 - 27)	19,71 ± 3,31	19 (14 - 27)	20,17 ± 3,08	19 (16 - 30)	0,443*	0,643
Toplam gebelik sayısı	2,93 ± 1,2	3 (1 - 5)	3,07 ± 1,16	3 (0 - 5)	2,93 ± 1,6	3 (0 - 5)	0,189*	0,829
Toplam canlı doğum sayısı	2,33 ± 0,9	2 (1 - 4)	2,43 ± 0,8	2 (0 - 4)	2,12 ± 1,15	2 (0 - 4)	1,014*	0,367
Toplam yasayan çocuk sayısı	2,26 ± 0,8	2 (1 - 4)	2,38 ± 0,76	2 (0 - 4)	2 ± 1,21	2 (0 - 4)	1,479*	0,234
Toplam kendiliğinden düşük sayısı	0,57 ± 0,7	0 (0 - 3)	0,52 ± 0,71	0 (0 - 2)	0,57 ± 0,83	0 (0 - 3)	0,057*	0,945
Toplam küretaj sayısı	0,48 ± 0,71	0 (0 - 2)	0,50 ± 0,77	0 (0 - 3)	0,57 ± 0,83	0 (0 - 3)	0,173*	0,841
İlk gebelik yaşı	20,76 ± 5,49	20,5 (15- 29)	20,19 ± 4,66	20 (15- 31)	19,95 ± 6,85	20 (16- 36)	0,908**	0,635

$\bar{x} \pm SS$: Ortalama±Standart Sapma; min: Minimum değer; mak: Maksimum değer
*Tek Yönlü Varyans Analizi, **Kruskal Wallis Testi

4.2. ÇALIŞMANIN BAŞLANGICI İLE SONUNDA KATILIMCILARIN GRUPLARINA GÖRE HPV BİLGİ ÖLÇEĞİ, SERVİKS KANSERİ VE TARAMA TESTİ BİLGİSİ ÖZ DEĞERLENDİRMESİ, RAHİM AĞZI KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmanın başlangıcında ve sonunda katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut ön test ve son test puanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 4.2.1’de yer almaktadır.

Çalışmanın başlangıcında, gruplar arasında HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut ön test puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1).

Kontrol grubunda yer alan katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Yüz yüze eğitim grubundaki katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar olduğu belirlendi ($p<0,05$). Çevrimiçi eğitim grubundaki katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklar olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.2.1).

Çalışmanın sonunda, gruplar arasında HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut son test puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Çalışmanın sonunda gruplar arasındaki HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut son test puanları arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, ölçek toplamında ve alt boyutların tümünde farklılığın kontrol grubundan kaynaklandığı, yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grupları arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1).

4.2.1 Çalışmanın Başlangıcında ve Sonunda Katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırmaları								
Özellikler	GRUP						Test İst.	p
	Grup I Kontrol		Grup II Yüz yüze		Grup III Çevrimiçi			
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (min-mak) / Mean Rank	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (min-mak) / Mean Rank	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (min-mak) / Mean Rank		
HPV Bilgi Ölçeği Toplam								
Ön Test	1,45 ± 3,03	0 (0- 12) / 65,31	1,0 ± 3,96	0 (0- 21) / 57,69	3,62 ± 7,44	0 (0- 26) / 67,5	4,305**	0,116
Son Test	1,14 ± 2,52	0 (0- 9) / 21,64 b	21,19 ± 5,89	22 (7- 30) / 84,77 a	21,21 ± 5,13	21 (6- 32) / 84,08 a	89,849**	<0,001
Test İst.	0,866*		5,649*		5,517*			
p	0,387		<0,001		<0,001			
Genel HPV Bilgisi								
Ön Test	1,43 ± 2,99	0 (0- 12) / 65,64	0,57 ± 2,17	0 (0- 11) / 57,4	2,31 ± 4,63	0 (0- 15) / 67,45	4,289**	0,117
Son Test	1,1 ± 2,41	0 (0- 9) / 23,21 b	10,3 ± 3,4	10,29 ± 3,42 / 82,8 a	10,62 ± 2,91	11 (1- 15) / 84,49 a	78,595**	<0,001
Test İst.	0,892*		5,652*		5,086*			
p	0,373		<0,001		<0,001			
HPV Tarama Testi Bilgisi								
Ön Test	0,02 ± 0,15	0 (0- 1) / 60,43	0,21 ± 1,03	0 (0- 6) / 62,12	0,33 ± 0,95	0 (0- 4) / 67,95	5,827**	0,054
Son Test	0,05 ± 0,31	0 (0- 2) / 21,69 b	3,83 ± 1,1	4 (1- 6) / 86,5 a	3,64 ± 1,25	4 (1- 6) / 82,31 a	74,042**	<0,001
Test İst.	1,0*		5,582*		5,653*			
p	0,317		<0,001		<0,001			
HPV Genel Aşı Bilgisi								
Ön Test	0,19 ± 0,71	0 (0- 3) / 61,85	0,12 ± 0,55	0 (0- 3) / 60,37	0,62 ± 1,45	0 (0- 5) / 68,29	4,924**	0,085
Son Test	0 ± 0	0 (0- 0) / 21,5 b	3,88 ± 1,04	4 (2- 5) / 84,89 a	3,9 ± 0,85	4 (1- 5) / 84,11' a	87,55**	<0,001
Test İst.	1,633*		5,638*		5,454*			
p	0,102		<0,001		<0,001			
HPV Aşılama Programı Bilgisi								
Ön Test	0 ± 0	0 (0- 0) / 60	0,1 ± 0,43	0 (0- 2) / 62,93	0,36 ± 1,06	0 (0- 4) / 67,57	3,964**	0,138
Son Test	0 ± 0	0 (0- 0) / 25,5 b	3,19 ± 1,78	4 (0- 6) / 84,17 a	3,05 ± 1,36	3 (0- 6) / 80,83 a	84,574**	<0,001
Test İst.	0*		5,29*		5,373*			
p	1,000		<0,001		<0,001			

Ön Test=Çalışmanın başlangıcında uygulanan test; Son test=Çalışmanın sonunda uygulanan test; ; $\bar{x} \pm SS$: Ortalama±Standart Sapma; min: Minimum değer; mak: Maksimum değer

*Wilcoxon testi; **Kruskal Wallis testi; a-b:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Gruplara göre HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyutları, HPV Bilgisi öz değerlendirmesi ve Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ön test ve son test puan farklarının karşılaştırılmasına Tablo 4.2.2’de yer verildi.

Çalışmada katılımcıların ön test ve son test puan farkları gruplara göre karşılaştırıldığında; gruplar arasında HPV Bilgi Ölçeği ön test ve son test toplam puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve Kısmi Eta Kare (KEK) değerinin 0,624 olduğu saptandı ($p<0,001$). Kontrol grubu ortanca değerinin “0”, yüz yüze eğitim grubunun ortanca değerinin “-19” ve çevrimiçi eğitim grubunun ortanca değeri “-20” olarak hesaplandı. Yapılan analiz sonucunda, HPV Bilgi Ölçeği ön test ve son test toplam puan farkları açısından yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grupları arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı ancak kontrol grubunun, deney gruplarından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2). Çalışmada gruplar arasında HPV Bilgi Ölçeğinin tüm alt boyutları ön test ve son test puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu; “Genel HPV Bilgisi” alt boyutu KEK değerinin 0,537, “HPV Tarama Testi” alt boyutu KEK değerinin 0,638, “HPV Genel Aşı Bilgisi” alt boyutu KEK değerinin 0,641 ve “HPV Aşılama Programı Bilgisi” alt boyutu KEK değerinin 0,535 olduğu saptandı ($p<0,001$). Yapılan analiz sonucunda, HPV Bilgi Ölçeğinin tüm alt boyutları ön test ve son test puan farkları açısından yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grupları arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı ancak, kontrol grubunun HPV Bilgi Ölçeği ön test ve son test puan farklarının, müdahale gruplarından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2).

Çalışmada ön test ve son test puan farkları gruplara göre karşılaştırıldığında; katılımcıların HPV bilgisi ile serviks kanseri ve taramasına ilişkin VAS öz değerlendirmesinde (0-10) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ve KEK değeri 0,409 olarak hesaplandı ($p<0,001$). Kontrol grubu ortanca değeri “0”, yüz yüze eğitim grubu ortanca değeri “-6” ve çevrimiçi eğitim grubu ortanca değeri “-7” olarak saptandı. Ön test-son test VAS puan farkları açısından yüz yüze ve çevrimiçi grupları arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı ancak kontrol grubunun deney gruplarından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2 Gruplara Göre HPV Bilgi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları, HPV Bilgisi Öz Değerlendirme ve Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Ön Test ve Son Test Puan Farklarının Karşılaştırılması (Ön Test – Son Test)

Özellikler	GRUP						Test İst.	p	KEK
	Grup I Kontrol		Grup II Yüz yüze		Grup III Çevrimiçi				
	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (min-mak) / Mean Rank	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (min-mak) / Mean Rank	$\bar{x} \pm SS$	Ortanca (min-mak) / Mean Rank			
HPV Bilgi Ölçeği Toplam	0,31 ± 2,41	0 (-8- 7) / 103,79 b	-20,19 ± 6,37	-19 (-30- -7) / 39,77 a	-17,6 ± 8,45	-20 (-29- 7) / 46,94 a	78,743	<0,001*	0,624
Genel HPV Bilgisi	0,33 ± 2,41	0 (-8- 7) / 100,8 b	-9,71 ± 3,53	-10 (-15- -4) / 40,82 a	-8,31 ± 5,5	-10,5 (-15- 12) / 48,88 a	68,045	<0,001*	0,537
HPV Tarama Testi	-0,02 ± 0,15	0 (-1- 0) / 103,45 b	-3,62 ± 1,48	-4 (-5- 3) / 39,86 a	-3,31 ± 1,41	-3 (-6- 1) / 47,19 a	80,474	<0,001*	0,638
HPV Genel Aşı Bilgisi	0,19 ± 0,71	0 (0- 3) / 103,18 b	-3,76 ± 1,23	-4 (-5- 0) / 39,23 a	-3,29 ± 1,5	-4 (-5- 0) / 48,1 a	80,901	<0,001*	0,641
HPV Aşılama Programı Bilgisi	0 ± 0	0 (0- 0) / 99,5 b	-3,1 ± 1,74	-4 (-5- 0) / 41,54 a	-2,69 ± 1,57	-3 (-6- 1) / 49,46 a	67,766	<0,001*	0,535
Bilgi Öz değerlendirme-VAS	-0,24 ± 1,08	0 (-4 - 2) / 96,46 b	-5,6 ± 3,2	-6 (-10 - 3) / 46,75 a	-5,52 ± 3,19	-7 (-9- 2) / 47,29 a	52,323	<0,001*	0,409
Duyarlılık	0,29 ± 2,33	0 (-6- 6) / 63,33	0,43 ± 3,25	0 (-5- 8) / 61,95	0,5 ± 3,26	0 (-8- 6) / 65,21	0,174	0,917*	0,015
Ciddiyet	0,88 ± 5,26	0 (-12- 15) / 51,23 b	4,98 ± 7,57	5 (-15- 21) / 71,62 a	4,26 ± 8,74	6 (-12- 23) / 67,65 ab	7,401	0,025*	0,044
Pap Smear yarar ve motivasyon	-1,45 ± 3,92	0 (-12 - 5) / 55,81	0,4 ± 6,21	0 (-12 - 12) / 67,88	-0,07 ± 5,66	0 (-17 - 10) / 66,81	2,839	0,242*	0,007
Sağlık motivasyonu	0,17 ± 1,48	0 (-4 - 3) / 83,24 b	-1,64 ± 2,73	-1,5 (-10 - 3) / 55,3 a	-1,69 ± 2,66	-1 (-8 - 3) / 51,96 a	19,339	<0,001*	0,141
Pap Smear engelleri	-0,17 ± 8,25	0 (-19- 23) / 50,13 b	3,4 ± 9,96	4 (-23- 21) / 65,14 ab	7,48 ± 11,38	6 (-10- 39) / 75,23 a	10,058	0,007*	0,066

VAS: Görsel Analog Ölçek; $\bar{x} \pm SS$: Ortalama±Standart Sapma; min: Minimum değer; mak: Maksimum değer

*Kruskal Wallis testi; a-b:Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Çalışmada gruplar arasında “ciddiyet” alt boyut puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ve KEK değerinin 0,044 olduğu saptandı ($p=0,025$). Kontrol grubu ortanca değeri “0”, yüz yüze eğitim grubu ortanca değeri “5” ve çevrimiçi eğitim grubu ortanca değeri “6” olarak hesaplandı. Yapılan analiz sonucunda, çevrimiçi eğitim grubu ön test ve son test puan farklarının her iki grupta da benzer olduğu, ancak kontrol grubu ile yüz yüze eğitim grubu arasında ön test, son test puan farkları açısından istatistiksel bir fark olduğu bulundu (Tablo 4.2.2).

Çalışmada ön test ve son test puan farkları gruplara göre karşılaştırıldığında; gruplar arasında “sağlık motivasyonu” alt boyutu ön test ve son test puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ve KEK değeri 0,141 olarak hesaplandı ($p<0,001$). Kontrol grubu ortanca değeri “0,” yüz yüze eğitim grubu ortanca değeri “-1,5” ve çevrimiçi eğitim grubu ortanca değeri “-1” olarak elde edildi. Yapılan analiz sonucunda yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grupları arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı ancak, kontrol grubunun deney gruplarından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2).

Çalışmada gruplar arasında “Pap Smear engelleri” alt boyut ön test ve son test puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ve KEK değeri 0,066 olarak hesaplandı ($p=0,007$). Kontrol grubu ortanca değeri “0”, yüz yüze eğitim grubu ortanca değeri “4” ve çevrimiçi eğitim grubu ortanca değeri “6” olarak belirlendi. Yapılan analiz sonucunda, ön test ve son test puan farkları arasındaki istatistiksel farklılığın kontrol grubu ile çevrimiçi eğitim grubu arasında olduğu, yüz yüze eğitim grubunun her iki grupta benzer olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2).

Çalışmada ön test ve son test puan farkları gruplara göre karşılaştırıldığında; “duyarlılık” ($p<0,917$) ve “Pap Smear yarar ve motivasyon” ($p=0,242$) alt boyutları ön test ve son test puan farkları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu.

Çalışmanın başlangıcında ve sonunda katılımcıların grup ve zamana göre HPV Bilgisi öz değerlendirme düzeyi, Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyut puanlarının çoklu karşılaştırmaları Tablo 4.2.3’te yer almaktadır.

Tablo 4.2.3 Grup ve Zamana Göre HPV Bilgisi Öz Değerlendirmesi, Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çoklu Karşılaştırmaları									
Ölçekler	Zaman	Grup			Toplam	Faktör	F	p	KEK
		Kontrol	Yüz Yüze Eğitim	Çevrimiçi Eğitim					
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$					
VAS	Ön test	0,79 ± 0,95 C	1,69 ± 2,62 BC	2 ± 2,97 B	1,49 ± 2,39	Grup	106,11	<0,001	0,463
	Son Test	1,02 ± 1,22 BC	7,29 ± 1,40 A	7,52 ± 1,40 A	5,28 ± 3,3	Zaman	246,22	<0,001	0,500
	Toplam	0,9 ± 1,09 b	4,49 ± 3,50 a	4,76 ± 3,61 a	3,38 ± 3,45	Grup*Zaman	54,06	<0,001	0,305
Duyarlılık	Ön test	7,36 ± 2,39	7,67 ± 2,64	7,43 ± 2,74	7,48 ± 2,58	Grup	0,28	0,755	0,002
	Son Test	7,07 ± 2,40	7,24 ± 2,46	6,93 ± 2,76	7,08 ± 2,53	Zaman	1,56	0,212	0,006
	Toplam	7,21 ± 2,39	7,45 ± 2,54	7,18 ± 2,75	7,28 ± 2,56	Grup*Zaman	0,04	0,963	0,000
Ciddiyet	Ön test	23,52 ± 6,23	23,31 ± 5,38	22,71 ± 6,78	23,18 ± 6,12	Grup	4,55	0,011	0,036
	Son Test	22,64 ± 6,03	18,33 ± 5,61	18,45 ± 5,39	19,81 ± 5,99	Zaman	20,41	<0,001	0,077
	Toplam	23,08 ± 6,11 a	20,82 ± 6,01 b	20,58 ± 6,46 b	21,5 ± 6,27	Grup*Zaman	2,86	0,059	0,023
Sağlık Motivasyonu	Ön test	12,79 ± 1,37AB	11,67 ± 2,16 B	11,93 ± 2,54 B	12,13 ± 2,12	Grup	0,55	0,580	0,004
	Son Test	12,62 ± 1,46 AB	13,31 ± 1,72 A	13,62 ± 1,53 A	13,18 ± 1,62	Zaman	20,61	<0,001	0,077
	Toplam	12,70 ± 1,41	12,49 ± 2,11	12,77 ± 2,25	12,65 ± 1,96	Grup*Zaman	6,91	0,001	0,053
Pap Smear Engelleri	Ön test	30,17 ± 8,87	30,5 ± 7,76	33 ± 9,66	31,22 ± 8,82	Grup	0,85	0,430	0,007
	Son Test	30,33 ± 8,0	27,1 ± 7,54	25,52 ± 6,95	27,65 ± 7,72	Zaman	0,50	0,479	0,002
	Toplam	30,25 ± 8,39	28,8 ± 7,80	29,26 ± 9,17	29,44 ± 8,46	Grup*Zaman	1,12	0,328	0,009
	Zaman	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Ortanca (Min-Mak)	Grup*Zaman	Q	p	
Pap Smear Yarar ve Motivasyon	Ön test	28 (22 - 37)	28,5 (21 - 36)	30,5 (13- 40)	29 (13- 40)	Grup	2,919	0,056	
	Son Test	28 (24- 38)	29 (17- 37)	30 (22- 36)	29 (21- 38)	Zaman	0,388	0,533	
	Toplam	28 (22- 38)	29 (17- 37)	30 (13- 40)	29 (13- 40)	Grup*Zaman	0,683	0,711	

$\bar{X} \pm SS$: Ortalama ± Standart Sapma; F: İki Yönlü Varyans Analizi Test İstatistiği, KEK: Kısmi Eta Kare; Q: Robust Anova Test İstatistiği
a-b: Aynı harfe sahip ana etkiler arasında bir fark yoktur; A-C: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında bir fark yoktur.

Grup faktörünün, VAS ön test ve son test puanlarına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0,001$) ve KEK değerinin “0,463” olduğu belirlendi. Kontrol grubu puan ortalamasının “ $0,9 \pm 1,09$ ”, yüz yüze eğitim grubunun “ $4,49 \pm 3,5$ ” ve çevrimiçi eğitim grubu puan ortalaması “ $4,76 \pm 3,61$ ” olarak hesaplandı ve kontrol grubunda elde edilen VAS değerinin diğer gruplardan farklı olduğu belirlendi ($F=106,11$; $p < 0,001$). Çalışmada zaman faktörü incelendiğinde; VAS ön test ($1,49 \pm 2,39$) ve son test ($5,28 \pm 3,3$) puanlarının zamana göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği ve KEK değerinin “0,500” olduğu belirlendi ($F=246,22$; $p < 0,001$). Çalışmada grup zaman etkileşimi değerlendirildiğinde, iki faktörün bir arada VAS puan ortalamalarını istatistiksel açıdan anlamlı olarak etkilediği ve bu etkileşimin KEK değerinin “0,305” olduğu saptandı ($F=54,06$; $p < 0,001$). Çalışmada, grup zaman etkileşimi birlikte incelendiğinde; kontrol grubu ön ve son test puanları ile yüz yüze eğitim grubu ön test puanlarının benzer olduğu; yüz yüze eğitim grubu ön test puanı ile çevrimiçi eğitim grubu ön test puanlarının benzer olduğu; kontrol grubu son testi ile çevrimiçi ön test puanlarının da benzer olduğu izlendi. Bununla birlikte, deney grupları son test puanlarının benzer olduğu ancak diğer ölçümlerinden farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.2.3).

Grup faktörünün, “Ciddiyet” alt boyutu ön test ve son test puanlarına etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0,011$) belirlendi, KEK değeri “0,036” olarak hesaplandı. Kontrol grubu puan ortalamasının “ $23,08 \pm 6,11$ ”, yüz yüze eğitim grubunun “ $20,82 \pm 6,01$ ” ve çevrimiçi eğitim grubu puan ortalaması “ $20,58 \pm 6,46$ ” olarak hesaplandı. Kontrol grubunda elde edilen “Ciddiyet” alt boyut puanının deney gruplarından farklı olduğu, deney grupları arasında ise benzer olduğu belirlendi ($F=4,55$; $p=0,011$). Çalışmada zaman faktörü incelendiğinde; “Ciddiyet” alt boyutu ön test ($23,18 \pm 6,12$) ve son test ($19,81 \pm 5,99$) puanlarının zamana göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak azaldığı ve KEK değerinin “0,077” olduğu saptandı ($F=20,41$; $p < 0,001$). Çalışmada grup zaman etkileşimi birlikte değerlendirildiğinde, iki faktörün bir arada “Ciddiyet” alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farka neden olmadığı bulundu ($F=2,86$; $p=0,059$) (Tablo 4.2.3).

Grup faktörünün, “Sağlık Motivasyonu” alt boyutu ön test ve son test puanlarına istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı ($F=0,55$, $p=0,580$). Çalışmada zaman faktörü incelendiğinde; “Sağlık Motivasyonu” alt boyutu ön test

(12,13 ± 2,12) ve son test (13,18 ± 1,62) puanlarının zamana göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yükseldiği ve KEK değerinin “0,077” olduğu belirlendi (F=20,61; p<0,001). Çalışmada grup zaman etkileşimi birlikte değerlendirildiğinde, iki faktörün bir arada “Sağlık Motivasyonu” alt boyutu puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturduğu ve bu etkileşimin KEK “0,053” olduğu saptandı (F=6,91; p=0,001). Yüz yüze eğitim grubu ve çevrimiçi eğitim grubunun ön test ve son test puanları arasında fark olduğu ancak, deney grupları ile kontrol grubu ön ve son test puanlarının benzer olduğu saptandı (Tablo 4.2.3).

Çalışmada grup (F=0,28; p=0,755), zaman (F=1,56; p=0,212) ve grup ile zaman (F=0,04; p=0,963) etkileşimi açısından “Duyarlılık” alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı. Yapılan analizde, “Pap Smear Engelleri” alt boyutunda grup (F=0,85; p=0,430), zaman (F=0,50; p=0,479) ve grup ile zaman (F=1,12; p=0,328) etkileşimi incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 4.2.3).

Bu çalışmada “Pap Smear Yarar ve Motivasyon” alt boyutunda grup (Q=2,919; p=0,056), zaman (Q=0,388; p=0,533) ve grup ile zaman (Q=0,683; p=0,711) etkileşimi incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 4.2.3).

Çalışmanın sonunda, katılımcıların HPV-DNA Pap Smear testi yaptırma durumunun, tarama yaptırmama gerekçesinin, önümüzdeki altı ay içinde tarama testi yaptırma niyetinin ve standart bakım hizmeti/sağlık eğitiminden memnuniyet düzeyinin gruplara göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tablo 4.2.4’te yer almaktadır.

Çalışma gruplarına göre HPV DNA-Pap Smear testi yaptırma durumunun dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($\chi^2=8,357$; p=0,015). Kontrol grubunda, “Evet” cevabı verenlerin oranı %7,1 (n=3), yüz yüze eğitim grubunda %28,6 (n=12) ve çevrimiçi eğitim grubunda %31,0 (n=13) olduğu belirlendi. Çalışmada HPV-DNA testi yaptırma durumu açısından, yüz yüze ve çevrimiçi eğitim gruplarının benzer olduğu ancak, kontrol grubundaki katılımcıların test yaptırma durumları ile deney grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (p>0.05) (Tablo 4.2.4).

Çalışmanın sonunda, standart bakım hizmeti / eğitimden memnuniyet puanı incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi (KW=89,643; $p<0,001$). Yapılan analizde, yüz yüze eğitim grubu ile çevrimiçi eğitim gruplarının memnuniyet düzeylerinin benzer olduğu ancak, kontrol grubunda yer alan katılımcıların memnuniyet düzeylerinin deney gruplarından farklı olduğu saptandı (Tablo 4.2.4).



Tablo 4.2.4 Çalışmanın Sonunda, Katılımcıların HPV-DNA Pap Smear Testi Yaptırma Durumunun ve Standart Bakım Hizmeti/ Eğitimden Memnuniyet Düzeyinin Gruplara Göre Karşılaştırılması					
Özellik	Kontrol	Yüz yüze	Çevrimiçi	Test İst.	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
HPV-DNA Pap Smear testi yaptırma durumu					
Evet	3 (7,1) a	12 (28,6) b	13 (31,0) b	8,357*	0,015
Hayır	39 (92,9)	30 (71,4)	29 (69,0)		
Özellik	$\bar{x} \pm SS$ Ortanca (min-mak)	$\bar{x} \pm SS$ Ortanca (min-mak)	$\bar{x} \pm SS$ Ortanca (min-mak)	Test İst.	p
Standart Bakım Hizmeti/ Eğitimden memnuniyet düzeyi	3,5 \pm 1,3 4 (0 - 7) b	9,4 \pm 0,7 9,5 (7- 10) a	9,6 \pm 0,6 10 (8- 10) a	89,643**	<0,001
*Pearson Ki kare testi; **Kruskal Wallis Testi; $\bar{x} \pm SS$: Ortalama \pm Standart Sapma; min: Minimum değer; mak: Maksimum değer a-b: aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.					

Gruplara göre katılımcıların Pap Smear test yaptırmama gerekçeleri incelendiğinde; kontrol grubunda sırasıyla %73,8 oranında (n=31) “gerek duymadım”, %35,7 oranında (n=15) “muayeneden utandım”, %26,2 oranında (n=11) “zaman bulamadım” ve %19 oranında (n=8) “unuttum” yanıtları alındı. Yüz yüze eğitim grubunda Pap Smear testi yaptırmayan katılımcıların testi yaptırmama gerekçeleri değerlendirildiğinde; %57,1 oranında (n=24) “zaman bulamadım”, %33,3 oranında (n=14) “gerek duymadım”, %26,2 oranında (n=11) “unuttum” ve %4,8 oranında (n=2) “randevu aldım” yanıtını verdikleri saptandı. Çevrimiçi eğitim grubunda ise Pap Smear testi yaptırmayan katılımcıların testi yaptırmama gerekçeleri, %54,8 oranında (n=23) “zaman bulamadım”, %23,8 oranında (n=10) “unuttum”, %21,4 oranında (n=9) “gerek duymadım” ve %4,8 oranında (n=2) “muayeneden utandım” yanıtları elde edildi (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.5 Çalışmanın Sonunda, Katılımcıların Tarama Yaptırmama Gerekçesi ve Tarama Yaptırma Niyetinin Gruplara göre Karşılaştırılması			
Özellik	Gruplar		
	Kontrol n (%)	Yüz yüze n (%)	Çevrimiçi n (%)
Tarama Yaptırmama Gerekçesi*			
Şikayetim Olmadığı İçin Gerek Duymadım	31 (73,8)	14 (33,3)	9 (21,4)
Zaman bulamadım	11 (26,2)	24 (57,1)	23 (54,8)
Unuttum	8 (19,0)	11 (26,2)	10 (23,8)
Muayeneden Utandım	15 (35,7)	0 (-)	2 (4,8)
Tarama Niyeti			
Yaptırmaya Niyetim Var	22 (52,4)	27 (64,2)	25 (59,5)
Kararsızım	11 (26,2)	3 (7,1)	1 (2,4)
Yaptırmaya Niyetim Yok	6 (14,3)	0 (-)	2 (4,8)

*n katlanmıştır.

Gruplara göre test yaptırmayan katılımcıların önümüzdeki altı ay içindeki test yaptırmaya niyetleri incelendiğinde; kontrol grubunda “niyetim var” yanıtını verenlerin oranı %52,4 (n=22), “kararsızım” yanıtını verenlerin oranı %26,2 (n=11) ve “yaptırmayacağım” yanıtını verenlerin oranı %14,3 (n=6) tür. Yüz yüze eğitim grubunda, “niyetim var” yanıtını verenlerin oranı %64,2 (n=27), “kararsızım” yanıtını verenlerin oranı %7,1’ dir (n=3). Çevrimiçi eğitim grubunda ise, “niyetim var” yanıtını verenlerin oranı %59,5 (n=25), “kararsızım” yanıtını verenlerin oranı %2,4 (n=1), “yaptırmayacağım” yanıtını verenlerin oranı ise %4,8 (n=2) dir (Tablo 4.2.5).

5. TARTIŞMA

İki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin kadınların HPV bilgisine, serviks kanseri sağlık inancına ve tarama testi yaptırmasına etkisini belirlemeyi amaçlayan bu çalışmada elde edilen bulguların konu ile ilgili literatür eşliğinde yorumlarına bu bölümde yer verilmiştir.

5.1. Çalışmanın Başlangıcında ve Sonunda Elde Edilen Bulguların Gruplar Arası Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmada kadınların eğitim öncesi ve sonrası, serviks kanseri ve taramasına yönelik bilgi düzeyi HPV Bilgi Ölçeği ve VAS ile ölçüldü. Çalışmanın başlangıcında katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyutlarının ön test puanlarının benzer olduğu belirlendi. Çalışmanın sonunda ise; kontrol grubunun HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyutlarının ön test ve son test puanlarının benzer olduğu ($p>0,05$), yüz yüze ve çevrimiçi eğitim gruplarının toplam ölçek ve alt boyutlarının son test puanlarının ön test puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu izlendi ($p<0,05$).

Katılımcıların son test HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puanları incelendiğinde; yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubunun puanlarının birbirine benzer olduğu ve kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.2.1). Bununla birlikte, HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut ön test son test puan farkları değerlendirildiğinde; yüz yüze ve çevrimiçi eğitim gruplarının puan farklarının anlamlı derecede arttığı ve bu grupların birbirlerine benzer ancak kontrol grubundan farklı oldukları belirlendi. Müdahalenin HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarına etki düzeyinin yüksek olduğu değerlendirildi (Tablo 4.2.2.). Çalışmada serviks kanseri ve tarama testi bilgisi öz değerlendirmesi VAS ölçümünün ön test-son test puan farkı incelendiğinde; kontrol grubunun puanının değişmediği ($p>0,05$), yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubunun puanlarında anlamlı derecede artış olduğu ($p<0,05$) ve müdahalenin etki düzeyinin yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2.). Bununla birlikte serviks kanseri ve tarama testi bilgisi öz değerlendirme puanlarının grup, zaman ve grup-zaman etkileşimleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3). VAS toplam puanı, grup faktöründe ele alındığında, müdahale gruplarının puanlarının birbirine benzer olmakla birlikte kontrol grubu puanından anlamlı derecede yüksek

olduğu ve müdahalenin etki değerinin yüksek olduğu değerlendirildi. VAS toplam puanı zaman faktörü açısından incelendiğinde son test puanının, ön test puanına göre anlamlı derecede yükseldiği ve iki aylık izlem sürecinin VAS puanına etkisinin yüksek olduğu belirlendi. VAS puanları grup-zaman faktörü birlikte analiz edildiğinde; yüz yüze ve çevrimiçi grupların son test puanlarının birbirine benzer oldukları, kendi ön test puanları ile kontrol grubu ön-son test puanlarından ise anlamlı derecede yüksek olduğu, grup ve zaman faktörlerinin bir arada VAS puanına etkisinin yüksek olduğu izlendi (Tablo 4.2.3). Bilgi düzeyini artırmak ve farkındalık oluşturmak amacıyla yapılan sağlık eğitimleri, koruyucu sağlık davranışlarını kazandırmada ve sürdürmede sıklıkla tercih edilen, kolay uygulanabilen, düşük maliyetli ve etkinliği kanıtlanmış hemşirelik uygulamalarındadır (41,184). Yüz yüze sağlık eğitimi, sağlık profesyonelleri tarafından en yaygın kullanılan eğitim yöntemidir (185). Gana ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yüz yüze verilen sağlık eğitimi sonucu kadınların serviks kanserine dair bilgi düzeyi ve farkındalığının anlamlı derecede yüksek olduğu rapor edilmektedir (186). Benzer olarak Rosser ve arkadaşlarının yüz yüze eğitimsel müdahalede bulunduğu çalışmada kadınların bilgi puanında anlamlı bir artış olduğu bildirilmektedir (187). Akyüz ve Kurt'un, Türkiye'nin üç ilinde üç farklı müdahale yöntemi kullanıp bilgi düzeyi ve taramaya katılımındaki etkisini inceledikleri çalışmada, her grupta farklı olmakla birlikte kadınların bilgi düzeyinde bir artış olduğu rapor edilmektedir (15). Bilgisayar, telefon ve kablosuz iletişim dahil olmak üzere dijital eğitim teknolojileri, bilgiye erişimi kolaylaştırdığı, etkileşimi artırdığı, bireye özgü seçenekler sunabildiği ve maliyeti düşük olduğu için sağlık eğitimlerinde büyük bir fırsat olarak değerlendirilmektedir (41). Dijital sağlık hizmeti özellikle pandemiden sonra halk sağlığı hizmetlerinde yaygın olarak tercih edilmektedir (167). Küresel çapta yaklaşık 5,3 milyar kişinin cep telefonunun olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayı toplam nüfusun yaklaşık %67'sini oluşturmaktadır (38). Cep telefonlarının yaygın olarak kullanımı zaman ve maliyet kaybı olmaksızın anında erişim ve kullanım kolaylığı sağlamasıyla sağlık hizmetinde büyük potansiyele sahiptir (188). Perkins ve arkadaşlarının dijital teknoloji yöntemlerinden biri olan radyo yayını kullanarak eğitimsel müdahalede bulunduğu çalışmada kadınların serviks kanseri bilgi düzeyinde anlamlı artışa yol açtığı ve eğitimden iki yıl sonra dahi bu bilgiyi korudukları rapor edilmektedir (189). Hombaiah ve arkadaşlarının mobil sağlık uygulaması üzerinden

serviks kanseri ve taramasına yönelik yaptığı eğitim müdahalesi sonucunda kadınların serviks kanseri belirtileri, risk faktörleri, HPV ve aşısı ile ilgili bilgi düzeyinde önemli ölçüde artış olduğu bildirilmektedir (36). Benzer şekilde Khademolhosseini ve arkadaşlarının İran’da yaptığı bir araştırmada, Telegram uygulaması üzerinden anlık mesajlaşma yoluyla sağlık inanç modeline dayalı bir sağlık eğitimi verildiği, eğitimin birer hafta arayla dört oturumdan oluştuğu ve eğitim içeriklerinin uygulama üzerinden gönderildiği belirtilmektedir. Eğitimden üç ay sonra uygulanan son test doğrultusunda, müdahale grubunun bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu ve eğitimin etkili olduğu rapor edilmektedir (190). Günümüzde, dijital hizmet teknolojilerinin toplum tarafından geniş bir kullanıma amacına hizmet etmesi, halkın sağlık eğitimi amacıyla da etkin olarak kullanılabileceği fikrini ortaya çıkarmıştır. Literatürde, yüz yüze ve çevrimiçi yapılan her iki sağlık eğitiminin, kadınların HPV ve serviks kanseri bilgisine yönelik etkisini birbiriyle karşılaştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada elde edilen verilere göre, görüntülü görüşme ile uzaktan, ev ziyareti yoluyla yüz yüze yapılan sağlık eğitimlerinin katılımcıların HPV ve serviks kanseri bilgisini kontrol grubunda yer alan katılımcılara göre, olumlu yönde geliştiği ancak bilgilenme ve farkındalık açısından sağlık eğitim yöntemlerinin birbirine göre herhangi bir üstünlüklerinin olmadığı belirlendi. Sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla yapılan yüz yüze sağlık eğitimlerinin yanı sıra; zaman, personel ve maliyet açısından avantaj sağlayan dijital yöntemle uzaktan yapılan sağlık eğitiminin sonucunda aynı eğitim çıktılarına ulaşılması, yüz yüze sağlık eğitiminin mümkün olmadığı durumlarda, uzaktan yöntemle sağlık eğitimlerinin de halkın sağlık eğitiminde bir alternatif olarak düşünülebileceği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, HPV, serviks kanseri ve taraması bilgi düzeyi ile ilgili olarak, “H₀₂” ve “H₁₃” hipotezleri kabul edilirken; “H₀₁, H₁₄ ve H₁₅” hipotezleri reddedildi.

Katılımcıların çalışmanın başlangıcında ve sonrasında serviks kanserine yönelik sağlık inançları, “Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği” ile değerlendirildi. Kadınların serviks kanserine yönelik duyarlılığının, ciddiyetinin ve motivasyonunun yüksek olması tarama davranışı ile pozitif yönde, engel algısının yüksek olması ise tarama davranışı ile negatif yönde ilişkilendirilmektedir (171). Bu çalışmada, ciddiyet alt boyutunun ön test-son test puan farkları incelendiğinde; kontrol grubu ile yüz yüze eğitim grubu arasında anlamlı

farklılık olduğu ve çevrimiçi eğitim grubunun her iki gruba da benzer olduğu saptandı. Yüz yüze ve çevrimiçi eğitim gruplarının ön test-son test puan farklarının artması beklenirken, son test puanlarındaki düşüşler nedeniyle azaldığı ve puan farklarının pozitif değerlerde olduğu izlendi. Müdahalenin algılanan ciddiyet üzerindeki bu etkisinin de düşük olduğu değerlendirildi (Tablo 4.2.2.). Bununla birlikte ciddiyet alt boyut puanlarının grup ve zaman etkileşimleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olduğu belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.3). Ciddiyet alt boyutu toplam puanı, grup faktöründe ele alındığında, müdahale gruplarının puanlarının birbirine benzer olmakla birlikte kontrol grubu puanından anlamlı derecede düşük olduğu ve müdahalenin etkisinin ise düşük olduğu değerlendirildi. Ciddiyet alt boyutu toplam puanı zaman faktörü açısından incelendiğinde son test puanının, ön test puanına göre anlamlı derecede azaldığı ve iki aylık izlem sürecinin algılanan ciddiyet puanına etkisinin düşük olduğu belirlendi. Ciddiyet alt boyutu puanları, grup-zaman faktörü birlikte analiz edildiğinde, tüm grupların ön test-son test puanlarının birbirine benzer olduğu saptandı. (Tablo 4.2.3). Ciddiyet algısı, bireyin bir hastalığa bağlı ölüm, fiziksel veya sosyal güçlükleri ne derecede ciddiye aldığı ya da olası etkilerin şiddetini nasıl değerlendirdiğidir (191-194). Bireyin hastalık ile ilgili bilgi düzeyi ve hastalığa karşı duyarlılığı ciddiyet algısını etkilemektedir (194). Bu çalışmanın aksine, Koç ve arkadaşlarının Türkiye’de serviks kanseri ve HPV’ye yönelik grup eğitimi yaptığı bir araştırma sonucunda müdahale grubunun eğitim sonrası ciddiyet algısının anlamlı derecede yüksek olduğu rapor edilmektedir (195). Aynı şekilde, Parsa ve arkadaşlarının İran’da grup eğitimi yaptığı ve broşürle desteklediği başka bir çalışmada müdahale sonrası ciddiyet alt boyutunda puan artışı olduğu bildirilmektedir (196). Khademolhosseini ve arkadaşlarının İran’da yaptığı bir çalışmada, Telegram uygulaması üzerinden anlık mesajlaşma yoluyla sağlık inanç modeline dayalı bir sağlık eğitimi verildiği, eğitimin birer hafta arayla dört oturumdan oluştuğu ve eğitim içeriklerinin uygulama üzerinden gönderildiği belirtilmektedir. Eğitimden üç ay sonra uygulanan son test doğrultusunda, müdahale grubunun algılanan ciddiyet düzeyinin daha yüksek olduğu ve eğitimin etkili olduğu rapor edilmektedir (190). Benzer olarak Ahmed ve arkadaşlarının Mısır’da 150 evli kadına yüz yüze sağlık eğitimi yaptığı bir çalışmada, altı aylık izlem sonucu müdahale grubunun ciddiyet algısında yükselme olduğu rapor edilmektedir (197). Arslan, Kılıç

ve Toğan'ın tip 2 diyabetli hastalara yönelik verilen eğitimin etkinliğini değerlendirdiği çalışmanın sonunda, ciddiyet algısının arttığı ve anlamlı olduğu savunulmaktadır (198). Bu çalışmada yer alan katılımcıların tamamı sağlıklı ve ailesinde serviks kanseri öyküsü olmayan katılımcılardır. Bununla birlikte, müdahale gruplarında yaklaşık olarak her üç katılımcıdan birisi tarama testine katıldı (yüz yüze eğitim grubu %28,6, çevrimiçi eğitim grubu %31) ve test sonuçlarında anormal bulgulara ulaşılmadı. Kadınlara, serviks kanserinin uzun vadede gelişebileceği, kanserleşmeden erken teşhis ile önlenebilen bir hastalık olduğu, erken teşhis edildiğinde tamamen iyileşmenin mümkün olabileceği, düzenli tarama yaptıran bir kadının serviks kanserinden ölme riskinin çok düşük olduğu gibi serviks kanserine ilişkin bilgiler yapılan sağlık eğitiminde özellikle vurgulanan bilgilerdir. Bununla birlikte, çalışma sonunda müdahale gruplarındaki katılımcıların serviks kanseri ile ilgili bilgi eksikliğinin önemli ölçüde azaldığı, hastalığın risk faktörlerini, belirtilerini ve düzenli taramanın önemini öğrendikleri değerlendirilmektedir. Bu bağlamda serviks kanserine ilişkin bilinmeyen kaygı duyma durumun ortadan kalktığı, bu riski yönetebilecek bilgi ve beceriye sahip oldukları düşünüldüğünde katılımcıların hastalığı bir tehdit olarak görmedikleri ve kontrol edilebilir bir durum olarak algılandığı düşünülmektedir. Ayrıca literatürde, çalışmayan, gelir durumu az ve ciddiyet algısının düşük olduğu rapor edilmektedir (213-215). Benzer olarak, ailesinde serviks kanseri öyküsü olan kadınların ciddiyet algısının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (213,214,216). Bu bağlamda, katılımcıların büyük çoğunluğu çalışmayan, gelir durumu gider durumuna eşit ve ailesinde serviks kanseri öyküsü bulunmayan bireylerdir. Literatürde kullanılan sağlık inancı ölçeklerinin de bu çalışmada kullanılan ölçüm araçlarından farklılıklar içerdiği çalışmalarda kullanılan eğitim yöntemleri arasında da teknik farklılıklar olduğu izlendi. Bu faktörler nedeniyle, bu çalışmada müdahale gruplarında ciddiyet algısının, başlangıç düzeyine göre azaldığı gözlenirse de bu değişim müdahale gruplarında benzerdir ve müdahalenin ciddiyet üzerine etkisinin oldukça düşük olduğu da değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, ciddiyet alt boyutu ile ilgili olarak, “H₀2” hipotezi kabul edilirken, “H₀1”, “H₁3” “H₁4”, “H₁5” hipotezleri reddedildi.

Sağlık motivasyonu alt boyutu ön test ve son test puan farkları incelendiğinde; yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubunun birbirine benzer ve kontrol grubundan farklı

oldukları ve puanlarının da anlamlı derecede arttığı izlendi. Müdahalenin etki düzeyinin ise düşük olduğu değerlendirildi ($p<0,05$) (Tablo 4.2.2.). Bununla birlikte Sağlık motivasyonu alt boyutu puanlarının zaman ve grup-zaman etkileşimleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı farklar olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.2.3). Sağlık motivasyonu alt boyutu toplam puanı, grup faktörü açısından ele alındığında, kontrol grubu ve müdahale gruplarının puanlarının birbirine benzer olduğu belirlendi. Sağlık motivasyonu alt boyutu toplam puanı zaman faktörü açısından incelendiğinde son test puanının, ön test puanına göre anlamlı derecede yükseldiği ve ancak iki aylık izlem sürecinin algılanan Sağlık motivasyonu puanına etkisinin düşük olduğu izlendi. Sağlık motivasyonu alt boyutu puanları grup-zaman faktörü birlikte analiz edildiğinde; yüz yüze ve çevrimiçi grubunun puanlarının anlamlı derecede yükseldiği ancak kontrol grubu ile benzerliğini koruduğu saptandı. Grup ve zaman faktörlerinin bir arada Sağlık Motivasyonu puanına etkisinin düşük olduğu izlendi (Tablo 4.2.3). Sağlıklı olma durumunun devamlılığı ve geliştirilmesinde yapılacak girişimlere yönelik istekli olma durumu sağlık motivasyonu ile açıklanmaktadır. Bireyin geçmiş sağlık deneyimleri ve davranışları, sağlığı ile ilgili yeni kararlar almasını ve uygulamaya motive olmasını etkiler (199). Hastalıktan korunmak, sağlığını geliştirmek için koruyucu davranışları edinmede de bireyin motivasyona ihtiyacı vardır (200). Bu çalışmaya benzer olarak, ülkemizde meme kanseri ve erken tanısına yönelik eğitimsel müdahalenin yapılan bir çalışmada, eğitim sonrası katılımcıların sağlık motivasyonu alt boyutunun anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmektedir (201). Türkiye’de serviks kanseri ve HPV’ye yönelik grup eğitiminin yapıldığı bir araştırma sonucunda müdahale grubunun eğitim sonrası sağlık motivasyonunun anlamlı derecede yüksek olduğu rapor edilmektedir (195). Kartal ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir çalışmada, ev ziyareti yoluyla kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık eğitimi verildiği ve eğitim sonrası sağlık motivasyonu algısında anlamlı derecede artış olduğu bildirilmektedir (202). Gözüm ve arkadaşlarının meme kanserine yönelik akran eğitimi verdiği çalışmada, sağlık motivasyonunda olumlu değişiklik olduğu rapor edilmektedir (203). Bu çalışmada her ne kadar, ön test son test puan farklarına göre müdahale gruplarının sağlık motivasyonu algısının arttığı değerlendirilse de yapılan ileri analizde, bu farka neden olan asıl faktörün çalışma süresince geçen zaman olduğunda dikkate alınmakla

birlikte bu değişim müdahale gruplarında benzer olduğu değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, sağlık motivasyonu alt boyutu ile ilgili olarak, “H₀₂” hipotezi kabul edilirken; “H₀₁”, “H₁₃”, “H₁₄”, “H₁₅” hipotezleri reddedildi.

Pap smear engelleri alt boyut ön test ve son test puan farkları incelendiğinde; kontrol grubu ile çevrimiçi eğitim grubu arasında anlamlı farklılık olduğu ve yüz yüze eğitim grubunun her iki gruba da benzer olduğu değerlendirildi. Yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubu ön test-son test farkının pozitif değerde olması, algılanan engel düzeyinin düştüğüne yorumlanmaktadır. Ancak müdahalenin algılanan Pap smear engelleri üzerinde etki düzeyinin düşük olduğu belirlendi (Tablo 4.2.2.). Bununla birlikte Pap smear engelleri alt boyutu değerlerinin grup, zaman ve grup-zaman etkileşimleri ayrı ayrı değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 4.2.3). Bireyin sağlığı ile ilgili bir davranışı gerçekleştirmesini ve devamlılığını sağlamasını güçleştiren bireysel olumsuzluklar engel algısı ile açıklanmaktadır (191-194). Sağlığı koruma ve geliştirme davranışını gerçekleştirmede, algılanan engel düzeyi en önemli faktörlerdendir (194). Birey sağlığı koruma davranışının yararına karşı ne kadar hassas ise engel algısı o kadar azalmaktadır (194). Literatürde kanser taramalarına katılımın önündeki engeller; kanser taramaları hakkında yetersiz bilgi, jinekolojik muayeneden çekinme, hizmete erişim güçlükleri, kültürel ve dini inançlar, damgalanma endişesi ve yetersiz sosyal destek şeklinde sıralanmaktadır (23,25,28-30). Bu çalışmaya benzer olarak, Bebiş ve arkadaşlarının serviks kanseri ve taramasına yönelik farkındalık oluşturmak amacıyla yaptığı yüz yüze ve grup sağlık eğitimi sonucu son test ölçümlerinde daha düşük engel algısı olduğu bildirilmektedir (204). Kısa ve arkadaşlarının meme kanseri tarama yöntemlerine yönelik videolu eğitim ve takibin farkındalık düzeyine etkisini incelediği araştırmada, eğitim sonrası katılımcıların engel algısının azaldığı rapor edilmektedir (205). Jeihooni ve arkadaşlarının çocuğunda büyüme bozukluğu olan annelere yaptığı eğitim sonrası engel algısının azaldığı, eğitim müdahalesinin etkili olduğu savunulmaktadır (206). Mısır’da hemşirelik öğrencilerine verilen eğitimin serviks kanseri bilgi ve tutumlarına etkisini incelemeyi amaçlayan çalışmada, eğitimden sonra öğrencilerin engel algısında anlamlı bir azalma olduğu rapor edilmektedir (207). Literatüre benzer olarak, çalışmanın sonunda algılanan Pap smear engel durumunun müdahale ile azaldığı değerlendirilmekle birlikte bu değişim müdahale gruplarında

benzerdir. Bu bağlamda, pap smear engelleri alt boyutu ile ilgili olarak, “H₀₂” hipotezi kabul edilirken; “H₀₁”, “H₁₃” “H₁₄”, “H₁₅” hipotezleri reddedildi.

Duyarlılık ve pap smear yarar ve motivasyon alt boyutunun ön test ve son test puan farkları gruplara göre karşılaştırıldığında; tüm grupların birbirine benzer olduğu saptandı ($p>0.05$). Bununla birlikte, duyarlılık ve pap smear yarar ve motivasyon alt boyutlarının grup, zaman ve grup-zaman etkileşimi incelendiğinde; grup, zaman ve grup-zaman faktörü açısından anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşıldı ($p>0,05$) (Tablo 4.2.3). Duyarlılık algısı, bireyin hastalık karşısında sağlığını tehdit altında hissetmesi ve buna bağlı davranışını şekillendirmesinde önemli bir algıdır. Bireyin sağlığı koruma davranışı, hastalığı ne derecede tehdit olarak gördüğü ile ilişkilidir. Yarar algısı ise, “*bireyin sağlığını koruma ve geliştirme davranışının yararına inanması*” olarak tanımlanmaktadır (191,193,194). Bu çalışmaya benzer olarak, Hong Kong’ta Lee Wong ve arkadaşlarının Güney Asyalı kadınlara serviks kanserine yönelik multimedya destekli eğitim müdahalesinde bulunduğu araştırmanın sonucunda, duyarlılık algısında anlamlı bir fark olmadığı ancak yarar algısının arttığı rapor edilmektedir (208). Vietnamlı Amerikalı kadınlara yönelik yapılan bir eğitimsel müdahale çalışmasında, Fang ve arkadaşları çalışmanın sonunda duyarlılık algısında anlamlı bir değişiklik olmadığını ancak yarar algısının yükseldiğini bildirmektedir (209). Literatürdeki diğer bulguların aksine Tip 2 diyebete yönelik verilen eğitimin öz bakım ve sağlık inancına etkisinin araştırıldığı çalışmada, duyarlılık ve yararlar alt boyutu puanında anlamlı derece yükselme olduğu rapor edilmektedir (210). Brezilya’da yaşlıların sağlık inançları ve düşme riskine yönelik yapılan bir eğitim müdahalesi sonucu, duyarlılık ve yarar algılarının arttığı, eğitimin etkili olduğu savunulmaktadır (213). Moridi ve arkadaşlarının küçük çocuğu olan annelere WhatsApp uygulaması üzerinden kazaları önleme davranışına yönelik altı oturumluk eğitim müdahalesi sonucu, duyarlılıklarının ve yarar algılarının arttığı rapor edilmektedir (212). Bu çalışmanın aksine, Bebiş ve arkadaşlarının serviks kanseri ve taramasına yönelik eğitimsel müdahalede bulunduğu araştırmanın sonucunda, ön teste göre daha düşük duyarlılık ve yarar algısı olduğu bildirilmektedir (204). Çalışmanın uygulama sürecinin Ramazan ayına denk gelmesi, katılımcıların verilen sağlık eğitiminin beklenen hedeflerine ulaşılmasında bir kısıtlılığa neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca literatürde, çalışmayan, gelir durumu az ve eğitim düzeyi

düşük olan kadınların duyarlılık, yarar ve motivasyon algısının düşük olduğu rapor edilmektedir (213-215). Benzer olarak, ailesinde serviks kanseri öyküsü olan kadınların duyarlılığının ve Pap Smear yarar ve motivasyon algısının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (213,214,216). Bu bağlamda, katılımcıların büyük çoğunluğu eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, gelir durumu gider durumuna eşit ve ailesinde serviks kanseri öyküsü bulunmayan bireylerdir. Ayrıca duyarlılık algısı ile ilgili sorular gelecekte serviks kanseri olabilme ihtimali ile ilgilidir. Yapılan sağlık eğitimi ile birlikte katılımcıların serviks kanseri risk faktörlerini, belirti bulgularını öğrendikleri için süreci yönetebilecek ve takibini yapabilecek bilgi ve beceriye sahip olmalarına bağlı olarak gelecekte serviks kanseri olma ihtimallerini düşük olarak değerlendirdikleri varsayılmaktadır. Çalışmanın sonunda, duyarlılık ve pap smear yarar ve motivasyon alt boyutları ile ilgili olarak yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubu birbirine benzerdir. Bu bağlamda, “H₀₁” ve “H₀₂” hipotezleri kabul edilirken; “H₁₃”, “H₁₄”, “H₁₅” hipotezleri reddedildi.

Çalışma gruplarına göre HPV DNA-Pap Smear testi yaptırma oranları incelendiğinde; yüz yüze (%28,6) ve çevrimiçi (%31) eğitim grubundaki oranların birbirine benzer ve kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu değerlendirilmektedir (Tablo 4.2.4). Serviks kanseri taramalarının oldukça geniş kapsamlı uygulanmasına rağmen literatürdeki verilerde küresel olarak serviks kanseri tarama oranının %12 ile %63 arasında değişmekte olduğu ve istenilen düzeyde olmadığı bildirilmektedir (20,177). Temelinde bilgi eksikliği yatan bu sorunun etkili çözüm yolu sağlık eğitimidir. Literatürde farklı sağlık eğitimi yöntemlerinin etkinlikleri değerlendirilmiştir, ancak kullanılan yöntemlerin taramaya katılımı %70'e ulaştırmada etkinliğinin sınırlı olduğu bildirilmektedir (1,36-38). Serviks kanseri ve taraması ile ilgili yetersiz veya yanlış bilgiler, düşük taramaya katılım oranlarının nedenlerinin başında sayılmaktadır. Etkili bir sağlık eğitiminin bireylerin farkındalığını ve bilgi düzeyini artırması, olumlu davranış değişikliğine motivasyon oluşturması ve en nihayetinde istenen davranışı kazandırması beklenir (217). Bu çalışmaya benzer olarak, Pourebrahim-Alamdari ve arkadaşlarının İran'da yüz yüze ve telefon ile motivasyonel görüşmenin serviks kanseri taraması üzerine etkisini incelediği çalışmada, altı aylık bir izlem sonucunda yüz yüze eğitim grubunda serviks tarama oranı %32, telefon görüşmesi eğitim grubunda serviks tarama oranı %22 olarak

rapor edilmiş olup iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa ulaşamadığı bildirilmektedir (218). Kocaöz ve arkadaşlarının serviks kanserine yönelik yüz yüze eğitim müdahalesinde bulunduğu çalışmada altı aylık izlem sonucu Pap smear testi yaptırma oranı %33,6 olarak rapor edilmektedir (219). Hindistan’da yapılan başka bir çalışmada telefon üzerinden “mobil sağlık” uygulaması kullanılarak eğitimsel bir müdahalede bulunulmuş ve iki aylık izlem sonucunda müdahalenin Pap smear testi yaptırma oranında %4’lük bir artışta etkisi olduğu bildirilmektedir (36). Literatürde birçok eğitim müdahalesinin serviks kanseri taraması üzerine etkisinin değerlendirildiği bir meta-analizde müdahale gruplarının kontrol gruplarına kıyasla tarama oranlarının iki buçuk kat yüksek olduğunu ve müdahaleye maruz kalmanın anlamlı bir artışa neden olduğunu bildirmektedir. Yine aynı meta-analizde davet mektubu yöntemi ile telefon görüşmesi yönteminin karşılaştırıldığı çalışmalarda telefon görüşmesi yapılan kadınların tarama oranlarının daha yüksek olduğu rapor edilmektedir. Buna bağlı olarak çalışmada, kadınlar için hassas bir konu olan serviks kanseri eğitimi için mobil iletişim teknolojisinin tercih edilmesi önerilmektedir (220). Bu çalışmanın aksine, Amerika’daki Vietnamlı kadınlara yönelik toplum tabanlı yüz yüze yapılan bir eğitim müdahalesinin 12 aylık takibinin sonucunda, serviks kanseri tarama oranının %60,1 olduğu ve eğitim müdahalesinin etkisinin güçlü olduğu savunulmaktadır (221). Amerika’daki Koreli kadınlar üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, 12 aylık takip sonucu serviks kanseri tarama oranı %72,1 olduğu ve müdahalenin etki düzeyinin yüksek olduğu bildirilmektedir (222). Telegram uygulaması üzerinden anlık mesajlaşma yoluyla dört oturumlu bir eğitim müdahalesinde bulunduğu çalışmada, müdahale grubunun tarama yaptırma oranının %47,9, kontrol grubunun ise %5,8 olduğu ve eğitimin taramaya katılmada etkili olduğu rapor edilmektedir (190). Sarvestani ve arkadaşlarının planlı davranış teorisine dayalı serviks kanseri taramasına yönelik verdiği sağlık eğitimi sonucu, kadınların taramaya katılım oranının %20,7’den %45,7’ye yükseldiği bildirilmektedir (223). Shojaeizadeh ve arkadaşlarının tarama yaptırma davranışını artırmaya yönelik yaptığı iki oturumluk sağlık eğitimi sonucu, daha önce test yaptırmamış 16-54 yaş arasındaki kadınların, dört aylık izlem sonucu tarama yaptırma oranı %81,4 olarak rapor edilmektedir (224). Akyüz ve Kurt’un çalışması, Türkiye’nin üç ilinde üç farklı müdahale yöntemi kullanıp bilgi düzeyi ve taramaya katılımındaki etkisini incelemeyi

amaçlamaktadır. Birinci gruba ev ziyareti yoluyla sağlık eğitimi ve broşür verilmiş, ikinci gruba sadece eğitim broşürü verilmiş, üçüncü gruba da sadece davet mektubu gönderilmiş. Çalışmanın sonucunda, broşür ve eğitim alan grubun tarama yaptırmaya oranının %55,9, sadece broşür alan grubun oranının %31,9, davet mektubu alan grubun oranının ise %25,2 olarak bulunduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu bildirilmektedir (15). Bu çalışmanın sonucunda, yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubu tarama oranlarının birbirine benzer olması bulgusuna bağlı olarak, geleneksel yüz yüze sağlık eğitimi tekniğinin yanı sıra teknolojinin ilerlemesiyle dijital yöntemlerin de sağlık eğitimi uygulamalarında güvenli bir alternatif olarak kullanılabileceği değerlendirilmektedir. Bu durum gelişen teknoloji ile birlikte birey ile zaman ve maliyet kaybı olmaksızın doğrudan iletişim kurmanın güven ve motivasyonu arttırmasına bağlanabilir. Bu çalışmanın sonucunda, her iki grubun tarama oranları dikkate alındığında, ülkemizde yapılan Kocaöz ve arkadaşlarının çalışmasına benzer olmasının yanı sıra istenen tarama oranına ulaşamadı. Bu durumun, çalışmanın uygulama ve takip sürecinin katılımcıların büyük çoğunluğu için dini açıdan önemli ve hassas bir dönem olan Ramazan ayına denk gelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun oruç tutuyor olmasıyla birlikte, bu süreçte vajinal bir işlemin oruç ibadetini bozacağı düşüncesiyle zaman ayırmadığı ve acil bir gereklilik olarak görmediği katılımcılar tarafından sözel olarak da ifade edilmiştir. Müdahale gruplarında taramaya katılmayanların katılmama nedenleri sorgulandığında, yüksek oranda “zaman bulamadım”, “mevcut şikâyetim olmadığı için gerek duymadım” yanıtını vermesi bu durumun bir gerekçesi olarak sunulabilir. Aynı zamanda yüz yüze eğitim grubunda taramaya katılmayanların %64,2’si, çevrimiçi eğitim grubunda ise %59,5’i önümüzdeki altı ay içinde tarama yaptırmaya niyetli olduklarını bildirmişlerdir. Bu bağlamda, bir davranışın ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde, niyetin en önemli faktör olduğu göz önünde bulundurularak taramaya katılma oranının, kadınların eğitim sonrası bilgi ve farkındalık düzeyindeki artış da esas alınarak katılımcılar için önemli ve hassas bir dönem olan Ramazan ayı dışında tekrarlanması halinde daha yüksek oranlar elde edileceği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, HPV DNA-Pap Smear testi yaptırmaya durumu ile ilgili olarak, “H₀2” ve “H₁3” hipotezleri kabul edilirken “H₀1”, “H₁4”, “H₁5” hipotezleri reddedildi.

Araştırmada tarama testi yaptırmayanların gerekçeleri sorgulandığında; yüz yüze ve çevrimiçi eğitim gruplarında en çok “zaman bulamadım”, “mevcut hastalığım olmadığı için gerek duymadım” ve “unuttum” yanıtı elde edildi. Kontrol grubunda ise, “mevcut hastalığım olmadığı için gerek duymadım”, “muayeneden utandım” ve “zaman bulamadım” yanıtına ulaşıldı. Literatürde, kanser taramalarına katılım oranının bireylerin bilgi düzeyi, tutum, inanç, sağlık personelinin tutumu, mahremiyet kaygısı ve ulaşım imkânı gibi faktörlerden etkilendiği rapor edilmektedir (23-25). Bunun yanı sıra özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde bireylerin hastalık ile ilgili herhangi bir rahatsızlığı ve/veya hastalık belirtisi olmadan koruyucu sağlık hizmeti alma konusunda yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (26,27). Literatürde kanser taramalarına katılımına engel olan gerekçeler; kanser taramalarına hakkında yetersiz bilgi, jinekolojik muayeneden çekinme, hizmete erişim güçlükleri, kültürel ve dini inançlar, damgalanma endişesi ve yetersiz sosyal destek şeklinde sıralanmaktadır (23,25,28-30). Bu çalışmanın aksine, Akinlotan ve arkadaşlarının sigortası olmayan düşük sosyoekonomik düzeye sahip kadınlara yönelik yaptığı bir araştırmada kadınların Pap Smear testi yaptırmamasına engel olan gerekçeler sorgulandığında; sırasıyla %53,1 maliyet, %38,7 işlemle ilgili kaygı duymak, %25,6 muayeneden utanmak, %23,6 ağırlı bir işlem olmasından kaynaklı, %19,7 hekimin erkek olması, %14,9 randevu almayı unutmak ve %13 zaman bulamamak şeklinde sıralanmaktadır (225). Bu çalışmaya benzer olarak, Kocaöz ve arkadaşlarının çalışmasında eğitimsel müdahale sonucu tarama yaptırmayan kadınların %31,7’si semptom veya şikayetinin olmadığını; %33,9’u zaman bulamadığını ifade etmektedir (219). Hindistan’da yapılan başka bir çalışmada kadınların tarama yaptırmama nedenleri sorgulandığında; %37,1’i semptomunun olmadığını, %18’i zaman bulamadığını ifade etmektedir. Bu oranları takiben farkında olmama, gerek duymama, maddi sebepler, sağlık merkezinin olmaması, işlem korkusu, muayeneden utanma nedenleri sıralanmaktadır (226). Müdahale gruplarında en çok sunulan gerekçeler olan, “mevcut hastalığım olmadığı için gerek duymadım” ve “zaman bulamadım” yanıtlarının çalışmanın uygulama ve takip sürecinin katılımcıların büyük çoğunluğu için dini açıdan önemli ve hassas bir dönem olan Ramazan ayına denk gelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Müdahale grubundaki katılımcıların bir kısmı da unuttuğunu ifade etmektedir. Bu durumun, tek oturumluk bir eğitim ve yalnız bir kez yapılan hatırlatmadan

kaynaklandığı varsayılmaktadır. Daha uzun süreli takip, tekrarlı oturumlar ve hatırlatma mesajlarının artırılmasıyla unutma faktörünün en aza indirilebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada tarama testi yaptırmayanların önümüzdeki altı ay içindeki yaptırma niyeti sorgulandığında; kontrol grubunda taramaya katılmayanların %52,4'ü, yüz yüze eğitim grubunun %64,2'si ve çevrimiçi eğitim grubunun %59,5'i testi yaptırmaya niyetli olduğunu bildirmektedir. Planlanmış davranış teorisine göre bir davranışın ortaya çıkması mutlak olarak o davranışa yönelik niyetin olmasıyla ilişkilidir. Bir başka teoriye göre ise bir davranışın gerçekleşme ihtimalinin yüksekliği o davranışa yönelik niyetin gücüne bağlıdır (227). Literatür incelendiğinde ve oranlar dikkate alındığında, bu çalışmanın aksine Teksas'ta yapılan bir araştırmada web tabanlı bir uygulama üzerinden görüntülü görüşme yoluyla serviks kanseri, kolorektal kanser ve meme kanserine yönelik sağlık eğitimi verilip ön test-son test şeklinde değerlendirmiştir. Değerlendirme sonucunda, eğitim sonrası kadınların %94'ü bir sağlık kuruluşuna başvurma niyeti olduğunu, %93'ü de bir yıl içinde tarama yaptırmaya niyeti olduğunu bildirmektedir (228). Coronado Interis ve arkadaşlarının iki sağlık davranışı değişikliği teorisine göre eğitim müdahalesinde bulunduğu bir çalışmada, altı ay içindeki tarama yaptırmaya niyeti %82'den %96,2'ye yükseldiği rapor edilmektedir (229). Amerika'da yapılan başka bir çalışmada, her iki grubunda medya eğitim kampanyası dahilinde bilgiye ulaştığı ancak müdahale grubuna ek olarak sağlık çalışanı tarafından eğitim ve danışmanlık yapıldığı bildirilmektedir. Çalışmanın sonucunda müdahale grubunda tarama testi yaptırmaya niyetli olanların oranı %65,6'dan %90,6'ya; kontrol grubunda tarama testi yaptırmaya niyetli olanların oranı %61'den %70,7'ye yükseldiği ve arasında önemli düzeyde fark olduğu rapor edilmektedir (230). Bu çalışmaya benzer olarak planlı davranış teorisine dayalı bir eğitim programı uygulayan çalışma sonucunda Pap Smear testi yaptırmaya yönelik niyetinde istatistiksel olarak anlamlı bir yükseliş olduğu ortaya konulmaktadır (231). Benzer şekilde Avustralya ve Çinli kadınlarda taramayı teşvik etmek amacıyla uygulanan eğitim sonucunda Pap Smear testine katılma niyetinde artış olduğu bildirilmektedir (232). Bu çalışmada, yüz yüze ve çevrimiçi yöntemle yapılan sağlık eğitiminin niyet faktörünü arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmanın sonunda katılımcıların standart bakım ve eğitimden memnuniyet düzeyi sorgulandığında; müdahale gruplarının yapılan sağlık eğitiminden memnuniyet düzeyinin birbirine benzer ve kontrol grubunun standart bakımdan memnuniyet düzeyinden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Yetişkin eğitiminin değerlendirme sürecinde en önemli faktör memnuniyet seviyesidir. Bireyin memnun olmadığı bir eğitim sürecinden verim alması olanaksızdır. Sağlık eğitimi hedeflerinin başarıya ulaşması, alınacak verimin artırılmasında ve geliştirilmesinde bireylerin memnuniyet düzeyi en önemli göstergedir (233). Bu çalışmaya benzer olarak, Kenya’da sağlık personellerine HIV bakımı ile ilgili yüz yüze verilen eğitim sonrasında katılımcıların %90’ından fazlası eğitimden memnun olduğunu bildirmektedir (234). Bu çalışmanın aksine, Ebner ve Gegenfurtner’ın öğrencilerin Webinar, çevrimiçi ve yüz yüze eğitim yöntemlerinden memnuniyetini değerlendirdiği çalışmada, webinar ve çevrimiçi benzer olmakla birlikte yüz yüze eğitim yönteminden memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu rapor edilmektedir (235). Üniversite öğrencilerinin çevrimiçi uzaktan eğitimden memnuniyetinin sorgulandığı bir başka çalışmada, erkek öğrencilerinin kız öğrencilere göre; eğitim fakültesi öğrencilerinin diğer fakültelere göre memnuniyetinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (236). Vietnam’da öğrencilerin pandemi sürecinde yüz yüze ve çevrimiçi eğitim yönteminden memnuniyet düzeyinin değerlendirildiği çalışmada, çevrimiçi eğitim yöntemine göre yüz yüze eğitim yönteminden memnuniyet düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu rapor edilmektedir (237). Bu çalışmada, eğitimden memnuniyet düzeyi ile ilgili olarak yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubu birbirine benzer olmakla birlikte bireysel olarak yapılan iki farklı eğitim yönteminin de memnuniyet düzeyine etkisinin olumlu olduğu düşünülmektedir.

5.2. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Bu çalışmanın;

- İki müdahale bir kontrol grubu ile tasarlanmış tek kör randomize kontrollü bir çalışma olması
- Örneklem sayısının yeterli ve çalışmanın güçlü olması,
- Kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının Cronbach α değerlerinin yüksek olması,

- Randomizasyonun iyi yapılması ve karıştırıcı faktörlerin her grupta benzer olması,
- Sağlık eğitiminin, katılımcılarla bire bir yapılması
- Araştırmada ileri analiz yöntemlerinin kullanılması ve verilerin uzman bir istatistikçi tarafından hesaplanması,
- Literatürde benzer bir çalışmaya rastlanmamış olması gibi faktörler çalışmanın güçlü yönleri olarak değerlendirilmektedir.

5.3. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmanın uygulama ve takip sürecinin;

- Ramazan ayı ve bayrama denk gelmesi,
- Sağlık eğitiminin tek oturum halinde verilmesi ve bir kez hatırlatma görüşmesinin yapılması,
- Çalışmanın tek merkezde yapılması,
- İzlemin iki ay ile süresince yapılması bu çalışmanın kısıtlılıkları olarak değerlendirilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

İki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin kadınların HPV bilgisine, serviks kanseri sağlık inancına ve tarama testi yaptırmasına etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar bu bölümde yer almaktadır.

➤ Katılımcıların eğitim durumu, eşin eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir durumu ve yaş gibi sosyodemografik özellikleri ve menarş yaşı, ilk evlenme yaşı, toplam gebelik sayısı, toplam canlı doğum sayısı, toplam yaşayan çocuk sayısı, toplam kendiliğinden düşük sayısı, toplam küretaj sayısı, ilk gebelik yaşı özellikleri açısından üç grup benzer dağılım özelliği göstermektedir ($p>0.05$).

➤ Çalışmanın başlangıcında, gruplar arasında HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut ön test puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

➤ Çalışmanın sonunda, yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubundaki katılımcıların HPV Bilgi Ölçeği toplam ve alt boyut son test puanlarının birbirine benzer olduğu ve son test puanlarında anlamlı bir artış olduğu ($p<0.05$), kontrol grubunun ise diğer gruplardan farklı olduğu ve puanında bir değişiklik olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

➤ Serviks kanseri ve tarama testi bilgisine ilişkin VAS özdeğerlendirmesi sonucu, yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubunun birbirine benzer olduğu ve son test puanlarında anlamlı bir artış olduğu, kontrol grubunun ise diğer gruplardan farklı olduğu belirlendi.

➤ Serviks kanseri ve tarama testi bilgisine ilişkin VAS özdeğerlendirmesinin grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, grup faktörü ve zaman faktörünün etkisinin anlamlı olduğu ve bu faktörlerin etki düzeyinin yüksek olduğu ($p<0.05$), grup-zaman faktörünün anlamlı bir farklılığa etki etmediği belirlendi ($p>0.05$).

➤ Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği “duyarlılık” alt boyutu ön test-son test puan farkı değerlendirilmesi sonucu, tüm grupların birbirine benzer olduğu belirlendi ($p>0.05$).

➤ Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği “duyarlılık” alt boyutunun grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, grup, zaman ve grup*zaman faktörünün anlamlı bir etkisinin olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$).

➤ Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği “ciddiyet” alt boyutu ön test-son test puan farkı değerlendirmesi sonucu, yüz yüze eğitim grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı fark olduğu, çevrimiçi eğitim grubunun her iki gruba benzer olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kontrol grubu ciddiyet alt boyutu puanı değişmezken, yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubunun puanının azaldığı gözlemlendi.

➤ Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği “ciddiyet” alt boyutunun grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, grup faktörü ve zaman faktörünün etkisinin anlamlı olduğu ancak etki düzeylerinin düşük olduğu ($p<0,05$), grup-zaman faktörünün ise anlamlı bir farklılığa etki etmediği belirlendi ($p>0,05$).

➤ Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği “Pap Smear yarar ve motivasyon” alt boyutu ön test-son test puan farkı değerlendirmesi sonucu, tüm grupların birbirine benzer olduğu belirlendi ($p>0,05$).

➤ Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği “Pap Smear yarar ve motivasyon” alt boyutunun grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, grup, zaman ve grup-zaman faktörünün anlamlı bir etkisinin olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$).

➤ Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği “sağlık motivasyonu” alt boyutu ön test-son test puan farkı değerlendirmesi sonucu, yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubunun birbirine benzer olduğu, kontrol grubunun diğer gruplardan farklı olduğu izlendi. Yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubunun sağlık motivasyonu alt boyutu puanında bir artış olduğu belirlendi.

➤ Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği “sağlık motivasyonu” alt boyutunun grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, zaman faktörünün etkisinin anlamlı olduğu ancak etki düzeylerinin düşük olduğu, grup faktörü ve grup-zaman faktörünün anlamlı bir farklılığa etki etmediği belirlendi ($p>0,05$).

➤ Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği “Pap Smear engelleri” alt boyutu ön test-son test puan farkı değerlendirmesi sonucu, çevrimiçi eğitim grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık olduğu, yüz yüze eğitim grubunun her iki gruba da benzer olduğu belirlendi ($p<0,05$). Yüz yüze ve çevrimiçi eğitim grubunun Pap Smear engelleri alt boyutu puanında bir azalma olduğu sonucuna ulaşıldı.

➤ Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği “Pap Smear engelleri” alt boyutunun grup-zaman etkileşimi incelemesi sonucu, grup, zaman ve grup*zaman faktörünün anlamlı bir etkisinin olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$).

➤ Çalışmanın sonunda HPV DNA-Pap Smear testi yaptırmama durumu değerlendirildiğinde, çevrimiçi eğitim grubunun %31,0’ı, yüz yüze eğitim grubunun %28,6’sı ve kontrol grubunun %7,1’i test yaptırdığı saptandı. Müdahale grupları birbirine benzer olup kontrol grubundan farklıdır.

➤ Tarama testi yaptırmayanların yaptırmama gerekçeleri incelendiğinde; kontrol grubunda taramaya katılmayanların %73,8’i ($n=31$) “hastalığım olmadığı için gerek duymadım”, %35,7’si ($n=15$) “muayeneden utandım”, %26,2’si ($n=11$) “zaman bulamadım” ve %19’u ($n=8$) “unuttum” yanıtını verdi.

➤ Tarama testi yaptırmayanların yaptırmama gerekçeleri incelendiğinde; yüz yüze eğitim grubunda taramaya katılmayanların %57,1’i ($n=24$) “zaman bulamadım”, %33,3’ü ($n=14$) “gerek duymadım”, %26,2’si ($n=11$) “unuttum” ve %4,8’i ($n=2$) “randevu aldım” yanıtını verdikleri saptandı.

➤ Tarama testi yaptırmayanların yaptırmama gerekçeleri incelendiğinde; çevrimiçi eğitim grubunda taramaya katılmayanların %54,8’i ($n=23$) “zaman bulamadım”, %23,8’i ($n=10$) “unuttum”, %21,4’ü ($n=9$) “gerek duymadım” ve %4,8’i ($n=2$) “muayeneden utandım” yanıtları verdi.

➤ Taramaya katılmayan katılımcıların önümüzdeki altı ay içerisinde test yaptırmama niyeti sorgulandığında, kontrol grubunun %52,4’ü, yüz yüze eğitim grubunun %64,2’si, çevrimiçi eğitim grubunun %59,5’i yaptırmama niyeti olduğu yanıtını verdi.

➤ Çalışmanın sonunda, standart bakım hizmeti / eğitimden memnuniyet puanı incelendiğinde, yüz yüze eğitim grubu ile çevrimiçi eğitim gruplarının memnuniyet düzeylerinin yüksek ve benzer olduğu ancak, kontrol grubunda yer alan

katılımcıların memnuniyet düzeyinin düşük ve deney gruplarından farklı olduğu saptandı.



6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; araştırmacılara, hemşirelere ve kurumlara yönelik öneriler bu bölümde yer almaktadır.

6.2.1. Araştırmacılara Öneriler

Serviks kanseri tarama oranını arttırmak amacıyla yüz yüze veya çevrimiçi eğitim yöntemiyle yapılacak olan sağlık eğitimlerinin;

- Uygulama ve takip zamanının mevcut katılımcıların kültürel ve dini inançları doğrultusunda düzenlenmesi,
- Sağlık eğitimi oturumlarının iki veya daha fazla olacak şekilde sayısının artırılması,
- Daha sık hatırlatma görüşmelerinin yapılması,
- Takip sürecinin altı ay veya daha fazla olması araştırmacılara önerilmektedir.

6.2.2. Hemşirelere Öneriler

Özellikle birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan hemşirelerin serviks kanserine yönelik bilgi ve farkındalığını artırmak, taramaya katılım oranlarını iyileştirmek amacıyla mevcut durum ve şartlara göre bireyleri yüz yüze veya çevrimiçi sağlık eğitimi yöntemleri ile desteklemesi önerilmektedir.

6.2.3. Kurumlara Yönelik Öneriler

Serviks kanseri hedef tarama oranına ulaşmak amacıyla toplum tabanlı sağlık eğitimleri ile bireylerin bilgi, farkındalık düzeyi artırılmalı ve daha sık hatırlatmalar ile taramaya katılımı desteklenmelidir. Bu sağlık eğitimini uygularken yüz yüze ev ziyareti yoluyla yapılan eğitimlere alternatif olarak maliyet ve zaman kaybı açısından avantajlı olan dijital teknoloji eğitim yöntemlerinin de güvenle kullanılabileceği unutulmamalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Naz, M., Kariman, N., Ebadi, A., Ozgoli, G., Ghasemi, V., & Fakari, F.R. (2017). Educational interventions for cervical cancer screening behavior of women: a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, (19)4, 875-884.
2. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Cancer Journal for Clinicians*, 71(3),209-249.
3. World Health Organization. (2022a). Cancer Key Facts. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer> Erişim tarihi: 19.10.2022.
4. Global Cancer Observatory (GLOBOCAN). (2021). Global Cancer Statistic: Turkey. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf> Erişim tarihi: 19.10.2022.
5. World Cancer Research Fund International. (2020). Worldwide cancer data cervical cancer statistics. Erişim adresi: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/cervical-cancer-statistics/> Erişim Tarihi:18.10.2022.
6. Mutambara, J., Mutandwa, P., Mahapa, M., Chirasha, V., Nkiwane, S., Shangahaidonhi, T. (2017) Knowledge, attitudes and practices of cervical cancer screening among women who attend traditional churches in Zimbabwe. *Journal Of Cancer Research and Practice*, 4,53-58.
7. Sağlık Bakanlığı. (2020). Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Erişim adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/43399/0/siy2020-tur-26052022pdf.pdf> Erişim tarihi:19.10.2022.
8. Staley H., Shiraz A., Shreeve N., Bryant A., Martin-Hirsch, PPL., & Gajjar K. (2021). Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 9(9), CD002834.
9. Aslan, G., Bakan, A.B. (2021). Identification of the knowledge level of students receiving health education about the human papilloma virus, screening tests, and human papilloma virus vaccination. *Journal of Community Health*, 46(2),428-433.
10. Stanley MA., Pett MR., Coleman N. (2007). HPV: from infection to cancer. *Biochemical Society Transactions*, 35 (6), 1456-1460.
11. American Cancer Society (ACS). (2020a). Risk factor for cervical cancer. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html> Erişim tarihi: 03.01.2020.
12. Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. (2021). Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(51), 28-44.
13. World Health Organization. (2022b). Cervical Cancer Overview. Erişim tarihi: 27.02.2022. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
14. Sarikapan, W., Kengsakul, M., Kehoe, S. (2021). Worldwide initiatives to eliminate cervical cancer. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(1), 102-106.
15. Kurt, G., Akyüz, A. (2019). Evaluating the effectiveness of interventions on increasing participation in cervical cancer screening. *The Journal of Nursing Research*, 27(5), 1-11.
16. Mishra, A.G., Sharmila, A.P., Surendra S.S. (2011). An overview of prevention and early detection of cervical cancers. *Indian Journal of Medical and Paediatric Oncology*, 32(3), 125-132.
17. American Cancer Society (ACS). (2020b). Can cervical cancer be prevented? Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/prevention.html>. Erişim tarihi: 21.10.2022.
18. Zhu J., Norman I., Elfgren K., Gaberi V., Hagmar B., Hjerpe A., Andersson S. (2007). A comparison of liquid-based cytology and pap smear as a screening method for cervical cancer. *Oncology Reports*, 18(1):157-160.
19. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. (2022). Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim adresi: <https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> Erişim tarihi: 27.10.2022.
20. Gakidou, E, Nordhagen, S., Obermeyer, Z. (2008). Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. *PLoS Med*, 5(6), e132.

21. World Health Organization. (2022c). Cervical cancer elimination initiative. Erişim adresi: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative> Erişim tarihi: 17.11.2022.
22. Bayçelebi, G., Aydın, F., Gökosmanoğlu, F, Tat, S.T. & Varım C. (2015). Trabzon'da kanser tarama testleri farkındalığı. *Journal of Human Rhythm*, 1(3),3-90.
23. Ampofo, AG., Adumatta, AD., Owusu, E., Awuviry-Newton, K. (2020). A cross-sectional study of barriers to cervical cancer screening uptake in Ghana: An application of the health belief model. *PLoS ONE* 15(4),e0231459.
24. Karakoyunlu Şen, S., Kılıç Öztürk, Y. (2020). Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 175-183.
25. Thapa, N., Maharjan, M., Petrini, M. A., Shah R., Shah S., Maharjan, N., Shrestha, N., Cai H. (2018). Knowledge, attitude, practice and barriers of cervical cancer screening among women living in mid-western rural, Nepal. *Journal of Gynecologic Oncology*. 29(4),57.
26. Altun, Y. (2020). Cancer screening status of women and determination of effective factors. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, (14) 2, 210–215.
27. Uluocak T, Bekar M. (2012). Kadın sağlık çalışanlarının servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2, 50-57.
28. Waller, J., Bartoszek, M., Marlow, L., Wardle, J. (2009). Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. *Sage Journals*. 16(4),199-204.
29. Ferdous, M., Lee, S., Goopy, S. et al. (2018). Barriers to cervical cancer screening faced by immigrant women in Canada: a systematic scoping review. *BMC Women's Health*. 18,165.
30. Öztürk Y., Gürsoy E. (2020). Kadınların pap smear tarama testini yaptırılmalarının önündeki engeller. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 29(1), 61-68.
31. Pierz, A. J., Randall, T. C., Castle, P. E., Adedimeji, A., Ingabire, C., Kubwimana, G., Uwinkindi, F., Hagenimana, M., Businge, L., Musabyimana, F., Munyaneza, A., Murenzi, G. (2020). A scoping review: Facilitators and barriers of cervical cancer screening and early diagnosis of breast cancer in Sub-Saharan African health settings. *Gynecologic Oncology Reports*. Elsevier B.V., 21(1), 109-113.
32. Özerdoğan, N., Gürsoy, E. (2017). Serviks kanserinde korunma ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing- Special Topics*, 3(1), 40-49.
33. Baron, R.C., Rimer, B.K., Breslow, R.A., Coates, R.J., Kerner, J., Melillo, S., Habarta N., Kalra, G.P., Chattopadhyay, S., Wilson, K.M., Lee, N.C., Mullen, P.D., et al., (2008). Client-directed interventions to increase community demand for breast, cervical, and colorectal cancer screening-a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 35, 34–55.
34. Duffy, S.W., Myles, J.P., Maroni, R., Mohammad, A., (2017). Rapid review of evaluation of interventions to improve participation in cancer screening services. *Journal of Medical Screening*, 24, 127–145.
35. Dag, H., Donmez, S., Sezer, H., Sendag, F., Sevil, Mran, Saruhan A. (2015). The effects of two different teaching techniques on the knowledge level of nursing students about HPV. *Gaziantep Medical Journal*, 21(2), 90.
36. Hombaiah, C., Madhu, B., Gopi, A., Narayana, Murthy M. R. (2022). Effects of mobile Health (mHealth) application on cervical cancer prevention knowledge and screening among women social support groups with low-socioeconomic status in Mysuru city, Southern India, 17(9).
37. Linde, D. S., Andersen, M. S., Mwaiselage, J., Manongi, R., Kjaer, S. K., Rasch V. (2020). Effectiveness of one-way text messaging on attendance to follow-up cervical cancer screening among human papillomavirus-positive tanzanian women (connected care): parallel-group randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e15863.
38. Schliemann, D., Tan, M. M., Hoe, W. M. K., Mohan, D., Taib, N. A., Donnelly M., Su, T. T. (2022). mHealth Interventions to Improve Cancer Screening and Early Detection: Scoping Review of Reviews. *Journal of Medical Internet Research*, 24(8), e36316.
39. Kulakçı Altıntaş, H., Korkmaz Aslan, G. (2020). Kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik sağlık inançlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,7(3), 249-261.
40. Birkmeyer, S., W. Wirtz, B., F. Langer, P. (2021). Determinants of mHealth success: An empirical investigation of the user perspective. *International Journal of Information Management*, 59(3-4):102351.
41. Prochaska, J. J., Coughlin, S. S., Lyons, E. J. (2017). Social media and mobile technology for cancer prevention and treatment. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 37, 128–137.

42. Pazar, B., Taştan, S., İyigün, E. (2015). Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11,1-4.
43. Rowland, S. P., Fitzgerald, J. E., Holme, T., Powell, J., & McGregor, A. (2020). What is the clinical value of mHealth for patients ?. *NPJ Digital Medicine*, 3, 4.
44. Wang, R, Pan, W, Jin, L, Huang, W, Li, Y, Wu D, et al. (2020). Human papillomavirus vaccine against cervical cancer: Opportunity and challenge. *Cancer letters*.471,88-102.
45. Jordan, J.A. (1976). The diagnosis and management of premalignant conditions of the cervix. *Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, 3(2), 295-315.
46. Younge, P.A. (1957). Cancer of the uterine cervix: a preventable disease. *Obstetrics & Gynecology*, 10(5), 469-481.
47. Nazeer, S., Shafi, M.I., Todd, R. (2004). Colposcopy and cervical pre-malignancy. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 14(2), 104-114.
48. Liu, Y., Shi, L., Chen, K. and Ye, W. (2022). Identification and validation of serum tumor-markers based nomogram to predict the prognostic value of patients with cervical adenocarcinoma. *Current Problems in Cancer*, (46) 6, 100899.
49. Cohen, P.A., Jhingran, A., Oaknin, A. and Denny, L. (2019). Cervical cancer. *Lancet*, 393(10167),169-182.
50. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. (2022). Rahim ağzı(serviks) kanseri. Erişim adresi: <https://www.trsgo.org/files/toplum-icin/rahim-agzi-serviks-kanseri.pdf> Erişim tarihi: 11.12.2022.
51. Small, W., Jr, Bacon, M.A., Bajaj, A., Chuang, L.T., Fisher, B.J., Harkenrider, M.M., Jhingran, A., Kitchener, H.C., Mileskin, L.R., Viswanathan, A.N. and Gaffney, D.K. (2017). Cervical cancer: A global health crisis. *Cancer*, 123, 2404-2412.
52. Höhn, A. K., Brambs, C. E., Hiller, G. G. R., May, D., Schmoeckel, E., Horn, L.C. (2021). 2020 WHO classification of female genital tumors. *Geburtsh Frauenheilk Science*, 81, 1145-1153.
53. Parra-Herran, C. (2021). WHO classification. Erişim adresi: <https://www.pathologyoutlines.com/topic/cervixWHO.html> Erişim tarihi: 12.12.2022.
54. Mavi Aydoğdu, S.G., Özsoy, Ü. (2018). Serviks kanseri ve HPV. *Androloji Bülteni*, 20, 25-29.
55. American Cancer Society (ACS). (2023). Key statistics for cervical cancer. Erişim Adresi: <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/about/key-statistics.html> Erişim Tarihi: 24.05.2023
56. Aref-Adib, M., Freeman-Wang, T. (2016). Cervical cancer prevention and screening: the role of human papillomavirus testing. *Obstetric Gynaecology*, 18,251–63.
57. Vu, M., Yu, J., Awolude, O.A., Chuang, L. (2018). Cervical cancer worldwide. *Current Problems in Cancer*, 42(5), 457-465.
58. Human Papilloma virus and Related Diseases Report in Americas 2017, ICO (Institut Catalàd'Oncologia) Information Centre on HPV and Cancer. Erişim Adresi: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XXM.pdf> Erişim Tarihi: 15.04.2022.
59. Human Papillomavirus and Related Diseases Report in Africa 2017, ICO (Institut Catalàd'Oncologia) Information Centre on HPV and Cancer. Erişim Adresi: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XFX.pdf> Erişim Tarihi: 15.04.2023.
60. Human Papillomavirus and Related Diseases Report in Asia 2017, ICO (Institut Catalàd'Oncologia) Information Centre on HPV and Cancer. Erişim Adresi: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XSX.pdf> Erişim Tarihi: 15.04.2023.
61. Human Papillomavirus and Related Diseases Report in Europe 2017, ICO (Institut Catalàd'Oncologia) Information Centre on HPV and Cancer. Erişim Adresi: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XEX.pdf> Erişim Tarihi: 15.04.2023.
62. Human Papillomavirus and Related Diseases Report in Oceania 2017, ICO (Institut Catalàd'Oncologia) Information Centre on HPV and Cancer. Erişim Adresi: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XOX.pdf> Erişim Tarihi: 15.04.2023.
63. Stelzle, D., Tanaka, LF., Lee, KK., Ibrahim Khalil, A., Baussano, I., Shah, ASV. (2021). Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Heal*, 9(2), e161–9.
64. Pimple, S., Mishra, G. (2022). Cancer cervix: Epidemiology and disease burden. *CytoJournal*, 19, 21.
65. Garbuglia, A. R., Lapa, D., Sias, C., Capobianchi, M. R. and Del Porto, P. (2020). The use of both therapeutic and prophylactic vaccines in the therapy of papillomavirus disease. *Frontiers in Immunology*, 11, 188.

66. Caitlyn, M., Rerucha, M.D., Rebecca, J., Caro, D.O., Vernon, L., Wheeler, M.D. (2018). Cervical cancer screening. *American Family Physician*, 97(7), 441-448.
67. Kessler, T.A. (2017). Cervical cancer: prevention and early detection. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(2), 172-183.
68. Muntyanu, A., Nechaev, V., Pastukhova, E., Logan, J., Rahme, E., Netchiporuk, E., Zubarev, A., Litinov, I.V. (2022). Risk factors and communities disproportionately affected by cervical cancer in the Russian Federation: A national population-based study. *The Lancet Regional Health*, 20, 100454.
69. Okunade, K.S. (2020). Human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(5), 602-608.
70. Bhat, D. (2022). The 'why and how' of cervical cancers and genital HPV infection. *CytoJournal*, 19, 22.
71. Della Fera, A.N., Warburton, A., Coursey, T.L., Khurana, S., McBride, A.A. Persistent. (2021). Persistent Human Papillomavirus infection. *Viruses*, 13, 321.
72. Hu, Z., Ding, M. (2018). The precision prevention and therapy of HPV-related cervical cancer: new concepts and clinical implications. *Cancer Medicine*, 7(10), 5217–5236.
73. Haedicke, J., Iftner, T. (2013). Human Papillomaviruses and cancer. *Radiotherapy and Oncology*, 108(3), 397-402.
74. Alarcón-Romero L del C, Organista-Nava, J., Gómez-Gómez, Y., et al. (2022). Prevalence and distribution of Human Papillomavirus genotypes (1997–2019) and their association with cervical cancer and precursor lesions in women from Southern Mexico. *Cancer Control*, 29.
75. Meites, E., Gee, J., Unger, E., Markowitz, L. (2020). Human Papilloma Virus. Centers for disease control and prevention (CDC). Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hpv.html> Erişim tarihi: 17.01.2023.
76. Çevik, E., Coşkun, A.M. (2021). HPV enfeksiyonuna güncel yaklaşım ve ebenin rolü. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(3), 215-229.
77. Aguayo, F., Munoz, J.P., Dominguez, F.P., Beltran, D.C., Oliva, C., Calaf, G.M., Blanco, R., Acurio, D.N. (2020). High-Risk Human Papillomavirus and tobacco smoke interactions in epithelial carcinogenesis. *Cancers*, 12(8), 2201.
78. Hemmat, N., Baghi, H.B. (2019). Association of human papillomavirus infection and inflammation in cervical cancer. *Pathogens and Disease*, 77(5), ftz048.
79. De Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Lloveras B, et al. (2010). Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross sectional worldwide study. *Lancet Oncology*, 11,1048-1056.
80. Scott-Wittenborn, N., Fakhry, C. (2021). Epidemiology of HPV related malignancies. *Seminars in Radiation Oncology*, 31(4), 286-296.
81. Hareza, D.A., Wilczynski, J.R., Paradowska, E. (2022). Human Papillomaviruses as infectious agents in gynecological cancers. *Oncogenic Properties of Viral Proteins. Int. J. Mol. Sci*, 23, 1818.
82. Asiaf, A., Ahmad, S. T., Mohammad, S. O., Zargar, M. A. (2014). Review of the current knowledge on the epidemiology, pathogenesis, and prevention of human papillomavirus infection. *European Journal of Cancer Prevention*, 23(3.), 206–224.
83. Chan, C.K., Aimagambetova, G., Ukybassova, T., Kongrtay, K., Azizan, A. (2019). Human papillomavirus infection and cervical cancer: epidemiology, screening, and vaccination-review of current perspectives. *Journal of Oncology*, 3257939,11.
84. Ferreira, A.R.; Ramalho, A.C.; Marques, M.; Ribeiro, D. (2020). The Interplay between Antiviral Signalling and Carcinogenesis in Human Papillomavirus Infections. *Cancers*, 12, 646.
85. Ryndock, E.J., Meyers, C. (2014). A risk for non-sexual transmission of Human Papilloma Virus ?. *Expert Reviews*, 12(10), 1165–1170.
86. Wierzbicka, M., San Giorgi, MRM, Dikkers, FG. (2023). Transmission and clearance of human papilloma virus infection in the oral cavity and its role in oropharyngeal carcinoma – A review. *Rev Med Virol*. 33(1): e2337.
87. Cilli, M. (2022). HPV ve erkek cinsel sağlığı. *Androloji Bülteni*, 24, 298-312.
- Freitas, A. C., Mariz, F. C., Silva, M. A., & Jesus, A. L. (2013). Human papillomavirus vertical transmission: review of current data. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 56(10), 1451–1456.
88. Kashyap, N., Krishnan, N., Kaur, S., Ghai, S. (2019). Risk factors of cervical cancer: a case-control study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(3), 308-314.

- 89.** Zhang, S., Xu, H., Zhang, L., Qiao, Y. (2020). Cervical cancer: Epidemiology, risk factors and screening. *Chinese Journal of Cancer Research*, 32(6), 720-728.
- 90.** Patil, V., Wahab, S. N., Zodpey, S., Vasudeo N. D. (2006). Development and Validation of Risk Scoring System for Prediction of Cancer Cervix. *Indian Journal of Public Health*, 1, 38-41.
- 91.** National Cancer Institute (NCI). (2023). Erişim adresi: https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-prevention-pdq#cit/section_1.3 Erişim tarihi: 26.02.2023.
- 92.** Sadia, H., Shahwani, IM, Bana, KFM. (2022). Risk factors of cervical cancer and role of primary healthcare providers regarding PAP smears counseling: Case control study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 38(4), 998-1003.
- 93.** Kanbur, A., Çapık, C. (2011). Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 61-72.
- 94.** Ayerdi Aguirrebengoa, O., Vera Garcia, M., Rueda Sanchez, M., D'Elia, G., Chavero Me'ndez, B., Alvargonzalez Arrancudiaga, M., et al. (2020) Risk factors associated with sexually transmitted infections and HIV among adolescents in a reference clinic in Madrid. *PLoS ONE* 15(3), e0228998.
- 95.** Visalli, G., Cosenza, B., Mazzu, F., Bertuccio, M.P., Sapataro, P., Pellicano, G.F., Di Pietro, A., Picerno, I., Facciola, A. (2019). Knowledge of sexually transmitted infections and risky behaviours: a survey among high school and university students. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 60(2), 84-92.
- 96.** Sharma, P. and Pattanshetty, S.M. (2018). A study on risk factors of cervical cancer among patients attending a tertiary care hospital: A case-control study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 6(2), 83-87.
- 97.** Avcı, G.A., Bozdayı G. (2013). İnsan Papilloma Virüsü. *Kafkas Journal Medical Science*, 3(3),136-144.
- 98.** Tota JE, Chevarie-Davis M, Richardson LA, DeVries M, Franco EL. (2011). Epidemiology and burden of HPV infection and related diseases: Implications for prevention strategies. *Prev Med (Baltim)*, 53, 12– 21.
- 99.** Delam, H., Izanloo, S., Bazrafshan, M.R., Eidi, A. (2020). Risk Factors for Cervical Cancer: An Epidemiological Review. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, 8(3), 105-109.
- 100.** Malik, S., Sah, R., Muhammad, K., & Waheed, Y. (2023). Tracking HPV Infection, Associated Cancer Development, and Recent Treatment Efforts-A Comprehensive Review. *Vaccines*, 11(1), 102.
- 101.** Bakır, A., Alaçam, S., Güney, M., Yavuz, MT. (2022). Herpes simpleks virüs tip 2 seroprevalansının tüm yaş gruplarında araştırılması. *Ann. Med. Res.*, 29, 346.
- 102.** Francis, AY., Oksana, D., Timmy, D.E., Richard, AH., Muhammed, SM. (2018). Co-infection prevalence of herpes simplex virus types 1 and 2 with human papillomavirus and associated risk factors among asymptomatic women in Ghana. *Int. J. Infect. Dis. Ther.*, 3, 45–51.
- 103.** Nahmias, A.J., Norrild, B. (1980). *Oncogenic Herpesviruses: Oncogenic Potential of Herpes Simplex Viruses and their Association with Cervical Neoplasia*. Rapp, F. Vol. 1. (s. 22). Boca Raton: CRC Press. Erişim adresi: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9780429287930-3/oncogenic-potential-herpes-simplex-viruses-association-cervical-neoplasia-andre-nahmias-bodil-norrild> Erişim tarihi: 23.04.2023.
- 104.** Yang, X., Siddique, A., Khan, A.a., Wang, Q., Malik, A., Jan, A.T., Rudayni, H.A., Chaudhry, A.A., Khan, S. (2021). Chlamydia Trachomatis Infection: Their potential implication in the Etiology of Cervical Cancer. *Journal of Cancer*, 12(16), 4891–4900.
- 105.** Pillai, A.B., Wong, C.M., Abidin, N.D.I.Z., Nor, S.F.S., Hanan, M.F.M., Ghani, S.R.A., Aminuddin, N.A., Safian, N. (2022). Chlamydia Infection as a Risk Factor for Cervical Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 51(3), 508-517.
- 106.** Naldini, G., Grisci, C., Chiavarini, M. et al. (2019). Association between human papillomavirus and chlamydia trachomatis infection risk in women: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 64, 943–955.
- 107.** Kerim, S., Souho, T., Bennani, B.B. (2018). Cervical Cancer Induction Enhancement Potential of Chlamydia Trachomatis: A Systematic Review. *Current Microbiology*, 75, 1667–1674.
- 108.** Asthana, S., Busa, V., Labani, S. (2020). Oral contraceptives use and risk of cervical cancer—A systematic review & meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 163-175.

- 109.** Venkatas, J., Singh, M. (2020). Cervical cancer: a meta-analysis, therapy and future of nanomedicine. *Ecancermedalscience*, 14, 1111.
- 110.** Tekalegn, Y., Sahiledengle, B., Woldeyohannes, D., Atlaw, D., Degno, S., Desta, F., Bekele, K., Aseffa, T., Gezahegn, H., & Kene, C. (2022). High parity is associated with increased risk of cervical cancer: Systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Women's health (London, England)*, 18, 17455065221075904.
- 111.** Corthay, A. (2014). Does the immune system naturally protect against cancer?. *Frontiers in Immunology*, 5, 1-8.
- 112.** Dugué, P.A., Rebolj, M., Garred, P., Lynge, E. (2013). Immunosuppression and risk of cervix cancer. *Expert Review of Anticancer Therapy*, 13(1), 29-42.
- 113.** Jensen, S. E., Lehman, B., Antoni, M. H., & Pereira, D. B. (2007). Virally mediated cervical cancer in the iatrogenically immunocompromised: applications for psychoneuroimmunology. *Brain, behavior, and immunity*, 21(6), 758–766.
- 114.** Rahatgaonkar, V. G., Deshpande, A. A., & Oka, G. A. (2021). Screening for cervical cancer in HIV-infected women: A review of literature. *Indian journal of cancer*, 58(3), 317–325.
- 115.** Bao, H., Zhang, L., Wang, L., Zhang, M., Zhao, Z., Fang, L., Cong, S., Zhou, M., Wang, L. (2018). Significant variations in the cervical cancer screening rate in China by individual-level and geographical measures of socioeconomic status: a multilevel model analysis of a nationally representative survey dataset. *Cancer Medicine*, 7(5), 2089-2100.
- 116.** Finocchiaro-Kessler, S., Wexler, C., Maloba, M., Mabachi, N., Ndikum-Moffor, F., & Bukusi, E. (2016). Cervical cancer prevention and treatment research in Africa: a systematic review from a public health perspective. *BMC women's health*, 16, 29.
- 117.** Arbyn, M., Weiderpass, E, Bruni, L, et al. (2018). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *The Lancet Global Health*, 8,e191–e203.
- 118.** Aggarwal P. (2014). Cervical cancer: Can it be prevented?. *World journal of clinical oncology*, 5(4), 775–780.
- 119.** Pan American Health Organization (PAHO). (2023). Integrating HPV testing in cervical cancer screening programs. Erişim adresi: paho.org/en/human-papillomavirus-hpv-vaccine Erişim tarihi: 28.03.2023.
- 120.** Castellsagué, X., Paavonen, J., Jaisamrarn, U. et al. (2014). Risk of first cervical HPV infection and pre-cancerous lesions after onset of sexual activity: analysis of women in the control arm of the randomized, controlled Patricia trial. *BMC Infectious Diseases*, 14, 551.
- 121.** Collins, S., Mazloomzadeh, S., Winter, H., Blomfield, P., Bailey, A., Young, L. S., & Woodman, C. B. (2002). High incidence of cervical human papillomavirus infection in women during their first sexual relationship. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 109(1), 96–98.
- 122.** Morris, BJ., Hankins, CA., Banerjee J., Lumbers, ER., Mindel, A., Klausner, JD., Krieger, JN. (2019) Does male circumcision reduce women’s risk of sexually transmitted infections, cervical cancer, and associated conditions? *Front. Public Health*, 7(4), 1-21.
- 123.** Natasha, L., Thomas, S.L., Santos Silva, I., Weiss, H.A. (2011). Male Circumcision and Human Papillomavirus Infection in Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Infectious Diseases*, 204(9), 1375–1390.
- 124.** Smith, J.S., Backes, D.M., Hudgens, M.G., Mei, W., Chakraborty, H., Rohner, E., Moses, S., Agot, K., Meijer, C.J.L.M., Bailey, R.C. (2021). Male circumcision reduces penile HPV incidence and persistence: a randomized controlled trial in Kenya. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 30(6), 1139-1148.
- 125.** Svare, EI., Kjaer, SK., Worm, AM., Osterlind, A., Meijer, CJ., Brule, AJ. (2002). Risk factors for genital HPV DNA in men resemble those found in women: a study of male attendees at a Danish STD clinic. *Sex Transmitted Infection*, 78,215–8.
- 126.** Roura, E., Iftner, T., Vidart, JA., Kjaer, SK., Bosch, FX., Munoz, N. (2012). Predictors of human papillomavirus infection in women undergoing routine cervical cancer screening in Spain: the CLEOPATRE study. *BMC Infectious Diseases*, 12,145.
- 127.** Castle, P., Maza, M. (2016). Prophylactic HPV vaccination: Past, present, and future. *Epidemiology & Infection*, 144(3), 449-468.
- 128.** Wilailak, S., Kengsakul, M., Laowahutanont, P. (2021). Experiences in cervical cancer prevention and screening in Thailand. *Int J Gynecological Obstetrics*, 152, 48-52.
- 129.** Cheng, L., Wang, Y., & Du, J. (2020). Human Papillomavirus Vaccines: an updated review. *Vaccines*, 8(3), 391.

- 130.** Petrosky, E., Bocchini, JA., Hariri, S., Chesson, H., Curtis, CR., Saraiya, M. (2015). Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(11), 300-4.
- 131.** Markowitz, LE., Dunne, EF., Saraiya, M. (2014). Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(5), 1-30.
- 132.** Akhatova, A., Azizan, A., Atageldiyeva, K., Ashimkhanova, A., Marat, A., Iztleuov, Y., Suleimenova, A. (2022). Prophylactic Human Papillomavirus Vaccination: From Origin to Current Situation. *Vaccines*, 10 (11), 1912.
- 133.** Zou, Z., Fairley, C.K., Ong, J.J., Hocking, J., Canfell, K., Ma, X., Chow, E.P.F., Xu, X., Zhang, L., Zhuang, G. (2020). Domestic HPV vaccine price and economic returns for cervical cancer prevention in China: a cost-effectiveness analysis. *The Lancet Global Health*, 8(10), e1335-e1344.
- 134.** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). HPV Vaccination Recommendations. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/hcp/recommendations.html> Erişim tarihi: 24.04.2023.
- 135.** Kavanagh, K., Pollock, KG., Cuschieri, K., Palmer, T., Cameron, RL., Watt, C. (2017). Changes in the prevalence of human papillomavirus following a national bivalent human papillomavirus vaccination programme in Scotland: a 7-year cross-sectional study. *Lancet Infectious Diseases*, 17(12), 1293–302.
- 136.** Drolet, M., Bénard, É., Pérez, N., Brisson, M., Ali, H., Boily, M-C. (2019). Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 394(10197), 497–509.
- 137.** Prudden, H. J., Achilles, S. L., Schocken, C., Broutet, N., Canfell, K., Akaba, H., Basu, P., Bhatla, N., Chirenje, Z. M., Delany-Moretlwe, S., Denny, L., Gamage, D. G., Herrero, R., Hutubessy, R., Villa, L. L., Murillo, R., Schiller, J. T., Stanley, M., Temmerman, M., Zhao, F., Therapeutic HPV Vaccine PPC Expert Consultation Group. (2022). Understanding the public health value and defining preferred product characteristics for therapeutic human papillomavirus (HPV) vaccines: World Health Organization consultations, October 2021-March 2022. *Vaccine*, 40(41), 5843–5855.
- 138.** Akalın, A. (2022). Human Papillomavirus (HPV) enfeksiyonu ve HPV aşısında güncel yaklaşımlar. *Androloji Bülteni*, 24, 133-139.
- 139.** Basu, P., Mittal, S., Bhadra Vale, D., & Chami Kharaji, Y. (2018). Secondary prevention of cervical cancer. Best practice & research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 47, 73–85.
- 140.** Curry, SJ., Krist, AH., Owens, DK., Barry, MJ., Caughey, AB., Davidson, KW. (2018). Screening for cervical cancer. *JAMA*, 320(7), 674.
- 141.** Meggiolaro, A., et al. (2016). The role of Pap test screening against cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 167(4), 124-39.
- 142.** Samami, E., Seyedi-Andi, SJ., Bayat, B., Shojaeizadeh, D., Tori, NA. (2021). The effect of educational intervention based on the health belief model on knowledge, attitude, and function of women about Pap 78 smear test at Iranian health centers: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 10.
- 143.** Tan, S. Y., Tatsumura, Y. (2015). George Papanicolaou: Discoverer of the Pap smear. *Singapore Medical Journal*, 56(10), 586-587.
- 144.** Kitchen, FL., Cox, CM. (2022). Papanicolaou Smear. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470165/>. Erişim tarihi: 17.04.2023.
- 145.** Nkwabong, E., Laure Bessi Badjan, I., Sando, Z. (2019). Pap smear accuracy for the diagnosis of cervical precancerous lesions. *Tropical Doctor*, 49(1), 34-9.
- 146.** Barry, HC., Smith, M., Weismantel, D., French, L. (2007). The feasibility of risk-based cervical cancer screening. *Preventive Medicine*, 45(2-3), 125-129.
- 147.** Gökaslan H, Uyar EE. (2004). Pap Smear ile servikal kanser taraması. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3), 105-110.
- 148.** ACOG. (2023). Cervical Cancer Screening. Erişim adresi: <https://www.acog.org/womens-health/infographics/cervical-cancer-screening> Erişim tarihi: 19.04.2023.
- 149.** Findik, S., Findik, S., Abuoğlu, S., Cihan, F. G., Ilter, H., & Iyisoy, M. S. (2019). Human papillomavirus (HPV) subtypes and their relationships with cervical smear results in cervical cancer

screening: a community-based study from the central Anatolia region of Turkey. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*, 12(4), 1391–1398.

150. Huh, WK., Ault, KA., Chelmow, D., Davey, DD., Goulart, RA., Garcia, FA., Kinney, WK., Massad, LS., Mayeaux, EJ., Saslow, D., Schiffman, M., Wentzensen, N., Lawson, HW., Einstein, MH. (2015). Use of primary high-risk human papillomavirus testing for cervical cancer screening: interim clinical guidance. *Obstetric Gynecology*, 125(2), 330-7.

151. CDC. (2023). Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt05-hpv.html> Erişim tarihi: 23.04.2023.

152. Zeferino, L.C., Bastos, J.B., Vale, D.B.A.P.D., Zanine, R.M., Melo, Y.L.M.F., Primo, W.Q.S.P., Corrêa, F.M., Val, I.C.C.D. and Russomano, F. (2018). Guidelines for HPV-DNA testing for cervical cancer screening in Brazil. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetricia*, 40(6), 360-368.

153. Cuzick, J., Arbyn, M., Sankaranarayanan, R., Tsu, V., Ronco, G., Mayrand, M-H. (2008). Overview of Human Papillomavirus-based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. *Vaccine*, 26, 29–41.

154. Fontham, E., Wolf, A., Church, T.R., Etzioni, R., Flowers, C.R., Herzig, A., Guerra, C.E., Oeffinger, K.C., Shih, Y.T., Walter, L.C., Kim, J., Andrews, K.S., DeSantis, C.E., Fedewa, S.A., Manassaram-Baptiste, D., Saslow, D., Wender, R.C., & Smith, R. (2020). Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 70, 321-346.

155. Bhatla, N., Singhal, S. (2020). Primary HPV screening for cervical cancer. Best practice & research. *Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 65, 98–108.

156. Saslow, D., Solomon, D., Lawson, HW. (2012). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for clinical pathology screening guidelines for the prevention and early, CA: *Cancer Journal Clinicians*, 62,147.

157. Gultekin, M., et al. (2018). Initial results of population based cervical cancer screening program using HPV testing in one million Turkish women. *International Journal of Cancer*, 142(9), 1952-1958.

158. Cibula, D., Pötter, R., Planchamp, F., Fischerova, D., Meder, C.H., Mathevet, P., Ponce, J. and Raspollini, M.R. (2018). The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 28(4), 641-655.

159. Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D.N. and Sankaranarayanan, R. (2018). Cancer of the cervix uteri. *International Journal of Gynaecology Obstetrics*, 143, 22- 36.

160. ACOG. (2016). Practice Bulletin No. 157: Cervical Cancer Screening and Prevention. *Obstetric Gynecology*, 127(1), e1-e20.

161. Kolutek, R., Avcı, İA. (2015). Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. *Journal Breast Health*, 11, 155-62.

162. Saçıkara, Z., Koçoğlu Tanyer, D. (2020). Kırsal bölgede yaşayan kadınların serviks ve meme kanseri taramalarına katılım ve bilgi durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 43-52.

163. Özdemir, Ö., Bilgili, N. (2010). Bir eğitim hastanesinde çalışan hemşirelerin meme ve serviks kanserlerinin erken tanısındaki bilgi ve uygulamaları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(6), 605-612.

164. Rogers, NM., Adelita, GC. (2009). The nurse's role in the prevention of cervical cancer among underserved and minority populations. *Journal of Community Health*, 34(2), 135-143.

165. Eroğlu K, Koç G. (2014). Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2),77-90.

166. Han, C. J., Lee, Y. J., Demiris, G. (2018). Interventions using social media for cancer prevention and management. *Cancer Nursing*, 41(6), 19–31.

167. World Health organization (WHO). (2019). WHO guideline Recommendations on Digital Interventions for Health System Strengthening. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31162915/> Erişim tarihi: 20.07.2023.

168. Akın B, Koçoğlu-Tanyer D. (2021). SPIRIT 2013 bildirisi: Klinik deneyler için standart protokol maddelerinin tanımlanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8 (1), 117-127.

169. Grant, S., Mayo-Wilson, E., Montgomery, P., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S., & Moher, D. (2018). CONSORT-SPI 2018 Explanation and Elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials. *Trials*, 19(1), 406.

- 170.** Demir, F., Özdemir, S. (2019). Human papilloma virüsü (hpv) bilgi ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenilirliği. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 171.** Guvenc, G., Akyuz, A. Ve Açikel, C.H. (2011) Health belief model scale for cervical cancer and pap smear test: psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* 67(2), 428–437.
- 172.** Chatterjee, A. (2014). The next generation of HPV vaccines: nonavalent vaccine V503 on the horizon. *Expert Review of Vaccines*, 13(11),1279- 1290.
- 173.** Donadiki, E.M., Jimenez-Garcia, R., Hernandez-Barrera, V., Sourtzi, P., Carrasco-Garrido, P., Lopez de Andres, A., Jimenez-Trujillo, I., Velonakis, E.G. (2014). Health Belief Model applied to non-compliance with HPV vaccine among female university students, *Public Health Journals*, 128(3),268-273.
- 174.** Arvas, M., Gezer, A. (2006). Human Papillomavirus vaccines. *Turkish German Gynecological Association*, 7(3),250-255.
- 175.** Serrano, B., Brotons, M., Bosch, F., X., Bruni, L., (2018). Epidemiology and burden of HPV-related disease. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 47(3), 14-26.
- 176.** Güneş F, Deveci T. (2020). Yetişkin eğitimi ve hayat boyu öğrenme. Pegem Akademi. Ankara.
- 177.** World Health Organization. (2020). Global cancer profile 2020. Erişim adresi: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=51561-global-cancer-profile-2020&category_slug=4-cancer-country-profiles-2020&Itemid=270&lang=es Erişim tarihi:29.10.2022.
- 178.** Damiani, G., Basso, D., Acampora, A., Bianchi, C. B., Silvestrini, G., Frisicale, E. M., Sassi, F., & Ricciardi, W. (2015). The impact of level of education on adherence to breast and cervical cancer screening: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*, 81, 281–289.
- 179.** Richard, A., Rohrmann, S., Schmid, S. M., Tirri, B. F., Huang, D. J., Güth, U., & Eichholzer, M. (2015). Lifestyle and health-related predictors of cervical cancer screening attendance in a Swiss population-based study. *Cancer epidemiology*, 39(6), 870–876.
- 180.** Wang, Z., Wang, J., Fan, J., Zhao, W., Yang, X., Wu, L., Li, D., Ding, L., Wang, W., Xu, J., Stram, M., Zhao, C., & Hao, M. (2017). Risk factors for cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer in Chinese women: large study in Jiexiu, Shanxi Province, China. *Journal of Cancer*, 8(6), 924–932.
- 181.** McFarland, D. M., Gueldner, S. M., & Mogobe, K. D. (2016). Integrated Review of Barriers to Cervical Cancer Screening in Sub-Saharan Africa. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 48(5), 490–498.
- 182.** Hassani, L., Dehdari, T., Hajizadeh, E., Shojaeizadeh, D., Abedini, M., & Nedjat, S. (2017). Barriers to Pap Smear Test for the Second Time in Women Referring to Health Care Centers in the South of Tehran: A Qualitative Approach. *International journal of community based nursing and midwifery*, 5(4), 376–385.
- 183.** Liu, Z.C., Liu, W.D., Liu, Y.H., Ye, X.H., Chen, S.D. (2015). Multiple Sexual Partners as a Potential Independent Risk Factor for Cervical Cancer: a Meta-analysis of Epidemiological Studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(9), 3893-3900.
- 184.** Yılmaz, M., Sayın, Y., Cengiz, H.Ö. (2017). Kadınlarda meme kanseri ve erken tanı yöntemleri hakkında eğitimin bilgi ve inançlarına etkisi. *European Journal of Breast Health*,13(4),175–182.
- 185.** Karimi Moonaghi, H., Hasanzadeh, F., Shamsoddini, S., Emamimoghadam, Z., & Ebrahimzadeh, S. (2012). A comparison of face to face and video-based education on attitude related to diet and fluids: Adherence in hemodialysis patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 17(5), 360–364.
- 186.** Gana, GJ., Oche, O., Ango, J.T., Raji, M.O., Okafoagu, N.C. (2016). Effect of an educational program on awareness of cervical cancer and uptake of Pap smear among market women in Niger State, North Central Nigeria. *J Public Health Epidemiol*, 8, 211-19.
- 187.** Rosser, J.I., Njoroge, B., Huchko, M.J. (2015). Changing knowledge, attitudes, and behaviors regarding cervical cancer screening: The effects of an educational intervention in rural Kenya. *Patient Educ Couns*, 98, 884-9.
- 188.** Labrique, A. B., Vasudevan, L., Kochi, E., Fabricant, R., & Mehl, G. (2013). mHealth innovations as health system strengthening tools: 12 common applications and a visual framework. *Global Health, Science And Practice*, 1(2), 160–171.

- 189.** Perkins, R. B., Langrish, S., Stern, L. J., & Simon, C. J. (2007). A community-based education program about cervical cancer improves knowledge and screening behavior in Honduran women. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 22(3), 187–193.
- 190.** Khademolhosseini, F., Noroozi, A., & Tahmasebi, R. (2017). The Effect of Health Belief Model-Based Education through Telegram Instant Messaging Services on Pap smear performance. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(8), 2221–2226.
- 191.** Çenesiz, E., Atak, N. (2007). Türkiye’de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6), 427-434.
- 192.** Shumeli, L. (2021). Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. *BMC Public Health*, 21, 804.
- 193.** Korkmaz, S., Bıyık, E. Demiralp, G. (2021). Covid-19 Salgınından Korunmada Sağlık Çalışanlarında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı: Sağlık İnanç Modeli Uygulaması. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 23(1), 1-16.
- 194.** Gözüm S., Çapık, C. (2014). Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), 230-237.
- 195.** Koç, Z., Kurtoğlu Özdeş, E., Topatan, S., Çınarlı, T., Şener, A., Danacı, E., & Palazoğlu, C. A. (2019). The Impact of Education About Cervical Cancer and Human Papillomavirus on Women's Healthy Lifestyle Behaviors and Beliefs: Using the PRECEDE Educational Model. *Cancer nursing*, 42(2), 106–118.
- 196.** Parsa, P., Sharifi, F., Shobeiri, F., & Karami, M. (2017). Effects of Group Counseling Based on Health Belief Model on Cervical Cancer Screening Beliefs and Performance of Rural Women in Kaboudrahang, Iran. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(6), 1525–1530.
- 197.** Ahmed, SR., Esa, AS., MohamedEl-zayat, OS. (2018) Health Belief Model-based educational program about cervical cancer prevention on women knowledge and beliefs. *Egyptian Nursing Journal*, 15(1),39-49.
- 198.** Arslan, S., Kılıç, M., Toğan, M. (2021). Effect of education and monitoring on level of diabetic patients' self-efficacy and health beliefs. *Kocaeli Medical Journal*, 10(1), 171-182.
- 199.** Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. *New York: Guilford Publishing*, 38(3),231
- 200.** Ntoumanis N., Johan Y.Y. N., Andrew, P., Eleanor, Q., Jennie, E. H., Cecilie, T.N., Edward L. D., Richard, M. R., Chris, L., Geoffrey, C. W. (2021) A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health, *Health Psychology Review*, 15(2), 214-244.
- 201.** Gümüş Şekerci, Y., Sohbet, R. (2019). The effect of education breast cancer and early diagnosis methods on the students' health knowledge, belief and practice. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(3), 204-212.
- 202.** Kartal, A., İnci, F.H., Koştı, N., Özen Çınar, İ. (2017). Kadınlara ev ortamında verilen bireysel eğitimin kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik sağlık inançlarına etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 1,7-13.
- 203.** Gözüm, S., Karayurt, Ö., Kav, S., Platin, N. (2010). Doğu Türkiye’de meme kanseri taraması ve sağlık inançlarında akran eğitiminin etkinliği. *Hemşire Kanseri*, 33(3), 213-220.
- 204.** Bebis, H., Reis, N., Yavan, T., Bayrak, D., Unal, A., & Bodur, S. (2012). Effect of health education about cervical cancer and papanicolaou testing on the behavior, knowledge, and beliefs of Turkish women. *International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 22(8), 1407–1412.
- 205.** Kısa, İ., Özkan, G. ve Er, F. (2020). Meme tarama yöntemleri hakkında verilen videolu eğitimin ve yapılan takibin farkındalık düzeyine etkisi, *Kesit Akademi Dergisi*, 6 (24), 67-77.
- 206.** Khani Jeihooni, A., Mohammadkhah, F., Razmjouie, F., Harsini, P. A., & Sedghi Jahromi, F. (2022). Effect of educational intervention based on health belief model on mothers monitoring growth of 6-12 months child with growth disorders. *BMC pediatrics*, 22(1), 561.
- 207.** Ebrahim Mahmoud, A., Abdelhakeem Aboud, S., Mohamed Abd El hakam, E., & Kamal Ali, F. (2021). Effect of the Educational Package based on Health Belief Model on Nursing Students' Knowledge and Attitude regarding Human Papillomavirus and Cervical Cancer. *Journal of Nursing Science Benha University*, 2(2), 809-828.
- 208.** Wong, C. L., Choi, K. C., Law, B. M. H., Chan, D. N. S., & So, W. K. W. (2019). Effects of a Community Health Worker-Led Multimedia Intervention on the Uptake of Cervical Cancer

Screening among South Asian Women: A Pilot Randomized Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 3072.

209. Fang, C. Y., Lee, M., Feng, Z., Tan, Y., Levine, F., Nguyen, C., & Ma, G. X. (2019). Community-Based Cervical Cancer Education: Changes in Knowledge and Beliefs Among Vietnamese American Women. *Journal of community health*, 44(3), 525–533.

210. A. Mohamed, R., Mohammed Abd -Elghany, S., Hussein Mohammad abd elrhman, S., & Nabeih Taref, N. (2021). Effect of applying health belief model on type 2 diabetic patients' knowledge, self-care practices and health beliefs. *Egyptian Journal Of Health Care*, 12(4), 1453-1473.

211. Cardoso, J. D. C., Azevedo, R. C. S., Reiners, A. A. O., & Andrade, A. C. S. (2021). Health beliefs and adherence of the elderly to fall prevention measures: a quasi-experimental study. *Revista brasileira de enfermagem*, 75Suppl. 4(Suppl. 4), e20201190.

212. Moridi, E., Fazelniya, Z., Yari, A., Gholami, T., Hasirini, P. A., & Khani Jeihooni, A. (2021). Effect of educational intervention based on health belief model on accident prevention behaviours in mothers of children under 5-years. *BMC women's health*, 21(1), 428.

213. Çınar, İ.Ö., Kara, E. (2020). Çalışan Kadınların Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Farkındalıklarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Bezmialem Science*, 8(2),113-9.

214. Egelioglu Çetişli, N., Top, E.D., Işık, G. (2016). Cervical cancer and pap smear test health beliefs and health- promoting lifestyle of women in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 9 (2), 630–639.

215. Shirazi Zadeh Mehraban, S., Namdar, A., & Naghizadeh, M. M. (2018). Assessment of Preventive Behavior for Cervical Cancer with the Health Belief Model. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(8), 2155-2163.

216. Garcés-Palacio, I. C., Ramos-Jaraba, S. M., & Rubio-León, D. C. (2018). Health Beliefs Associated with the Follow-Up of Pap Smear Abnormalities Among Low-Income Women in Medellín, Colombia. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 33(2), 417–423.

217. Bray, F., Ren, J.S., Masuyer, E., Ferlay, J. (2013) Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*, 132(5),1133-1145.

218. Pourebrahim-Alamdari, P., Mehrabi, E., Nourizadeh, R., Esmaeilpour, K., Mousavi, S., & Hakimi, S. (2022). The Effect of Face-to-Face and Phone Call Motivational Interviewing on Cervical Cancer Screening. *Cancer nursing*, 45(6), E897–E902.

219. Kocaöz, S., Özçelik, H., Talas, M. S., Akkaya, F., Özkul, F., Kurtuluş, A., & Ünlü, F. (2018). The Effect of Education on the Early Diagnosis of Breast and Cervix Cancer on the Women's Attitudes and Behaviors Regarding Participating in Screening Programs. *Journal of cancer education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 33(4), 821–832.

220. Musa, J., Achenbach, C. J., O'Dwyer, L. C., Evans, C. T., McHugh, M., Hou, L., Simon, M. A., Murphy, R. L., & Jordan, N. (2017). Effect of cervical cancer education and provider recommendation for screening on screening rates: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 12(9), e0183924.

221. Ma, G. X., Fang, C., Tan, Y., Feng, Z., Ge, S., & Nguyen, C. (2015). Increasing cervical cancer screening among Vietnamese Americans: a community-based intervention trial. *Journal of health care for the poor and underserved*, 26(2 Suppl), 36–52.

222. Fang, C. Y., Ma, G. X., Handorf, E. A., Feng, Z., Tan, Y., Rhee, J., Miller, S. M., Kim, C., & Koh, H. S. (2017). Addressing multilevel barriers to cervical cancer screening in Korean American women: A randomized trial of a community-based intervention. *Cancer*, 123(6), 1018–1026.

223. Heidari Sarvestani, M., Khani Jeihooni, A., Moradi, Z., & Dehghan, A. (2021). Evaluating the effect of an educational program on increasing cervical cancer screening behavior among women in Fasa, Iran. *BMC women's health*, 21(1), 41.

224. Shojaeizadeh, D., Hashemi, S. Z., Moeini, B., & Poorolajal, J. (2011). The Effect of Educational Program on Increasing Cervical Cancer Screening Behavior among Women in Hamadan, Iran: Applying Health Belief Model. *Journal of research in health sciences*, 11(1), 20–25.

225. Akinlotan, M., Bolin, J. N., Helduser, J., Ojinnaka, C., Lichorad, A., & McClellan, D. (2017). Cervical Cancer Screening Barriers and Risk Factor Knowledge Among Uninsured Women. *Journal of community health*, 42(4), 770–778.

226. Aswathy, S., Quereshi, M. A., Kurian, B., & Leelamoni, K. (2012). Cervical cancer screening: Current knowledge & practice among women in a rural population of Kerala, India. *The Indian journal of medical research*, 136(2), 205–210.

- 227.** Dil Şahin, M., Yıldırım Söyelemez, E., Koç, Y.D. (2016). Planlanmış davranış teorisi çerçevesinde aile işletmelerinde kurumsallaşma sürecinin irdelenmesi. *Dumlupınar University Journal of Social Sciences, Afro-Avrasya Özel Sayısı* , 451-457 .
- 228.** Wu, S., Chalela, P., & Ramirez, A. G. (2023). Changes in knowledge and awareness for a community-based cancer screening educational program. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 81(1), 130.
- 229.** Coronado Interis, E., Anakwenze, C. P., Aung, M., & Jolly, P. E. (2015). Increasing Cervical Cancer Awareness and Screening in Jamaica: Effectiveness of a Theory-Based Educational Intervention. *International journal of environmental research and public health*, 13(1), ijerph13010053.
- 230.** Lam, T. K., McPhee, S. J., Mock, J., Wong, C., Doan, H. T., Nguyen, T., Lai, K. Q., Ha-Iaconis, T., & Luong, T. N. (2003). Encouraging Vietnamese-American women to obtain Pap tests through lay health worker outreach and media education. *Journal of general internal medicine*, 18(7), 516–524.
- 231.** Mirzaei-Alavijeh, M., Karami-Matin, B., Jalilian, F., Rakhshani, F., Mahboubi, M., Emdadi, S. (2014). Pap smear test Promotion among women: an educational intervention based on theory of planned behavior. *Journal of Biology and Today's World*, 3(4), 100-103.
- 232.** Kwok, C., & Lim, D. (2016). Evaluation of a Culturally Tailored Education to Promote Breast and Cervical Cancer Screening Among Chinese-Australian Women. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 31(3), 595–601.
- 233.** Yüksekbilgili, Z. (2016). Developing a scale for measuring adult training satisfaction (ats). *International Journal of Social Science*, 53, 239-257.
- 234.** Okinyi, H. M., Wachira, C. M., Wilson, K. S., Nduati, M. N., Onyango, A. D., Mburu, C. W., Inwani, I. W., Owens, T. L., Bukusi, D. E., John-Stewart, G. C., Wamalwa, D. C., & Kohler, P. K. (2022). "I Have Actually not Lost any Adolescent Since I Started Engaging Them one on one:" Training Satisfaction and Subsequent Practice among Health Providers Participating in a Standardized Patient Actor Training to Improve Adolescent Engagement in HIV Care. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 21, 23259582221075133.
- 235.** Ebner, C., Gegenfurtner, A. (2019). Learning and Satisfaction in Webinar, Online, and Face-to-Face Instruction: A Meta-Analysis. *Frontiers in Education*, 4,92.
- 236.** Turan, Z., Kucuk, S., & Cilligol Karabey, S. (2022). The university students' self-regulated effort, flexibility and satisfaction in distance education. *International journal of educational technology in higher education*, 19(1), 35.
- 237.** Linh, P. D. and Trang T. N. (2020). Pandemic, social distancing, and social work education: students' satisfaction with online education in Vietnam, *Social Work Education*, 39(8), 1074-1083.
- 238.** Research Randomizer. (2023). Erişim adresi: <https://www.randomizer.org/> Erişim tarihi: 15.06.2023.
- 239.** Kabakçı, M., Gök Uğur, H., Şengür, Ş. (2022). The effect of gardening activities applied to elderly people in nursing homes on psychological well-being and depression: a single-blind randomized controlled study protocol. *East Black Sea Journal of Health Sciences*, 1(3), 1-17.
- 240.** Yeung, A. W. K., & Wong, N. S. M. (2019). The Historical Roots of Visual Analog Scale in Psychology as Revealed by Reference Publication Year Spectroscopy. *Frontiers in human neuroscience*, 13, 86.
- 241.** Bollen, K. A. (1998). Structural equation models. In P. Armitage, & T. Colton (Eds.), *Encyclopedia of Biostatistics* (4363-4372). Wiley.
- 242.** Kalaycı, Ş. (2009). *Spps uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. Asil Yayınevi. Ankara.

8. EKLER

8.1. EK-1 FORM I

Değerli katılımcı; Bu çalışma, “İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin Kadınlarda HPV Bilgisine, Rahim Ağzı Kanseri Sağlık İnancına ve Tarama Testi Yaptırmasına Etkisi”ni incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada elde edilen bilgiler, kadınların rahim ağzı kanserine yönelik bilgi düzeyini, sağlık inancını ve taramalara katılımını artırmayı hedeflemektedir. Cevaplarınız çalışmanın doğruluğu açısından çok önemlidir. Bu nedenle, sorulara size en uygun yanıtı eksiksiz olarak vermenizi rica ederiz. Sizlere çalışma kapsamında bir anket formu uygulanacaktır. Bu çalışmanın sonucunda elde edilecek bilgiler toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Kendinize en uygun seçeneği seçip, lütfen samimiyetle işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

Hem. MERVE GÖKMEN

FORM I	
1. Doğum Yılıınız:.....	
2. Eğitim durumunuz nedir?	
<input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul mezunu <input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu <input type="checkbox"/> Lise mezunu <input type="checkbox"/> Üniversite mezunu ve üzeri	
3. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?	
<input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul mezunu <input type="checkbox"/> Ortaokul mezunu <input type="checkbox"/> Lise mezunu <input type="checkbox"/> Üniversite mezunu ve üzeri	
4. Çalışma durumunuz nedir?	
<input type="checkbox"/> Çalışmıyorum <input type="checkbox"/> Çalışıyorum <input type="checkbox"/> Çalışıyordum, şu an işsizim <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Diğer.....	
5. Eşinizin çalışma durumu nedir?	
<input type="checkbox"/> Çalışmıyorum <input type="checkbox"/> Çalışıyorum <input type="checkbox"/> Çalışıyordum, şu an işsizim <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Diğer.....	
6. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	
<input type="checkbox"/> Gelir giderden az <input type="checkbox"/> Gelir gidere eşit <input type="checkbox"/> Gelir giderden fazla	
7. İlk adet yaşınız?	
8. İlk evlenme yaşınız?	
9. Şimdiki evliliğiniz kaçınıcı evliliğiniz mi?	
<input type="checkbox"/> İlk evliliğim <input type="checkbox"/> Yazınız	
10. Gebelik öykünüz;	
- Toplam gebelik sayısı :..... - Toplam canlı doğum sayısı :..... - Yaşayan çocuk sayısı :..... - Kendiliğinden düşük sayısı :..... - Toplam kürtaj sayısı :..... - İlk gebelik yaşınızı :.....	
belirtiniz	
11. Rahim ağzı kanseri ve kanser taraması (simir testi, HPV DNA testi) hakkında bilgi düzeyinizi “0” ile “10” arasında puanlayınız:	
0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10	
Hiç bilgim yok	Yeterli bilgim var

HUMAN PAPILOMA VIRUS (HPV) BİLGİ ÖLÇEĞİ

1. BÖLÜM			
Bugüne kadar, HPV (Human Papilloma Virüsü-İnsan Papilloma Virüsü)'yi duymuş muydunuz?			
Evet	Hayır	Bilmiyorum	
()	()	()	
Eğer “Bugüne kadar HPV’yi duydum” cevabını verdiyseniz, şimdi size HPV hakkında neler bildiğinizi sormak istiyoruz. Lütfen HPV ile ilgili aşağıdaki cümleleri sırayla okuyunuz ve doğru mu, yanlış mı olduklarını uygun kutucuğa işaretleyiniz. Eğer ifadenin cevabını bilmiyorsanız “Bilmiyorum” kutucuğunu işaretleyiniz.			
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. HPV, rahim ağzı kanserine neden olabilir.	()	()	()
2. Bir kişi, kendisinde HPV olduğunu bilmeden, yıllarca yaşayabilir.	()	()	()
3. Birden fazla cinsel eşe sahip olmak, HPV bulaşma riskini artırır.	()	()	()
4. HPV çok nadir görülür.	()	()	()
5. HPV cinsel ilişki sırasında bulaşabilir.	()	()	()
6. HPV’nin her zaman gözle görülür belirti ve bulguları vardır.	()	()	()
7. Prezervatif kullanmak HPV bulaşma riskini azaltır.	()	()	()
8. HPV, HIV/AIDS’e neden olabilir.	()	()	()
9. HPV cinsel bölgedeki ciltten- cilde, temas ile bulaşabilir.	()	()	()
10. HPV erkeklere bulaşmaz.	()	()	()
11. Erken yaşta cinsel ilişkiye girmek, HPV bulaşma riskini artırır.	()	()	()
12. HPV’nin birçok tipi vardır.	()	()	()
13. HPV cinsel bölgede siğillere neden olabilir.	()	()	()
14. HPV antibiyotiklerle tedavi edilebilir.	()	()	()
15. Cinsel açıdan aktif olan kişilerin çoğuna, yaşamlarının bir döneminde HPV bulaşacaktır.	()	()	()
16. HPV’de genellikle herhangi bir tedaviye gerek yoktur.	()	()	()
2. BÖLÜM			
HPV testini hiç duymuş muydunuz?			
Evet	Hayır	Bilmiyorum	
()	()	()	
Aşağıdaki cümleler HPV testiyle ilgilidir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyunuz ve doğru veya yanlış olduğunu düşünüyorsanız karşısındaki kutuya işaretleyiniz. Eğer cümle ilgili bir fikriniz yok ise “Bilmiyorum” kutusunu işaretleyiniz.			
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
17. Eğer bir kadının HPV testi pozitifse kesinlikle rahim ağzı kanserine yakalanacaktır.	()	()	()
18. HPV testi, simir (pap-smear) testi ile aynı anda yapılabilir.	()	()	()
19. HPV testi size ne kadar zamandan beridir, HPV enfeksiyonunuz olduğunu söyler.	()	()	()
20. HPV testi, HPV aşısının gerekli olup olmadığını belirlemek için kullanılır.	()	()	()
21. HPV testi yaptırdığımız zaman sonuçlarınızı aynı gün içinde alabilirsiniz.	()	()	()
22. HPV testi bir kadında HPV olmadığını gösteriyorsa, o kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski düşüktür.	()	()	()
3. BÖLÜM			
Bugüne kadar, hiç HPV aşısını duymuş muydunuz?			
Evet	Hayır	Bilmiyorum	
()	()	()	

Aşağıdaki cümleler kullanıma hazır olan iki tip HPV aşısıyla ilgilidir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyunuz ve doğru veya yanlış olduğunu düşündüğünüzü karşısındaki kutuya işaretleyiniz. Eğer ifadeyle ilgili bir fikriniz yok ise “Bilmiyorum” kutusunu işaretleyiniz.			
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
23. HPV aşısı olan kızların ileri yaşlarında simir testi yaptırmasına gerek yoktur.	()	()	()
24. HPV aşılardan birisi cinsel bölgedeki sigillere karşı koruma sağlar.	()	()	()
25. HPV aşıları cinsel yolla bulaşan tüm enfeksiyonlara karşı koruma sağlar.	()	()	()
26. HPV aşısı yapılmış olan bir kişi rahim ağzı kanserine yakalanmaz.	()	()	()
27. HPV aşıları, rahim ağzı kanser türlerinin birçoğundan korur.	()	()	()
4. BÖLÜM			
Aşağıdaki cümleler mevcut HPV aşılılarıyla ilgilidir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyunuz ve doğru veya yanlış olduğunu düşündüğünüzü karşısındaki kutuya işaretleyiniz. Eğer cümle ilgili bir fikriniz yok ise “Bilmiyorum” kutusunu işaretleyiniz.			
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
28. HPV aşısının üç doz yapılması gerekir.	()	()	()
29. HPV aşılarının en etkili olduğu bireyler hiç cinsel ilişkide bulunmamış olanlardır.	()	()	()
30. HPV aşısı 11-26 yaşlar arasındaki tüm kadınlara önerilir.	()	()	()
31. HPV aşısı 30-45 yaşlarındaki kadınlar için lisanslıdır (ruhsatlıdır-izinlidir).	()	()	()
32. Mevcut olan her iki HPV aşısı da (Gardasil ve Cervarix) hem cinsel bölge sigillerine hem de rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlar.	()	()	()
33. HPV aşısının 11-26 yaşlar arasındaki erkeklere yapılmasına izin verilmiştir.	()	()	()

RAHİM AĞZI KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda rahim ağzı kanseri ve Pap smear (simir) testi yaptırmaya yönelik tutum ve inançları içeren ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız. Teşekkür ederiz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
2. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissediyorum					
4. Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur					
5. Rahim ağzı kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar					
6. Rahim ağzı kanserini düşünmekten korkarım					

7. Rahim ağzı kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım					
8. Rahim ağzı kanseri olmak eşimle, erkek arkadaşım ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaratabilir					
9. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir					
10. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam					
11. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim					
12. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir					
13. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım					
14. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm					
15. Sağlığım için dengeli beslenirim					
16. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım					
17. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim					
18. Simir (Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır					
19. Düzenli olarak yaptırdığım simir (Pap smear) testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir					
20. Bana göre simir (Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur					
21. Düzenli olarak simir (Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinden ölme riskimi azaltacaktır					
22. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle simir (Pap smear) testi yaptırmaktan korkarım					
23. Ne yapılacağı bilmediğim için simir (Pap smear) testi yaptırmaktan korkarım					
24. Simir (Pap smear) testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum					
25. Simir (Pap smear) testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım					
26. Simir (Pap smear) testi yaptırmak çok fazla zaman alır					
27. Simir (Pap smear) testi yaptırmak çok ağrılıdır					
28. Sağlık personeli simir (Pap smear) testi yaptırırken kaba davranır					
29. Yıllık olarak simir (Pap smear) testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam					
30. Yaşamımda simir (Pap smear) testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var					
31. Belirli aralıklarla simir (Pap smear) testi yaptırmak için çok yaşlıyım					
32. Simir testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok					
33. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, simir (Pap smear) testi yaptırmak bunu engellemez					
34. Simir (Pap smear) testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim					
35. Simir (Pap smear) testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam					

8.2. EK-2 FORM II

Değerli katılımcı: Bu çalışma, "İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin Kadınlarda HPV Bilgisine, Rahim Ağzı Kanseri Sağlık İnancına ve Tarama Testi Yaptırmasına Etkisi"ni incelemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada elde edilen bilgiler, kadınların rahim ağzı kanserine yönelik bilgi düzeyini, sağlık inancını ve taramalara katılımını artırmayı hedeflemektedir. Cevaplarınız çalışmanın doğruluğu açısından çok önemlidir. Bu nedenle, sorulara size en uygun yanıtı eksiksiz olarak vermenizi rica ederiz. Sizlere çalışma kapsamında bir anket formu uygulanacaktır. Bu çalışmanın sonucunda elde edilecek bilgiler toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Kendinize en uygun seçeneği seçip, lütfen samimiyetle işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

Hem. MERVE GÖKMEN

FORM II	
1. Rahim ağzı kanseri ve kanser taraması (simir testi, HPV DNA testi) hakkında bilgi düzeyinizi "0" ile "10" arasında puanlayınız:	
0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10	
Hiç bilgim yok	Yeterli bilgim var
2. Son iki ay içinde Simir testi/ HPV DNA testi yaptırdınız mı?	
<input type="checkbox"/> Evet	
<input type="checkbox"/> Hayır	
3. Cevabınız Evet ise, sonucunu belirtebilir misiniz?	
<input type="checkbox"/>	
4. Cevabınız Hayır ise, yaptırmama gerekçenizi belirtiniz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.	
<input type="checkbox"/> Randevu aldım, zamanını bekliyorum.	
<input type="checkbox"/> Unuttum	
<input type="checkbox"/> Zaman bulamadım.	
<input type="checkbox"/> Mevcut hastalığım olmadığı için gerek duymadım.	
<input type="checkbox"/> Yaşımın test için genç olduğumu düşünüyorum.	
<input type="checkbox"/> Önemsemedim	
<input type="checkbox"/> Test vermem gerektiğini bilmiyordum	
<input type="checkbox"/> Eşim izin vermedi	
<input type="checkbox"/> Nerde yaptıracağımı bilmiyordum.	
<input type="checkbox"/> Ağrılı bir işlem olduğu için yaptırmadım.	
<input type="checkbox"/> Kanserden korktuğum için kaçındım.	
<input type="checkbox"/> Jinekolojik muayeneden çekindim	
<input type="checkbox"/> Diğer	
<input type="checkbox"/> Diğer	
5. Önümüzdeki altı ay içinde Simir testi/ HPV DNA testini yaptırma niyetinizi belirtiniz?	
<input type="checkbox"/> Kesinlikle yaptırmaya niyetim var	
<input type="checkbox"/> Yaptırmaya niyetim var	
<input type="checkbox"/> Muhtemelen yapacağım	
<input type="checkbox"/> Kararsızım	
<input type="checkbox"/> Muhtemelen yaptırmayacağım	
<input type="checkbox"/> Yaptırmaya niyetim yok	
<input type="checkbox"/> Kesinlikle yaptırmaya niyetim yok	
6. Aldığınız Rahim ağzı kanserinden korunma hizmetini/Verilen eğitime yönelik memnuniyet düzeyinizi "0" ile "10" arasında puanlayabilir misiniz verebilir misiniz?	
0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10	
Hiç memnun değilim	Çok memnunuz

HUMAN PAPILOMA VIRUS (HPV) BİLGİ ÖLÇEĞİ

1. BÖLÜM			
Bugüne kadar, HPV (Human Papilloma Virüsü-İnsan Papilloma Virüsü)'yi duymuş muydunuz?			
Evet	Hayır	Bilmiyorum	
()	()	()	
Eğer " Bugüne kadar HPV'yi duydum " cevabını verdiyseniz, şimdi size HPV hakkında neler bildiğinizi sormak istiyoruz. Lütfen HPV ile ilgili aşağıdaki cümleleri sırayla okuyunuz ve doğru mu, yanlış mı olduklarını uygun kutucuğa işaretleyiniz. Eğer ifadenin cevabını bilmiyorsanız "Bilmiyorum" kutucuğunu işaretleyiniz.			
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1. HPV, rahim ağzı kanserine neden olabilir.	()	()	()
2. Bir kişi, kendisinde HPV olduğunu bilmeden, yıllarca yaşayabilir.	()	()	()
3. Birden fazla cinsel eşe sahip olmak, HPV bulaşma riskini artırır.	()	()	()
4. HPV çok nadir görülür.	()	()	()
5. HPV cinsel ilişki sırasında bulaşabilir.	()	()	()
6. HPV'nin her zaman gözle görülür belirti ve bulguları vardır.	()	()	()
7. Prezervatif kullanmak HPV bulaşma riskini azaltır.	()	()	()
8. HPV, HIV/AIDS'e neden olabilir.	()	()	()
9. HPV cinsel bölgedeki ciltten- cilde, temas ile bulaşabilir.	()	()	()
10. HPV erkeklere bulaşmaz.	()	()	()
11. Erken yaşta cinsel ilişkiye girmek, HPV bulaşma riskini artırır.	()	()	()
12. HPV'nin birçok tipi vardır.	()	()	()
13. HPV cinsel bölgede siğillere neden olabilir.	()	()	()
14. HPV antibiyotiklerle tedavi edilebilir.	()	()	()
15. Cinsel açıdan aktif olan kişilerin çoğuna, yaşamlarının bir döneminde HPV bulaşacaktır.	()	()	()
16. HPV'de genellikle herhangi bir tedaviye gerek yoktur.	()	()	()
2. BÖLÜM			
HPV testini hiç duymuş muydunuz?			
Evet	Hayır	Bilmiyorum	
()	()	()	
Aşağıdaki cümleler HPV testiyle ilgilidir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyunuz ve doğru veya yanlış olduğunu düşünüyorsanız karşısındaki kutuya işaretleyiniz. Eğer cümle ilgili bir fikriniz yok ise "Bilmiyorum" kutusunu işaretleyiniz.			
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
17. Eğer bir kadının HPV testi pozitifse kesinlikle rahim ağzı kanserine yakalanacaktır.	()	()	()
18. HPV testi, simir (pap-smear) testi ile aynı anda yapılabilir.	()	()	()
19. HPV testi size ne kadar zamandan beridir, HPV enfeksiyonunuz olduğunu söyler.	()	()	()
20. HPV testi, HPV aşısının gerekli olup olmadığını belirlemek için kullanılır.	()	()	()
21. HPV testi yaptırdığımız zaman sonuçlarınızı aynı gün içinde alabilirsiniz.	()	()	()
22. HPV testi bir kadında HPV olmadığını gösteriyorsa, o kadının rahim ağzı kanserine yakalanma riski düşüktür.	()	()	()
3. BÖLÜM			
Bugüne kadar, hiç HPV aşısını duymuş muydunuz?			

Evet	Hayır	Bilmiyorum	
()	()	()	
Aşağıdaki cümleler kullanıma hazır olan iki tip HPV aşısıyla ilgilidir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyunuz ve doğru veya yanlış olduğunu düşündüğünüzü karşısındaki kutuya işaretleyiniz. Eğer ifadeyle ilgili bir fikriniz yok ise "Bilmiyorum" kutusunu işaretleyiniz.			
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
23. HPV aşısı olan kızların ileri yaşlarında simir testi yaptırmasına gerek yoktur.	()	()	()
24. HPV aşılardan birisi cinsel bölgedeki siğillere karşı koruma sağlar.	()	()	()
25. HPV aşıları cinsel yolla bulaşan tüm enfeksiyonlara karşı koruma sağlar.	()	()	()
26. HPV aşısı yapılmış olan bir kişi rahim ağzı kanserine yakalanmaz.	()	()	()
27. HPV aşıları, rahim ağzı kanser türlerinin birçoğundan korur.	()	()	()
4. BÖLÜM			
Aşağıdaki cümleler mevcut HPV aşısıyla ilgilidir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyunuz ve doğru veya yanlış olduğunu düşündüğünüzü karşısındaki kutuya işaretleyiniz. Eğer cümle ilgili bir fikriniz yok ise "Bilmiyorum" kutusunu işaretleyiniz.			
	Evet	Hayır	Bilmiyorum
28. HPV aşısının üç doz yapılması gerekir.	()	()	()
29. HPV aşılarının en etkili olduğu bireyler hiç cinsel ilişkide bulunmamış olanlardır.	()	()	()
30. HPV aşısı 11-26 yaşlar arasındaki tüm kadınlara önerilir.	()	()	()
31. HPV aşısı 30-45 yaşlarındaki kadınlar için lisanslıdır (ruhsatlıdır-izinlidir).	()	()	()
32. Mevcut olan her iki HPV aşısı da (Gardasil ve Cervarix) hem cinsel bölge siğillerine hem de rahim ağzı kanserine karşı koruma sağlar.	()	()	()
33. HPV aşısının 11-26 yaşlar arasındaki erkeklere yapılmasına izin verilmiştir.	()	()	()

RAHİM AĞZI KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda rahim ağzı kanseri ve Pap smear (simir) testi yaptırmaya yönelik tutum ve inançları içeren ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız. Teşekkür ederiz.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
2. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissediyorum					
4. Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur					
5. Rahim ağzı kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar					
6. Rahim ağzı kanserini düşünmekten korkarım					
7. Rahim ağzı kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım					
8. Rahim ağzı kanseri olmak eşimle, erkek arkadaşımın ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaratabilir					

9. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir					
10. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam					
11. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim					
12. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir					
13. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım					
14. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm					
15. Sağlığım için dengeli beslenirim					
16. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım					
17. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim					
18. Simir (Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır					
19. Düzenli olarak yaptırdığım simir (Pap smear) testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir					
20. Bana göre simir (Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur					
21. Düzenli olarak simir (Pap smear) testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinden ölme riskimi azaltacaktır					
22. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle simir (Pap smear) testi yaptırmaktan korkarım					
23. Ne yapılacağı bilmediğim için simir (Pap smear) testi yaptırmaktan korkarım					
24. Simir (Pap smear) testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum					
25. Simir (Pap smear) testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım					
26. Simir (Pap smear) testi yaptırmak çok fazla zaman alır					
27. Simir (Pap smear) testi yaptırmak çok ağrılıdır					
28. Sağlık personeli simir (Pap smear) testi yaptırırken kaba davranır					
29. Yıllık olarak simir (Pap smear) testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam					
30. Yaşamımda simir (Pap smear) testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var					
31. Belirli aralıklarla simir (Pap smear) testi yaptırmak için çok yaşıyım					
32. Simir testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok					
33. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, simir (Pap smear) testi yaptırmak bunu engellemez					
34. Simir (Pap smear) testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim					
35. Simir (Pap smear) testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam					

**8.3. EK-3 HPV VE SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMAYA
YÖNELİK SAĞLIK EĞİTİMİ**



SERVİKS KANSERİ ve
TARAMASINA YÖNELİK
SAĞLIK EĞİTİMİ
SUNUSU

HAZIRLAYAN: MERVE GÖKMEN
DANIŞMAN: Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR

8.4. EK-4 HPV VE SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMAYA YÖNELİK BROŞÜR

<p>UNUTMAYIN!</p> <ul style="list-style-type: none"> •Adet dönemi dışında veya cinsel ilişki sonrası ara lekelenmeleriniz oluyorsa, •Menopoz sonrası dönemde kanamalarınız oluyorsa, •Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı şikayetiniz varsa, •Uzun süreli sarı renkli, kötü kokulu akıntınız varsa, •Sigara kullanıyorsanız, <p>YA DA</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sadece KADIN olduğunuz için, Mutlaka Her 5 YILDA Bir HPV DNA/ Pap SİMİR Testi YAPTIRMALISINIZ!!! 	<p>Dünyada Her Yıl yaklaşık BİR BUÇUK Milyon kadının serviks kanseri ile yaşadığını biliyor muydunuz?</p>	<p>Sağlık Bilimleri Üniversitesi</p> <p>Rahim Ağzı Kanserinden Korunmak SENİN ELİNDE</p> <p>ŞİMDİ HAREKETE GEÇME ZAMANI ! HAYDİ KETEM'E</p> <p>Hazırlayan Hem. Merve GÖKMEN</p>
--	--	---

<p>Rahim Ağzı Kanserinin Neden Önemi?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kadınlarda rahim ağzında oluşan bir kanser türüdür. • Dünyada kadınlarda en sık görülen ikinci kanserdir. • Kanserleşmeden ERKEN TEŞHİS ile ÖNLENEBİLEN bir hastalıktır. • Rahim ağzı kanseri erken teşhis edildiğinde tamamen İVİLEŞEBİLİR. • Düzenli taramalar ile rahim ağzı kanserinden ölüm riski ENGELLENEBİLİR. • Rahim ağzı kanserlerinin neredeyse tamamına HPV ismi verilen VİRÜSLER neden olmaktadır. 	<p>HPV Nedir?</p> <ul style="list-style-type: none"> • HPV genellikle cinsel yolla bulaşan ve bir virüstür. • HPV virüsünün bilinen 200'den fazla tipi vardır. Bunlar içinde iki tipi sıklıkla rahim ağzı kanserine yol açmaktadır. • HPV cinsel bölgede sigillere de neden olabilir. • HPV enfeksiyonu her zaman belirti vermez. • Bir kişi HPV'ye yakalandığını bilmeden yıllarca yaşayabilir. • HPV erkeklere de bulaşabilir. • Cinsel yönden aktif olan tüm bireylerde yaşamlarının bir döneminde muhtemelen HPV bulaşır. • HPV antibiyotik ile tedavi edilmez. <p>Rahim Ağzı Kanser Taramasını ; Kimler Yaptırabilir?</p> <p>√ 30-65 yaş arasındaki kadınlar ÜCRETSİZ olarak HPV DNA/ Pap SİMİR Testi yaptırabilir.</p>	<p>HPV DNA / Pap SİMİR Testi Nasıl Yapılır?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Jinekolojik muayene sırasında rahim ağzından, özel bir çubuk yardımı ile sürüntü örneği alınır. ⇒ AGRISIZ , BASİT ve Kısa süren bir işlemdir. <p>Nerede Yaptırabilirim?</p> <ul style="list-style-type: none"> √ KETEM (Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi) √ Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) √ Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) √ Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) <p>UNUTMAYIN !</p> <p>Test yaptırmadan önce;</p> <ul style="list-style-type: none"> !Adet dönemi dışındaki kanma olmayan günlerde tarama testi yapılabilir. ! Testten önceki iki gün boyunca cinsel perhiz yapılmalıdır. ! Testten önceki iki gün boyunca cinsel bölgeye krem, jel, ilaç vb. uygulanmamalı, hazne içi (döl yolu/vajinal duş) yıkanmamalıdır. ! Cinsel bölge her zaman önden arkaya doğru taharetlenmelidir.
--	---	--

8.5. EK-5 HUMAN PAPILLOMA VIRUS (HPV) BİLGİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



Ölçek İzni

2 ileti

25 Ekim 2022 18:07


Sayın Feyza Demir Hocam,
Ben Merve GÖKMEN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmam için yaptığım akademik taramada "Human Papilloma Virus (HPV) Bilgi Ölçeği" Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmanızı inceledim. Müsadeniz olursa çalışmanızı referans göstererek yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Eğer ölçeği kullanmama izin verirseniz, ölçek yönergesini ve eklerini de benimle paylaşabilir misiniz?
Şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Merve GÖKMEN

26 Ekim 2022 00:12

Sayın Merve Gökmen,

Tez çalışmanızda kolaylıklar dilerim. Ölçeği kullanmanız beni mutlu edecektir. Ekte size göndereceğim hali son halidir lütfen bunu dikkate alınız, genellikle tezimde kullandığım veri toplama formu direkt alınıyor ve o hali henüz analizleri yapılmadığı hali olduğu için ölçeğin alt boyutlarındaki farklılıklar fark edilmiyor. Ekte gönderdiğim formda skorlaması da mevcut, ölçeğine kestirim puanı bulunmamaktadır. Şimdilik tezimi referans gösterirseniz makalesi henüz çıkmadı teşekkür ederim, iyi çalışmalar dilerim.

 HPV-KS Skor ve Cevap Anahtarı.docx
31K

8.6. EK-6 RAHİM AĞZI KANSERİ VE PAP SMEAR TESTİ SAĞLIK İNANÇ MODELİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ



Ölçek izni

2 ileti

25 Ekim 2022 18:23

Sayın Aygül AKYÜZ Hocam,
Ben Merve GÖKMEN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim.
Tez çalışmam için yaptığım akademik taramada sorumlu yazarı olduğunuz ve serviks kanseri ve pap smear testine uyarlamasını yaptığınız "Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" isimli çalışmanızı inceledim. Müsadeniz olursa çalışmanızı referans göstererek yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Eğer ölçeği kullanmama izin verirsiniz, ölçek yönergesini ve eklerini de benimle paylaşabilir misiniz?
Şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Merve GÖKMEN

26 Ekim 2022 09:57

Sevgili Merve merhaba,
Araştırmamızda ölçeğimizi kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ölçek ile ilgili bilgiler ektedir.
Çalışmalarında başarılar dilerim

PROF.DR.AYGUL AKYUZ

Sayın Aygül AKYÜZ Hocam,
Ben Merve GÖKMEN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim.
Tez çalışmam için yaptığım akademik taramada sorumlu yazarı olduğunuz ve serviks kanseri ve pap smear testine uyarlamasını yaptığınız "Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" isimli çalışmanızı inceledim. Müsadeniz olursa çalışmanızı referans göstererek yüksek lisans tez çalışmamda kullanmak istiyorum. Eğer ölçeği kullanmama izin verirsiniz, ölçek yönergesini ve eklerini de benimle paylaşabilir misiniz?
Şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Merve GÖKMEN

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği.docx
34K

8.7. EK-7 YÖNETİM KURULU TEZ KONUSU KABUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.11.2022-183770



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yazı İşleri Birimi

Sayı :E-62602371-730.03.02--183770
Konu :Yönetim Kurulu Kararı

14.11.2022

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 09 Kasım 2022 tarih ve 176 (31) sayılı toplantısında Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencileri Merve GÖKMEN'in tez konusu önerisi, Seval Fatma UĞUZ'un tez başlığı değişikliği önerisi, Aleyna VATAN'ın telefi sınavının yapılması önerisi, Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Tuğba DENİZ'in tez konusu önerisi ve Hemşirelik Esasları yüksek lisans programı öğrencisi Nazife ŞIVGIN'ın tez başlığı değişikliği önerileri kabul edilmiştir. Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün 2740, 2741, 2742, 2743 ve 2753 sayılı Yönetim Kurulu Kararları Ek'te gönderilmiştir. Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü

Bilgi:
Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ANKARA

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 09.11.2022
Toplantı Sayısı : 176(31)
Karar Sayısı : 00002740

Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Merve GÖKMEN' in tez konusu önerisi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 09.11.2022 tarih 176(31) sayılı oturumunda oy birliğiyle kabul edildi.

Öğrencinin:

Adı Soyadı	Statüsü	Tez Konusu
Merve GÖKMEN	Yüksek Lisans	İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin Kadınların HPV Bilgisine Serviks Kanseri Sağlık İnancına ve Tarama Testi Yaptırmasına Etkisi

Şahin GIRGIN
Enstitü Sekreteri

YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü

Prof.Dr. Ali ALBAY
Üye

Prof.Dr. Yalçın ÖZKAN
Üye

Prof.Dr. Simel AYYILDIZ
Üye

Doç.Dr. Hatice AYHAN
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Okan Ali AKSOY
Üye

8.8. EK-8 ETİK KURUL İZNI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İki farklı yöntem ile yapılan sağlık eğitiminin kadınların HPV bilgisine, serviks kanseri sağlık inancına ve tarama testi yaptırmasına etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2022/38

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022/38	Tarih: 13.12.2022				
	Sorumlu araştırmacısı Dr.Öğr.Üyesi Serpil ÖZDEMİR olan, yukarıda bilgileri verilen araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bülent ÜNAY

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Bülent ÜNAY	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serdar DEMİRTAŞ	Biyofizik	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Neşe ERSÖZ GÜLÇELİK	Endokrinoloji Metabolizma Hastalıkları	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Suat DOĞANCI	Kalp ve Damar Cerrahisi	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa ALTAY	Endokrinoloji Metabolizma Hastalıkları	Serbest Hekim	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kerim Bora YILMAZ	Genel Cerrahi	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Şafak AKIN	Endokrinoloji Metabolizma Hastalıkları	Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Eşref Oğuz GÜVEN	Üroloji	SBÜ Ankara Dr.A.Y. EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusuf Serdar SAKIN	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Kemal Gökhan ULUSOY	Farmakoloji	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Eray Serdar YURDAKUL	Tıp Tarihi ve Deontoloji	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Bülent ÜNAY
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

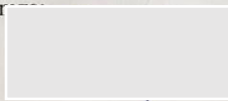
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		İki farklı yöntem ile yapılan sağlık eğitiminin kadınların HPV bilgisine, serviks kanseri sağlık inancına ve tarama testi yaptırmasına etkisi						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2022/38						
Dr. Öğr. Üyesi Eda KARAIŞMALIOĞLU	Biyostatistik	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Avukat Feridun GÜRLEVİK	Hukuk	Gülhane EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Serap KORKMAZ	Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği	Gülhane EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Celil KARTAL	Sağlık Meslek Mensubu Olmayan Üye	SBÜ Gülhane Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

*:Toplantıda Bulunma



Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Bülent ÜNAY

İmza



: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

8.9. EK-9 ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ UYGULAMA İZİNİ

	<p>T.C. ANKARA VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü</p>	<p>ANKARA İL SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA TİPİLİM SAĞLIK BİREME 23.02.2023 11:30:13 E-İS/10714771/00000001 00000001</p> 
<p>Sayı : E-51381736-771-208500625 Konu : Araştırma İzni (Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR)</p>		<p>02.02.2023</p>
<p>SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı)</p>		
<p>Sağlık Bilimleri Üniversitesinde görevli Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR sorumluluğunda ve Yüksek Lisans Öğrencisi, Hemşire Merve GÖKMEN tarafından yapılmak istenen "İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin Kadınların HPV Bilgisine, Serviks Kanseri Sağlık İnancına ve Tarama Testi Yaptırmasına Etkisi" başlıklı ve ilgili kayıtlı araştırma izin talebi, Başkanlığımız " AHSHB Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu" tarafından 26/01/2023 tarihinde düzenlenen toplantıda değerlendirilmiştir.</p>		
<p>Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 31 inci maddesi 5. fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verinin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veri şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalar için bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması ile aile sağlığı merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde çalışma mesaisi ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca kişilerin kimlik bilgilerini ortaya çıkarabilecek sorulardan kaçınılması ve araştırmacının personel desteği almadan kendi imkânları ile araştırmayı yapabileceği esastır.</p>		
<p>Eksiklikleri tamamlanan söz konusu çalışma 26/01/2023 Komisyonumuzca tekrar değerlendirilmiş uygun olduğuna ve izin verilmesine karar verilmiştir.</p>		

Sorumlu Araştırmacı Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR'e tebliğ edilmesi hususunda;
Bilginizi ve gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Mustafa Sırrı KOTANOĞLU
Müdür a.
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

8.10. EK- 10 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Araştırma Projesinin Adı: İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin Kadınların HPV Bilgisine, Serviks Kanseri Sağlık İnancına ve Tarama Testi Yaptırmasına Etkisi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR

Diğer Araştırmacıların Adı: Yük. Lis. Öğr. Merve GÖKMEN

Destekleyici (varsa): -

“İki Farklı Yöntemle Yapılan Sağlık Eğitiminin Kadınların HPV Bilgisine, Serviks (Rahim ağzı) Kanseri Sağlık İnancına ve Tarama Testi Yaptırmasına Etkisi” başlıklı çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma sizden çalışma kapsamında sekiz hafta ara ile uygulanacak olan anketleri cevaplandırmanız beklenmektedir. Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında, Dr. Serpil ÖZDEMİR sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu araştırma 30-65 yaş arası kadınların iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitimi ile HPV bilgisinin, rahim ağzı kanserine yönelik sağlık inancının ve tarama testi yaptırması durumunun incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmaya toplam 30-65 yaş arası 126 kadın katılacaktır.

Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalaranız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin, araştırmacıya çalışmadan ayrılma isteğinizi söyleyerek çalışmayı bırakabilirsiniz. Aynı şekilde çalışmayı yürüten araştırmacı da, sizi çalışma dışı bırakabilir.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışmada sizi rahatsız edebilecek riskli bir soru bulunmamaktadır. Verdiğiniz cevaplar, alacağınız sağlık hizmeti dahil olmak üzere, hayatınızdaki hiçbir durumu değiştirmeyecektir.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Bu çalışmada elde edilecek veriler; iki farklı yöntemle yapılan sağlık eğitiminin kadınların HPV bilgisine, rahim ağzı kanseri sağlık inancına ve tarama testi yaptırmasına etkisini inceleyip hangi yöntemin daha etkili olduğunu ortaya koyacak ve kadınların bilgi düzeyinin, rahim ağzı kanseri sağlık inancının ve taramaya katılımının olumlu yönde değişmesine katkı sağlayabilecektir. Aynı zamanda araştırmaya katılımınız toplum sağlığının korunması geliştirilmesi ve sürdürülmesine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmacı, kişisel bilgilerinizi bilimsel makale yazarken kullanacak ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR
GÖREVİ : SBÜ Gülhane Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD Bşk.

TELEFON

ADI : Yük. Lis. Öğr. Merve GÖKMEN
GÖREVİ : Halk Sağ. Hem. Yük. Lis. Öğr.

TELEFON

Katılımcının Beyanı;

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim dalında görevli, Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR ve Yük. Lis. Öğr. Merve GÖKMEN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun, hastaneden aldığım tıbbi tanı ve tedavi hizmetlerine herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağını bilincindeyim. Ayrıca tıbbi tanı ve tedavi hizmetlerinden faydalanma durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu bilimsel araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR

Adres:

Telefon

Tarih:

İmza:

Yük. Lis. Öğr. Merve GÖKMEN,

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza: