



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SERVİKS KANSERİ TARAMASINDA KLİNİKTE veya KENDİ KENDİNE
NUMUNE ALMANIN KATILIM, TUTUM ve KAYGI ÜZERİNE ETKİSİ**

Özge ŞEN

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Tülay YILMAZ**

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik, Tezli Yüksek Lisans Programı

Aralık, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Özge ŞEN tarafından, **Doç. Dr. Tülay YILMAZ** danışmanlığında hazırlanan "**SERVİKS KANSERİ TARAMASINDA KLİNİKTE veya KENDİ KENDİNE NUMUNE ALMANIN KATILIM, TUTUM ve KAYGI ÜZERİNE ETKİSİ** " başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **22/12/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

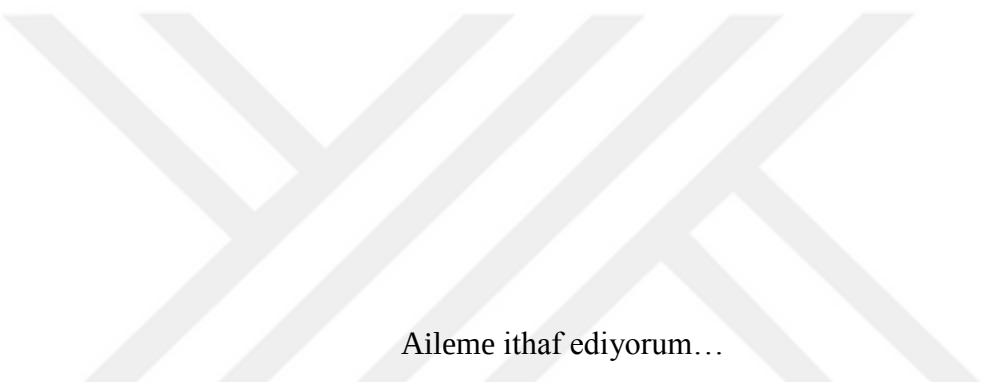
Tez Jürisi		İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Tülay YILMAZ		☒
	İstanbul Üniversitesi		Kabul
	Cerrahpaşa		☐
	Ebelik Anabilim Dalı		Ret
ÜYE	Doç. Dr. Hüsniye DİNÇ		☒
	KAYA		Kabul
	İstanbul Üniversitesi		☐
	Cerrahpaşa		Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Neriman		☒
	GÜDÜCÜ		Kabul
	Kırklareli Üniversitesi		☐
	Ebelik Anabilim Dalı		Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Özge ŞEN

(İmza)



Aileme ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

SERVİKS KANSERİ TARAMASINDA KLİNİKTE veya KENDİ KENDİNE NUMUNE ALMANIN KATILIM, TUTUM VE KAYGI ÜZERİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) kurumunun 28585 numaralı projesi ile desteklenmiştir.

TEŞEKKÜR

Tez sürecinde üzerimden emeğini esirgemeyen ve akademik yaşantımda daima yolumu aydınlatan Kıymetli Hocam Sayın Doç. Dr. Tülay YILMAZ’a,
Yüksek lisans eğitimim boyunca alandaki donanımlarıyla ufkumu genişleten ve sağladıkları destekler dolayısıyla birbirinden değerli İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü Hocalarıma,
Yüksek Lisans Tez Savunma bölümüne katılan Saygıdeğer Jüri Üyelerine,
Tezime gönülden katılmayı kabul eden katılımcılara,
Araştırmamı yürütmemde sağladığı destek dolayısıyla canım arkadaşlarım Dr. Gizem ATEŞ ve Arş. Gör. Rukiye DUMAN’a,
Araştırmamın deneysel kısmı için laboratuvar desteği sağlayan Gözde YASAV ve Seyran DÖNMEZ hanıma, laboratuvarda bana destek olan ve bilgilerini paylaşan Zehranur GÜLAKMAN ve Azize DEVECİ hanıma,
Yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek olan arkadaşlarım Nazlı YALÇINBAŞ ve Mert AKMAN’a, desteğini esirgemeyen ablam Fadime ŞAHİN’e,
Eğitimim boyunca yanımda olan, beni destekleyen ve motive eden çok kıymetli annem Gülten YILMAZ’a, babam Ferudun YILMAZ’a, kardeşim Ogün YILMAZ’a,
Her an yanımda olan, eğitimim boyunca yaşadığım tüm zorlukları benimle birlikte göğüsleyen, desteğini her an hissettiğim Sevgili Eşim Yiğit Deniz ŞEN’e sonsuz teşekkür ederim.

Aralık 2023

Özge ŞEN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ	xi
TABLO LİSTESİ.....	xiii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ	xiv
ÖZET	xvi
ABSTRACT	xviii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	2
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	3
2.1. KANSER	3
2.2. JİNEKOLOJİK KANSERLER.....	3
2.3. SERVİKS KANSERİ	4
2.4. SERVİKS KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ	5
2.5. SERVİKS KANSERİ BELİRTİ VE BULGULARI.....	5
2.6. SERVİKS KANSERİ VE HPV İLİŞKİSİ	5
2.7. DÜNYADA SERVİKS KANSERİ	6
2.8. TÜRKİYE’DE SERVİKS KANSERİ	8
2.9. SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMA.....	8
2.9.1. HPV Aşısı.....	9
2.10. SERVİKS KANSERİ TARAMASI.....	11
2.10.1. Pap Smear Testi.....	11
2.10.2. HPV DNA Testi	11
2.10.3. Asetik Asit (VIA) Testi	12

2.10.4. Kolposkopi	12
2.10.5. Biyopsi	13
2.11. DÜNYADA SERVİKS KANSERİ TARAMASI	13
2.12. TÜRKİYE’DE SERVİKS KANSERİ TARAMASI	14
2.13. KLİNİSYEN TARAFINDAN HPV TESTİ NUMUNESİNİN ALINMASI.....	16
2.14. KENDİ KENDİNE HPV TESTİ NUMUNESİNİN ALINMASI.....	17
2.15. TEST SONUCU NORMAL OLAN KİŞİLERDE YÖNETİM.....	19
2.16. TEST SONUCU ANORMAL KİŞİLERDE YÖNETİM	19
2.17. SERVİKS KANSERİ TARAMASINA KATILIM	20
2.18. SERVİKS KANSERİ TARAMASINDA TUTUM.....	21
2.19. SERVİKS KANSERİ TARAMASINDA KAYGI.....	21
2.20. SERVİKS KANSERİ TARAMASINDA EBENİN ROLLERİ	22
3. YÖNTEM.....	24
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	24
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	25
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	29
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	29
3.3.3. Araştırmanın Soru ve Hipotezi.....	29
3.3.4. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	29
3.3.5. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	30
3.4. RANDOMİZASYON	30
3.5. KÖRLEME	33
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	33
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu-Ek 1	33
3.6.2. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (SKETTÖ) -Ek 2	33
3.6.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri-Ek 3	34
3.7. ÇALIŞMADA KULLANILAN TARAMA YÖNTEMLERİ	35
3.7.1. Klinisyen Tarafından Yapılan HPV DNA Testi (Kontrol Grubu)	35
3.7.2. Kendi Kendine Yapılan HPV DNA Testi (Deney Grubu).....	36
3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	37
3.9. NUMUNELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	39
3.9.1. Kontrol Grubunun Numunelerinin Değerlendirilmesi	39
3.9.2. Deney Grubunun Numunelerinin Değerlendirilmesi	39

3.10. VERİLERİN İSTATİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ	45
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	46
3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	47
3.13. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ	47
4. BULGULAR	48
4.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ ve SERVİKAL KANSER TARAMASINA KATILIMA AİT BULGULAR	49
4.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular	49
4.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri ile İlgili Bulgular	51
4.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Servikal Kanser ve Tarama Testi ile İlgili Bulguları	53
4.2. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ (SKETTÖ) PUAN ORTALAMALARI	54
4.3. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM PUANLARININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	55
4.4. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN BAZI TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM PUANLARI ARASINDA KORELASYON ANALİZİ.....	69
4.5. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR.....	70
4.6. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ PUAN ORTALAMALARI	73
4.7. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TEST SONUÇLARI	75
5. TARTIŞMA.....	76
5.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE SERVİKAL KANSER TARAMASINA KATILIMA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	77
5.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tartışılması.....	77
5.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Tartışılması	81
5.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Servikal Kanser ve Tarama ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması.....	84

5.2. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ (SKETTÖ) PUAN ORTALAMALARI BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	89
5.3. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM PUANLARININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASININ TARTIŞILMASI.....	90
5.3.1. Katılımcıların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tartışılması.....	90
5.3.2. Katılımcıların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Puanlarının Obstetrik Jinekolojik Özelliklerine Göre Tartışılması	92
5.3.3. Katılımcıların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Puanlarının Servikal Kanseri ve Tarama Testi ile İlgili Özelliklerine Göre Tartışılması	94
5.4. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLER VE SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM PUANLARI ARASINDA KORELASYON ANALİZİNİN TARTIŞILMASI	97
5.5. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI	98
5.6. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI.....	98
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	100
6.1. Öneriler	104
KAYNAKLAR.....	106

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2.1: Dünyada Serviks Kanserinin Görülme Sıklığı.....	8
Şekil 2.2: DSÖ'nün Aşı ve Tarama ile İlgili Hedefleri.....	14
Şekil 2.3: Türkiye Servikal Tarama Programı Yeni Algoritması, 2020.....	16
Şekil 2.4: HPV Testi İçin Numune Toplama.....	17
Şekil 2.5: HPV Testi için Kendi Kendine Vajinal Örnek Alma.....	18
Şekil 2.6: Servikal Numune Almada Kullanılan Fırça tipleri	18
Şekil 3.1: Araştırmanın Birinci Aşaması ile İlgili Akış Şeması.....	26
Şekil 3.2: Güç Analizi.....	27
Şekil 3.3: Araştırmanın İkinci Aşaması ile İlgili Akış Şeması.....	28
Şekil 3.4: Randomizasyon.....	31
Şekil 3.5: CONSORT 2010 Akış Diyagramı.....	32
Şekil 3.6: HPV Numune Örneğinin Alınması Basamakları.....	37
Şekil 3.7: Kadının Kendi Kendine HPV Testini Yaparken Kullandığı Fırça ve Uygun Koşullarda Saklanması İçin Gerekli Tüp Görseli.....	38
Şekil 3.8: HPV Testleri Analizinde Kullanılan PCR Cihazı.....	40
Şekil 3.9: Numunelerin Analiz İşlemleri.....	40
Şekil 3.10: HPV 16 Tespiti için Yeşil Kanaldaki Sinyallerin Analizi Sonuçları.....	41

Şekil 3.11: HPV 18 Tespiti İçin Kırmızı Kanaldaki Sinyallerin Analizi Sonuçları.....	42
Şekil 3.12: Yüksek Riskli Diğer HPV Tiplerinin Tespiti için Sarı Kanaldaki Sinyallerin Analizi Sonuçları.....	42
Şekil 3.13: İnsan B-Globin Geni Tespiti İçin Turuncu Kanaldaki Sinyallerin Analizi Sonuçları.....	43
Şekil 4.1: Durumluk Kaygı Envanteri Ölçümlerinin Gruba Göre Farklılaşma Durumu	74

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 2.1: HPV Aşılarının Özellikleri.....	10
Tablo 3. 1: QIAscreen HPV PCR Test Kontrollerinin Doğrulama Kriterleri.....	44
Tablo 3.2: Normal Dağılım.....	45
Tablo 4.1: Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 309)	48
Tablo 4.2: Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 309)	50
Tablo 4.3: Kadınların Servikal Kanseri ve Tarama Testi ile İlgili Bulguları (N=309)	52
Tablo 4.4: SKETTÖ Puan Ortalamaları (N=309).....	54
Tablo 4. 5: SKETTÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=309)	54
Tablo 4.6: SKETTÖ Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumunu (N=309)	57
Tablo 4.7: SKETTÖ Puanlarının Servikal Kanseri ve Tarama Testi ile İlgili Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=309)	61
Tablo 4.8: Tanımlayıcı Özellikler ve SKETTÖ Puanları Arasında Korelasyon Analizi (N=309)	67
Tablo 4.9: Araştırmanın İkinci Aşamasında Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular (N=110).....	68
Tablo 4.10: Durumluk Kaygı Ölçümlerinin Gruba Göre Farklılaşma Durumu (N=110)	71

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Simgeler Açıklama

°C: : Santigrat Derece

Kisaltmalar Açıklama

ACS	: American Cancer Society - Amerikan Kanser Derneği
ACOG	: American College of Obstetrics and Gynecology - Amerikan Jinokologlar ve Obstetrisyenler Birliği
AHB	: Aile Hekimliği Birimi
AHBS	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AIS	: Adenokarsinoma In Situ
ASC-H	: Atypical Squamous Cells-Cannot Exclude High- Grade Squamous Intraepithelial Lesion
ASC-US	: Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AP	: Aile Planlaması
CIN	: Servikal İntraepitelyl Neoplazi
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: U.S. Food and Drug Administration - Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
GLOBOCAN	: The Global Cancer Observatory - Küresel Kanser Gözlemevi
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPV	: Human Papilloma Virüsü
HSIL	: Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
IARC	: The International Agency for Research on Cancer - Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı
IVD	: In Vitro Diagnostics
KETEM	: Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
LSIL	: Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyonlar
mRNA	: Messenger Ribonükleik Asit
NaCl	: Sodyum Klorür

PCR	: Polymerase Chain Reaction- Polimeraz Zincir Reaksiyonu
RIA	: Rahim İçi Araç
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
SKETTÖ	: Serviks Kanseri Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TDK	: Türk Dil Kurumu
THSGM	: Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü



ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SERVİKS KANSERİ TARAMASINDA KLİNİKTE veya KENDİ KENDİNE NUMUNE
ALMANIN KATILIM, TUTUM ve KAYGI ÜZERİNE ETKİSİ

Özge ŞEN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik, Tezli Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Tülay YILMAZ

Giriş: Servikal kanserin ana nedeni, yüksek riskli HPV türlerinin kalıcı enfeksiyonudur.

Amaç: Bu araştırmanın amacı kadınlarda serviks kanseri taramasında klinikte veya kendi kendine numune almanın taramaya katılım, tutum ve kaygı üzerine etkisini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Ödemiş 2 Nolu ASM’de Ekim 2022-Aralık 2023 tarihleri arasında tanımlayıcı ve randomize kontrollü olarak yapılmıştır. Araştırmanın birinci aşaması 309 kadın ile yapılmış olup, serviks kanseri taramasına katılım ve tutumları değerlendirme amacıyla “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci aşaması 110 kadın ile deney (n=55) ve kontrol (n=55) grubu olmak üzere randomize kontrollü olarak yapılmıştır. Deney grubunda yer alan kadınlara işlem öncesi eğitim verilerek vajinal bölgeden kendi kendilerine numune almaları sağlanmıştır. Kontrol grubunda yer alan kadınların ise klinisyen tarafından servikal bölgesinden numune alınmıştır. Her iki gruba da işlem öncesi “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve kaygı durumlarını ölçmek amacıyla “Durumluk Kaygı Envanteri” kullanılarak ön test uygulanmıştır. Deney ve kontrol gruplarına numune alınma işlemi sonrasında ise tekrar “Durumluk Kaygı Envanteri” kullanılarak son test uygulanmıştır.

Bulgular: Kadınların tarama yöntemi tercihlerine göre %34'ünün (n=105) kendi kendine yapılan bir testi, %18,4'ünün (n=57) klinikte klinisyen tarafından yapılan bir testi, %3,9'unun (n=12) hiçbir yöntemi, %43,7'sinin (n=135) her iki yöntemi tercih ettiği bulunmuştur. Araştırmada kendi kendine yapılan test seçeneğinin taramaya katılımı arttırdığı bulunmuştur. Kadınların SKETTÖ toplam puan ortalaması $102,896 \pm 5,660$ olarak yüksek bulunmuştur. Bu sonuç kadınların serviks kanseri erken tanısına ilişkin olumlu tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmanın ikinci aşamasında deney ve kontrol grubunun tanımlayıcı özelliklerinin homojen dağılım gösterdiği görülmüştür. Deney ve kontrol grubu arasında kaygı düzeyi açısından ön testte anlamlı bir fark bulunmazken son testte kontrol grubunun anlamlı olarak daha yüksek bir kaygı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmada kadınların servikal kanser taramasına karşı olumlu tutum sergiledikleri, kendi kendine numune almanın taramaya katılımı arttırdığı ve kaygı düzeyini azalttığı görülmüştür. |

Aralık 2023 , |146| sayfa.

Anahtar kelimeler: | Servikal Kanser, HPV, Serviks Kanser Taraması, HPV Testi |

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

**THE EFFECT OF IN CLINIC OR SELF-SAMPLING FOR CERVICAL CANCER
SCREENING ON STATUS OF PARTICIPATION, ATTITUDE AND ANXIETY**

Özge ŞEN

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Midwifery

Midwifery of Programme

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Tülay YILMAZ

Introduction: Persistent infection with high-risk HPV strains is the main cause of cervical cancer.

Objective: The aim of this study was to determine the effect of clinic or self-sampling on cervical cancer screening participation, attitudes and anxiety in women.

Method: The study was conducted as a descriptive and randomized controlled study between October 2022 and December 2023 in Ödemiş ASM No. 2, Ministry of Health, Republic of Turkey. The first phase of the study was conducted with 309 women and the "Introductory Information Form" and "Attitude Scale for Early Diagnosis of Cervical Cancer" were used to evaluate participation and attitudes towards cervical cancer screening. The second phase of the study was conducted as a randomized controlled trial with 110 women in the experimental (n=55) and control (n=55) groups. The women in the experimental group were trained before the procedure and were allowed to take samples from the vaginal area on their own. The women in the control group were sampled from the cervical region by the clinician. Both groups were

pretested before the procedure using the "Descriptive Information Form" and the "State Anxiety Inventory" to measure anxiety. After the sampling procedure, the post-test was administered to the experimental and control groups using the "State Anxiety Inventory".

Results: According to the screening method preferences of the women, 34% (n=105) preferred a self-test, 18.4% (n=57) preferred a test performed by a clinician in a clinic, 3.9% (n=12) preferred no method, and 43.7% (n=135) preferred both methods. In the study, it was found that the self-test option increased participation in screening. The mean total score of the women was found to be 102.896 ± 5.660 . This result shows that women have high positive attitudes towards early diagnosis of cervical cancer. In the second stage of the study, it was observed that the descriptive characteristics of the experimental and control groups showed homogeneous distribution. While there was no significant difference between the experimental and control groups in terms of anxiety level in the pretest, it was found that the control group had a significantly higher anxiety level in the posttest.

Conclusion: In this study, it was observed that women had positive attitudes towards cervical cancer screening, self-sampling increased participation in screening and decreased anxiety levels. |

December 2023, |146| pages.

Keywords: |cervical cancer, HPV, cervical cancer screening, HPV test |

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Dünya çapında servikal kanser kadınlarda yaygın hastalık ve ölüm nedenlerindendir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 servikal kanser raporuna göre, dünya genelinde 604.000 kadına servikal kanser tanısı konulduğu ve bu kadınların 342.000'inin servikal kanserden öldüğü bildirilmiştir. Serviks kanserinin küresel insidansı 13.3/100.000 ve serviks kanserine bağlı ölüm oranı ise 7.3/100.000'tür (WHO, 2020a).

Servikal kanserin ana nedeni, cinsel temas yoluyla bulaşan son derece yaygın bir virüs ailesi olan yüksek riskli HPV türleri ile kalıcı enfeksiyondur. Cinsel yönden aktif olan kadın ve erkeklerin yaşamlarının bir noktasında HPV virüsü ile karşılaşma oranı oldukça yüksektir (Chesson ve diğ., 2014; Aggarwal, 2019).

Yüksek riskli HPV tipleri ile servikal kanser arasında bağlantı kurulmaktadır. Yüksek dereceli servikal epitelyal lezyonlar (HSIL) için açıkça daha yüksek spesifite ve tekrarlanabilirliğe sahip olan insan papilloma virüs (HPV) DNA testi, son yıllarda en önemli tarama testi olarak yaygın şekilde kabul görmüştür. Genel olarak yapılan çalışmalar sonucunda HPV DNA testi sensitivitesi %96 civarındadır (THSGM, 2021b).

İlk cinsel deneyimden kısa bir süre sonra HPV pozitifliği olasılığı artmaktadır. Daha sonra immün sistemin güçlü olması ile negatifliğe dönmektedir. Kalıcı pozitiflik genel olarak 30 yaş üstünde olacağından servikal kanser taraması 30 yaş üstü kadınlara önerilmektedir (THSGM, 2021b). Servikal kanser vakalarının yaklaşık %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Bunun en önemli sebebi servikal kanserin önlenabilir olmasına rağmen bu ülkelerde yaşayan kadınların aşı ve tarama programlarına erişememesidir (Cohen ve diğ., 2019). Her beş yılda bir yapılan tarama ile servikal kanserden ölme riski %85' ten fazla düşmektedir (Bedell ve diğ., 2020).

Ülkemizde kadınların jinekolojik muayeneden korkuyor olması, mahrem olarak görülen genital bölgesinin smear ve HPV alımı sırasında görünüyormuş olması kadının taramaya katılımını olumsuz etkilemektedir (Aksu ve Turgut 2020). Yeterli bilgilendirme yapıldığı halde, tarama

yaptırmayı kabul etmeme durumlarında, kadınlardan tarama yaptırmak istememelerine dair imzaları alınmakta ve bu kadınlar bir yıl sonra tarama programına tekrar davet edilmektedir (THSGM, 2016).

Türkiye Kanseri Kontrol Programının 2016 yılında yayınladığı bildiride “Gelecekte HPV testini kadının kendisinin de yapması mümkün olacaktır” ifadesi yer almaktadır (THSGM, 2016). HPV DNA testi, hastalığın bulunduğu bölgeden alınan örnek veya sürüntü materyalinden yapılabilir. Genital bölge veya ciltte var olan herhangi bir siğilden alınan çok minimal bir parça bile bu test için yeterlidir (Tota ve diğ., 2017).

Servikal kanser taramasında HPV ile tarama CIN2/CIN3 tespiti açısından sitoloji taramasına göre daha duyarlıdır. HPV taraması sitoloji testine oranla daha az değişken, daha objektif, uygulanması ve tekrarlanabilirliği kolay ve taramaya istekli olmayanlar için kendi kendine numune alma imkanı sağlamaktadır. HPV test sonucu negatif olan kadınlarda tarama aralığı daha uzundur (Maver ve Poljak, 2020). HPV testi negatif prediktif değeri yüksek olduğundan negatif test sonrası kadına bir sonraki taramaya kadar daha yüksek bir güven sağlanacaktır (Maver ve Poljak, 2020; THSGM, 2021b).

HPV kendi kendine örnekleme ile klinisyenler tarafından alınan örnekler benzer duyarlılığa ve özgüllüğe sahiptir (Petignat ve diğ., 2007; Szarewski ve diğ., 2007). HPV kendi kendine testi sağlık profesyonellerini ziyaret etmekten kaçınan kadınların taramasını sağlamaktadır (Cuzick ve diğ., 2012; Castle ve diğ., 2012). HPV kendi kendine numune alımında pozitif sonuçla karşılaşıldığında kadınların uzman klinisyene yönlendirilmeleri sonucunda katılımları artmaktadır (Broberg ve diğ., 2014).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın taramaya katılım, serviks kanserinden korunmaya yönelik tutum ve kaygı düzeyi üzerine etkisini belirlemektir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. KANSER

Kanser terimini ilk olarak Yunan fizikçi Hippocrates (MÖ 460-370) kullanmıştır. Hippocrates, carcinos ve carcinoma terimlerini ülser oluşturan ve ülser oluşturmayan tümörler olarak ifade etmiştir (THSGM, 2023a).

Kanser anormal hücrelerin vücutta kontrolsüz bir şekilde büyüyerek çoğalmasıdır. Kanserli hücrelerin bulundukları doku dışına yayılmasına ise metastaz denilmektedir. Metastaz sonucunda ölüm riski artmaktadır. Kişinin genetik yapısı, ultraviyole ve iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalınması, asbest, tütün dumanı bileşenleri, alkol, aflatoksin ve arsenik gibi kimyasallara maruz kalınması, belirli virüs, bakteri veya parazitlerden kaynaklanan enfeksiyonlar kansere sebep olabilmektedir (WHO, 2022a).

Kanser dünya çapında ölüme neden olan hastalıkların başında gelmektedir. DSÖ verilerine göre 2020 yılında 10 milyon kişi kanser sebebiyle hayatını kaybetmiştir (WHO, 2022a). TÜİK 2022 verilerine göre ülkemizde ölüm nedenleri incelendiğinde kanserden ölüm ikinci sırada yer almaktadır (TÜİK, 2022b).

En sık görülen kanserler ülkeden ülkeye göre farklılık göstermektedir. Dünya çapında erkeklerde en sık akciğer, prostat, kolon ve rektum, mide kanseri; kadınlarda ise meme, rektum, akciğer ve serviks kanseri görülmektedir (GLOBOCAN, 2020).

Kanserden korunmak mümkündür, sağlıklı yaşam tarzı ile kansere yakalanma oranı azalır. Aynı zamanda erken teşhis ve tedavi hayat kurtarıcı olmaktadır. Kanserlin erken aşamalarda tespiti için belirli kanserlere yönelik taramalar yapılmaktadır (WHO, 2022a).

2.2. JİNEKOLOJİK KANSERLER

Jinekolojik kanserler kadın üreme sisteminde yer alan servikal, over, uterin, vajinal, vulva ve fallop tüpleri olmak üzere tüm kanserleri içerir (Ledford ve Lockwood, 2019). GLOBOCAN 2020 verilerine göre kadınlarda en sık görülen jinekolojik kanser serviks kanseri iken ikinci sırada endometrium kanseri üçüncü sırada ise over kanseri yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020).

2.3. SERVİKS KANSERİ

Serviks rahmin en alt kısmı olup, stroma ve epitelden oluşan silindirik şeklinde bir yapıdır. Serviks önde mesane, arkada rektum ile komşudur. Endoservikal kanal yoluyla süperiorde uterin kavite (internal orifis yoluyla) ve inferiorde vajen (eksternal orifis yoluyla) ile bağlantılıdır. Serviksin vajinal bölümü ekzoserviks olarak isimlendirilir ve vajenin skuamöz epiteli ile döşelidir. Serviksin üst üçte ikisi olan endoserviks ise endometriyumun kolumnar glandüler epiteli ile döşelidir. Adenokarsinom bu alandan kaynaklanır. Ekzoserviks ve endoserviks bileşkesi (=skuamokolumnar bileşke) serviks kanserinin en sık geliştiği alandır (Devine ve diğ., 2019; Bhatla ve diğ., 2018; WHO, 2023a).

Serviks kanseri, skuamöz hücreli kanser (skuamöz epitelden kaynaklanır) ve adenokarsinom (kolumnar epitelden kaynaklanır) olmak üzere ağırlıklı olarak iki tiptir. Her iki kanser türünden önce, epitelde kanser öncesi bir değişiklik meydana gelir. Skuamöz hücreli kanserin öncüsü servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) olarak adlandırılır ve adenokarsinomun öncüsü adenokarsinoma in situ (AIS) olarak bilinir. Skuamöz hücreli kanserler en yaygın olanıdır ve tüm serviks kanserlerinin %80-90' ını oluşturur. Bu nedenle, CIN, AIS'den çok daha yaygındır. CIN ve AIS görülen kadınların genellikle herhangi bir semptomları yoktur, serviks kanseri yavaş ilerler ve belirti vermeyebilir (Mittal ve diğ., 2020). CIN veya AIS tespit ve tedavi edilmezse 5-10 yıl içinde invaziv serviks kanserine yol açabilir. İlerleme şiddetine göre CIN1, CIN2 ve CIN3 olarak adlandırılır. CIN1, neoplastik hücrelerin servikal epitel kalınlığının alt üçte biri ile sınırlı olan, kanser oluşturma olasılığı en düşük formudur. CIN1 lezyonlarının çoğuna geçici bir HPV enfeksiyonu neden olur, enfeksiyon temizlendiğinde kaybolur. CIN2 ve CIN3' te, servikal epitel anormallikleri sırasıyla servikal epitel kalınlığının orta üçte birlik ve üst üçte birlik kısmına kadar uzanır. CIN2 ve CIN3'ün ilerleme potansiyeli yüksektir. CIN3 lezyonlarının yaklaşık %30-50' si tedavi edilmezse invaziv kansere ilerler. CIN1 lezyonları, düşük ilerleme potansiyeli nedeniyle düşük dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonlar (LSIL) olarak da bilinir. CIN2 ve CIN3 lezyonları, yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyonlar (HSIL) olarak birlikte gruplandırılır. AIS, adenokarsinomaya ilerleme potansiyelinin yüksek olması nedeniyle her zaman yüksek dereceli bir lezyon olarak kabul edilmektedir. AIS' in saptanması CIN ile karşılaştırıldığında çok daha zordur. Çünkü lezyon her zaman endoservikal kanal içindedir. AIS' in tedavisi de zordur. Tedavi edilmezse, AIS 5-10 yıl içinde adenokarsinomaya ilerleyebilir. AIS ve CIN genellikle bir arada bulunur (Joshi ve diğ., 2023).

2.4. SERVİKS KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ

Kadın olmak serviks kanseri için önemli bir risk faktörüdür. Çeşitli nedenlerle serviks kanseri riski artabilmektedir. Ancak nadiren de olsa herhangi bir risk faktörü olmayan kişilerde de serviks kanseri gelişebilmektedir (American Cancer Society, 2020).

Servikal kanserin ana nedeni, cinsel temas yoluyla bulaşan son derece yaygın bir virüs ailesi olan yüksek riskli HPV türleri ile kalıcı enfeksiyonudur (WHO, 2020a). Erken yaşta cinsel aktivite, korunmasız ilişki, çok sayıda cinsel partnerin olması riski artırmaktadır (Itarat ve diğ., 2019; Johnson ve diğ., 2019; American Cancer Society, 2020). İlk gebeliği 18 yaşından küçük olup, dört ve üzerinde doğum yapmak HPV enfeksiyonu riskini ve aynı zamanda servikal kanser riskini arttırmaktadır (Johnson ve diğ., 2019). Sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla serviks kanseri riski yaklaşık iki kat daha fazla olmaktadır (Johnson ve diğ., 2019).

Cinsel yolla bulaşan klamidy ve genital herpes enfeksiyonu HPV riskini ve dolayısıyla servikal kanser riskini arttırmaktadır. HIV (Human Immunodeficiency Virus) pozitif bireylerde bağışıklık sistemi zayıflamıştır ve HPV bulaşı riski artmaktadır (Johnson ve diğ., 2019).

2.5. SERVİKS KANSERİ BELİRTİ VE BULGULARI

Serviks kanseri erken evrede hiçbir belirti vermeyebilir. Kanser büyüyerek yayılmaya başladığında ise genellikle vajinal ilişkiden sonra kanama, menopozda iken kanama, adet dönemleri arasında kanama ve lekelenme veya adet dönemlerinin normalden daha uzun veya ağır olması gibi anormal kanamalar olabilmektedir. Ağrılı cinsel ilişki ve pelvik bölgede ağrı görülebilmektedir (American Cancer Society, 2020). İleri evrede ise pelvis içinde künt ağrılar, bacakların şişmesi, hematüri, rektal kanama gibi semptomlar görülebilir (American Cancer Society, 2020).

2.6. SERVİKS KANSERİ VE HPV İLİŞKİSİ

HPV, Papillomaviridae ailesinden zarfsız, çift sarmallı, dairesel bir DNA virüsüdür. HPV virüsü deri/mukozanın bozulması yoluyla epitele girer ve bazal kök hücreleri enfekte eder (WHO, 2020a; Luria ve Cardoza-Favarato, 2022; Yousefi ve diğ., 2022).

Çoğu insan cinsel aktivitenin başlamasından kısa bir süre sonra HPV ile enfekte olur. Bu kişilerin %90' ından fazlasının enfeksiyonu kendiliğinden geçer (Chesson ve diğ., 2014; Aggarwal, 2019). HPV büyük bir oranda (%99) serviks kanserine neden olmaktadır (Chesson ve diğ., 2014; Aggarwal, 2019; WHO, 2020a). Bununla birlikte, son yıllarda, başta adenokarsinomlar olmak üzere bazı servikal tümörlerin HPV negatif olduğuna ve HPV enfeksiyonu ile ilişkili olmadığına dair veriler de bulunmaktadır (Volkova ve diğ., 2021). Yani HPV serviks kanseri için önemli bir nedendir ancak şart değildir (Joshi ve diğ., 2023).

HPV genetik yapısına göre farklı tiplere ayrılmaktadır. Kadınlarda serviks kanseri başta olmak üzere vajinal, vulvar ve anal kanserlere; erkeklerde penil, anal ve orofaringeal kanserlere neden olabilir. HPV'nin yüksek riskli veya onkojenik olarak bilinen tipleri, HPV16, HPV18, HPV31, HPV33, HPV35, HPV39, HPV45, HPV51, HPV52, HPV56, HPV58 ve HPV59' dur. Bunlardan HPV16 ve HPV18 en onkojenik olan tiplerdir. HPV16 ve HPV18, serviks kanserlerinin yaklaşık %70' i ile ilişkilidir (Aggarwal, 2019; Condrat ve diğ., 2021; WHO, 2023). HPV6 ve HPV11 ise dış genital organlarda, vajinada ve servikte siğillere sebep olabilmektedir (WHO, 2023a).

Bağışıklık sistemi normal olan kadınlarda serviks kanserinin gelişmesi 15 ila 20 yıl sürer. Tedavi edilmemiş HIV enfeksiyonu olanlar gibi bağışıklık sistemi zayıflamış kadınlarda sadece 5 ila 10 yıl sürebilir (WHO, 2018).

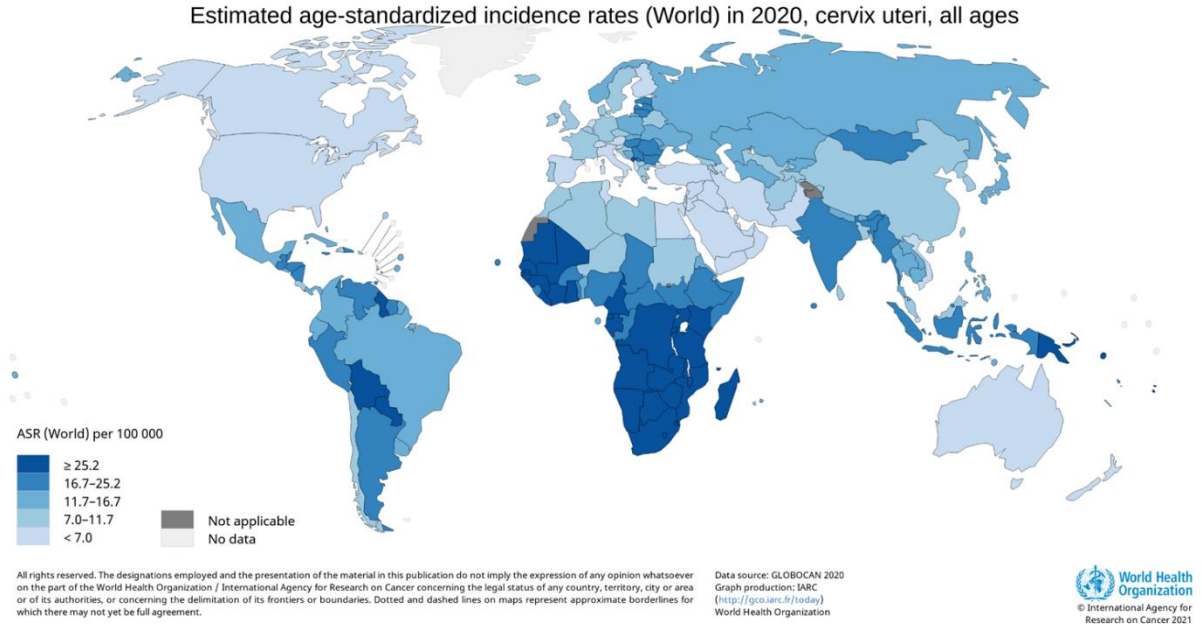
2.7. DÜNYADA SERVİKS KANSERİ

Serviks kanseri dünya çapında kadınlarda en yaygın dördüncü malignite olarak kabul edilmektedir (GLOBOCAN, 2020). DSÖ 2020 servikal kanser raporuna göre, dünya genelinde 604.000 kadına servikal kanser tanısı konulduğu ve bu kadınların 342.000'i servikal kanserden öldüğü bildirilmiştir. 2030 yılına kadar bu sayıların artarak; her yıl 700.000 yeni vaka ve serviks kanserinden ölümlerin 400.000'inin üzerinde olacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2020a).

Serviks kanseri, 30-55 yaş aralığındaki kadınlarda görülmekle beraber, gittikçe genç yaştaki kadınlarda da görülmeye başlamıştır (Taşkın, 2016). Dünya çapında servikal kanser tanısı ortalama 53 yaş civarında alınmakta ve servikal kanserden ölümler ortalama 59 yaş civarında olmaktadır (Arbyn ve diğ., 2020).

Serviks kanseri tanısı alan ve kanserden ölen birçok kadın düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2020b). Sahra altı Afrika ülkelerinde kansere bağlı ölümlerin büyük çoğunluğunu serviks kanseri oluşturmaktadır. Serviks kanserine yakalanma oranı ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye göre değişmektedir. En yaygın Kuzey Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda ile Batı Asya'daki (Suudi Arabistan) oranların 10 katından fazla olan Eswatini ve Malawi gibi Sahra altı Afrika ülkelerinde görülmektedir (**Şekil 2.1**). Nüfusları hızla artan Çin ve Hindistan küresel çapta serviks kanseri yükünün yaklaşık %40' ını oluşturmaktadır (WHO, 2021b).

Gelişmiş ülkelerde HPV enfeksiyonuna karşı aşılama oranı yüksektir. Kadınların düzenli olarak taranmasını ve yeterli şekilde tedavi edilmesini sağlayan programlar yürürlükte. Tarama ile kanser öncesi lezyonlar kolaylıkla tespit edilerek kanserleşme olmadan tedavi imkanı doğmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, servikal kansere karşı önleyici tedbirlere erişim sınırlıdır. Bu durumda servikal kanser genellikle daha da ilerleyip semptomlar ortaya çıkana kadar teşhis edilemez. Bu ülkelerde kanser tespit edildikten sonra tedavi aşamasında kanser cerrahisi, kemoterapi, radyoterapi gibi yöntemlere erişim sınırlı olabilmektedir ve ölüm oranları yükselmektedir (WHO, 2018).



Şekil 2.1: Dünyada serviks kanserinin görülme sıklığı.

Kaynak: World Health Organization (WHO), 2022, GARDASİL <https://www.who.int/publications/m/item/essential-training-package-HPV-vaccine-introduction-gardasil>, [Erişim Tarihi: 16.04.2023].

2.8. TÜRKİYE’DE SERVİKS KANSERİ

Türkiye’de serviks kanseri kadın kanserleri arasında dokuzuncu sırada yer almaktadır (WHO, 2020b). Sağlık Bakanlığı tarafından 2017 yılında yayınlanan rapora göre Türkiye’de kadınlarda servikal kanser görülme sıklığı 100 binde 4,2 olarak rapor edilmiştir. 30-65 yaş arasındaki kadınlar servikal kanser yönünden riskli grup olarak görülmekle birlikte özellikle 40-55 yaş arasındaki kadınlar en riskli grubu oluşturmaktadır (THSGM, 2018).

Başlıca etkeni HPV olan bu kanser Türkiye’de düşük sıklıkta görülüyor olmasına karşın, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından yapılmış olan analizlerde HPV’ ye bağlı kanserlerin erkek kanserlerinin %1’inden, kadın kanserlerinin ise %5-10’ undan sorumlu olduğu bildirilmektedir. Benzer şekilde Türkiye’ ye ait verileri incelendiğinde, HPV ile ilişkili kanserlerin kadınları daha çok etkilediği, kadınlarda erkeklerin yaklaşık beş katı HPV ile ilişkili kanser olduğu tahmin edilmektedir (THSGM, 2017).

2.9. SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMA

Serviks kanseri etkili aşılama ve tarama ile önlenabilir bir hastalıktır. Serviks kanserinin önlenmesinde birincil koruma aşılama, ikincil koruma tarama testleri ve üçüncül koruma ise

taniya yönelik tedavi seçenekleridir. Tavsiye edilen yaş aralığında ve dozda aşılama, tarama testlerine katılım büyük ölçüde etkili olmaktadır. Kondom kullanımı HPV bulaşını %70 oranında azaltmaktadır (Johnson ve diğ., 2019).

2.9.1. HPV Aşısı

HPV aşılarının kullanılmaya başlanması ile serviks kanserinde azalma görülmektedir. Özellikle kız çocuklarının cinsel olarak aktif hale gelmeden önce aşılması HPV' nin bulaşmasını önemli ölçüde azaltabilir. Aşı ayrıca HPV' nin neden olduğu anal kanser, vulva kanseri, vajinal kanser ve orofaringeal kanser gibi diğer kanser türlerine karşı koruma sağlar. Ergen erkekler de anal, orofaringeal kanser ve penis kanserine karşı korumak için aşılanabilir (WHO, 2021b).

HPV aşıları dünya çapında etkinliği en yüksek olan aşılar arasındadır. Aşıların %99' a yakın etki gösterdiği ve önemli ölçüde siğilleri azalttığı kanıtlanmıştır. Aşılar prekanseröz servikal lezyonları önlemede oldukça etkilidir (ACOG, 2020; WHO, 2022b).

HPV aşıları, HPV' ye maruz kalmadan önce uygulandığında en iyi sonucu verir. Bu nedenle, serviks kanserini önlemek için DSÖ, çoğu cinsel aktiviteye başlamamış olan 9 yaş ila 14 yaş aralığındaki kızların aşılanmasını önermektedir. Aşılama takvimi kişinin yaşına göre oluşturulmaktadır. Aralık 2022 tarihinde DSÖ,

- 9-14 yaş arası kızlar için bir veya iki dozluk bir program
- 15-20 yaş arası kızlar ve kadınlar için bir veya iki dozluk bir program
- 21 yaşından büyük kadınlar için altı ay arayla iki doz önermektedir.

Bağıışıklığı baskılanmış ve/veya HIV ile enfekte olduğu bilinen kişiler için minimum iki doz ve uygun olduğunda üç doz gerekli olduğunu belirtmektedir (WHO, 2022b).

ACOG HPV pozitif durumunda da aşılamaı önermektedir. Gebelikte HPV aşısını önermemektedir. Ancak 26 yaş altında emziren annelerin aşı olabileceğini belirtmektedir (ACOG, 2020).

ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA), HPV enfeksiyonunu önleyen üç aşıyı onaylamıştır. Bu aşılar sırasıyla bivalan, kuadrivalan ve nanovalan (sırasıyla 2, 4 ve 9 valanlı) HPV aşılarıdır.

Bivalan ve kuadrivalan aşılar 9-26 yaş; nanovalan aşı 9-45 yaş arası kadınlar ve erkekler için onaylanmıştır (ACOG, 2020). Bu aşılar aşağıda verilmiştir;

2.9.1.1. Cervarix (Bivalan)

ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından 2009 yılında onaylanmıştır. HPV16 ve HPV18'e karşı korumaktadır (WHO, 2016).

2.9.1.2. Gardasil-4 (Kuadrivalan)

İlk HPV aşısı olan Gardasil ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından 2006 yılında onaylanmıştır. HPV6, HPV11, HPV16 ve HPV18'e karşı korumaktadır. 15-26 yaş arasında aşılanan kadınlarda %95 oranında etkinliği bulunmaktadır (WHO, 2020c).

2.9.1.3. Gardasil-9 (Nanovalan aşısı)

2014 yılında ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından onay almış ve HPV6, HPV11, HPV16, HPV18, HPV31, HPV33, HPV45, HPV52 ve HPV58'e karşı korumaktadır (WHO, 2016).

Aşılamadan sonra da HPV taraması yapılmaya devam edilmesi gerekmektedir (WHO, 2018). HPV aşıları ve özellikleri (**Tablo 2.1**) gösterilmiştir.

Tablo 2.1: HPV aşılarının özellikleri.

Aşı Tipi	Ticari Adı	Üretici	Aşı bileşimi (L1 proteini)	Onay Tarihi	Hedef Hastalıklar	Aşı Takvimi	Yaş Aralığı
Gardasil (Kuadrivalan, Rekombinant)	Gardasil	Merck & Co., Inc.	20 µg HPV 6 40 µg HPV 11 40 µg HPV 16 20 µg HPV 18	2006	Servikal, vulvar, vaginal ve anal kanserler Genital siğiller (condyloma acuminata) Prekanseroz veya displastik Lezyonlar: AIS, CIN 1, CIN 2/3, VIN 2/3, VaIN 2/3	9-14 yaş: 2 Doz, (2. doz ilkinden 6-12 ay sonra) 15 yaş ve üzeri: 3 Doz (0, 1-2, 6. aylar)	9-26 yaş kadınlar 9-26 yaş erkekler
Cervarix (Bivalan, Rekombinant)	Cervarix	GlaxoSmithKline Biologicals	20 µg HPV 16 20 µg HPV 18	2009	Servikal kanser CIN 1, CIN 2/3 AIS	9-14 yaş: 2 Doz, (2. doz ilkinden 6-12 ay sonra) 15 yaş ve üzeri: 3 Doz (0, 1-2, 6. aylar)	9-25 yaş kadınlar
Gardasil 9 (9-valanlı, Rekombinant)	Gardasil 9	Merck Sharp & Dohme Corp.	30 µg HPV 6 40 µg HPV 11 60 µg HPV 16 40 µg HPV 18 20 µg HPV 31 20 µg HPV 33 20 µg HPV 45 20 µg HPV 52 20 µg HPV 58	2014	Servikal, vulvar, vajinal, anal, orofaringeal ve diğer baş ve boyun kanserleri Genital siğiller (condyloma acuminata) Prekanseroz veya displastik lezyonlar: AIS, CIN 1, CIN 2/3, VIN 2/3, VaIN 2/3, AIN 1, 2, 3	9-14 yaş: 2 Doz (0, 6-12 ay) 15-45 Yaş: 3 Doz (0, 1-2, 6 ay)	9-45 yaş kadınlar 9-45 yaş erkekler

HPV, Human Papillomavirus; AIS, Cervical adenocarcinoma in situ; CIN, Cervical intraepithelial neoplasia; VIN, Vulvar intraepithelial neoplasia; VaIN, Vaginal intraepithelial neoplasia; CIN, Cervical intraepithelial neoplasia; AIN; Anal intraepithelial neoplasia.

*Her üç aşı da HPV rekombinant L1 kapsid proteininden hazırlanan virüs benzeri partiküllerden (VLP's) oluşur; aşılar canlı aşı değildir.

2.10. SERVİKS KANSERİ TARAMASI

Serviks kanseri taramasında amaç kanser oluşmadan tespit edilmesi ve kanserin yayılımını engellemektir. Düzenli tarama yapılması ile kanserin önlenmesi mümkündür. HPV DNA testi ve Pap smear testi prekanser dönemde değişiklikleri saptamaktadır (ACOG, 2020). Test, hiçbir semptomu olmayan ve kendini tamamen sağlıklı hissedebilecek kadınlar arasında yapılır (WHO, 2018).

2.10.1. Pap Smear Testi

Servikal smear testi serviksten toplanan hücrelerin lam üzerinde yayılarak boyanmasını ve mikroskop altında incelenmesini kapsamaktadır. İlk defa 1939 yılında Dr. George Papanicolaou tarafından tanımlanmıştır (Tan ve Tatsumura, 2015; Nkwabong ve diğ., 2019).

Pap smear testinin servikal prekanseröz lezyonları teşhis etmedeki doğruluğu düşüktür (Nkwabong ve diğ., 2019). Pap smear taraması serviks kanseri riskini sıfıra indirmeyiz, ancak yine de 30-65 yaş aralığında hayatında bir kere bile olsa smear testi yaptırmak serviks kanserinden ölme olasılığını üç kat azaltmaktadır (THSGM, 2016). Pap smear testinde kısıtlamalar nedeniyle günümüzde daha çok HPV testleri kullanılmaktadır (THSGM, 2016).

2.10.2. HPV DNA Testi

Servikal hücrelerdeki HPV genetik materyalinin tespiti esasına dayanan bir testtir. HPV enfeksiyonu epidermiste sınırlı olduğundan humoral immün yanıt oluşturmaz. Dolayısıyla kan dolaşımında tespit edilebilen bir antikoru yoktur. HPV tanısı ancak enfekte dokuda HPV DNA'sının veya DNA ürünlerinin moleküler metotlarla tespiti ile mümkündür. HPV testlerinin 1990'larda piyasaya sürülmesinden sonra, servikal kanseri daha kesin ve erken tespit edildiğine dair bulgular ile oldukça yaygın klinik kullanım bulmuştur (THSGM, 2016).

Servikal kanser taramalarında kullanılacak HPV testleri; uluslararası geçerliliği olan ve toplum tabanlı sağlık taramalarında kullanılabilirliğini gösteren FDA onayı bulunmalı, IVD (In Vitro Diagnostics) 'si olmalı veya testin özgüllüğü CIN2/3 için düşük riskli HPV genotipleri ile minimal çapraz reaksiyon ile ilgili tarama popülasyonları için Meijer ve diğ. (IJC 2009) tarafından yayınlanan Avrupa Yönergelerindeki gereklilikleri karşılamalıdır. Bu durum en az 2.500 örnekleme yapılmış bir genel toplum primer kanser tarama çalışmasında gösterilmiş olmalıdır (THSGM, 2023b).

HPV DNA testi Pap smeara oranla duyarlılığı yüksek bir testtir (Pradhan ve diğ., 2018). DSÖ 2021 güncel klavuzuna göre servikal taramada asetik asit (VIA) veya yaygın sitoloji 'Pap smear' olarak bilinen görsel inceleme yerine HPV DNA testini önermektedir. HPV DNA testi, neredeyse tüm serviks kanserlerine neden olan yüksek riskli HPV suşlarını tespit eder. Görsel incelemeye dayanan testlerin aksine, HPV DNA testi, sonuçların yorumlanmasına yer bırakmayan objektif bir teşhistir. HPV DNA testi daha basit ve daha uygun maliyetli bir testtir ve Pap smeare oranla daha objektif sonuç vermektedir (WHO, 2021a).

Küresel çapta 2030 yılına kadar hedeflenen %70 tarama oranına ulaşabilmek için DSÖ kendi kendine tarama testlerini strateji hedefine ulaşma noktasında önemli olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2021a). DSÖ genel olarak taramanın 30-65 yaş arasında yapılmasını önermektedir. HPV negatif durumunda her beş yılda bir tekrarlanması önerilir. Ancak HIV pozitif kişilerde 25 yaşından sonra HPV taraması önerilmektedir ve bu kişilerde tarama üç yılda bir yapılması tavsiye edilmektedir (WHO, 2023a).

2.10.3. Asetik Asit (VIA) Testi

Asetik asitin (%3-%5) servikse uygulanması ve görsel olarak incelenmesidir. Testin yorumlanması, asetik asit uygulamasından bir dakika sonra serviksin transformasyon bölgesinde iyi tanımlanmış yoğun bir asetobeyaz alanın saptanmasına dayanmaktadır. VIA, görünüşte normal ve asemptomatik kadınlarda serviks kanserlerini ve erken serviks kanserlerini saptamayı amaçlayan bir tarama testidir. Test en çok 30-49 yaş arası kadınlar için uygundur. Çünkü serviksin yüksek dereceli prekanserlerinin çoğu bu yaş aralığında tespit edilir. Menopoz sonrası kadınlarda VIA'nın test duyarlılığı azalır. Test, HIV ile yaşayan kadınları taramak için uygundur. HIV pozitif kadınların 25 yaşında taramaya başlamaları önerilmektedir. Gebelikte asetik asit taraması önerilmemektedir (Mittal ve diğ., 2020).

2.10.4. Kolposkopi

Kolposkopi, serviks, vajina veya vulvanın bir mikroskop ve ışık yardımıyla yakından görüntülenmesi işlemidir (Burness ve diğ., 2020). HPV pozitif bireyde triyajın ilk basamağı olarak kolposkopi kullanılmaktadır. Klinik tanıda kolposkopinin önemli bir rolü olmasına rağmen birincil tarama olarak kullanılmamalıdır (Valls ve diğ., 2023). Kolposkopinin, anormal servikal tarama sonucunda; serviks kanserini düşündüren aşırı kötü kokulu vajinal akıntı, anormal vajinal kanama, ilişki sırasında vajinal kanama veya menopoz sonrası kanama durumunda; genital siğiller ve vulvar lezyonların mevcudiyetinde kullanımı uygundur.

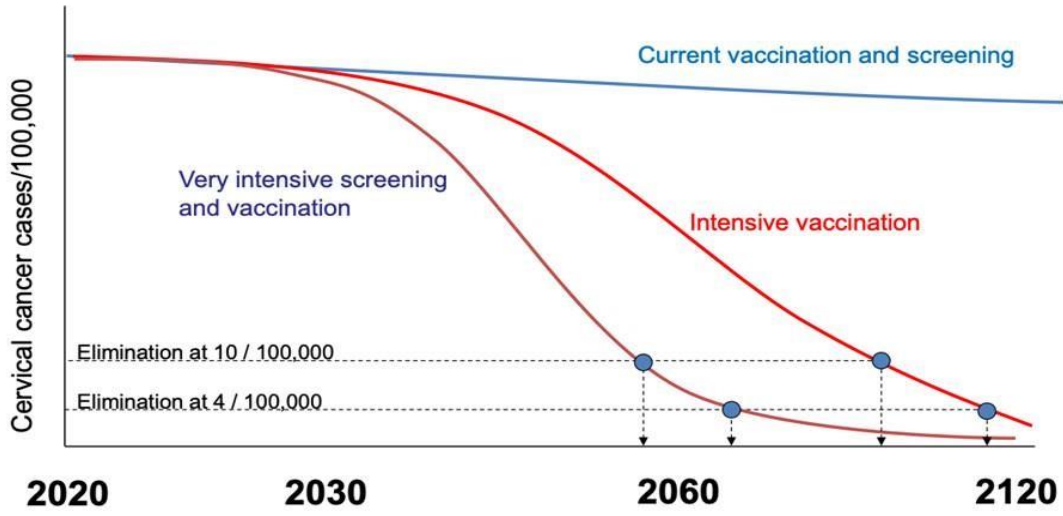
Serviksin tatmin edici bir şekilde görüntülenmesini zorlaştıran ciddi servikovajinal inflamasyon varsa kolposkopi ertelenmelidir. Bununla birlikte, servikovajinal inflamasyona servikte bir büyüme veya ülser eşlik ediyorsa, daha fazla gecikmeden büyüme veya ülserden biyopsi alınmalıdır (WHO, 2023b).

2.10.5. Biyopsi

Sitoloji ve kolposkopi testinde patolojik bulgular saptandığı zaman biyopsi yapılır. Biyopsi kolposkop altında patolojik bölgelerden alınır. Biyopsi örneği, epitel ile birlikte bir miktar stromal doku içerecek şekilde yeterli derinlikte olmalıdır, aksi halde biyopsi yetersiz olacaktır (WHO, 2023b).

2.11. DÜNYADA SERVİKS KANSERİ TARAMASI

DSÖ 2020 yılında serviks kanserinin ortadan kaldırılmasını hızlandırmak için küresel bir girişim başlatmıştır. 2020 yılı verilerine göre dünyada serviks kanseri 100.000 kadında 13.3 oranında görülmektedir. Bu oranın 2100 yılına kadar 100.000 kadında 4'e düşmesi (**Şekil 2.2**); 2030 yılına kadar kızların %90' ının 15 yaşına kadar HPV aşısı ile tamamen aşılanmış olması, 35-45 yaş arasında kadınların %70'inin duyarlılığı yüksek bir HPV testi ile taranması, servikal prekanser veya kanser teşhisi konan kadınların %90' ının uygun tedaviye erişmesi hedeflenmektedir (WHO, 2023a).



Şekil 2.2: DSÖ'nün aşı ve tarama ile ilgili hedefleri.

Kaynak: World Health Organization (WHO), 2023a, *Using HPV tests for cervical cancer screening and managing HPV-positive women – a practical online guide*, <https://screening.iarc.fr/atlasHPVdetail.php?Index=24&e=> [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

2.12. TÜRKİYE'DE SERVİKS KANSERİ TARAMASI

Türkiye'de servikal kanser taraması 1992 yılında servikal smear ile başlamıştır. DSÖ önerilerini Türkiye koşullarına adapte eden Kanser Daire Başkanlığı ülke çapında kurulan 124 Kanser Erken Tanı, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) 30-65 yaş grubundaki asemptomatik kadınların her beş yılda bir servikal smear yaptırmalarını planlamıştır (THSGM, 2021a)

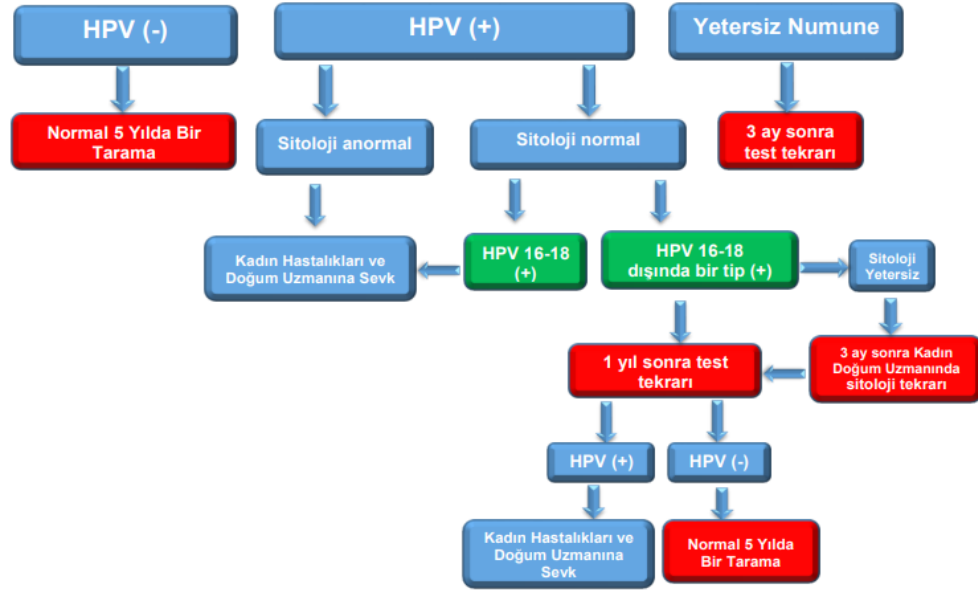
Yaklaşık 20 yıldır smear ile yapılan servikal kanser tarama programı, son yıllardaki bilimsel veriler ulusal ve uluslararası kuruluşların görüşleri ile birlikte değerlendirildiğinde yerini HPV testleri ile taranmaya bırakmıştır. HPV DNA taramaları her ilde Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), KETEM ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) 30- 65 yaş arası tüm kadınlara beş yılda bir ücretsiz yapılmaktadır. Ulusal tarama programına göre aile hekimliği birimine kayıtlı 30- 65 yaş arasındaki hedef nüfusun birinci basamak sağlık kuruluşlarında çağrı sistemleri ile davet edilmektedir. Tarama grubundaki kişi listesi aile hekimlerinin kullandığı yazılım programlarında kanser hedef listesinden listelen

Kanser Randevu Sistemi ya da telefonla davet edilir. Öncelikle Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden kişinin geçmiş taraması, tarama giriş ekranından kontrol edilir ve kişiye uygun zaman için randevu verilir (Yaslı, 2022). Davet edilen kadınlara HPV DNA testi ve Pap smear testi birlikte yapılmaktadır. Taramayı kabul eden kişilerden alınan HPV ve sitoloji örnekleri İstanbul ve Ankara'daki program kapsamında kurulan iki merkezi laboratuvara İl Sağlık Müdürlüğü Kanser birimleri tarafından kargolanmaktadır. Bu laboratuvarlarda öncelikle HPV DNA numunesi incelenir eğer sonucu pozitif gelirse o zaman Pap smear sonucu değerlendirmeye alınır. Numunelerin girişi, kargolanması, nakli ve sonuçlanması yine tarama programı kapsamında geliştirilen HPV Yazılım programı kapsamında takip edilebilir, istatistiksel değerlendirmeleri yapılabilir. HPV sonucu pozitif olgularda, refleks sitoloji yapılmakta, smear sonucu anormal çıkan kişiler referans hastanelere “KETEM İkinci Basamak Yönlendirme Formu” ile sevk edilir. Bir hastanenin referans hastane olabilmesi de belirli kurallara bağlanmıştır. Ulusal ve uluslararası kılavuzlara göre belirlenen minimal tanı kriterlerini karşılayabileceğini bildiren hastaneler referans hastane olarak değerlendirilmektedir. Taraması pozitif çıkan kadınlara taramanın yapıldığı kurum tarafından referans hastanelerde, referans hekimlerden randevu alınır. Hastaneye giderken tarama hastası olduğu anlaşılması için ellerinde KETEM ikinci basamak yönlendirme formu olması gerektiği bilgisi verilir. Kişilere sonuçları takip etme ve sonuçlarını almak için AHB/SHM/KETEM' e gelmesi gerektiği bilgisi verilir. HPV16 ve HPV18 dışındaki tiplerinden biri çıkar ise bir yıl sonra tekrar tarama yapılması yeterli görülmektedir. HPV pozitif olgularda, test sonucu HPV16 ve HPV18 çıktığı durumlarda, sitoloji sonucu normal çıksa bile kolposkopi için ikinci basamak sağlık merkezlerine sevk edilmektedir. Son yapılan iki testte negatif sonuç alan 65 üzeri yaş grubu kadınlarda, serviks kanseri taraması sonlandırılmaktadır. Yeterli bilgilendirme yapıldığı halde, tarama yaptırmayı kabul etmeme durumlarında, kadınlardan tarama yaptırmak istemediklerine dair imzaları alınmakta ve bu kadınlar bir yıl sonra tarama programına tekrar davet edilmektedir (Yaslı, 2022).

Taramanın her aşamasında kişisel verilerin gizliliği güvence altına alınır. Kişiler sonuçları AHB/SHM/KETEM' e başvurarak ya da <https://hpvtarama.saglik.gov.tr/duyurular/sonucorgula> adresinden de öğrenebilir. Ayrıca e-nabız sistemi üzerinden de kendi sonucuna bakabilir. Tarama sonucu taramayı yaptıran kişi haricinde başka biriyle paylaşılmamaktadır (Yaslı, 2022).

2014 yılından beri süren Türkiye Servikal Kanser Tarama Programının verilerine göre Türkiye’de HPV DNA testi ile serviks kanseri taramasına toplam 4.099.230 kadın katılmıştır ve %4.39 oranında HPV DNA pozitif olduğu görülmüştür (THSGM, 2021b). 2020 yılında HPV tarama süreci algoritması güncellenmiştir (**Şekil 2.3**).

HPV TARAMA SÜRECİ ALGORİTMA

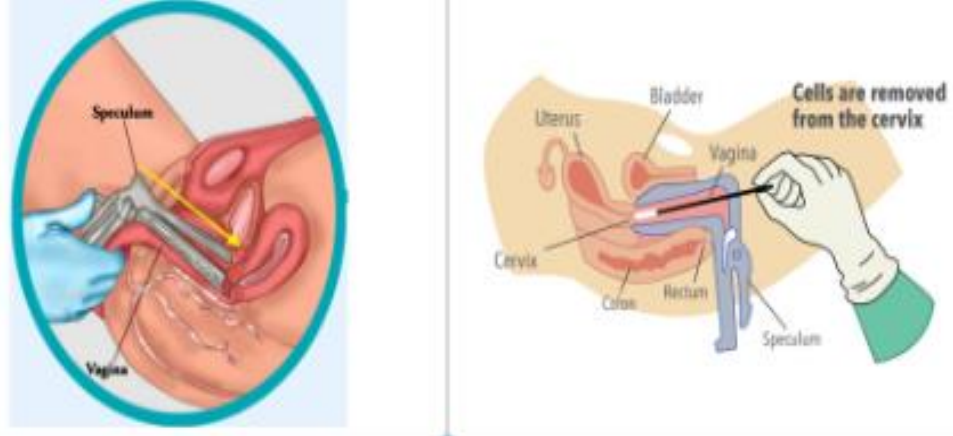


Şekil 2.3: Türkiye Servikal Tarama Programı Yeni Algoritması, 2020.

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (THSGM), 2021b, *Türkiye Kanser Kontrol Programı*, 2021, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf, [Erişim Tarihi: 15.06.2023]

2.13. KLİNİSYEN TARAFINDAN HPV TESTİ NUMUNESİNİN ALINMASI

Numune alımı için kadının rahatça uzanabileceği ve bacaklarını dizlerinden bükerek pozisyon alabileceği yeterli yükseklik ve genişlikte muayene masası gerekmektedir. Testi yapan kişi spekulum yerleştirerek ve serviksin açığa çıkmasını sağlar. Kullanılan spekulumlar tek kullanımlık olmalıdır. Serviksin net şekilde görülebilmesi için ışık kaynağı kullanılır. İşlem sırasında klinisyen eldiven giymelidir. Servikal numune fırçası ile eksternal ostan 360 derece döndürülerek sürüntü alınır (**Şekil 2.4**). Taşıma işlemi sırasında üretici firmanın tavsiye ettiği ortam sağlanılmalıdır. Alınan numunelerin karışmaması için kitlerin üzerine kişilerin kimlik bilgileri ve numune alım tarihleri yazılır (Joshi ve diğ., 2023).

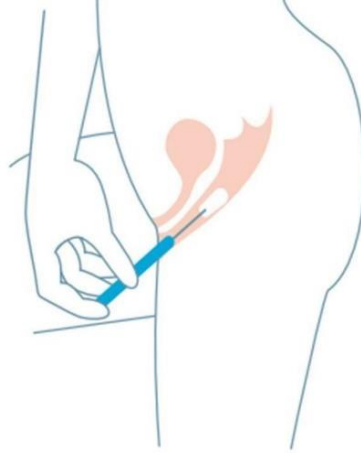


Şekil 2.4: HPV testi için numune toplama.

Kaynak: World Health Organization (WHO), 2023a, *Using HPV tests for cervical cancer screening and managing HPV-positive women – a practical online guide*, <https://screening.iarc.fr/atlasHPVdetail.php?Index=24&e=> [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

2.14. KENDİ KENDİNE HPV TESTİ NUMUNESİNİN ALINMASI

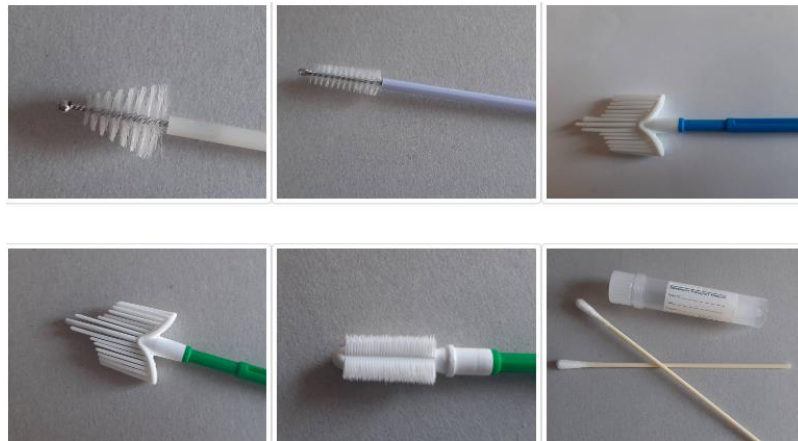
Kadının kendi vajinasından fırça ile örnek alması işlemidir (**Şekil 2.5**). Fırça vajina içinde üç kez döndürülür. İşlem sırasında spekulum kullanılması gerekmez. Alınan örnek 2-8°C’ de üç ay saklanabilmektedir. Örnekler kit paketinde yer alan özel solüsyon (%0.9 NaCl) içerisinde saklanarak, ısı ve ışık görmeyen koşullarda laboratuvar ortamına nakledilmektedir. Bu testlerin kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda örnek almaya bağlı olumsuz bir sonuç bildirilmemiştir (Tota ve diğ., 2017; Coorevits ve diğ., 2018).



Şekil 2.5: HPV testi için kendi kendine vajinal örnek alma.

Kaynak: World Health Organization (WHO), 2023a, *Using HPV tests for cervical cancer screening and managing HPV-positive women – a practical online guide*, <https://screening.iarc.fr/atlasHPVdetail.php?Index=24&e=> [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

Serviksin ve vajinanın üst kısmında bulunan pul pul dökülmüş hücreler, HPV DNA veya mRNA içermektedir. Bu tür pul pul dökülmüş hücrelerin serviksin transformasyon bölgesinden örneklenmesi özel olarak tasarlanmış bir fırça ile yapılır. Bazı üretici firmalar ise aynı zamanda numune taşıma ortamı içeren bir tüpü de içeren kitin içine servikal numune toplama fırçasını kullanır. Ektoserviks ve endoserviksten aynı anda örnek alabilen süpürge tipi fırçalar daha idealdir (WHO, 2023a). Servikal numune alımında kullanılan çeşitli fırça örnekleri (Şekil 2.6) gösterilmiştir.



Şekil 2.6: Servikal numune almada kullanılan fırça tipleri.

Kaynak: World Health Organization (WHO), 2023a, *Using HPV tests for cervical cancer screening and managing HPV-positive women – a practical online guide*, <https://screening.iarc.fr/atlasHPVdetail.php?Index=24&e=> [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

HPV testleri için numunelerin kendi kendine alınmasının en büyük avantajı, klinisyen tarafından pelvik muayene yapılmasına gerek olmamasıdır. Bu nedenle muayene masası veya herhangi bir özel alete gerek yoktur. Kadınlar evde veya bir klinikte vajinasından numune alabilir. Kendi kendine alınan numuneler servikal sitoloji için kullanılamaz çünkü sitoloji için ön koşul olan serviksin transformasyon bölgesini örneklemeyiz (Joshi ve diğ., 2023)

Numuneler genellikle oda sıcaklığında bir hafta saklanabilir. Ancak ortam sıcaklığı yüksekse ($> 30^{\circ}\text{C}$), analiz için laboratuvara taşınmaya hazır olana kadar tüpler bir buz kutusuna veya buzdolabına (dondurucu bölmesine değil) yerleştirilmelidir. HPV testi için bir numunenin toplanmasından sonra uygun şekilde saklanması önemlidir. Kullanılan teste göre saklama koşulları değişmektedir. Tüp üzerinde yazan talimatlara uyulması gerekmektedir (WHO, 2023a).

Geçersiz bir test sonucu genellikle numunenin yeterli malzemeye sahip olmadığı veya testin istenilen düzeyde olmadığı anlamına gelir. Tekrar numune alınması için kadının geri çağırılması gerekir. Kendi kendine alınan numuneden sonra geçersiz bir test sonucu elde edilirse, bir sonraki numuneyi klinisyenin alması gerekmektedir (WHO, 2023a).

2.15. TEST SONUCU NORMAL OLAN KİŞİLERDE YÖNETİM

HPV testinin negatif olması veya Pap smearin patoloji raporunun normal gelmesi durumunda kişi bilgilendirilir. HPV testine göre, serviks kanseri yapan virüsü taşımadıkları, Pap smear testine göre, alınan sürüntü de kanser öncülü hücrelerin olmadığı söylenir. Bu sonuçlar serviks kanseri olmadığını veya ileride asla olmayacağını garantilemez. Kişiye, beş yıl sonra tekrar serviks kanseri taraması yaptırması söylenir. Yetersiz örnek alımı durumunda bireylerin tarama testleri tekrar edilir (THSGM, 2023b).

2.16. TEST SONUCU ANORMAL KİŞİLERDE YÖNETİM

Anormal sonuç HPV testinin pozitif olması veya Pap smear'de anormal hücrelerin görülmesidir (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, Atipik glandüler hücreler vb). Bu sonuçlar, kanser tanısı değildir, ancak kişinin tekrar değerlendirilmesi gerektiğini gösterir. HPV testi pozitif çıkarsa Pap smear testi yaptırmak için, Pap smear sonucu anormal çıkarsa, tedavi gerektiren bir sorun olup olmadığını belirlemek için serviksin daha ayrıntılı bir şekilde muayene

edilmesi gerekir. Bunun için birey ileri merkezlerdeki kadın doğum uzmanlarına yönlendirilir (THSGM, 2023b).

Numune klinisyen tarafından alınmışsa kadından tekrar test alınmaz. Ancak kadın kendi kendine numune almış ve sonucu pozitif çıkmış ise klinik ortamda klinisyen tarafından test tekrarlanır. Anormal sitolojisi olan kadınlar kolposkopi için sevk edilir. Kolposkop, serviksin iyi bir ışık kaynağı altında ve farklı büyütme seviyelerinde incelenmesini sağlar. Kolposkopik muayenenin sonuçlarına bağlı olarak, bir kolposkopi uzmanı anormal bölgeden biyopsi almaya veya doğrudan tedaviye devam etmeye karar verebilir. Kolposkopide herhangi bir anormallik saptanmayan kadınların bir yıl sonra HPV testini tekrarlamaları önerilir (Joshi ve diğ., 2023).

Kolposkopi hizmetinin sınırlı olduğu veya hiç olmadığı ortamlarda DSÖ, “tara ve tedavi et” yaklaşımını önermektedir. Taraması pozitif olan kadınlara kolposkopi veya histopatoloji ile hastalık doğrulanmadan doğrudan tedavi sunulur. Tara ve tedavi et yaklaşımı, taraması pozitif kadınların tedaviye uyumunu artırdığı ve kolposkopi sevkini azalttığı için tarama programının etkinliğini artırma potansiyeline sahiptir (Joshi ve diğ., 2023).

2.17. SERVİKS KANSERİ TARAMASINA KATILIM

Türkiye’de kadınların jinekolojik muayeneden korkuyor olması, mahrem olarak görülen genital bölgesinin smear ve HPV alımı sırasında görünüyormuş olması kadının taramaya katılımını olumsuz etkilemektedir (Aksu ve Turgut 2020). İsveç’te yapılan bir çalışmada HPV testinin kendi kendine yapılması taramaya katılımı arttırmıştır (Broberg ve diğ., 2014). Doleeb ve diğ. (2022)’nin Kanada’da yaptığı bir çalışmada ise pandemi koşullarında kendi kendine tarama yapılmasının etkin olduğu görülmüştür. HPV kendi kendine numune alımında pozitif sonuçla karşılaşıldığında kadınların uzman klinisyene yönlendirilmeleri sonucunda katılımları artmaktadır. Broberg ve diğ. (2014)’nin yaptığı çalışmada HPV testi pozitif çıkan dokuz kadının tümü sitoloji ve kolposkopi muayenesine katılmış, bu da tarama yaptırmakta tereddüt eden kadınların pozitif sonuç alındıktan sonra bir sağlık kuruluşunu ziyaret etmeye daha istekli olabileceğini düşündürmektedir (Broberg ve diğ., 2014). De Sanjose ve Holme (2019)’un çalışmasına göre servikal kanser taramasında ilk adım olarak kişinin kendi kendine test yapmasının hem maliyet açısından hem de geniş kitlelere ulaşma açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır. Eğer pozitif sonuç çıkarsa triaj uygulanarak takibi ve tedavisi sağlanmaktadır (Gültekin ve diğ., 2020).

2.18. SERVİKS KANSERİ TARAMASINDA TUTUM

Tutum, bir sorunu ele alış biçimi, sorun karşısında kişinin aldığı durum, gösterdiği davranıştır. Tutumlar doğuştan gelmez, sonradan yaşanarak kazanılır. Tutum davranışı kültürel ve yaşantılarla şekillenir (Midik, 2018).

Serviks kanserinden korunmada kadınların kanserle ilgili bilgi, tutum ve davranışları önem taşımaktadır. Taramanın farkında olduğu ve benimsendiği toplumlarda, serviks kanseri sıklığında önemli düşüşler sağlanmıştır (Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

Gelişmekte olan ülkelerde kadınların birçoğu semptomu olmadan sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır (Momenimovahed ve diğ., 2023). Birçok kadın evlilik öncesi ilişkisinin olmaması, birden fazla partnerinin olmaması veya ailede kanser öyküsünün olmamasından dolayı kendini riskli olarak düşünmemektedir ve taramaya karşı isteksiz olmaktadır (Vahabi ve Lofters, 2016).

Kadınların birçoğu mahremiyet endişesi ile tarama testlerine isteksiz olmaktadır. Kanada'da Müslüman kadınlar arasında yapılan bir çalışmada HPV kendi kendine tarama testine karşı daha istekli oldukları görülmüştür. Kadınların diğer aile bireylerinin haberi olmadan, istedikleri ve uygun oldukları zamanda bu testi yapabilme fırsatı olmaktadır (Vahabi ve Lofters, 2016).

Reiter ve diğ. (2019)'nin çalışmasında HPV tarama testini kendi kendine yapmanın kolay olduğunu ve bu yöntemle istekli olurlar diyen kadınların oranı oldukça yüksek bulunmuştur. Beş kıtada 24 ülkeden 18.516 kadınla yapılan 37 çalışmayı kapsayan 2016 yılında yayınlanan bir meta-analiz çalışmasında, kendi kendine örnekleme güçlü bir şekilde kabul edildiğini ve klinisyen örneklemesine göre kendi kendine örnekleme kadınlar tarafından tercih edildiği görülmüştür (Nelson ve diğ., 2017).

2.19. SERVİKS KANSERİ TARAMASINDA KAYGI

Kaygı, genellikle kötü bir şey olacmış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusudur (TDK, 2023). Durumluk kaygı; tehlikeli, istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında ortaya çıkan kaygıdır. Sürekli kaygı ise ortada nesnel bir neden yokken de var

olan ve böyle bir neden olduğunda da bu durumla orantısız biçimde uzun süreli ve şiddetli olan kaygıdır (Öner ve Le Compte, 1985).

Serviks kanserine büyük bir oranda HPV enfeksiyonu sebep olmaktadır ve HPV enfeksiyonu ise büyük oranda cinsel yolla bulaşmaktadır. Kadının tarama sonucunun pozitif çıkması toplumsal açıdan damgalanma endişesi yaratmaktadır (Rimande-Joel ve Ekenedo, 2019; Gutusa ve Roets, 2023). Birçok kadın serviks kanseri ve HIV gibi hastalıkların tedavisi olmadığını düşünmektedir. Kadınlar bu sebeplerle taramaya karşı isteksiz ve kaygılı olmaktadır (Gutusa ve Roets, 2023).

2.20. SERVİKS KANSERİ TARAMASINDA EBENİN ROLLERİ

Ebelerin birinci basamakta en önemli ve etkin görevlerinden biri danışmanlık vermektir. İyi bir danışman olabilmek için; kendini tanıtarak, kadına güven vermeli ve kadının rahat olmasını sağlamalıdır. Kadının mahremiyetine önem verilerek güveni kazanılmalıdır. Kadının kolayca anlayabileceği bir dille danışmanlık verilmesi önemlidir (WHO, 2023a).

Ebeler çoğu zaman insanların gördüğü ilk, hatta bazen tek sağlık çalışanı olmakta ve toplumun ihtiyacına yönelik hizmet vermede önemli rol oynamaktadır (Hacıvelioğlu ve Demirci, 2022).

Birinci basamakta özellikle 15-49 yaş aralığında kadınlara uygun danışmanlık verilmesi ile toplumsal bilinçlenmeyi sağlamak ve serviks kanserinin görülme sıklığını azaltmak mümkündür. Bu noktada toplumla iç içe olan ebelere büyük görev düşmektedir (Yurtçu ve diğ., 2022). Bireyleri güvenli seks, prezervatif kullanımı ve birden fazla seks partnerinden kaçınma konusunda eğitmek önemlidir. Hastalara genital siğilleri varsa lezyonlar tedavi edilene veya düzelene kadar cinsel aktiviteden kaçınılması gerektiği söylenmelidir (Luria ve Cardoza-Favarato, 2022; Yurtçu ve diğ., 2022).

Serviks kanseri taraması, kanser oluşmadan lezyonları tanımlayıp tedavi imkanı sağlar ve kanserden ölüm oranı azalmaktadır. Hayatı boyunca bir kere bile serviks kanseri taraması yaptırmış olan kadının %25-36 oranında kanser riski azalmaktadır. Riskli gruplardaki kadınların taranması oldukça önemlidir ve tarama programının başarısını arttırmaktadır (Momenimovahed ve diğ., 2023). Ebelerin, kliniğe başvuran kadınlara serviks kanseri taramasının önemi, tarama prosedürleri, olası test sonuçları ve pozitif test sonrası tedavi

seçenekleri ile ilgili danışmanlık vermeleri önemlidir. Negatif bir HPV test sonucunda önümüzdeki 5-10 yıl içinde serviks kanseri riskinin az olduğu ancak testin düzenli aralıklarla tekrarlanması gerektiğini açıklamak önemlidir. Kliniğe başvuran kadınların çoğunda semptom görülmediğinden, test sonuçlarının çıkarımları hakkında uygun şekilde bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bilgilendirmenin eksik yapılması pozitif bir HPV testi sonucuna karşı olumsuz bir psikolojik tepkiye ve ardından teşhis ve tedaviye uyumsuzluğa yol açabilir. Etkili danışmanlık sonraki takiplere uyumu kolaylaştırır. Ayrıca, yüz yüze etkileşim, kadınların jinekolojik muayene korkusunu ve utancını yenmelerine yardımcı olur (WHO, 2023a). Kadının inancı ve kültürel değerleri göz önünde bulundurularak, uygun iletişim ile tarama testleri konusunda bilgi verilmelidir (Gutusa ve Roets, 2023).

Ebenin, tarama testi sonucu normal olan kadınları (tarama negatif kadınlar), önerilen aralıktan sonra tekrar tarama için gelmeleri gerektiği konusunda bilgilendirmesi uygun olacaktır (WHO, 2023a).

Serviks kanseri taramasına ek olarak, HPV aşısı ile kanser insidansı anlamlı bir şekilde azalmaktadır (Momenimovahed ve diğ., 2023). Ebelerin ebeveynleri bilgilendirerek uygun yaş aralığındaki çocukların aşılması için danışmanlık vermeleri önem taşımaktadır.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Araştırma, servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın taramaya katılım, serviks kanserinden korunmaya yönelik tutum ve kaygı düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ön test-son test randomize kontrollü olmak üzere iki aşamalı yapılmıştır. Çalışma için ‘clinicaltrials.gov’ adresinden Clinical Trial Number alınmıştır (NCT06177236).

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma İzmir iline bağlı T.C. Sağlık Bakanlığı Ödemiş 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)’nde Ekim 2022- Aralık 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Ödemiş ilçesinin 2020 yılı nüfus verilerine göre toplam nüfusu 133.679’dur. 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı ortalama 15.000 kişi bulunmaktadır. Aile Sağlığı Merkezi’nde dört hekim, dört ebe, bir tıbbi sekreter ve bir de temizlik görevlisi çalışmaktadır. Aile sağlığı merkezinde hafta içi her gün hizmet verilmektedir. Mesai saatleri 08.00-17.00 arasındadır. Aile sağlığı merkezinde hekim odası, hemşire odası, bebek izlem odası, gebe izlem odası, aile planlaması ve üreme sağlığı odası, emzirme odası, tıbbi müdahale odası bulunması zorunlu alanlardır. Aile sağlığı merkezi sağlık sisteminde birinci basamağı oluşturmaktadır. Aile sağlığı merkezinde kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları yapılmaktadır. Aile sağlığı merkezinde muayene, tetkik işlemleri, bebek izlem, çocuk izlem, gebe izlem, lohusa izlemi, ergen izlemleri, 15-49 yaş kadın izlemi, bağışıklama hizmetleri, kronik hastalık takibi, okul çağı- gençlik çağı sağlık taramaları yapılmaktadır. Aile sağlığı merkezinde gaitada gizli kan ve serviks kanseri taraması yapılmaktadır. Aile sağlığı merkezine gelemeyen engelli ya da yaşlı bireylere haftanın belirli gün ve saatlerinde ev ziyareti düzenlenmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma amaca uygun olarak aynı evrenden iki örneklem belirlenerek iki aşamada yapılmıştır. Araştırmanın evrenini İzmir Ödemiş 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı tüm kadınlar arasından 31 Ekim 2022 tarihine kadar son beş yıldır servikal kanser taraması yaptırmayan 30-65 yaş aralığındaki 1550 kadın arasından dahil edilme kriterlerini sağlayan kadınlar alınmıştır. Kadınlarda servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın katılım ve tutuma etkisi birinci aşamada, kaygı düzeyi üzerine etkisi ise ikinci aşamada değerlendirilmiştir. Her iki aşamada yer alan örneklemin belirlenme şekli aşağıda verilmiştir (Şekil 3.1-Şekil 3.2).

Birinci Aşama: Bu aşama tanımlayıcı olarak yapılmıştır ve bu aşama için örneklem evreni bilinen örneklem yöntemi ile 309 kadın olarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı (1550)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

t: Belirli bir anlam seviyesinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

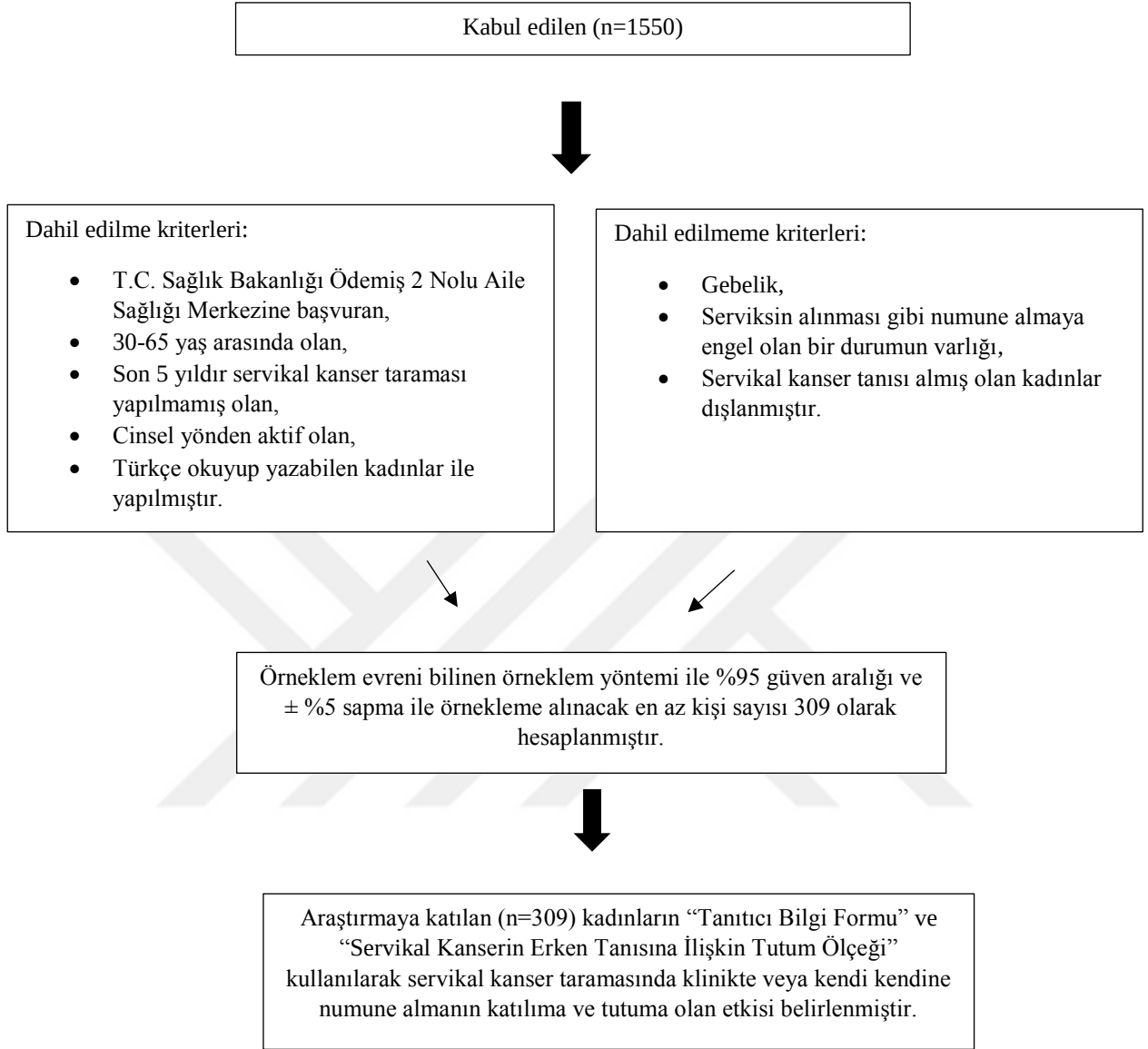
p: İncelenen olayın görünüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülme sıklığı

d: Olayın görülme sıklığına göre kabul edilen örneklem hatası

$$n = \frac{1550 * 1,96^2 * (0,05 * 0,95)}{0,05^2(1550 - 1) + 1,96^2 (0,05 * 0,95)} = 309$$

Yüzde 95 güven aralığı ve $\pm$ %5 sapma ile örneklem alınacak en az kişi sayısı 309 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya toplam 309 kadın alınmıştır ve çalışmaya katılan kadınlardan bir kez veri toplanmıştır.



Şekil 3.1: Araştırmanın Birinci Aşaması ile İlgili Akış Şeması.

İkinci Aşama: Araştırmanın ikinci aşaması randomize kontrollü bir tasarımda yapılmıştır. Bu aşama için örneklem büyüklüğü G*Power (3.1.9.2) programı kullanılarak belirlenmiştir (**Şekil: 3.2**). Çalışmada %80 güce sahip, $d=0,5$ etki büyüklüğünde, bağımsız iki grup arasında t testi kullanılacağı varsayılarak yapılan hesaplamada 51 kendi kendine numune alma ve 51 klinisyen tarafından numune alma grubu olmak üzere toplam en az 102 kadın olması gerektiği bulunmuştur. Çalışma sırasında ortaya çıkabilecek kayıplar göz önüne alındığında bu

aşama için örnekleme 110 kadın alınması planlanmıştır. Bu kadınlar Kendi Kendine (n=55) ya da Klinikte (n=55) Numune alma gruplarına 1:1 oranında <https://randomizer.org/> kullanılarak rastgele olarak atanmıştır.

[1] -- Monday, September 13, 2022 -- 11:13:44

t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = One

Effect size d = 0.5

α err prob = 0.05

Power (1- β err prob) = 0.80

Allocation ratio N2/N1 = 1

Output: Noncentrality parameter δ = 2.5248762

Critical t = 1.6602343

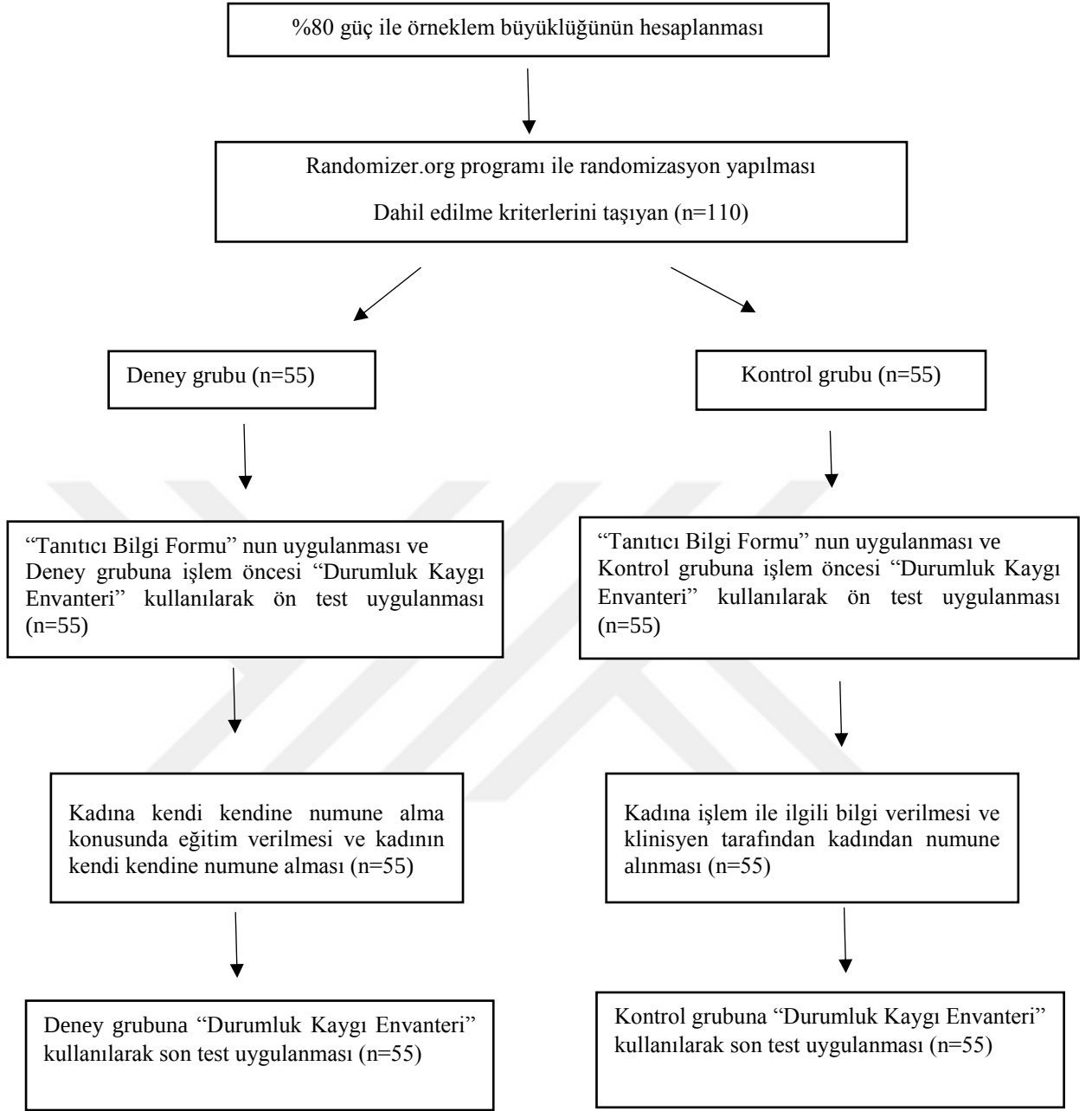
Df = 100

Sample size group 1 = 51

Sample size group 2 = 51

Total sample size = 102

Şekil 3.2: Güç analizi.



Şekil 3.3: Araştırmanın İkinci Aşaması ile İlgili Akış Şeması.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın birinci ve ikinci aşaması için aynı dahil edilme kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Ödemiş 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı,
- 30-65 yaş arasında,
- Son beş yıldır servikal kanser taraması yaptırmamış,
- Cinsel yönden aktif,
- Türkçe okuyup yazabilen kadınlar dahil edilmiştir.

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Araştırmanın birinci ve ikinci aşaması için aynı dahil edilmeme kriterleri göz önünde bulundurulmuştur.

- Gebelik,
- Serviksin alınması gibi numune almaya engel olan bir durumun varlığı,
- Servikal kanser tanısı almış olan kadınlar dahil edilmemiştir.

3.3.3. Araştırmanın Soruları ve Hipotezi

Araştırmanın **birinci aşaması** için araştırma sorusu;

Servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın taramaya katılım üzerine etkisi nedir?

Servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın serviks kanserinden korunmaya yönelik tutum üzerine etkisi nedir?

Araştırmanın **ikinci aşaması** için hipotez;

H1: Servikal kanser taraması için kendi kendine numune alma, klinikte klinisyen tarafından numune almaya göre kaygı düzeyini azaltır.

3.3.4. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri; kadınların sosyodemografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik öyküleri, servikal kanser ve tarama hakkında görüşleridir.

3.3.5. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Bu çalışmanın bağımlı değişkenleri; Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nden oluşmaktadır.

3.4. RANDOMİZASYON

Araştırmada kadınların deney ve kontrol grubuna alınması için randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. 1'den 110'a kadar olan sayılar online randomizasyon programı (randomizer.org) kullanılarak iki gruba dağıtılmıştır (**Şekil 3.4**). Hangi serinin hangi gruba ait olacağı kura yöntemi ile rastgele olarak belirlenmiştir. Böylece randomizasyon işlemi tamamen rastgele ve bağımsız olarak gerçekleştirilmiştir.

Deney grubu; 13, 99, 81, 76, 21, 30, 37, 60, 93, 66, 83, 64, 72, 80, 11, 38, 8, 97, 96, 1, 90, 24, 110, 4, 74, 9, 2, 85, 16, 36, 57, 82, 58, 108, 41, 46, 50, 92, 62, 20, 28, 71, 39, 35, 75, 95, 101, 61, 91, 19, 103, 7, 59, 89, 54 olarak belirlenmiştir (**Şekil 3.4**).

Kontrol grubu; 22, 98, 15, 34, 105, 106, 51, 107, 31, 6, 17, 14, 48, 44, 23, 27, 18, 69, 68, 55, 86, 65, 47, 42, 79, 109, 102, 87, 78, 32, 73, 70, 25, 77, 12, 104, 53, 84, 49, 88, 10, 56, 52, 43, 67, 63, 40, 94, 5, 45, 3, 100, 33, 26, 29 olarak belirlenmiştir (**Şekil 3.4**).

12.11.2023 15:50

RANDOM.ORG - Sequence Generator

[Home](#) [Games](#) [Numbers](#) [Lists & More](#) [Drawings](#) [Web Tools](#) [Statistics](#) [Testimonials](#) [Learn More](#) [Login](#)

True Random Number Service

Advisory: We only operate services from the RANDOM.ORG domain. Other sites that claim to be operated by us are impostors. If in doubt, contact us.

Random Sequence Generator

Here is your sequence:

13	22
99	98
81	15
76	34
21	105
30	106
37	51
60	107
93	31
66	6
83	17
64	14
72	48
80	44
11	23
38	27
8	18
97	69
96	68
1	55
90	86
24	65
110	47
4	42
74	79
9	109
2	102
85	87
16	78
36	32
57	73
82	70
58	25
108	77
41	12
46	104
50	53
92	84
62	49
20	88
28	10
71	56
39	52
35	43
75	67
95	63
101	40
61	94
91	5
19	45
103	3
7	100
59	33
89	26
54	29

Timestamp: 2023-11-12 12:48:02 UTC

[Again!](#) [Go Back](#)

Note: The numbers are generated left to right, i.e., across columns.

© 1998-2023 RANDOM.ORG
Follow us: [Twitter](#) | [Mastodon](#)
[Terms and Conditions](#)
[About Us](#)

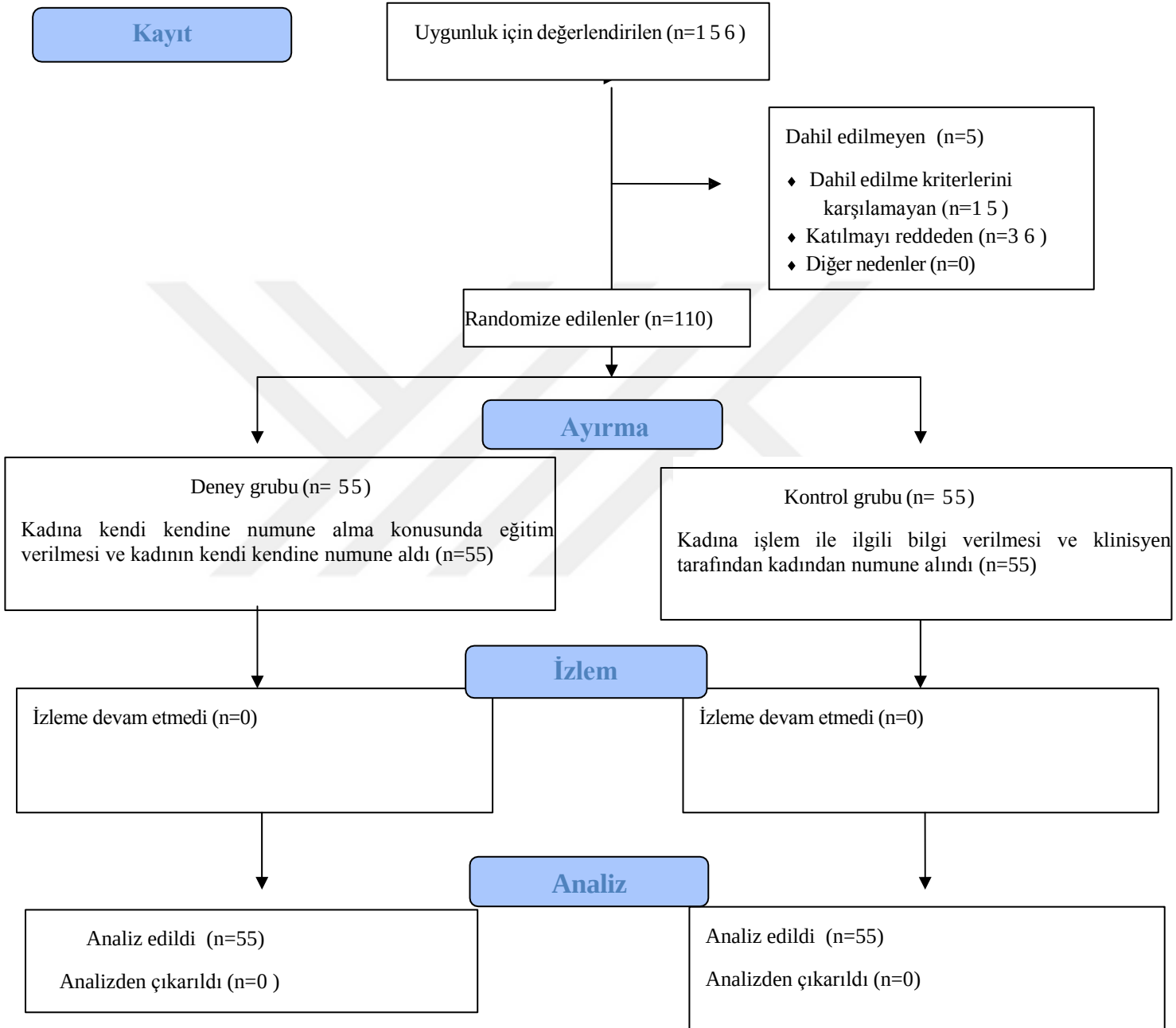
<https://www.random.org/sequences/?min=1&max=110&col=2&format=html&rnd=new>

1/1

Şekil 3.4: Randomizasyon.

Araştırmanın akışı CONSORT akış diyagramı (<http://www.consort-statement.org/>) ile gösterilmiştir (Şekil 3.5).

CONSORT 2010 Akış Diyagramı



Şekil 3.5: CONSORT 2010 Akış Diyagramı.

3.5. KÖRLEME

Tez çalışması olduğu için numunelerin alınması ve numunelerin işlenmesi sırasında araştırmanın doğası gereği araştırmacı veya araştırmaya katılanlar arasında körleme yapılamamıştır. Sadece araştırmanın verilerinin analizinde istatistikleri yapan kişi gruplara kör bırakılmıştır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler araştırmacı tarafından araştırmanın yapıldığı tarihler arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan toplanmıştır. Veri toplama aşamaları araştırma akış şemasında (**Şekil 3.1- Şekil 3.3**) verilmiştir.

Araştırmanın birinci aşamasına ait verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1) ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (Ek 2); ikinci aşamaya ait verilerin toplanmasında ise Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1) ve Durumluk Kaygı Envanteri (Ek 3) kullanılmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu-Ek 1

Kadınların sosyodemografik özellikleri (sekiz soru), obstetrik ve jinekolojik öyküleri (dokuz soru), servikal kanser ve tarama hakkında görüşlerini belirlemek amacıyla (yedi soru) literatür doğrultusunda (Broberg ve diğ., 2014; Ghandoura, 2020; Küçükceran ve diğ., 2020) hazırlanmış toplam 24 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (SKETTÖ) -Ek 2

Özmen ve Özsoy (2009) tarafından geliştirilen ölçeğin dört alt boyutu vardır. Algılanan duyarlılık alt boyutu dokuz maddeden, algılanan ciddiyet alt boyutu sekiz maddeden, algılanan engel alt boyutu yedi maddeden, algılanan yarar alt boyutu ise altı maddeden oluşmaktadır. Belirlenen 30 maddenin 22 tanesi olumlu, 8 tanesi olumsuz (3, 6, 8, 15, 17, 24, 25 ve 27 numaralı sorular) ifadeden oluşmaktadır. Olumsuz soruların puanlaması tersten yapılır. Ölçekte Likert tipi ölçekleme kullanılmıştır. Ölçekte yer alan maddeler 1-5 arasında değer almaktadır. Değerlendirme; Olumlu ifadeler için; (1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Kısmen katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum, Olumsuz ifadeler için; (5) Kesinlikle katılmıyorum, (4) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (2) Kısmen katılıyorum, (1)

Tamamen katılıyorum şeklinde yapılmıştır. Ölçek görüşmecinin değerlendirdiği türde bir ölçektir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 150, en düşük puan ise 30'dur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireylerin serviks kanseri erken tanısına ilişkin olumlu tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek ve alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı 0.89-0.70 arasındadır. Ölçeğin uygulanma süresi ortalama 10 dakikayı almaktadır. Ölçek kullanım izni alınmıştır ve Ek 4' de sunulmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,85 olarak yüksek bulunmuştur.

3.6.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri-Ek 3

Spielberger tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Envanter Durumluk ve Sürekli olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Her bölüm ayrı ayrı kullanılabilir. Bu çalışmada Durumluk Kaygı Envanteri bölümü kullanılmıştır. Durumluk Kaygı Envanteri, bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirlemek için kullanılmaktadır (Öner, 1997). Envanterin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Le Compte ve Öner (1985) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında, test-tekrar test güvenirlik katsayıları Durumluk Kaygı Envanteri için 0,26 ve 0,68 arasında, Kuder Richardson formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alfa korelasyonları ile saptanan iç tutarlık ve homojenlik katsayıları ise 0,94 ve 0,96 arasında, envanterin bir başka tür madde-toplam puan güvenirliği ya da envanter iç tutarlılığı korelasyonları 0,42 ve 0,85 arasında bulunmuştur (Öner ve Le Compte 1985) Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay ve 20 sorudan oluşan 4'lü likert tipi bir envanterdir. Envanterde bireyden kendini "şu anda" nasıl hissettiğini değerlendirmesi ve maddelerle ifade edilen duygu ve davranışların şiddetine göre (1) "hiç", (2) "biraz", "çok", (4) "tamamıyla" ifadelerinden birini seçmesi istenir. Kişilerin kaygı durumu ölçüt yönergesine göre uygun biçimde 0-19 puan (yok), 20-39 puan (hafif), 40-59 puan (orta), 60-79 puan (ağır), 80 puan ve üzeri (çok şiddetli) kaygı olarak belirtilmiştir. Durumluk anksiyete ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Bunlar; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 maddeleridir. Durumluk anksiyete düzeyleri değerlendirilirken doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin puanları ayrı ayrı toplanarak, doğrudan ifadelerin toplam puanından ters ifadelerin toplam puanı çıkartılır. Bulunan değere durumluk anksiyete ölçeği için önceden saptanmış ve değişmeyen değer olan 50 sayısı eklenerek her kişinin durumluk anksiyete puanı hesaplanır. Ölçek kullanım izni alınmıştır ve Ek 5'de sunulmuştur. Bu çalışma kapsamında ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,95 bulunmuştur.

3.7. ÇALIŞMADA KULLANILAN TARAMA YÖNTEMLERİ

3.7.1. Klinisyen Tarafından Yapılan HPV DNA Testi (Kontrol Grubu)

Araştırmacı tarafından kadının serviksinden fırça ile örnek alınması işlemidir. Tarama için T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından servikal kanser tarama için kullanılan HPV DNA kitleri kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından gönüllü olan kadınlara aşağıdaki işlem basamaklarına uyularak numune alımı yapılmıştır.

Numune alımı sırasında uyulan adımlar:

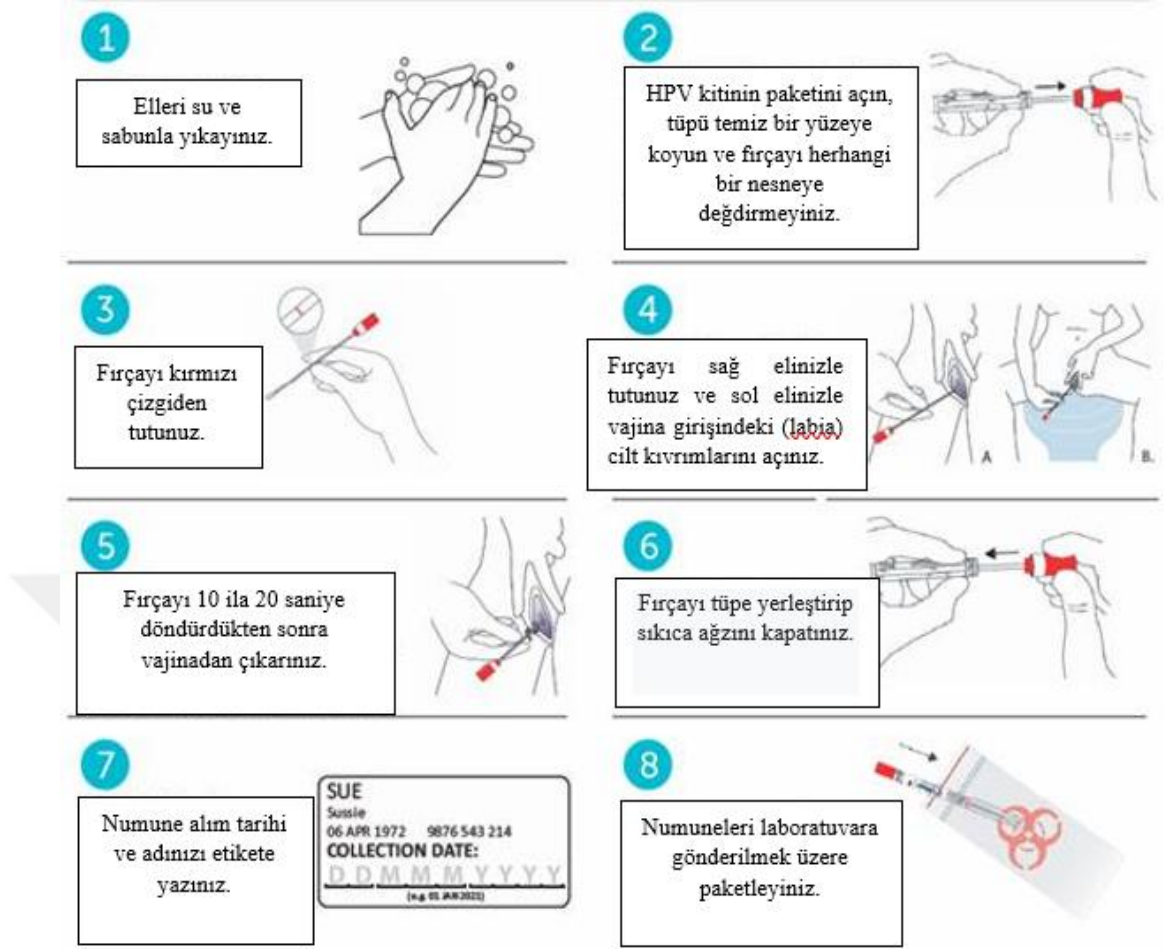
1. İşlem öncesinde kadın yapılan girişim hakkında bilgilendirilmiştir.
2. Kadından işlem için onam alınmıştır.
3. HPV tanı kitine kadının kimlik bilgileri yazılmıştır. Aile hekimliği sistemine alınacak numunelerin barkodu girilerek kaydı oluşturulmuştur.
4. İşlemden önce eller yıkanmıştır.
5. İşlem sırasında eldiven giyilmiştir.
6. Kadından jinekolojik masaya yatması ve litotomi pozisyonu alması istenmiştir.
7. Işık kaynağı uygun bir şekilde muayene masasına doğru ayarlanmıştır.
8. Plastik ve tek kullanımlık bir spekulum kullanılarak, vajina duvarları açılması ve serviksin görünmesini sağlanmıştır.
9. Servikal bölgeden özel HPV test fırçası ile sürüntü alınmıştır. Fırça servikte birkaç defa döndürülmüştür.
10. Fırça özel solüsyon içeren tüpe yerleştirilerek, Halk Sağlığı Laboratuvarına gönderilmiştir.
11. İşlem süresince kadının mahremiyetine özen gösterilmiştir.
12. Kadına test sonuçlarının yaklaşık bir ay içinde belli olacağı bilgisi verilmiştir.

3.7.2. Kendi Kendine Yapılan HPV DNA Testi (Deney Grubu)

Kadının kendi vajinasından fırça ile numune alması işlemidir. Test için QIAGEN firmasının QIAscreen HPV PCR Testi kullanılmıştır. Numunelerin nasıl alınacağı araştırmacı tarafından gönüllü kişiye adım adım anlatılmıştır (**Şekil 3.6**). Numune sonucunun pozitif çıkması halinde kadına ulusal tarama programına göre numune alınacağı bilgisi verilmiştir. Eğer sonucu tekrar pozitif çıkarsa ulusal tarama programında belirtilen referans hekim ve hastanelere yönlendirilmesinin yapılacağı bilgisi verilmiştir.

Numune alımı sırasında uyulan adımlar (**Şekil 3.6**):

1. İşlem öncesinde kadın yapılan girişim hakkında bilgilendirilmiştir.
2. Kadından işlem için onam alınmıştır.
3. HPV tanı kitine kadının kimlik bilgileri yazılmıştır. Ancak ulusal tarama programındaki hakkının kaybolmaması için Aile Hekimliği sistemine kaydı yapılmamıştır.
4. Kadına işlem öncesi ellerini su ve sabunla yıkaması gerektiği bilgisi verilmiştir.
5. HPV kit paketini açtıktan sonra tüpü temiz bir yüzeye koymasını ve fırçayı herhangi bir nesneye değdirmemesi gerektiği söylenilmiştir.
6. Fırçayı sağ eliyle tutarak sol eli ile vajina girişini ve cilt kıvrımlarını açması gerektiği anlatılmıştır. Eğer solak ise tam tersini uygulayabileceği anlatılmıştır.
7. Fırçayı en az uzunluğunun yarısına kadar vajinasına sokması gerektiği, sonrasında birkaç defa (10 ila 20 saniye) döndürmesi gerektiği anlatılmıştır.
8. İşlem sırasında hafif rahatsızlık hissedebileceği ancak ağrı hissetmeyeceği bilgisi verilmiştir.
9. Fırçayı yavaşça vajinadan çıkarması ve hiçbir yere değdirmeden kılı ucunu tüpe batırması gerektiği anlatılmıştır.
10. İşlem süresince kadının mahremiyetine özen gösterilmiştir.
11. Kadın, Aile Sağlığı Merkezinde yer alan üreme sağlığı odasında numune almıştır.
12. Kadına test sonucunun yaklaşık bir ay içinde belli olacağı bilgisi verilmiştir.
13. Alınan numuneler analiz edilene kadar uygun saklama koşullarında saklanmıştır.



Şekil 3.6: HPV numune örneğinin alınması basamakları.

Kaynak: World Health Organization (WHO), 2023a, Using HPV tests for cervical cancer screening and managing HPV-positive women – a practical online guide, <https://screening.iarc.fr/atlasHPVdetail.php?Index=24&e=> [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

3.8. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmanın **birinci aşamasında** servikal kanser taramasına katılım ve tutumu ölçmek amacıyla dahil edilme kriterlerine uyan kadınlar telefonla aranarak 1 Ekim 2022- 1 Ocak 2023 tarihleri arasında kliniğe davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formunu (Ek 6) imzaladıktan sonra veri toplamada Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1) ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (Ek 2) kullanılmıştır.

Araştırmanın **ikinci aşamasında** ise dahil edilme kriterlerine uyan kadınlar telefonla aranarak 13-15 Kasım 2023 tarihleri arasında kliniğe davet edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 6)'nu, Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1)'nu

ve ön test olarak Durumluk Kaygı Envanteri (Ek 3)'ni doldurmaları sağlanmıştır. Kadınlar deney ve kontrol gruplarına daha önce belirlenmiş rastgele sayılar tablosuna (**Şekil 3.4**) göre atanmıştır.

Deney grubuna dahil olan kadınlara kendi kendine numune alımı işlemi öncesinde eğitim verilmiştir. Eğitim basamakları (**Şekil 3.6**) bir önceki kısımda yer almaktadır. Kadına vajinal bölgeden sürüntü alması için HPV kiti (**Şekil 3.7**) verilmiştir. İşlem boyunca mahremiyetlerinin korunmasına dikkat edilmiştir. Numune alınma işlemi sonrasında ise son test olarak Durumluk Kaygı Envanteri (Ek 3)'ni doldurmaları sağlanmıştır. Kendi kendine toplanan serviko-vajinal lavaj numuneleri salin içinde (%0,9 a/h NaCl) toplanıp saklanmıştır. Bu tüpler uygun ortamda 2–8°C'de en fazla üç ay saklanabilmektedir. Bu çalışmada yedi gün içinde numune alımı tamamlanmıştır. Alınan numuneler ise bir hafta sonra “Labgen” laboratuvarında analiz edilmiştir. Deney grubuna 55 kadın dahil edilmiş ve 55 kadın ile araştırmanın veri toplama aşaması tamamlanmıştır.



Şekil 3.7: Kadının kendi kendine HPV testini yaparken kullandığı fırça ve uygun koşullarda saklanması için gerekli tüp görseli.

Kontrol grubuna dahil olan katılımcılara klinisyen tarafından nasıl numune alınacağı bilgisi verilmiştir. Numune alma işlemi için kadının hazırlanmasına ve litotomi pozisyonu verilmesine yardım edilmiştir. Daha sonra klinisyen tarafından numune alımı işlemi tamamlanmıştır. Kadının işlem sonrası masadan kalkmasına yardım edilmiş ve işlem boyunca mahremiyeti sağlanmıştır. Numune alma işlemi sonrasında Durumluk Kaygı Envanteri (Ek 3)

son test olarak uygulanmıştır. Kontrol grubuna 55 kadın dahil edilmiş ve 55 kadın ile araştırmanın veri toplama aşaması tamamlanmıştır.

3.9. NUMUNELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.9.1. Kontrol Grubunun Numunelerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada kontrol grubundan numuneler, Aile Sağlığı Merkezinde alınmıştır. İşlem sonrasında numuneler Ödemiş İlçe Sağlık Müdürlüğü Kanseri Birimine teslim edilmiştir. İlçe Sağlık Müdürlüğü ise numuneleri Halk Sağlığı Laboratuvarına göndermiştir. Klinisyen tarafından alınan numunelerin incelenmesi Halk Sağlığı Laboratuvarında yapılmıştır. Test sonuçları ortalama 30 gün içinde sonuçlanmıştır. Sonuçlara Aile hekimliği sisteminden veya “HPV Sonuç Sorgulama” sayfasından ulaşılmıştır.

3.9.2. Deney Grubunun Numunelerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada deney grubunda kendi kendine alınan numunelerin incelenmesinde QIAGEN firmasının QIAscreen HPV PCR Testi kullanılmıştır. QIAscreen HPV PCR Test ile HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 67 ve 68 riskli türleri tespit edilmektedir. İn vitro real-time PCR bazlı bir testtir. QIAscreen HPV PCR Test, bir veya daha fazla biriken PCR ürününün saptanması için floresan problemlerden yararlanan 15 yüksek riskli HPV tipinin E7 genine yöneltilmiş multipleks, real-time PCR bazlı bir tahlildir. Her bir PCR döngüsü esnasında floresan sinyal, logaritmik bir şekilde artarak bir amplifikasyon eğrisine yol açar. Hedefin amplifikasyon eğrisi, eşikinin üzerine geldiği anda örnek söz konusu hedef için pozitif kabul edilir. Multipleks format reaksiyon başına dört farklı floresan boyanın aynı anda saptanmasına izin verir; burada her bir floresan boya farklı hedefleri temsil eder. Söz konusu dört farklı hedef aşağıdadır:

1. HPV 16,
2. HPV 18,
3. Bir havuz olarak diğer 13 yüksek riskli HPV tipi ve
4. İnsan β -globin geni.

QIAscreen HPV PCR Test, HPV 16'yı, HPV 18'i ve diğer 13 hrHPV genotipinden oluşan havuzu ayrı ayrı saptar. İnsan β -globin geni hem örnek DNA'nın kalitesini hem de potansiyel inhibe edici maddelerin varlığını belirleyen örnek kontrolü olarak kullanılır. Çalışmada tüm örneklerde β -globin genine rastlanılmıştır, yani katılımcılar yeteri kadar numune almıştır. Geçersiz bir test sonucu genellikle numunenin yeterli malzemeye sahip olmadığı anlamına gelmektedir. Eğer testte yeteri kadar β -globin genine rastlanılmaz ise kadının kendinden yeteri kadar numune almadığı anlamına gelir ve testin tekrarlanması gerekmektedir (Qiagen, 2019). Çalışma sırasında (**Şekil 3.8**) PCR cihazı kullanılmıştır. Çalışma sırasında numunelerin analiz işlemleri (**Şekil 3.9**) gösterilmiştir.



Şekil 3.8: HPV testleri analizinde kullanılan PCR cihazı.



Şekil 3.9: Numunelerin analiz işlemleri.

HPV 16 tespiti için yeşil kanaldaki sinyallerin analizi için "QIAscreen RGQ Green Channel analysis template.qut" kullanılmıştır (**Şekil 3.10**).

HPV 18 tespiti için kırmızı kanaldaki sinyallerin analizi için "QIAscreen RGQ Red Channel analysis template.qut" kullanılmıştır (**Şekil 3.11**).

HPV diğer riskli tiplerinin tespiti için "QIAscreen RGQ Yellow Channel analysis template.qut" kullanılmıştır (**Şekil 3.12**).

β -globin geni için "QIAscreen RGQ Orange Channel analysis template.qut" kullanılmıştır (**Şekil 3.13**).

Quantitation Report

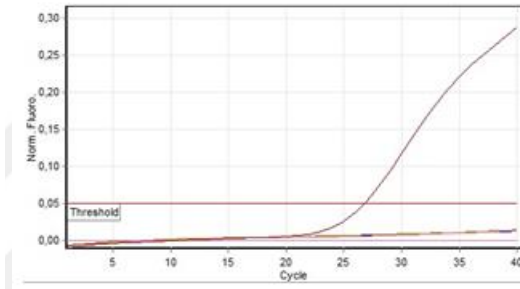
Experiment Information

Run Name	QIASCREEN HPV 2023-11-21 (1) DR HNM CALIŖMA
Run Start	21.11.2023 15:23:10
Run Finish	21.11.2023 16:40:27
Operator	
Notes	
Run On Software Version	Rotor-Gene Q Software 2.3.5.1
Run Signature	The Run Signature is valid.
Gain Green	5,33
Gain Yellow	4,
Gain Orange	9,33
Gain Red	2,67
Machine Serial No.	040917

Quantitation Information

Threshold	0,050
Left Threshold	1,000
Standard Curve Imported	No
Standard Curve (1)	N/A
Standard Curve (2)	N/A
Start normalising from cycle	1
Noise Slope Correction	No
No Template Control Threshold	% 5
Reaction Efficiency Threshold	Disabled
Normalisation Method	Dynamic Tube Normalisation
Digital Filter	Light
Sample Page	Page 1
Imported Analysis Settings	

Quantitation data for Cycling A.Green



Standard Curve

Ŗekil 3.10: HPV 16 tespiti için yeŖil kanaladaki sinyallerin analizi sonuçları.

Quantitation Report

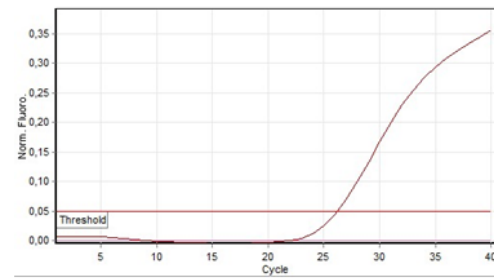
Experiment Information

Run Name	QIASCREEN HPV 2023-11-21 (1) DR HNM CALIŖMA
Run Start	21.11.2023 15:23:10
Run Finish	21.11.2023 16:40:27
Operator	
Notes	
Run On Software Version	Rotor-Gene Q Software 2.3.5.1
Run Signature	The Run Signature is valid.
Gain Green	5,33
Gain Yellow	4,
Gain Orange	9,33
Gain Red	2,67
Machine Serial No.	040917

Quantitation Information

Threshold	0,050
Left Threshold	1,000
Standard Curve Imported	No
Standard Curve (1)	N/A
Standard Curve (2)	N/A
Start normalising from cycle	1
Noise Slope Correction	No
No Template Control Threshold	% 5
Reaction Efficiency Threshold	Disabled
Normalisation Method	Dynamic Tube Normalisation
Digital Filter	Light
Sample Page	Page 1
Imported Analysis Settings	

Quantitation data for Cycling A.Red



Standard Curve

Şekil 3.11: HPV 18 tespiti için kırmızı kanaldaki sinyallerin analizi sonuçları.

Quantitation Report

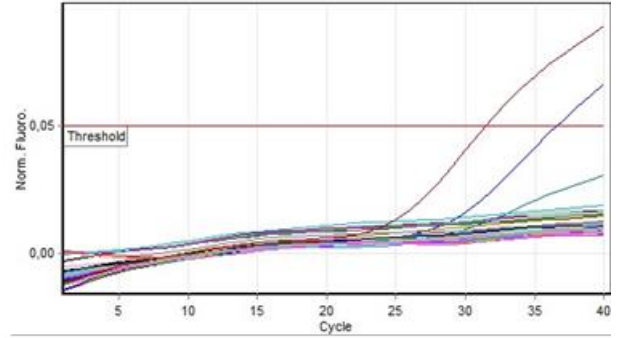
Experiment Information

Run Name	QIASCREE HPV 2023-11-21 (1) DR HNM CALIŞMA
Run Start	21.11.2023 15:23:10
Run Finish	21.11.2023 16:40:27
Operator	
Notes	
Run On Software Version	Rotor-Gene Q Software 2.3.5.1
Run Signature	The Run Signature is valid.
Gain Green	5,33
Gain Yellow	4,
Gain Orange	9,33
Gain Red	2,67
Machine Serial No.	040917

Quantitation Information

Threshold	0,050
Left Threshold	1,000
Standard Curve Imported	No
Standard Curve (1)	N/A
Standard Curve (2)	N/A
Start normalising from cycle	1
Noise Slope Correction	No
No Template Control Threshold	% 5
Reaction Efficiency Threshold	Disabled
Normalisation Method	Dynamic Tube Normalisation
Digital Filter	Light
Sample Page	Page 1
Imported Analysis Settings	

Quantitation data for Cycling A.Yellow



Standard Curve

Şekil 3.12: Yüksek riskli diğer HPV tiplerinin tespiti için sarı kanaldaki sinyallerin analizi sonuçları.

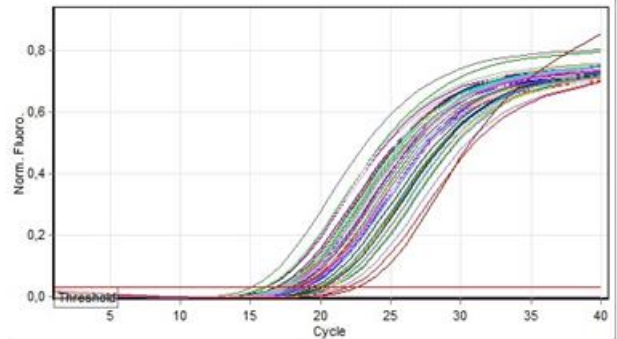
Experiment Information

Run Name	QIASCREE HPV 2023-11-21 (1) DR HNM CALIŞMA
Run Start	21.11.2023 15:23:10
Run Finish	21.11.2023 16:40:27
Operator	
Notes	
Run On Software Version	Rotor-Gene Q Software 2.3.5.1
Run Signature	The Run Signature is valid.
Gain Green	5,33
Gain Yellow	4,
Gain Orange	9,33
Gain Red	2,67
Machine Serial No.	040917

Quantitation Information

Threshold	0,030
Left Threshold	1,000
Standard Curve Imported	No
Standard Curve (1)	N/A
Standard Curve (2)	N/A
Start normalising from cycle	1
Noise Slope Correction	No
No Template Control Threshold	% 5
Reaction Efficiency Threshold	Disabled
Normalisation Method	Dynamic Tube Normalisation
Digital Filter	Light
Sample Page	Page 1
Imported Analysis Settings	

Quantitation data for Cycling A.Orange



Standard Curve

Şekil 3.13: İnsan β -globin geni tespiti için turuncu kanaldaki sinyallerin analizi sonuçları.

QIAscreen HPV PCR Test kontrollerinin doğrulama kriterleri (**Tablo 3.1**):

- QIAscreen Pozitif Kontroldeki hedefler β -globin için 29'dan, HPV 16 ve HPV 18 için 30'dan ve HPV Diğer için 32'den düşük olan CT (eşik değeri) değerlerini vermelidir. Durumun böyle olmaması ve analiz ayarlarının doğru olması halinde deney tekrarlanmalıdır (QIAGEN, 2019).
- QIAscreen Negatif Kontroldeki hedeflerden hiçbirisi PCR çalışmasının sonunda tek eşik üzerinde bir sinyal vermemelidir. Döngüde 40'tan önce bir sinyal görülmesi ve analiz ayarlarının doğru olması halinde deney tekrarlanmalıdır (QIAGEN, 2019).

Tablo 3.1: QIAscreen HPV PCR Test kontrollerinin doğrulama kriterleri.

	C _T değeri HPV hedefleri	C _T değeri β -globin	Yorumlama
1	HPV 16 ve/veya HPV 18 <36 ve/veya HPV Diğer <33,5	Tümü	HPV pozitif
2	HPV 16 ve HPV 18 ≥ 36 veya tanımlanmamış ve HPV Diğer $\geq 33,5$ veya tanımlanmamış	≤ 30	HPV negatif
3	HPV 16 ve HPV 18 ≥ 36 veya tanımlanmamış ve HPV Diğer $\geq 33,5$ veya tanımlanmamış	>30	Geçersiz

1. HPV pozitif. C_T değerleri HPV 16 ve/veya HPV 18 için <36 ve/veya Diğer HPV için <33,5 olduğunda (β -globin C_T değeri fark etmeksizin). Kanal mevcut tipleri gösterir. **2. HPV negatif.** β -globin için C_T değeri ≤ 30 ve HPV 16 ile HPV 18 için C_T değerleri ≥ 36 olduğunda veya sinyal göstermediğinde ve HPV Diğer için $\geq 33,5$ olduğunda veya sinyal göstermediğinde. **3. Geçersiz.** β -globinin C_T değeri >30 ve HPV 16 ile HPV 18'in C_T değerleri ≥ 36 olduğunda veya sinyal göstermediğinde ve Diğer HPV için değeri $\geq 33,5$ olduğunda veya sinyal göstermediğinde.

Kaynak: QIAGEN, 2019, *QIAscreen HPV PCR Test Kullanma Talimatı* (El Kitabı) Self-screen B.V., Biothof 15-1, 1098 RX Amsterdam, Hollanda.

Testin kendi kendine toplanan (serviko-)vajinal numunelerdeki performansı kendi kendine toplanan lavaj numuneleri ve kendi kendine toplanan fırça numuneleri için

doğrulanmıştır. Kendi kendine toplanan lavaj numuneleri GP5+/6+ PCR referans tahlil ile tutarlılık %91,4, CIN 2+ duyarlılığı ise %96,7 olduğu görülmüştür. Kendi kendine toplanan fırça numuneleri için GP5+/6+ PCR ile tutarlılık %93,9, CIN 2+ duyarlılığı ise %92,9 olduğu görülmüştür (Qiagen, 2019).

3.10. VERİLERİN İSTATİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir (**Tablo 3.2**).

Tablo 3.2: Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
SKETTÖ Toplam	1,451	-0,959
Algılanan Duyarlılık	0,286	-0,374
Algılanan Ciddiyet	0,431	-0,381
Algılanan Engel	0,323	-0,063
Algılanan Yarar	4,440	-1,654

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Kadınların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Korelasyon katsayıları (r) 0,00-0,25 çok zayıf; 0,26-0,49 zayıf; 0,50-0,69 orta; 0,70-0,89 yüksek; 0,90-1,00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006, s.116). Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Deneysel tasarımda İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t-testi, grup içi ölçümlerin karşılaştırılmasında bağımlı gruplar t-testi kullanılmıştır.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen (d) ve Eta kare (η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2: küçük; 0.5: orta; 0.8: büyük olarak, eta kare değeri 0.01: küçük; 0.06: orta; 0.14: büyük olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve diğ., 2018).

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma sürecinde Helsinki İnsan Hakları Bildirgesi ilkelerine uygun çalışılmıştır. Çalışma esnasında öncelikle kadınlar ile tanışılmış ve ardından araştırmanın konu, amaç ve içeriği açıklanmıştır. Çalışmaya katılıp katılmama kararı kadına bırakılmıştır. Aynı zamanda araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları, kişisel bilgilerinin korunacağı ve saklanacağı bilgisi verildikten sonra bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu (Ek 6) onaylayarak çalışmaya katılımları sağlanmıştır.

Ayrıca bu çalışma için ilgili kurum ve kişilerden gerekli izinler;

- Araştırma üyelerine ulaşmak için İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (Ek 5),
- Araştırma için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından izin (Ek 7),
- “Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği”ni geliştiren Prof. Dr. Dilek Özmen’den ölçek kullanım izni (Ek 4),
- “Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri” nin kullanımı için Prof. Dr. Necla Öner’den ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek 5).

3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sonuçları araştırmanın yürütüldüğü İzmir ili Ödemiş ilçesi 2 Nolu Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı kadınlar ile sınırlıdır. Veri toplama araçları kadınların beyanına dayalı olarak doldurulmuştur. Kendi kendine numune alma işlemi klinikte gerçekleştirilmiştir.

3.13. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Araştırmada hedeflenen katılımcı sayısına ulaşılmıştır. Araştırma kadınlar tarafından ilgi görmüştür. Kaygı düzeyi randomize kontrollü olarak çalışılmıştır.



4. BULGULAR

Servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın taramaya katılım, serviks kanserinden korunmaya yönelik tutum ve kaygı düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla iki aşamalı olarak yapılan bu araştırmanın birinci aşamasına ve ikinci aşamasına ait bulgular altı başlıkta sunulmuştur.

4.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ve Servikal Kanser Taramasına Katılıma Ait Bulgular

4.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

4.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri ile İlgili Bulgular

4.1.3 Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Servikal Kanser ve Tarama Testi ile İlgili Bulguları

4.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (SKETTÖ) Puan Ortalamaları

4.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması

4.4. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikler ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Puanları Arasında Korelasyon Analizi

4.5. Araştırmanın İkinci Aşamasında Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulgular

4.6. Araştırmanın İkinci Aşamasında Katılımcıların Durumluk Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları

4.7. Araştırmanın İkinci Aşamasında Katılımcıların Test Sonuçları

4.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ ve SERVİKAL KANSER TARAMASINA KATILIMA AİT BULGULAR

Kadınların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular aşağıda yer almaktadır. Bu bölümde sosyodemografik, obstetrik ve jinekolojik özellikleri, servikal kanser ve tarama testi ile ilgili bulgular yer almaktadır. Kadınların sosyodemografik özellikleri (**Tablo 4.1**), obstetrik ve jinekolojik özellikleri (**Tablo 4.2**) ve servikal kanser ve tarama testi ile ilgili bulguları (**Tablo 4.3**) gösterilmiştir.

4.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 4.1: Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 309)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş		
30	126	40,8
31-40	109	35,3
41-65	74	23,9
Eğitim Durumu		
İlkokul	194	62,8
Ortaokul	39	12,6
Lise	49	15,9
Üniversite ve Üzeri	27	8,7
Medeni Durum		
Evli	286	92,6
Bekar	23	7,4
Evlilik Süresi (n=286)		
1-10 Yıl	46	16,1
11-20 Yıl	88	30,8

21-30 Yıl	84	29,4
31 Yıl ve Üzeri	68	23,8
Meslek		
Ev Hanımı	263	85,1
Öğretmen	14	4,5
Çiftçi	6	1,9
İşçi	17	5,5
Diğer	9	2,9
Çalışma Durumu		
Çalışıyorum	38	12,3
Çalışmıyorum	271	87,7
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	305	98,7
Geniş Aile	4	1,3
Ekonomik Durum		
Geliri Giderinden Az	123	39,8
Geliri Giderine Eşit	186	60,2

Kadınların “yaş” ortalaması $44,220 \pm 9,531$ (Min=30; Maks=64) olarak saptanmıştır. Kadınlar yaşa göre 126'sı (%40,8) 30 yaş, 109'u (%35,3) 31-40, 74'ü (%23,9) 41-65 yaş olarak dağılmıştır.

Kadınlar **eğitim durumuna göre** 194'ü (%62,8) ilkokul, 39'u (%12,6) ortaokul, 49'u (%15,9) lise, 27'si (%8,7) üniversite ve üzeri olarak dağılmıştır.

Kadınlar **medeni duruma göre** 286'sı (%92,6) evli, 23'ü (%7,4) bekar olarak dağılmıştır. Kadınların “evlilik süresi” ortalaması $22,350 \pm 11,006$ (Min=1; Maks=50) olarak saptanmıştır. Kadınlar evlilik süresine göre 46'sı (%16,1) 1-10 yıl, 88'i (%30,8) 11-20 yıl, 84'ü (%29,4) 21-30 yıl, 68'i (%23,8) 31 yıl ve üzeri olarak dağılmıştır. Kadınlar **aile tipine göre** 305'i (%98,7) çekirdek aile, 4'ü (%1,3) geniş aile olarak dağılmıştır.

Kadınlar **mesleğe göre** 263'ü (%85,1) ev hanımı, 14'ü (%4,5) öğretmen, 6'sı (%1,9) çiftçi, 17'si (%5,5) işçi, 9'u (%2,9) diğer olarak dağılmıştır. Kadınlar **çalışma durumuna göre** 38'i (%12,3) çalışıyorum, 271'i (%87,7) çalışmıyorum olarak dağılmıştır. Kadınlar **ekonomik duruma göre** 123'ü (%39,8) geliri giderinden az, 186'sı (%60,2) geliri giderine eşit olarak dağılmıştır.

4.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Tablo 4.2: Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı (N= 309)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Gebelik Sayısı		
0	14	4,5
1	48	15,5
2	111	35,9
3	74	23,9
4 ve Üzeri	62	20,1
Doğum Sayısı		
0	18	5,8
1	70	22,7
2	169	54,7
3 ve Üzeri	52	16,8
Düşük Sayısı		
0	249	80,6
1 ve Üzeri	60	19,4
Kürtaj Sayısı		
0	234	75,7
1	47	15,2
2 ve Üzeri	28	9,1
Yaşayan Çocuk Sayısı		

0	17	5,5
1	72	23,3
2	170	55,0
3 ve Üzeri	50	16,2
Kullanılan Doğum Kontrol Yöntemi		
Kullanmak İstemiyor	24	7,8
Eşi Yok	8	2,6
Geri Çekme	24	7,8
Hap	8	2,6
Kondom	100	32,4
Menapoz	97	31,4
RİA	19	6,1
Tüp Ligasyon	23	7,4
İnfertilite	6	1,9
Menapoza Girme Durumu		
Evet	97	31,4
Hayır	212	68,6

Kadınların “**doğum sayısı**” ortalaması $1,870 \pm 0,882$ (Min=0; Maks=6), “**ilk adet yaşı**” ortalaması $13,260 \pm 1,336$ (Min=10; Maks=19), “**ilk cinsel ilişki yaşı**” ortalaması $21,340 \pm 3,913$ (Min=14; Maks=35), “**gebelik sayısı**” ortalaması $2,500 \pm 1,362$ (Min=0; Maks=9), “**düşük sayısı**” ortalaması $0,280 \pm 0,628$ (Min=0; Maks=3), “**kürtaj sayısı**” ortalaması $0,390 \pm 0,896$ (Min=0; Maks=8), “**yaşayan çocuk sayısı**” ortalaması $1,860 \pm 0,859$ (Min=0; Maks=5) olarak saptanmıştır.

Kadınlar **gebelik sayısına göre** 14'ü (%4,5) 0, 48'i (%15,5) 1, 111'i (%35,9) 2, 74'ü (%23,9) 3, 62'si (%20,1) 4 ve üzeri olarak, **doğum sayısına göre** 18'i (%5,8) 0, 70'i (%22,7) 1, 169'u (%54,7) 2, 52'si (%16,8) 3 ve üzeri olarak, **düşük sayısına göre** 249'u (%80,6) 0, 60'ı (%19,4) 1 ve üzeri olarak, **kürtaj sayısına göre** 234'ü (%75,7) 0, 47'si (%15,2) 1, 28'i (%9,1) 2 ve üzeri olarak, **yaşayan çocuk sayısına göre** 17'si (%5,5) 0, 72'si (%23,3) 1, 170'i (%55,0)

2, 50'si (%16,2) 3 ve üzeri olarak, **kullanılan doğum kontrol yöntemine göre** 24'ü (%7,8) kullanmak istemiyor, 8'i (%2,6) eşi yok, 24'ü (%7,8) geri çekme, 8'i (%2,6) hap, 100'ü (%32,4) kondom, 97'si (%31,4) menapoz, 19'u (%6,1) RİA, 23'ü (%7,4) tüp ligasyon, 6'sı (%1,9) infertilite olarak dağılmaktadır. Kadınlar **menapoza girme durumuna göre** 97'si (%31,4) evet, 212'si (%68,6) hayır olarak dağılmıştır.

4.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Servikal Kanseri ve Tarama Testi ile İlgili Bulguları

Tablo 4.3: Kadınların Servikal Kanseri ve Tarama Testi ile İlgili Bulguları (N=309)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Serviks Kanseri Taraması Hakkında Bilgi Sahipliği		
Evet	263	85,1
Hayır	46	14,9
Serviks Kanseri Taraması Yaptırma Durumu		
Evet	70	22,7
Hayır	239	77,3
Son 5 Yıldır Tarama Yaptırmama Nedeni		
Gerek Duymama	176	57,0
Korku	31	10,0
Utanma, Çekinme	45	14,6
Zaman Olmaması	57	18,4
Daha Önce HPV Aşısını Duyma Durumu		
Evet	23	7,4
Hayır	286	92,6
Jinekolojik Muayene Yaptırma Sıklığı		
Hiç	43	13,9
1 Yılda Bir	16	5,2
2 Yıl ve Üzeri	250	80,9

Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenleri (n=293)		
Gerek Duymama	168	57,3
Korku	29	9,9
Utanma, Çekinme	53	18,1
Zaman Olmaması	43	14,7
Tarama Yöntemlerinden Hangisinin Tercih Edildiği		
Kendi Kendine Yapılan Bir Testi	105	34,0
Klinikte Klinisyen Tarafından Yapılan Bir Testi	57	18,4
Hiçbirini	12	3,9
Her İkisini	135	43,7

Kadınlar **serviks kanseri taraması hakkında bilgi sahipliğine göre** 263'ü (%85,1) evet, 46'sı (%14,9) hayır olarak, **serviks kanseri taraması yaptırmama durumuna göre** 70'i (%22,7) evet, 239'u (%77,3) hayır olarak, **son 5 yıldır tarama yaptırmama nedenine göre** 176'sı (%57,0) gerek duymama, 31'i (%10,0) korku, 45'i (%14,6) utanma, çekinme, 57'si (%18,4) zaman olmaması olarak, **daha önce HPV aşısını duyma durumuna göre** 23'ü (%7,4) evet, 286'sı (%92,6) hayır olarak, **jinekolojik muayene yaptırmama sıklığına göre** 43'ü (%13,9) hiç, 16'sı (%5,2) 1 yılda bir, 250'si (%80,9) 2 yıl ve üzeri olarak, **jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerine göre** 168'i (%57,3) gerek duymama, 29'u (%9,9) korku, 53'ü (%18,1) utanma, çekinme, 43'ü (%14,7) zaman olmaması olarak, **tarama yöntemlerinden hangisinin tercih edildiğine göre** 105'i (%34,0) kendi kendine yapılan bir testi, 57'si (%18,4) klinikte klinisyen tarafından yapılan bir testi, 12'si (%3,9) hiçbirini, 135'i (%43,7) her ikisini olarak dağılmıştır.

4.2. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ (SKETTÖ) PUAN ORTALAMALARI

Kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutuma yönelik; aritmetik ortalaması, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 4.4: SKETTÖ Puan Ortalamaları (N=309)

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
SKETTÖ Toplam	309	102,896	5,660	81,000	117,000	0,845
Algılanan Duyarlılık	309	28,282	2,775	19,000	35,000	0,833
Algılanan Ciddiyet	309	28,227	2,340	20,000	35,000	0,841
Algılanan Engel	309	23,142	1,516	18,000	28,000	0,832
Algılanan Yarar	309	23,246	2,098	14,000	28,000	0,827

Kadınların “**SKETTÖ toplam puan**” ortalaması $102,896 \pm 5,660$ (Min=81; Maks=117), “**algılanan duyarlılık**” ortalaması $28,282 \pm 2,775$ (Min=19; Maks=35), “**algılanan ciddiyet**” ortalaması $28,227 \pm 2,340$ (Min=20; Maks=35), “**algılanan engel**” ortalaması $23,142 \pm 1,516$ (Min=18; Maks=28), “**algılanan yarar**” ortalaması $23,246 \pm 2,098$ (Min=14; Maks=28) olarak saptanmıştır.

4.3. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM PUANLARININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

SKETTÖ puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek için yapılan analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 1.5: SKETTÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=309)

Demografik Özellikler	n	SKETTÖ Toplam	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar
Yaş		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
30	126	103,968±5,365	28,587±2,740	28,516±2,300	23,286±1,548	23,579±1,953
31-40	109	102,422±5,290	28,174±2,815	28,220±2,225	22,991±1,391	23,037±1,900
41-65	74	101,770±6,395	27,919±2,759	27,743±2,516	23,122±1,630	22,987±2,524
F=		4,191	1,482	2,568	1,116	2,730
p=		0,016	0,229	0,078	0,329	0,067
PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)				

Eğitim Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
İlkokul	194	102,495±5,734	28,077±2,707	28,258±2,318	23,093±1,472	23,067±2,064
Ortaokul	39	102,564±6,528	28,128±3,404	28,000±2,596	23,256±1,802	23,180±2,512
Lise	49	104,020±4,914	28,571±2,466	28,510±2,053	23,225±1,159	23,714±1,837
Üniversite ve Üzeri	27	104,222±4,799	29,444±2,607	27,815±2,632	23,185±1,962	23,778±2,025
F=		1,516	2,173	0,650	0,196	1,893
p=		0,210	0,091	0,584	0,899	0,131
Medeni Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evli	286	102,958±5,777	28,346±2,806	28,266±2,363	23,150±1,532	23,196±2,140
Bekar	23	102,130±3,946	27,478±2,254	27,739±2,005	23,044±1,331	23,870±1,359
t=		0,674	1,445	1,039	0,325	-1,485
p=		0,501	0,149	0,300	0,746	0,038
Evlilik Süresi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
1-10 Yıl	46	104,000±4,609	28,935±2,471	28,370±2,351	23,065±1,638	23,630±1,638
11-20 Yıl	88	103,307±5,830	28,318±2,907	28,477±2,344	23,239±1,568	23,273±2,185
21-30 Yıl	84	103,048±5,536	28,512±2,813	28,310±2,276	23,071±1,259	23,155±1,904
31 Yıl ve Üzeri	68	101,691±6,561	27,779±2,833	27,868±2,503	23,191±1,730	22,853±2,593
F=		1,715	1,712	0,917	0,233	1,266
p=		0,164	0,165	0,433	0,873	0,286
Meslek		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ev Hanımı	263	102,745±5,790	28,122±2,790	28,300±2,375	23,183±1,512	23,141±2,152
Öğretmen	14	104,357±4,413	30,071±1,940	27,429±2,138	22,714±2,091	24,143±1,875
Çiftçi	6	102,167±4,215	28,833±2,229	27,500±1,761	22,833±0,983	23,000±1,095
İşçi	17	103,941±5,006	28,647±2,957	28,412±1,460	23,000±1,225	23,882±1,219
Diğer	9	103,556±5,918	29,111±2,667	27,444±3,167	23,111±1,537	23,889±2,261
F=		0,477	2,035	0,894	0,423	1,437
p=		0,753	0,089	0,468	0,792	0,222
Çalışma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Çalışıyorum	38	103,421±5,006	29,211±2,723	27,553±2,152	22,763±1,567	23,895±1,705
Çalışmıyorum	271	102,823±5,751	28,151±2,763	28,321±2,353	23,196±1,504	23,155±2,134
t=		0,609	2,217	-1,904	-1,651	2,046
p=		0,543	0,027	0,058	0,100	0,019

Ekonomik Durum		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Geliri Giderinden Az	123	101,935±5,611	27,805±2,751	28,228±2,130	23,114±1,548	22,789±2,151
Geliri Giderine Eşit	186	103,532±5,618	28,597±2,754	28,226±2,474	23,161±1,498	23,548±2,011
t=		-2,448	-2,475	0,007	-0,269	-3,162
p=		0,015	0,014	0,995	0,788	0,002

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Kadınların SKETTÖ toplam puanları **yaşa göre** anlamlı farklılık göstermiştir ($F=4,191$; $p=0.016<0.05$; $\eta^2=0,027$). Farkın nedeni 30 yaş olanların SKETTÖ toplam puanlarının 31-40 yaş olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). 30 yaş olanların SKETTÖ toplam puanlarının 41SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 2.5**).

Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları **eğitim durumuna göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 3.5**).

Evlilerin algılanan yarar puanları ($x=23,196$), bekarların algılanan yarar puanlarından ($x=23,870$) düşük bulunmuştur ($t=-1,485$; $p=0.038<0.05$; $d=0,322$; $\eta^2=0,007$). Kadınların SKETTÖ toplam, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel puanları **medeni duruma göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları **evlilik süresine göre** anlamlı farklılık göstermemiştir($p>0.05$) (**Tablo 4.5**).

Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları **mesleğe göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 5.5**).

Çalışan kadınların algılanan duyarlılık puanları ($x=29,211$), çalışmayanların algılanan duyarlılık puanlarından ($x=28,151$) yüksek bulunmuştur ($t=2,217$; $p=0.027<0.05$; $d=0,384$; $\eta^2=0,016$). Çalışan kadınların algılanan yarar puanları ($x=23,895$), çalışmayanların algılanan

yarar puanlarından ($x=23,155$) yüksek bulunmuştur ($t=2,046$; $p=0.019<0.05$; $d=0,354$; $\eta^2=0,013$). Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan ciddiyet, algılanan engel puanları **çalışma durumuna göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 6.5**).

Geliri giderinden az olan kadınların SKETTÖ toplam puanları ($x=101,935$), geliri giderine eşit olanların SKETTÖ toplam puanlarından ($x=103,532$) düşük bulunmuştur ($t=-2,448$; $p=0.015<0.05$; $d=0,284$; $\eta^2=0,019$). Geliri giderinden az olan kadınların algılanan duyarlılık puanları ($x=27,805$), geliri giderine eşit olanların algılanan duyarlılık puanlarından ($x=28,597$) düşük bulunmuştur ($t=-2,475$; $p=0.014<0.05$; $d=0,288$; $\eta^2=0,020$). Geliri giderinden az olan kadınların algılanan yarar puanları ($x=22,789$), geliri giderine eşit olanların algılanan yarar puanlarından ($x=23,548$) düşük bulunmuştur ($t=-3,162$; $p=0.002<0.05$; $d=0,367$; $\eta^2=0,032$). Kadınların algılanan ciddiyet, algılanan engel puanları **ekonomik duruma göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 7.5**).

Tablo 4.6: SKETTÖ Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumunu (N=309)

Demografik Özellikler	n	SKETTÖ Toplam	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar
Gebelik Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
0	14	102,500±3,006	28,500±2,594	26,643±2,620	23,071±1,774	24,286±1,490
1	48	103,479±5,769	28,688±2,918	28,313±2,115	23,333±1,389	23,146±2,222
2	111	103,487±4,777	28,559±2,554	28,252±2,368	23,180±1,509	23,496±1,721
3	74	102,460±6,105	28,122±2,871	28,270±2,049	22,960±1,485	23,108±2,321
4 ve Üzeri	62	102,000±6,818	27,613±2,916	28,419±2,640	23,161±1,622	22,807±2,360
F=		0,944	1,526	1,752	0,484	2,069
p=		0,439	0,194	0,139	0,748	0,085
Doğum Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
0	18	102,889±2,888	28,556±2,662	27,000±2,497	23,278±1,776	24,056±1,514
1	70	103,114±5,288	28,471±2,728	28,257±2,124	23,171±1,383	23,214±2,063
2	169	102,805±6,170	28,290±2,892	28,166±2,412	23,065±1,567	23,284±2,150
3 ve Üzeri	52	102,904±5,237	27,904±2,515	28,808±2,197	23,308±1,449	22,885±2,111
F=		0,049	0,487	2,809	0,407	1,438
p=		0,986	0,692	0,040	0,748	0,232

PostHoc=

2>1, 3>1, 4>1
(p<0.05)

Düşük Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
0	249	103,197±5,557	28,466±2,702	28,261±2,350	23,169±1,533	23,301±2,089
1 ve Üzeri	60	101,650±5,957	27,517±2,966	28,083±2,309	23,033±1,449	23,017±2,135
t=		1,908	2,396	0,528	0,620	0,943
p=		0,057	0,017	0,598	0,536	0,346

Kürtaj Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
0	234	102,919±5,332	28,269±2,700	28,171±2,280	23,180±1,497	23,299±1,949
1	47	103,255±5,701	28,340±2,697	28,723±2,008	23,000±1,335	23,192±2,419
2 ve Üzeri	28	102,107±7,992	28,286±3,547	27,857±3,182	23,071±1,942	22,893±2,699
F=		0,367	0,013	1,479	0,307	0,486
p=		0,693	0,987	0,229	0,736	0,615

Yaşayan Çocuk Sayısı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
0	17	102,647±2,783	28,412±2,671	26,941±2,561	23,118±1,691	24,177±1,468
1	72	103,000±5,394	28,458±2,768	28,250±2,148	23,194±1,421	23,097±2,043
2	170	102,812±6,065	28,312±2,864	28,171±2,393	23,053±1,539	23,277±2,170
3 ve Üzeri	50	103,120±5,453	27,880±2,545	28,820±2,210	23,380±1,524	23,040±2,070
F=		0,057	0,463	2,868	0,634	1,414
p=		0,982	0,708	0,037	0,593	0,239

PostHoc=

2>1, 3>1, 4>1
(p<0.05)

Kullanılan Doğum Kontrol Yöntemi		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kullanmak İstemiyor	24	102,333±5,585	27,958±2,710	28,000±2,000	23,208±1,021	23,167±2,316
Eşi Yok	8	102,500±4,106	27,875±2,295	27,375±1,598	23,000±1,069	24,250±0,463
Geri Çekme	24	103,167±4,824	28,500±2,844	28,792±2,431	23,125±1,597	22,750±1,726
Hap	8	101,625±7,170	27,625±3,739	28,750±1,488	22,250±1,389	23,000±2,507
Kondom	100	102,890±5,081	28,220±2,604	28,270±2,242	23,000±1,658	23,400±1,985
Menapoz	97	101,711±6,419	27,763±2,853	27,804±2,540	23,196±1,552	22,949±2,522
RİA	19	106,421±4,799	29,684±2,750	29,158±1,979	24,158±1,385	23,421±1,502
Tüp Ligasyon	23	106,696±4,290	30,261±2,320	29,348±2,288	23,087±1,125	24,000±1,087
İnfertilite	6	99,833±2,137	27,500±1,378	26,167±1,835	22,833±1,329	23,333±1,506

F=	3,237	2,822	2,496	1,613	1,119
p=	0,002	0,005	0,012	0,120	0,350
PostHoc=	7>1, 8>1, 8>3, 7>4, 8>4, 7>5, 8>5, 7>6, 8>6, 7>9, 8>9 (p<0.05)	7>1, 8>1, 8>2, 8>3, 8>4, 7>5, 8>5, 7>6, 8>6, 8>9 (p<0.05)	8>1, 8>2, 8>5, 7>6, 8>6, 3>9, 4>9, 5>9, 7>9, 8>9 (p<0.05)		

Menapoza Girme Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	97	101,711±6,419	27,763±2,853	27,804±2,540	23,196±1,552	22,949±2,522
Hayır	212	103,439±5,204	28,519±2,713	28,420±2,222	23,118±1,502	23,382±1,863
t=		-2,511	-2,236	-2,159	0,419	-1,691
p=		0,013	0,026	0,032	0,676	0,132

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları **gebelik sayısına göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Kadınların algılanan ciddiyet puanları **doğum sayısına göre** anlamlı farklılık göstermiştir ($F=2,809$; $p=0.04<0.05$; $\eta^2=0,027$). Farkın nedeni doğum sayısı 1 olanların algılanan ciddiyet puanlarının doğum yapmamış olanların algılanan ciddiyet puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Doğum sayısı 2 olanların algılanan ciddiyet puanlarının doğum yapmamış olanların algılanan ciddiyet puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Doğum sayısı 3 ve üzeri algılanan ciddiyet puanlarının doğum yapmamış olanların algılanan ciddiyet puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan duyarlılık, algılanan engel, algılanan yarar puanları doğum sayısına göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 8.6**).

Düşük sayısı 0 olanların algılanan duyarlılık puanları ($x=28,466$), düşük sayısı 1 ve üzeri algılanan duyarlılık puanlarından ($x=27,517$) yüksek bulunmuştur ($t=2,396$; $p=0.017<0.05$; $d=0,345$; $\eta^2=0,018$). Kadınların SKETTÖ toplam, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları **düşük sayısına göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 9.6**).

Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları **kürtaj sayısına göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Kadınların algılanan ciddiyeet puanları **yaşayan çocuk sayısına** göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=2,868$; $p=0.037<0.05$; $\eta^2=0,027$). Farkın nedeni yaşayan çocuk sayısı 1 olanların algılanan ciddiyeet puanlarının yaşayan çocuğu olmayanların algılanan ciddiyeet puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Yaşayan çocuk sayısı 2 olanların algılanan ciddiyeet puanlarının yaşayan çocuğu olmayanların algılanan ciddiyeet puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Yaşayan çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların algılanan ciddiyeet puanlarının yaşayan çocuğu olmayanların algılanan ciddiyeet puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan duyarlılık, algılanan engel, algılanan yarar puanları yaşayan çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 10.6**).

Kadınların SKETTÖ toplam puanları **kullanılan doğum kontrol yöntemine** göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=3,237$; $p=0.002<0.05$; $\eta^2=0,079$). Farkın nedeni RİA olanların SKETTÖ toplam puanlarının kullanmak istemeyenlerin SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların SKETTÖ toplam puanlarının kullanmak istemeyenlerin SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların SKETTÖ toplam puanlarının geri çekme olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). RİA olanların SKETTÖ toplam puanlarının hap olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların SKETTÖ toplam puanlarının hap olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). RİA olanların SKETTÖ toplam puanlarının kondom olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların SKETTÖ toplam puanlarının kondom olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). RİA olanların SKETTÖ toplam puanlarının menapoz olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların SKETTÖ toplam puanlarının menapoz olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). RİA olanların SKETTÖ toplam puanlarının infertilite olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların SKETTÖ toplam puanlarının infertilite olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan duyarlılık puanları kullanılan doğum kontrol yöntemine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=2,822$; $p=0.005<0.05$; $\eta^2=0,070$). Farkın nedeni RİA kullanan kadınların algılanan duyarlılık puanlarının kullanmak istemeyenlerin algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyonu olan kadınların algılanan duyarlılık puanlarının kullanmak istemeyenlerin algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyonu olan kadınların algılanan duyarlılık puanlarının eş

olmayanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyonu olan kadınların algılanan duyarlılık puanlarının geri çekme yöntemini kullananlardan algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyonu olan kadınların algılanan duyarlılık puanlarının hap kullananlardan algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). RİA olanların algılanan duyarlılık puanlarının kondom olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların algılanan duyarlılık puanlarının kondom olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). RİA olanların algılanan duyarlılık puanlarının menapoz olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların algılanan duyarlılık puanlarının menapoz olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların algılanan duyarlılık puanlarının infertilite olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan ciddiye puanları kullanılan doğum kontrol yöntemine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=2,496$; $p=0.012<0.05$; $\eta^2=0,062$). Farkın nedeni tüp ligasyon olanların algılanan ciddiye puanlarının kullanmak istemeyenlerin algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların algılanan ciddiye puanlarının eşi olmayanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların algılanan ciddiye puanlarının kondom olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). RİA olanların algılanan ciddiye puanlarının menapoz olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların algılanan ciddiye puanlarının menapoz olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Geri çekme olanların algılanan ciddiye puanlarının infertilite olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Hap olanların algılanan ciddiye puanlarının infertilite olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kondom olanların algılanan ciddiye puanlarının infertilite olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). RİA olanların algılanan ciddiye puanlarının infertilite olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Tüp ligasyon olanların algılanan ciddiye puanlarının infertilite olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan engel, algılanan yarar puanları kullanılan doğum kontrol yöntemine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) **(Tablo 11.6).**

Menapoza girenlerin SKETTÖ toplam puanları ($x=101,711$), menapoza girmeyenlerin SKETTÖ toplam puanlarından ($x=103,439$) düşük bulunmuştur ($t=-2,511$; $p=0.013<0.05$;

$d=0,308$; $\eta^2=0,020$). Menapoza girenlerin algılanan duyarlılık puanları ($x=27,763$), menapoza girmeyenlerin algılanan duyarlılık puanlarından ($x=28,519$) düşük bulunmuştur ($t=-2,236$; $p=0.026<0.05$; $d=0,274$; $\eta^2=0,016$). Menapoza girenlerin algılanan ciddiye puanları ($x=27,804$), menapoza girmeyenlerin algılanan ciddiye puanlarından ($x=28,420$) düşük bulunmuştur ($t=-2,159$; $p=0.032<0.05$; $d=0,265$; $\eta^2=0,015$). Kadınların algılanan engel, algılanan yarar puanları **menapoza girme durumuna göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 12.6**).

Tablo 4.7: SKETTÖ Puanlarının Servikal Kansere ve Tarama Testi ile İlgili Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (N=309).

Demografik Özellikler	n	SKETTÖ Toplam	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar
Serviks Kanseri Taraması Hakkında Bilgi Sahipliği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	263	103,080±5,674	28,376±2,794	28,247±2,274	23,141±1,531	23,316±2,152
Hayır	46	101,848±5,526	27,739±2,628	28,109±2,710	23,152±1,445	22,848±1,725
t=		1,364	1,439	0,370	-0,047	1,397
p=		0,174	0,151	0,712	0,962	0,163
Serviks Kanseri Taraması Yaptırma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	70	103,000±4,969	28,586±2,294	27,700±2,404	22,971±1,579	23,743±1,594
Hayır	239	102,866±5,857	28,193±2,900	28,381±2,303	23,193±1,497	23,100±2,205
t=		0,174	1,043	-2,153	-1,073	2,269
p=		0,862	0,238	0,032	0,284	0,008
Son 5 Yıldır Tarama Yaptırmama Nedeni		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gerek Duymama	176	102,631±5,654	28,267±2,713	27,903±2,329	23,193±1,425	23,267±2,120
Korku	31	103,258±5,802	28,129±2,814	29,226±2,077	23,258±2,097	22,645±1,817
Utanma, Çekinme	45	102,578±6,111	27,711±2,997	28,822±1,980	23,200±1,531	22,844±2,402
Zaman Olmaması	57	103,772±5,271	28,860±2,728	28,211±2,569	22,877±1,415	23,825±1,784
F=		0,671	1,498	4,097	0,727	2,901

p=	0,570	0,215	0,007	0,536	0,035
PostHoc=			2>1, 3>1, 2>4 (p<0.05)		4>2, 4>3 (p<0.05)

Daha Önce HPV Aşısını Duyma Durumu		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	23	104,348±4,386	30,087±2,521	26,957±3,082	22,870±1,546	24,435±1,727
Hayır	286	102,780±5,741	28,136±2,748	28,329±2,246	23,164±1,514	23,150±2,098
t=		1,279	3,294	-2,734	-0,897	2,858
p=		0,202	0,001	0,007	0,370	0,005

Jinekolojik Muayene Yaptırma Sıklığı		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hiç	43	102,349±6,747	27,535±3,290	28,651±1,913	23,000±1,852	23,163±2,600
1 Yılda Bir	16	104,375±4,530	29,938±2,175	27,750±3,296	23,188±1,642	23,500±1,265
2 Yıl ve Üzeri	250	102,896±5,525	28,304±2,673	28,184±2,335	23,164±1,448	23,244±2,050
F=		0,746	4,513	1,082	0,221	0,150
p=		0,475	0,012	0,340	0,802	0,860
PostHoc=			2>1, 2>3 (p<0.05)			

Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenleri		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gerek Duymama	168	102,441±5,919	28,119±2,777	27,952±2,326	23,101±1,396	23,268±2,265
Korku	29	104,069±5,378	28,035±2,337	29,414±1,900	23,828±1,794	22,793±1,840
Utanma, Çekinme	53	102,472±5,334	27,623±3,001	28,736±1,923	23,283±1,561	22,830±2,092
Zaman Olmaması	43	103,861±5,480	29,279±2,567	28,047±2,459	22,651±1,541	23,884±1,679
F=		1,254	3,068	4,545	3,800	2,422
p=		0,290	0,028	0,004	0,011	0,066
PostHoc=			4>1, 4>3 (p<0.05)	2>1, 3>1, 2>4 (p<0.05)	2>1, 2>4, 3>4 (p<0.05)	

Tarama Yöntemlerinden Hangisinin Tercih Edildiği		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kendi Kendine Yapılan Bir Testi	105	103,505±4,878	28,114±2,690	29,000±1,906	23,562±1,720	22,829±1,655

Klinikte Klinisyen Tarafından Yapılan Bir Testi	57	102,983±5,044	28,526±2,543	27,895±2,320	22,772±1,464	23,790±1,698
Hiçbirini	12	88,333±5,051	22,333±2,425	26,667±2,708	22,333±1,497	17,000±2,629
Her İkisini	135	103,682±4,748	28,837±2,319	27,904±2,464	23,044±1,281	23,896±1,426
F=		37,660	25,288	7,258	5,361	71,668
p=		0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
PostHoc=		1>3, 2>3, 4>3 (p<0.05)	4>1, 1>3, 2>3, 4>3 (p<0.05)	1>2, 1>3, 1>4 (p<0.05)	1>2, 1>3, 1>4 (p<0.05)	2>1, 4>1, 1>3, 2>3, 4>3 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan engel, algılanan yarar puanları **serviks kanseri taraması hakkında bilgi sahipliğine göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Serviks kanseri taraması yaptıranların algılanan ciddiye puanları ($x=27,700$), serviks kanseri taraması yaptırmayanların algılanan ciddiye puanlarından ($x=28,381$) düşük bulunmuştur ($t=-2,153$; $p=0.032<0.05$; $d=0,293$; $\eta^2=0,015$). Serviks kanseri taraması yaptıranların algılanan yarar puanları ($x=23,743$), serviks kanseri taraması yaptırmayanların algılanan yarar puanlarından ($x=23,100$) yüksek bulunmuştur ($t=2,269$; $p=0.008<0.05$; $d=0,308$; $\eta^2=0,016$). Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan duyarlılık, algılanan engel puanları **serviks kanseri taraması yaptırma durumuna göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 13.7**).

Kadınların algılanan ciddiye puanları **son 5 yıldır tarama yaptırmama nedenine göre** anlamlı farklılık göstermiştir ($F=4,097$; $p=0.007<0.05$; $\eta^2=0,039$). Farkın nedeni son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni korku olanların algılanan ciddiye puanlarının son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni gerek duymama olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni utanma, çekinme olanların algılanan ciddiye puanlarının son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni gerek duymama olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni korku olanların algılanan ciddiye puanlarının son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni zaman olmaması olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan yarar puanları son 5 yıldır tarama yaptırmama nedenine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=2,901$; $p=0.035<0.05$; $\eta^2=0,028$). Farkın nedeni son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni zaman olmaması olanların algılanan yarar puanlarının son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni korku

olanların algılanan yarar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni zaman olmaması olanların algılanan yarar puanlarının son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni utanma, çekinme olanların algılanan yarar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan duyarlılık, algılanan engel puanları son 5 yıldır tarama yaptırmama nedenine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 14.7**).

Daha önce HPV aşısını duyanların algılanan duyarlılık puanları ($x=30,087$), daha önce HPV aşısını duymayanların algılanan duyarlılık puanlarından ($x=28,136$) yüksek bulunmuştur ($t=3,294$; $p=0.001<0.05$; $d=0,714$; $\eta^2=0,034$). Daha önce HPV aşısını duyanların algılanan ciddiyet puanları ($x=26,957$), daha önce HPV aşısını duymayanların algılanan ciddiyet puanlarından ($x=28,329$) düşük bulunmuştur ($t=-2,734$; $p=0.007<0.05$; $d=0,593$; $\eta^2=0,024$). Daha önce HPV aşısını duyanların algılanan yarar puanları ($x=24,435$), daha önce HPV aşısını duymayanların algılanan yarar puanlarından ($x=23,150$) yüksek bulunmuştur ($t=2,858$; $p=0.005<0.05$; $d=0,619$; $\eta^2=0,026$). Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan engel puanları daha önce **HPV aşısını duyma durumuna göre** anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 15.7**).

Kadınların algılanan duyarlılık puanları **jinekolojik muayene yaptırma sıklığına göre** anlamlı farklılık göstermiştir ($F=4,513$; $p=0.012<0.05$; $\eta^2=0,029$). Farkın nedeni jinekolojik muayene yaptırma sıklığı 1 yılda bir olanların algılanan duyarlılık puanlarının hiç yaptırmayanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Jinekolojik muayene yaptırma sıklığı 1 yılda bir olanların algılanan duyarlılık puanlarının jinekolojik muayene yaptırma sıklığı 2 yıl ve üzeri olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları jinekolojik muayene yaptırma sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Kadınların algılanan duyarlılık puanları **jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerine göre** anlamlı farklılık göstermiştir ($F=3,068$; $p=0.028<0.05$; $\eta^2=0,031$). Farkın nedeni jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri zaman olmaması olanların algılanan duyarlılık puanlarının jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri gerek duymama olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri zaman olmaması olanların algılanan duyarlılık puanlarının jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri utanma, çekinme olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan ciddiyet puanları jinekolojik muayene

yaptırmama nedenlerine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=4,545$; $p=0.004<0.05$; $\eta^2=0,045$). Farkın nedeni jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri korku olanların algılanan ciddiye puanlarının jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri gerek duymama olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri utanma, çekinme olanların algılanan ciddiye puanlarının jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri gerek duymama olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri korku olanların algılanan ciddiye puanlarının jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri zaman olmaması olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan engel puanları jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=3,800$; $p=0.011<0.05$; $\eta^2=0,038$). Farkın nedeni jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri korku olanların algılanan engel puanlarının jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri gerek duymama olanların algılanan engel puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri korku olanların algılanan engel puanlarının jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri zaman olmaması olanların algılanan engel puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri utanma, çekinme olanların algılanan engel puanlarının jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri zaman olmaması olanların algılanan engel puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların SKETTÖ toplam puanları, algılanan yarar puanları jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerine göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$) (**Tablo 16.7**).

Kadınların SKETTÖ toplam puanları **tarama yöntemlerinden hangisinin tercih edildiğine göre** anlamlı farklılık göstermiştir ($F=37,660$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,270$). Farkın nedeni kendi kendine yapılan bir testi olanların SKETTÖ toplam puanlarının hiçbirini olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Klinikte klinisyen tarafından yapılan bir test olanların SKETTÖ toplam puanlarının hiçbirini olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Her ikisini olanların SKETTÖ toplam puanlarının hiçbirini olanların SKETTÖ toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan duyarlılık puanları tarama yöntemlerinden hangisinin tercih edildiğine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=25,288$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,199$). Farkın nedeni her ikisini olanların algılanan duyarlılık puanlarının kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan duyarlılık puanlarının hiçbirini olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır

($p<0.05$). Klinikte klinisyen tarafından yapılan bir test olanların algılanan duyarlılık puanlarının hiçbirini olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Her ikisini olanların algılanan duyarlılık puanlarının hiçbirini olanların algılanan duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan ciddiye puanları tarama yöntemlerinden hangisinin tercih edildiğine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=7,258$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,067$). Farkın nedeni kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan ciddiye puanlarının klinikte klinisyen tarafından yapılan bir test olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan ciddiye puanlarının hiçbirini olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan ciddiye puanlarının her ikisini olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan engel puanları tarama yöntemlerinden hangisinin tercih edildiğine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=5,361$; $p=0.001<0.05$; $\eta^2=0,050$). Farkın nedeni kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan engel puanlarının klinikte klinisyen tarafından yapılan bir test olanların algılanan engel puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan engel puanlarının hiçbirini olanların algılanan engel puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan engel puanlarının her ikisini olanların algılanan engel puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kadınların algılanan yarar puanları tarama yöntemlerinden hangisinin tercih edildiğine göre anlamlı farklılık göstermiştir ($F=71,668$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,413$). Farkın nedeni klinikte klinisyen tarafından yapılan bir test olanların algılanan yarar puanlarının kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan yarar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Her ikisini olanların algılanan yarar puanlarının kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan yarar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Kendi kendine yapılan bir testi olanların algılanan yarar puanlarının hiçbirini olanların algılanan yarar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Klinikte klinisyen tarafından yapılan bir test olanların algılanan yarar puanlarının hiçbirini olanların algılanan yarar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Her ikisini olanların algılanan yarar puanlarının hiçbirini olanların algılanan yarar puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$) (**Tablo 17.7**).

4.4. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN BAZI TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM PUANLARI ARASINDA KORELASYON ANALİZİ

Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri ve SKETTÖ düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.8: Tanımlayıcı Özellikler ve SKETTÖ Puanları Arasında Korelasyon Analizi (N=309)

		SKETTÖ Toplam	Algılanan Duyarlılık	Algılanan Ciddiyet	Algılanan Engel	Algılanan Yarar
Yaş	r	-0,174**	-0,104	-0,149**	-0,080	-0,108
	p	0,002	0,068	0,009	0,160	0,058
Evlilik Süresi	r	-0,149*	-0,115	-0,097	-0,026	-0,126*
	p	0,011	0,053	0,100	0,664	0,033
Gebelik Sayısı	r	-0,085	-0,142*	0,084	-0,022	-0,121*
	p	0,134	0,012	0,139	0,698	0,034
Doğum Sayısı	r	-0,010	-0,056	0,103	0,021	-0,082
	p	0,862	0,324	0,071	0,707	0,149
İlk Adet Yaşı	r	0,031	0,014	0,059	0,049	-0,037
	p	0,591	0,804	0,303	0,392	0,517
İlk Cinsel İlişki Yaşı	r	0,052	0,101	-0,033	-0,054	0,083
	p	0,358	0,076	0,564	0,347	0,143
Düşük Sayısı	r	-0,070	-0,086	-0,023	-0,011	-0,042
	p	0,223	0,134	0,692	0,853	0,466
Kürtaj Sayısı	r	-0,073	-0,056	0,007	-0,067	-0,082
	p	0,203	0,328	0,896	0,239	0,150
Yaşayan Çocuk Sayısı	r	0,011	-0,049	0,116*	0,025	-0,053
	p	0,847	0,392	0,042	0,658	0,353

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar, yaş, evlilik süresi, gebelik sayısı, doğum sayısı, ilk adet yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; yaş ile SKETTÖ toplam puanı arasında $r=-0.174$ negatif çok zayıf ($p=0,002<0.05$), yaş ile algılanan ciddiyet arasında $r=-0.149$ negatif çok zayıf ($p=0,009<0.05$), evlilik süresi ile SKETTÖ toplam puanı arasında $r=-0.149$ negatif çok zayıf ($p=0,011<0.05$), evlilik süresi ile algılanan yarar arasında $r=-0.126$ negatif çok zayıf ($p=0,033<0.05$), gebelik sayısı ile algılanan duyarlılık arasında $r=-0.142$ negatif çok zayıf ($p=0,012<0.05$), gebelik sayısı ile algılanan yarar arasında $r=-0.121$ negatif çok zayıf ($p=0,034<0.05$), yaşayan çocuk sayısı ile algılanan ciddiyet arasında $r=0.116$ pozitif çok zayıf ($p=0,042<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 18.8).

4.5. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR

Tablo 4.9: Araştırmanın İkinci Aşamasında Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular (N=110)

		Deney Grubu (n=55)	Kontrol Grubu (n=55)	Toplam	p
		n	n	n	
Yaş	30	16	25	41	$X^2=4,943$ $p=0,084$
	31-40	27	16	43	
	41-65	12	14	26	
Eğitim Durumu	İlkokul	36	39	75	$X^2=4,517$ $p=0,211$
	Ortaokul	8	6	14	
	Lise	4	8	12	
	Üniversite ve Üzeri	7	2	9	
Medeni Durum	Evli	48	48	96	$X^2=0,000$ $p=0,612$
	Bekar	7	7	14	

Evlilik Süresi	1-10 Yıl	9	7	16	$X^2=5,135$ $p=0,162$
	11-20 Yıl	10	20	30	
	21-30 Yıl	16	10	26	
	31 yıl ve üzeri	13	11	24	
Meslek	Ev Hanımı	39	45	84	$X^2=4,095$ $p=0,393$
	Öğretmen	2	0	2	
	Çiftçi	4	2	6	
	İşçi	7	7	14	
	Diğer	3	1	4	
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	15	10	25	$X^2=1,294$ $p=0,182$
	Çalışmıyorum	40	45	85	
Aile Tipi	Çekirdek Aile	55	54	109	$X^2=1,009$ $p=0,500$
	Geniş Aile	0	1	1	
Ekonomik Durum	Geliri Giderinden Az	38	34	72	$X^2=0,643$ $p=0,274$
	Geliri Giderine Eşit	17	21	38	
Gebelik Sayısı	0	3	3	6	$X^2=0,560$ $p=0,967$
	1	7	5	12	
	2	20	19	39	
	3	14	15	29	
	4 ve üzeri	11	13	24	
Doğum Sayısı	0	4	3	7	$X^2=0,662$ $p=0,882$
	1	11	13	24	
	2	31	28	59	
	3 ve üzeri	9	11	20	
Düşük Sayısı	0	45	39	84	$X^2=1,813$ $p=0,131$
	1 ve üzeri	10	16	26	

	0	3	3	6	
Yaşayan Çocuk Sayısı	1	12	14	26	$X^2=0,359$ $p=0,949$
	2	31	28	59	
	3 ve üzeri	9	10	19	
Kullanılan Doğum Kontrol Yöntemi	Kullanmak İstemiyor	1	6	7	$X^2=8,020$ $p=0,432$
	Eşi Yok	4	4	8	
	Geri Çekme	3	6	9	
	Hap	1	3	4	
	Kondom	20	16	36	
	Menapoz	19	15	34	
	RIA	3	1	4	
	Tüp Ligasyon	2	1	3	
	İnfertilite	2	3	5	
Menapoza Girme Durumu	Evet	19	15	34	$X^2=0,681$ $p=0,268$
	Hayır	36	40	76	
Serviks Kanseri Taraması Hakkında Bilgi Sahipliği	Evet	42	36	78	$X^2=1,587$ $p=0,147$
	Hayır	13	19	32	
Serviks Kanseri Taraması Yaptırma Durumu	Evet	9	11	20	$X^2=0,244$ $p=0,403$
	Hayır	46	44	90	
Son 5 Yıldır Tarama Yaptırmama Nedeni	Gerek Duymama	21	19	40	$X^2=6,277$ $p=0,099$
	Korku	11	8	19	
	Utanma, Çekinme	13	7	20	
	Zaman Olmaması	10	21	31	
Daha Önce HPV Aşısını Duyma Durumu	Evet	6	4	10	$X^2=0,440$ $p=0,371$
	Hayır	49	51	100	
	Hiç	7	10	17	

Jinekolojik Muayene Yaptırma Sıklığı	1 Yılda Bir	5	3	8	$X^2=1,041$ $p=0,594$
	2 Yıl ve Üzeri	43	42	85	
Jinekolojik Muayene Yaptırmama Nedenleri	Gerek Duymama	12	19	31	$X^2=5,762$ $p=0,124$
	Korku	11	13	24	
	Utanma, Çekinme	17	8	25	
	Zaman Olmaması	10	15	25	
Tarama Yöntemlerinden Hangisinin Tercih Edildiği	Kendi Kendine Yapılan Bir Testi	30	18	48	$X^2=5,873$ $p=0,118$
	Klinikte Klinisyen Tarafından Yapılan Bir Testi	8	9	17	
	Hiçbirini	1	1	2	
	Her İkisini	16	27	43	

X^2 : Ki-Kare Analizi

Deney ve kontrol grubu sosyodemografik, obstetrik ve jinekolojik, servikal kanser ve tarama testi ile ilgili özelliklere göre farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (**Tablo 19.9**).

4.6. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ PUAN ORTALAMALARI

Tablo 4.10: Durumluk Kaygı Ölçümlerinin Gruba Göre Farklılaşma Durumu (N=110)

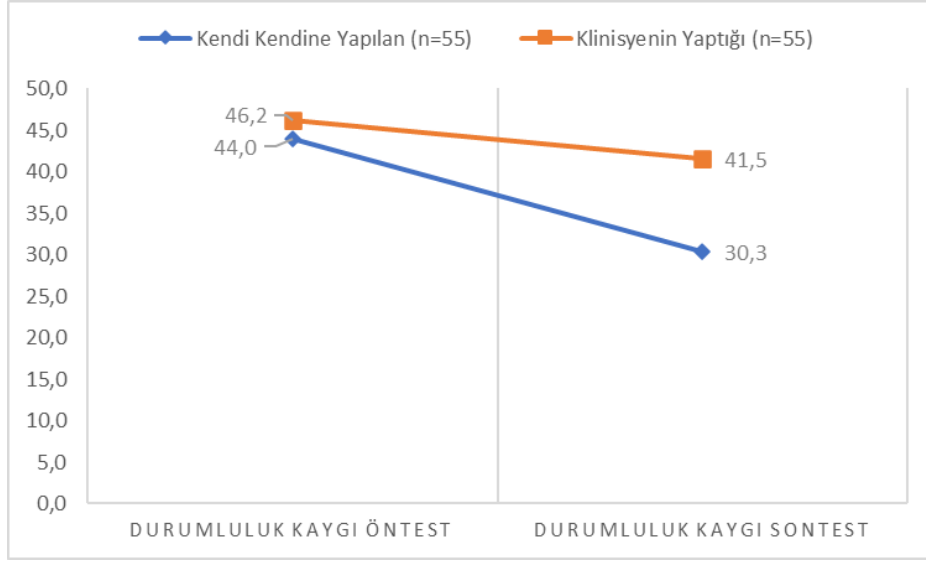
Gruplar	Deney Grubu (n=55)		Kontrol Grubu (n=55)		t^a	p
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Durumluk Kaygı Envanteri Ön test	43,964	7,767	46,200	6,053	-1,684	0,095
Durumluk Kaygı Envanteri Son test	30,327	5,320	41,546	7,039	-9,429	0,000
t^b	12,881		4,417			

p	0,000	0,000
^a Bağımsız Gruplar T-Testi; ^b Bağımlı Gruplar T-Testi		

Kadınların gruplara göre “Durumluk Kaygı Envanteri” son test ölçümleri anlamlı farklılık göstermiştir ($t_{(108)}=-9.429$; $p=0.000<0,05$). Kontrol grubunda “Durumluk Kaygı Envanteri” son test ölçümleri ($\bar{x}=41,546$), deney grubundaki “Durumluk Kaygı Envanteri” son test ölçümlerinden ($\bar{x}=30,327$) yüksek bulunmuştur. Kadınların “Durumluk Kaygı Envanteri” ön test ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0,05$) (**Tablo 20.10**) (**Şekil 4.1**).

Deney grubunda “Durumluk Kaygı Envanteri” ön test değerine ($\bar{x}=43,964$) göre “Durumluk Kaygı Envanteri” son test değerindeki ($\bar{x}=30,327$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($t=12,881$; $p=0,000<0,05$; $d=1,737$; 95% $CI_{(L/U)}=11,514/15,759$) (**Tablo 21.10**) (**Şekil 4.1**).

Kontrol grubunda “Durumluk Kaygı Envanteri” ön test değerine ($\bar{x}=46,200$) göre “Durumluk Kaygı Envanteri” son test değerindeki ($\bar{x}=41,546$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($t=4,417$; $p=0,000<0,05$; $d=0,596$; 95% $CI_{(L/U)}=2,542/6,767$) (**Tablo 22.10**) (**Şekil 4.1**).



Şekil 4.2: Durumluk Kaygı Envanteri Ölçümlerinin Gruba Göre Farklılaşma Durumu

4.7. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TEST SONUÇLARI

Deney ve kontrol grubunda yer alan tüm kadınların HPV DNA test sonuçları “negatif” sonuç vermiştir.

5. TARTIŞMA

Servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın taramaya katılım, serviks kanserinden korunmaya yönelik tutum ve kaygı düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla iki aşamalı olarak yapılan bu araştırmanın birinci aşamasına ve ikinci aşamasına ait bulgular altı başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

5.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

5.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerinin Tartışılması

5.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Servikal Kanser ve Tarama ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması

5.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği (SKETTÖ) Puan Ortalamaları Bulguların Tartışılması

5.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılmasının Tartışılması

5.4. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikler ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Puanları Arasında Korelasyon Analizinin Tartışılması

5.5. Araştırmanın İkinci Aşamasında Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

5.6. Araştırmanın İkinci Aşamasında Katılımcıların Durumluk Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Tartışılması

5.1. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ VE SERVİKAL KANSER TARAMASINA KATILIMA AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.1.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tartışılması

Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması $44,220 \pm 9,531$ (Min=30; Maks=64) olarak bulunmuştur. Dünya genelinde serviks kanseri tanısında ortalama yaşın 53 olduğu belirtilmiştir (Arbyn ve diğ., 2020). Literatür incelendiğinde Küçükceran ve diğ. (2020)'nin serviks kanseri taraması ile ilgili yaptığı çalışmasında katılımcıların yaş ortalamasının $44,8 \pm 10,2$ (min: 30-max: 65) olduğu, Ertekin Pınar ve Özdemir (2023)'in serviks taraması ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların yaş ortalamasının $42,27 \pm 9,26$ (min: 30-max: 65) olduğu, Davrishli (2021)'nin 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında kadınların yaş ortalamasının $40,88 \pm 9,28$ olduğu, Pehlivanoğlu ve diğ. (2019)'nin ASM'de yaptığı servikal kanser ve HPV aşısı ile ilgili çalışmasında kadınların yaş ortalamasının $31,67 \pm 8,34$ olduğu, Durmaz ve diğ. (2020)'nin kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutumu ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisi ile ilgili çalışmasında kadınların yaş ortalamasının 33 olduğu, Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisine yönelik araştırmasında, kadınların yaş ortalamasının $28,48 \pm 8,94$ olduğu, Karasu (2020)'nin 30-65 yaş arasında yaptığı serviks kanseri ile ilgili çalışmasında kadınların ortalama yaşının 42,8 olduğu, serviks kanseri tarama yaptırma sıklığının en yüksek 41-50 yaş arasında olduğu, Gürdal (2022)'in kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik sağlık inançları ile ilgili yaptığı çalışmasında katılımcı kadınların %34,3'ünün 31-40 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda (Arbyn ve diğ., 2020; Küçükceran ve diğ., 2020; Ertekin Pınar ve Özdemir, 2023; Davrishli, 2021; Pehlivanoğlu ve diğ., 2019; Durmaz ve diğ., 2020; Koç ve diğ., 2023; Karasu, 2020; Gürdal, 2022) yaş aralığının 28 ile 65 yaş arasında olduğu ve bu çalışmanın da bu yaş aralığında kaldığı görülmüştür.

Bu çalışmada kadınların eğitim düzeyi sorgulandığında büyük çoğunluğunun (%62,8) ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş aralığındaki kadınların %29'u ilkokul, %20'si ortaokul, %41'i lise veya üzeri eğitimi tamamladığı belirtilmiştir. Hiç okula gitmeyen ya da ilkokulu bitirmeyenlerin oranının ise %9 olduğu görülmüştür (TNSA, 2018). TÜİK verilerine göre en az bir eğitim düzeyini tamamlayan 25 ve daha yukarı yaştaki kadınların oranının %87,3 olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2022a). Literatür

incelendiğinde Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisi araştırmasında, kadınların %10,4'ünün ilkokul, %6,5'inin ortaokul, %36,1'inin lise mezunu ve %46,9'unun üniversite mezunu olduğu, Pehlivanoglu ve diğ. (2019)'nin, servikal kanser ve HPV aşısı ile ilgili çalışmasında kadınların eğitim durumlarına bakıldığında %1,0'ı okur yazar iken, %9,5', ilkokul, %1,0'ı ortaokul, %15,3'ü lise, %72,2'si üniversite, %1,0'ı lisans üstü programlardan mezun olduğu, Uludağ ve diğ. (2020)'nin kadınların serviks kanseri ve taraması ile ilgili sağlık inançları ile ilgili çalışmasında katılımcıların %48,9'unun ilkokul mezunu olduğu, %13,3'ünün ortaokul, %20,0'ının lise, %13,1'inin üniversite mezunu olduğu, Ertekin Pınar ve Özdemir (2023)'in serviks taraması ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların %72,1'inin ilköğretim mezunu, %27,9'unun lise ve üzerinde mezun olduğu, Davrishli (2021)'nin 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında kadınların %3,3'ünün okur yazar olduğu, %14,2'sinin ilkokul, %7,6'sının ortaokul, %23,2'sinin lise, %51,7'si üniversite mezunu olduğu, Altınel ve Akın (2020)'in 40-55 yaş arası kadınlarla yaptığı serviks kanserinde risk faktörleri ve tarama yaptırmama durumları ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların %94,6'sının okur yazar, %5,4'ünün okur yazar olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada yer alan eğitim düzeyi ile benzer (Uludağ ve diğ., 2020; Ertekin Pınar ve Özdemir, 2023) ve farklı çalışmalar (Koç ve diğ., 2023; Pehlivanoglu ve diğ., 2019; Davrishli, 2021) olduğu saptanmıştır. Bu farkın araştırmaların örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **medeni durumu** sorgulandığında %92,6'sının evli, %7,4'ünün bekar olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Altınel ve Akın (2020)'in 40-55 yaş arası kadınlarla yaptığı serviks kanserinde risk faktörleri ve tarama yaptırmama durumları ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların %99,4'ünün evli olduğu, %0,6'sının ise bekar olduğu, Davrishli (2021)'nin 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında katılımcı kadınların medeni durumlarının %91,5 oranında evli olduğu, %3,8'inin bekar ve %4,7'sinin boşanmış ya da dul olduğu, Durmaz ve diğ. (2020)'nin kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutumu ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisi ile ilgili çalışmasında kadınların %80,3'ünün evli olduğu, %2,6'sının boşanmış ya da dul olduğu, %17,2'sinin bekar olduğu, Uludağ ve diğ. (2020)'nin kadınların serviks kanseri ve taraması ile ilgili sağlık inançları ile ilgili çalışmasında %94,7'sinin evli olduğu %5,3'ünün boşanmış/dul olduğu, Pehlivanoglu ve diğ. (2019)'nin, servikal kanser ve HPV aşısı ile ilgili çalışmasında medeni durumlarının %41,4'ünün bekar, %57,5'inin evli olduğu, Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisi araştırmasında kadınların

%53.3'ünün bekar, %46.7'sinin evli olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda evli olan katılımcı sayısının yüksek olması aynı konuda yapılan birçok araştırma (Altinel ve Akın, 2020; Davrishli, 2021; Durmaz ve diğ., 2020; Uludağ ve diğ., 2020; Pehlivanoglu ve diğ., 2019; Koç ve diğ., 2023) sonucu ile benzer bulunmuştur.

Bu çalışmada kadınların **evlilik süresi** sorgulandığında %16,1'i 1-10 yıl, %30,8'i 11-20 yıl, %29,4'ü 21-30 yıl, %23,8'i 31 yıl ve üzeri olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde Ertekin Pınar ve Özdemir (2023)'in serviks taraması ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların %36,1'inin 1-15 yıl arasında evli olduğu, %41'inin 16- 30 yıldır evli olduğu, %17,2'sinin 31 ve üzeri yıldır evli olduğu, %5,7'sinin ise eşinin öldüğü ya da boşandığı görülmüştür. Bu çalışmada kadınların evlilik süresinin Ertekin Pınar ve Özdemir (2023)'in çalışmasındaki evlilik süreleri ile ilk 30 yıl açısından bakıldığında benzer olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada kadınların **mesleği** sorgulandığında %85,1'inin ev hanımı, %4,5'inin öğretmen, %1,9'unun çiftçi, %5,5'inin işçi, %2,9'unun diğer meslekleri yaptıkları saptanmıştır. Benzer şekilde Şeker (2019)'in 30-65 yaş arası kadınlarda yaptığı servikal kanser taraması ile ilgili çalışmasında katılımcıların %75,8'inin ev hanımı olduğu, %4,7'sinin işçi, %4,0'nın memur, %3,8'inin esnaf, %2,2'sinin serbest çalışan, %8,5'inin emekli ve %1'inin diğer işleri yaptığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada kadınların **çalışma durumu** sorgulandığında %12,3'ünün çalıştığı ve %87,7'sinin ise çalışmadığı saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre kadınların %28'inin çalıştığı ve %47'sinin işçi olarak, %15'inin devlet memuru olarak çalıştıkları belirtilmiştir. Kadınların yaşla birlikte çalışma oranlarının yükseldiği ve %37 ile en yüksek 40-44 yaş grubunda çalışan kadın bulunduğu belirtilmiştir (TNSA, 2018). TÜİK 2022 verilerine göre ise 15 ve üzeri yaştaki kadınların istihdam oranının %28 olduğu görülmüştür (TÜİK, 2022a). Literatür incelendiğinde Uludağ ve diğ. (2020)'nin kadınların serviks kanseri ve taraması ile ilgili sağlık inançları ile ilgili çalışmasında kadınların %71,9'unun çalışmadığı, %9,2'sinin işçi, %6,9'unun memur, %6,7'sinin serbest meslek ve %5,3'ünün emekli olduğu, Ertekin Pınar ve Özdemir (2023)'in serviks taraması ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların %73'ünün çalışmadığı, %23'ünün çalıştığı, Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisi araştırmasında kadınların %26.7'sinin çalıştığı, %73.3'ünün çalışmadığı, Davrishli (2021)'nin 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında kadınların %56,4'ünün çalıştığı, % 43,6'sının

çalışmadığı görülmüştür. Bu çalışmada yer alan kadınların çalışma durumları ile benzer (Uludağ ve diğ., 2020; Ertekin Pınar ve Özdemir, 2023; Koç ve diğ., 2023) ve farklı olan çalışmalar (Davrishli, 2021) olduğu görülmüştür. Bu farkın araştırmaların örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **aile tipi** sorgulandığında %98,7'sinin çekirdek aile, %1,3'ünün geniş aile olarak yaşadığı saptanmıştır. TÜİK (2022c) verilerinde çekirdek aile oranının %64,5 olduğu, geniş aile oranının ise %12,8 olduğu belirtilmiştir. Literatür incelendiğinde Durmaz ve diğ. (2020)'nin kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutumu ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisi ile ilgili çalışmasında kadınların %89.2'sinin çekirdek aile, %10.8'inin geniş aile yapısına sahip olduğu, %1'inin ise yalnız yaşadığı, Ertekin Pınar ve Özdemir (2023)'in serviks taraması ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların %85.2'sinin çekirdek ailede %14,8'inin geniş ailede yaşadığı görülmüştür. Bu çalışmada aile tipinin diğer çalışmalar ile benzer olduğu görülmüştür. Bu benzerliğin yakın kültürlere sahip olunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **ekonomik durumu** sorgulandığında %39,8'inin gelirinin giderinden az olduğu, %60,2'sinin ise gelirinin giderine eşit olduğu saptanmıştır. TÜİK (2022a)'in verilerine göre göreceli yoksulluk oranının %14,4 belirtilmiştir. Literatür doğrultusunda diğer çalışmalar incelendiğinde; Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisi araştırmasında katılımcıların %50.3'ünün gelirinin giderine denk olduğu, %37.2'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %12.5'inin gelirinin giderinden fazla olduğu, Durmaz ve diğ. (2020)'nin kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutumu ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisi ile ilgili çalışmasında katılımcıların %7.0'sinin geliri giderinden fazla olduğu, %55,7'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %37,3'ünün gelirinin giderinden az olduğu, Davrishli (2021)'nin 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında kadınların %25,1'inin gelirinin giderinden az, %50,7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu, % 24,2'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu, Şeker (2019)'in 30-65 yaş arası kadınlarda yaptığı servikal kanser taraması ile ilgili çalışmasında katılımcıların % 51'inin gelirinin giderinden az olduğu, %42'sinin gelirinin giderine denk olduğu, %7'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu görülmüştür. Bu çalışmada katılımcıların ekonomik durumunun diğer çalışmalar ile benzer olduğu görülmüştür.

5.1.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Tartışılması

Bu çalışmada kadınların **ilk adet yaşı** ortalamasının $13,260 \pm 1,336$ (Min=10; Maks=19) olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisi araştırmasında kadınların ilk adet yaşı ortalamasının 13,34 olduğu, Ulaş (2023)'in servikal kanser erken tanısına yönelik yaptığı çalışmasında kadınların ilk adetlerini %33,9'unun 10-12 yaşları arasında, %62,1'inin 13-15 yaşları arasında, %4'ünün 16-18 yaşları arasında olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ilk adet yaşı ortalamasının diğer çalışmalarla (Koç ve diğ., 2023; Ulaş, 2023) benzer olduğu görülmüştür. Bunun aynı coğrafyada yaşayan bireylerle yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **ilk cinsel ilişki yaşı** ortalamasının $21,340 \pm 3,913$ (Min=14; Maks=35) olduğu saptanmıştır. İlk cinsel ilişkinin 18 yaş altında olması serviks kanseri açısından risk taşımaktadır. Literatür incelendiğinde Altınel ve Akın (2020)'in 40-55 yaş arası kadınlarla yaptığı serviks kanserinde risk faktörleri ve tarama yaptırma durumları ile ilgili yaptığı çalışmasında ilk cinsel ilişki yaşı ortalaması 19.69 olduğu, Ulaş (2023)'in servikal kanser erken tanısına yönelik yaptığı çalışmasında kadınların %29,1'inin hiç cinsel ilişki yaşamadığı, %6,8'inin 18 yaş altında yaşadığı, %59,9'unun ilk cinsel deneyimlerinin 19-30 yaşlar arasında yaşadığı, %4,2'sinin ise 30 yaş ve üstünde yaşadığı görülmüştür. Bu çalışma sonucunda ilk cinsel ilişki yaşının diğer çalışmalarla (Altınel ve Akın, 2020; Ulaş, 2023) benzer olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada kadınların **gebelik sayısı** sorgulandığında %4,5'inin hiç gebelik yaşamadığı, %15,5'inin bir gebelik, %35,9'unun iki, %23,9'unun üç, %20,1'inin dört ve üzeri gebelik yaşadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Ulaş (2023)'in servikal kanser erken tanısına yönelik yaptığı çalışmasında kadınların %38,1'inin hiç gebelik yaşamadığı, %55,4'ünün bir ila üç arası gebelik yaşadığı, %6,5'inin dört ve üzeri gebelik geçirdiği, Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisi araştırmasında katılımcıların %54,6'sının hiç gebelik yaşamadığı, %10,4'ünün bir gebelik, %15,1'inin iki gebelik ve %19,9'unun üç ve üzeri gebelik yaşadığı görülmüştür. Bu çalışmada yer alan gebelik sayısı verilerinin diğer çalışmalarla (Ulaş, 2023; Koç ve diğ., 2023) farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu farkın araştırmaların örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **doğum sayısı** sorgulandığında %5,8'nin hiç doğum yapmadığı, %22,7'sinin bir, %54,7'sinin iki, %16,8'inin üç ve üzeri doğum yaptığı saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre kadın başına doğurganlık hızının 2.3 çocuk olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada TNSA 2018 verileri ile benzer olarak kadınların büyük çoğunluğun iki çocuk sahibi olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde Altinel ve Akın (2020)'in 40-55 yaş arası kadınlarla yaptığı serviks kanserinde risk faktörleri ve tarama yaptırma durumları ile ilgili yaptığı çalışmasında doğum sayısı ortalamasının 3.26 ± 1.20 olduğu, Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisi araştırmasında kadınların %56.5'inin hiç doğum yapmadığı, %10.8'inin bir doğum yaptığı, %19'unun iki doğum ve %13.7'sinin üç ve üzeri doğum yaptığı, Ulaş (2023)'in servikal kanser erken tanısına yönelik yaptığı çalışmasında kadınların %39'unun hiç doğum yapmadığı, %58,5'inin bir ila üç arasında doğum yaptığı, %2,5'inin ise dört ve üzeri doğum yaptığı, Davrishli (2021)'nin 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında kadınların %82,9'unun doğum yaptığı, %17,1'inin hiç doğum yapmadığı ve kadınların %63'ünün bir ya da iki doğum yaptığı, %19,9'unun ise üç ve üzeri doğum yaptığı görülmüştür. Bu çalışmada yer alan doğum sayısı ile benzer (Davrishli, 2021) ve farklı olan çalışmalar (Altinel ve Akın, 2020; Koç ve diğ, 2023; Ulaş, 2023) olduğu görülmüştür. Bu farkın araştırmaların örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **düşük sayısı** sorgulandığında %80,6'sının daha önce düşük yapmadığı saptanmıştır. Bu çalışma sonucu ile benzer olarak Kazankaya ve diğ. (2023)'nin kadınların pap smear testi yaptırma durumları ile ilgili çalışmasında % 76.7'sinin hiç düşük yapmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada kadınların **kürtaj sayısı** sorgulandığında %75,7'sinin daha önce hiç kürtaj olmadığı, %15,2'sinin bir kez, %9,1'inin iki ya da daha fazla kez kürtaj olduğu saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde isteyerek düşük oranının %6 olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2018). Bu çalışma sonucu TNSA verileri ile benzerlik göstermiştir.

Bu çalışmada kadınların **yaşayan çocuk sayısı** sorgulandığında %5,5'inin çocuk sahibi olmadığı, %23,3'ünün bir çocuk %55,0'ının iki çocuk, %16,2'sinin üç ve üzeri çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde bu çalışmadan farklı olarak Altinel ve Akın (2020)'in 40-55 yaş arası kadınlarla yaptığı serviks kanserinde risk faktörleri ve tarama yaptırma durumları ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların %76.01'i üç veya daha fazla doğum

sayısına sahip olduğu görülmüştür. Karasu (2020)'nin 30-65 yaş arası kadınlarla yaptığı serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında sahip olunan çocuk sayısı arttıkça tarama sıklığı azaldığı ve diğer yandan, en az bir çocuğu olanlarda tarama yaptırma oranı, hiç çocuğu olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu, Davrishli (2021)'nin 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında katılımcılardan doğum yapmış olanların anlamlı derecede daha çok tarama yaptırdığı görülmüştür.

Bu çalışmada kadınlara **kullanılan doğum kontrol yöntemi** sorgulandığında %7,8'inin yöntem kullanmak istemediği, %2,6'sının eşinin olmadığı, %31,4'ünün menapoz döneminde olduğu, %1,9'unun infertilite sorunu olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %7,8'inin geri çekme, %2,6'sının hap, %32,4'ünün kondom, %6,1'inin RİA yöntemini kullandığı ve %7,4'ünün tüp ligasyonu yaptırdığı belirlenmiştir. TNSA 2018 verilerine göre halen evli kadınların %70'i herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığı belirtilmiştir. En yaygın kullanılan yöntemlerin geri çekme (%20), erkek kondomu (%19), RİA (%14) ve tüplerin bağlanması olduğu görülmüştür (%10). Bu çalışmanın TNSA 2018 aile planlaması (AP) verilerinden farklı olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde Öz ve diğ. (2019)'nin üçüncü basamak sağlık kuruluşu çalışanları ile yaptığı serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi ve tutumlarının incelendiği çalışmasında katılımcıların %50,7'sinin düzenli bir korunma yöntemi kullanırken %49,3'ünün düzenli bir korunma yöntemi kullanmadığı, Şeker (2019)'in 30-65 yaş arası kadınlarda yaptığı servikal kanser taraması ile ilgili çalışmasında kadınların aile planlaması tercihleri incelendiğinde %12,6'sının RİA kullandığı, %30,7'sinin erkek kondomu, %4,8'inin hap, %6,9'unun tüp ligasyonu, %1,3'ünün aylık iğne, %0,4'ünün üç aylık iğne, %16,5'inin geri çekme yöntemini kullandığı ve %26,8'inin hiçbir yöntem kullanmadığı, Altinel ve Akın (2020)'in 40-55 yaş arası kadınlarla yaptığı serviks kanserinde risk faktörleri ve tarama yaptırma durumları ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların %23,1'inin beş yıldan uzun süreli oral kontraseptif kullandığı görülmüştür. Bu çalışmada yer alan kullanılan doğum kontrol yöntemi ile Şeker (2019) çalışmasının benzer olduğu belirlenmiştir. Diğer çalışmalarla (Öz ve diğ., 2019; Altinel ve Akın, 2020) ise farklılık olduğu görülmüştür. Bu farkın araştırmaların örneklem gruplarının farklılığı bölgesel ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **menapoz durumu** sorgulandığında %31,4'ünün menapoz döneminde olduğu ve %68,6'sının ise menapoz döneminde olmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Ertekin Pınar ve Özdemir (2023)'in serviks taraması ile ilgili yaptığı

çalışmasında kadınların %20,5'inin menapoza girdiği ve %79,5'inin menopoza girmediği, Şeker (2019)'in 30-65 yaş arası kadınlarda yaptığı servikal kanser taraması ile ilgili çalışmasında kadınların %58,2'sinin premenapoz döneminde olduğu, %41,8'inin postmenapoz döneminde olduğu görülmüştür. Doğal menopoz, sıklıkla 45 ila 55 yaşları arasında meydana gelmektedir (Lay ve diğ., 2018). Yapılan çalışmada dahil edilen kadınlar 30-65 yaş aralığında olduğundan bir kısmının menapoz döneminde olduğu saptanmıştır.

5.1.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Katılımcıların Servikal Kanser ve Tarama ile İlgili Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmanın bu bölümünde **“Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan kadınlar arasında servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın taramaya katılım üzerine etkisi nedir?”** araştırma sorusu incelenmiştir.

Bu çalışmada kadınların **serviks kanseri taraması hakkında bilgi durumu** sorgulandığında %85,1'inin daha önce bilgi sahibi olduğu, %14,9'unun ise bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, Küçükceran ve diğ. (2020)'nin serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında kadınların %99'unun serviks kanserini, %84,7'sinin Pap smear testini, %52,1'inin ise HPV testini daha önce duyduğu, Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisi araştırmasında kadınların %66,3'ünün Pap smear testini ve %57,4'ünün HPV testini bildiği, Kılıçsokan ve İlhan (2020)'nin Pap smear testi ve serviks kanseri ile ilgili çalışmasında kadınların %72,6'sının daha önce Pap-smear testini duyduğu, Öz ve diğ. (2019)'nin üçüncü basamak sağlık kuruluşu çalışanları ile yaptığı serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi ve tutumlarının incelendiği çalışmasında katılımcıların %84,4'ünün sağlık bakanlığının başlatmış olduğu serviks kanseri tarama programından haberdar olduğu, %15,6'sının ise böyle bir programın varlığından haberdar olmadığı görülmüştür. Bu çalışmada kadınların serviks kanseri taraması hakkında bilgi durumunun diğer çalışmalar (Küçükceran ve diğ., 2020; Koç ve diğ., 2023; Kılıçsokan ve İlhan 2020; Öz ve diğ., 2019) ile benzer olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada kadınların **daha önce serviks kanseri taraması yaptırma durumu** sorgulandığında %22,7'sinin daha önce serviks kanseri taraması yaptırdığı, %77,3'ünün ise daha önce serviks kanseri taraması yaptırmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Gürdal (2022)'in kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik sağlık inançları ile ilgili yaptığı çalışmasında katılımcı kadınların HPV testini duyma oranının %72,3

ve HPV testini yaptırmaya oranının ise %30,3 olduğu, Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisi araştırmasında kadınların %24,5'inin Pap smear ya da HPV testi yaptırdığı, Talmaç ve diğ. (2023)'nin servikal kanser ile ilgili çalışmasında kadınların %98,4'ünün servikal kanser ve tarama uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmasına rağmen, sadece %11'inin serviks kanseri taraması yaptırdığı, Pehlivanoglu ve diğ. (2019)'nin, servikal kanser ve HPV aşısı ile ilgili çalışmasında, kadınların bugüne kadar Pap smear testi yaptırmaya oranının %38,6 olduğu, Karasu (2020)'nin 30-65 yaş arası kadınlarla yaptığı serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında katılımcıların %54,4'ünün serviks kanser taraması (HPV ya da Pap smear testi) yaptırdığı, Uludağ ve diğ. (2020)'nin kadınların serviks kanseri ve taraması ile ilgili sağlık inançları ile ilgili çalışmasında katılımcıların %62,8'inin daha önce en az bir kez Pap smear testini yaptırdığı, Ertekin Pınar ve Özdemir (2023)'in serviks taraması ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların %13,1'inin düzenli serviks kanseri taraması yaptırdığı, Altınel ve Akın (2020)'in 40-55 yaş arası kadınlarla yaptığı serviks kanserinde risk faktörleri ve tarama yaptırmaya durumları ile ilgili yaptığı çalışmasında kadınların %51,4'ünün en az bir kere serviks kanseri taraması yaptırdığı, Davrishli (2021)'nin 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında kadınların %62,6'sının serviks kanseri taramasını daha önce yaptırdığı ve bunların %83,3'ünün taramayı son 5 yılda yaptırdığı, Ulaş (2023)'in servikal kanser erken tanısına yönelik yaptığı çalışmasında cinsel yönden aktif kadınların %61,4'ünün Pap smear yaptırdığı, Durmaz ve diğ. (2020)'nin kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutumu ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisi ile ilgili çalışmasında kadınların %46,5'inin Pap smear testini yaptırdığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda (Gürdal, 2022; Koç ve diğ., 2023; Talmaç ve diğ., 2023; Pehlivanoglu ve diğ., 2019; Karasu, 2020; Uludağ ve diğ., 2020; Ertekin Pınar ve Özdemir, 2023; Altınel ve Akın, 2020; Davrishli, 2021; Ulaş, 2023; Durmaz ve diğ., 2020) serviks kanseri taraması yaptırmaya durumunun %11 ila %62 arasında olduğu görülmüştür. Bu araştırma sonucunun da bu aralıkta kaldığı görülmüştür. Bu araştırmada serviks kanseri taraması yaptırmaya istenen düzeyde olmadığı görülmekte olup bunun nedeninin kadınların serviks kanseri taraması hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasının, ihmal ve sağlık hizmetlerine ulaşımın yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **son beş yıldır serviks kanseri taraması yaptırmama nedeni** sorgulandığında %57,0'ının gerek duymadığından, %10,0'ının korku, %14,6'sının utanma-çekinme, %18,4'ünün zaman olmaması nedeniyle tarama yaptırmadığı saptanmıştır. Literatür

incelendiğinde Uludağ ve diğ. (2020)'nin kadınların serviks kanseri ve taraması ile ilgili sağlık inançları ile ilgili çalışmasında katılımcıların serviks kanseri yaptırmama nedenleri %23,9'unun bilgi sahibi olmadığından dolayı, %35,1'inin ihtiyaç duymadığı ya da şikayeti olmadığından dolayı, %18,7'sinin muayeneden çekindiği ya da korktuğundan dolayı, %4,5'inin risk altında olduğunu düşünmediğinden, %17,9'unun ise diğer sebeplerden dolayı servikal kanser taraması yaptırmadığı, Chaw ve diğ. (2022)'nin serviks kanseri taramasına katılmayan kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %16,1'inin sonucun kötü çıkacağından korktuğu için, %14,9'unun utanacağından, %19,5'inin zaman bulamamasından, %4,6'sının iş yerinden izin alamadığından dolayı, %9,2'sinin işlemden korktuğundan dolayı ve %35,7'sinin ise diğer nedenlerden dolayı tarama yaptırmadığı görülmüştür. Sonuçların farklı nedenler belirtilmesinde sosyodemografik, sosyokültürel ve sosyoekonomik farklılıkların, dini inanç ve hassasiyetlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **daha önce HPV aşısı duyma durumu** sorgulandığında %7,4'ünün daha önce duyduğu, %92,6'sının ise duymadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Gürdal (2022)'in kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik sağlık inançları ile ilgili yaptığı çalışmasında katılımcı kadınların %62'sinin HPV aşısını duyduğu, Pehlivanoğlu ve diğ. (2019)'nin, servikal kanser ve HPV aşısı ile ilgili çalışmasında, kadınların %47,1'inin HPV aşısını duyduğu, Öz ve diğ. (2019)'nin üçüncü basamak sağlık kuruluşu çalışanları ile yaptığı serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi ve tutumlarının incelendiği çalışmasında katılımcıların %80,2'sinin HPV aşısını duyduğu, Şeker (2019)'in 30-65 yaş arası kadınlarda yaptığı servikal kanser taraması ile ilgili çalışmasında kadınların %31,2'sinin HPV aşısını duyduğu görülmüştür. Bu çalışmada daha önce HPV aşısını duyma durumu diğer çalışmalara (Gürdal, 2022; Pehlivanoğlu ve diğ., 2019; Öz ve diğ., 2019; Şeker, 2019) oranla daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun eğitim seviyesi ve daha kırsal bölgede yaşıyor olmanın etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınlara **ne sıklıkla jinekolojik muayene olduğu** sorgulandığında %13,9'unun hiç, %5,2'sinin 1 yılda bir, %80,9'unun 2 yıl ve üzerinde muayene olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Koç ve diğ. (2023)'nin kadınların serviks kanseri taraması inançlarının HPV aşısına yönelik inançları ile ilişkisi araştırmasında katılımcıların %18'inin düzenli jinekolojik muayene yaptırdığı, Talmaç ve diğ. (2023)'nin servikal kanser ile ilgili çalışmasında katılımcıların sadece %13,5'inin düzenli jinekolojik muayeneye gittiği, Pehlivanoğlu ve diğ. (2019)'nin, servikal kanser ve HPV aşısı ile ilgili çalışmasında, kadınların

%61'inin bugüne kadar en az bir kez jinekolojik muayene oldukları, Durmaz ve diğ. (2020)'nin kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutumu ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisi ile ilgili çalışmasında kadınların %26.8'inin düzenli jinekolojik muayene olduğu, Öz ve diğ. (2019)'nin üçüncü basamak sağlık kuruluşu çalışanları ile yaptığı serviks kanseri taraması ile ilgili bilgi ve tutumlarının incelendiği çalışmasında katılımcıların %35'inin düzenli olarak jinekolojik muayene olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda (Koç ve diğ., 2023; Talmaç ve diğ., 2023; Pehlivanoglu ve diğ., 2019; Durmaz ve diğ., 2020; Öz ve diğ., 2019) düzenli jinekolojik muayene olan kadınların oranının yeterli seviyede olmadığı görülmüştür. Bu durumun jinekolojik muayenenin önemi hakkında yeterli düzeyde sağlık eğitimi almadıklarından kaynaklandığı ve kadınların büyük çoğunluğunun muayene olmaktan korktuğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **jinekolojik muayene yaptırmama nedeni** sorulduğunda %57,3'ü gerek duymadığı için, %9,9'u korku, %18,1'i utanma, çekinme, %14,7'si zaman olmamasından dolayı muayene yaptırmadığını belirtmiştir. Literatür incelendiğinde Küçükceran ve diğ. (2020)'nin ASM'de yaptığı serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında tarama yaptırmak istemeyen kadınlara sebepleri sorulduğunda %52,6'sının jinekolojik muayeneden çekindiği için, Davrishli (2021)'nin 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması ile ilgili çalışmasında kadınların %58,2'sinin jinekolojik muayeneden utandığı veya çekindiği için, %35,4'ünün işleminden korktuğu için, %24,1'inin taramayı gerekli bulmadığı için, %21,5'inin tarama konusunda yeterli bilgisi olmadığı için ve %13,9'unun kanser tanısını almaktan korktuğu için tarama yaptırmadığı, Ulaş (2023)'in servikal kanser erken tanısına yönelik yaptığı çalışmasında kadınların % 22,9'unun muayene korkusu olduğundan, % 29,2'sinin mahremiyet korkusu yaşadığından, % 31,3'ünün utandığından, %2,1'inin hekimin cinsiyetinden dolayı ve %14,5'inin doğum masası korkusundan dolayı jinekolojik muayeneden kaçındığı görülmüştür. Bu çalışma sonucunun diğer yapılan çalışma sonuçları ile benzer olduğu görülmüştür (Küçükceran ve diğ., 2020; Davrishli, 2021; Ulaş, 2023). Kadınların büyük çoğunluğu gerek duymadığından ya da utanma çekinmeden dolayı muayene olmaktan kaçınmaktadır. Kadınların sosyoekonomik durumları ve eğitim düzeylerinin düşük olmasından, taramanın öneminin farkında olmamalarından ve sağlık hizmetlerine yeteri kadar ulaşamamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kadınların **serviks kanseri tarama yöntemlerinden hangisini tercih edersiniz** diye sorulduğunda %34,0'ının kendi kendine yapılan bir testi, %18,4'ünün klinikte

klinisyen tarafından yapılan bir testi, %3,9'unun hiçbirini, %43,7'sinin her ikisini tercih ettiği saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Polman ve diğ. (2019)'nin servikal kanser tarama tercihleri ile ilgili çalışmasında kadınların %76,5'inin kendi kendine numune almayı tercih ettiği, %11,9'unun klinisyen tarafından numune alınmasını tercih ettiği ve %11,6'sının ise her iki yöntemi de istemediği, Qu ve diğ. (2023)'nin HPV kendi kendine numune alma deneyimi ve kabul edilebilirliği ile ilgili yaptıkları çalışmada kadınların %27'sinin klinisyen örneklemesini tercih ederken, %33'ünün kendi kendine örneklemeyi tercih ettiğini, diğeri %40'ının ise her iki yöntemi de tercih etmediği, Chaw ve diğ. (2022)'nin serviks kanseri taramasına katılmayan kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların %55,7'sinin kendi kendine numune almayı kabul ettiği, Wong ve diğ. (2020)'nin Hong Kong'ta yaptığı kesitsel bir çalışmada tarama yaptırmayan kadınların kendi kendine test seçeneği ile taramaya katılımının %73 olduğu, Ploysawang ve diğ. (2023)'nin Tayland'da yaptıkları bir çalışmada kadınların %66,4'ünün kendi kendine numune almayı, %33,6'sının rutin tarama olarak klinisyen tarafından toplanan numuneleri tercih ettiği, Ruel-Laliberté ve diğ. (2023)'nin Kanada'da yaptıkları bir çalışmada kadınların %95,8'inin birincil tarama yöntemi olarak sitoloji yerine kendi kendine numune almayı tercih ettiği, Drysdale ve diğ. (2022)'nin İngiltere'de yaptığı bir çalışmada katılımcıların %51,4'ünün kendi kendine numune almayı tercih ettiği, %36,5'inin klinisyen taramasını tercih ettiği, %10,5'inin emin olmadığı ve %2'sinden daha azının ise tarama yapılmamasını tercih ettiği görölmüştür. Bu çalışmadaki sonuçlar ile diğeri çalışma (Polman ve diğ., 2019; Qu ve diğ., 2023; Chaw ve diğ., 2022; Wong ve diğ., 2020; Ploysawang ve diğ., 2023; Ruel-Laliberté ve diğ., 2023; Drysdale ve diğ., 2022) sonuçları benzer bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda kendi kendine test yapma seçeneğinin sunulması taramaya katılımın arttığı görölmüştür. Bu çalışmada da kendi kendine yapılan test seçeneğinin klinisyenin yaptığı test seçeneğinden daha fazla tercih edildiği görölmüştür. **“Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan kadınlar arasında servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın taramaya katılım üzerine etkisi nedir?”** araştırma sorusunun cevabı olarak; **kendi kendine yapılan test seçeneği servikal kanser taramasına katılımı arttırmaktadır.**

5.2. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM ÖLÇEĞİ (SKETTÖ) PUAN ORTALAMALARI BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırılmasının tartışılmasına yer verilmiştir ve **“Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan kadınlar arasında servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın serviks kanserinden korunmaya yönelik tutum üzerine etkisi nedir?”** araştırma sorusu incelenmiştir.

Beklenen sağlık davranışının gerçekleşmesinde, bireyin hastalıkları önleme ve sağlığı sürdürmeye ilişkin konularda kendini nasıl algıladığı önemlidir. Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği, servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumu Yarar Algısı, Engel Algısı, Duyarlılık Algısı ve Ciddiyet Algısı alt boyutları ile değerlendirmektedir. “Yarar Algısı” bir kişinin davranış değişikliğini ne kadar yararlı algıladığı, eğer o davranış değişikliğini gerçekleştirirse hastalık riskini önleyebileceğine ne kadar inandığıdır. “Engel Algısı” davranış değişikliğinin ana unsurlarından olan ve sağlıkla ilgili harekete geçmede hissettiği engelleri ifade etmektedir. “Duyarlılık Algısı” bir hastalığa yakalanma olasılığı hakkında kişinin inançlarını ifade etmektedir. “Ciddiyet Algısı” kişinin hastalığa yakalanma ciddiyeti, hastalığın tedavisi yok ve hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı gibi tıbbi/klinik sonuçları hakkındaki değerlendirmesi, iş, aile, sosyal ilişkilerine hastalığın etkisi hakkında hissettiği duyguları ifade etmektedir. Ölçek ve tüm alt boyutlardan yüksek puanlar alınması kadınların ilgili alanda beklenen olumlu tutumu sergilediklerini göstermektedir (Özmen, 2004).

Bu çalışmada kadınların “SKETTÖ toplam puan” ortalaması $102,896 \pm 5,660$ (Min=81; Maks=117), “algılanan duyarlılık” ortalaması $28,282 \pm 2,775$ (Min=19; Maks=35), “algılanan ciddiyet”, ortalaması $28,227 \pm 2,340$ (Min=20; Maks=35), “algılanan engel” ortalaması $23,142 \pm 1,516$ (Min=18; Maks=28), “algılanan yarar” ortalaması $23,246 \pm 2,098$ (Min=14; Maks=28) olarak saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Yavuz (2019)’un mevsimlik tarım işçisi kadınlarla yaptığı çalışmasında servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği puan ortalamaları algılanan duyarlılık alt boyutu puan ortalamasının 27.24 ± 6.29 ; algılanan ciddiyet alt boyut puan ortalamasının 30.32 ± 6.38 ; algılanan engel alt boyutu puan ortalamasının 22.63 ± 3.96 ; algılanan yarar alt boyutu puan ortalamasının 22.90 ± 4.63 olduğu, Gözüyeşil ve diğ. (2019)’nin kadınların serviks kanserinden korunma ve erken tanıya yönelik tutumları ile

ilgili çalışmasında kadınların SKETTÖ toplam puan ortalamalarının 77.49 ± 11.2 ; algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalamasının 24.29 ± 4.7 ; algılanan ciddiye alt boyut puan ortalamasının 19.42 ± 5.4 ; algılanan engel alt boyutu puan ortalamasının 21.09 ± 3.0 ; algılanan yarar alt boyutu puan ortalamasının 12.68 ± 3.7 olduğu, Ulaş (2023)'ın çalışmasında kadınların SKETTÖ toplam puan ortalamasının 92.07 ± 13.71 ; algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalamasının 26.63 ± 4.84 ; algılanan ciddiye alt boyut puan ortalamasının 27.33 ± 5.34 ; algılanan engel alt boyutu puan ortalamasının 19.80 ± 4.53 ve algılanan yarar alt boyutu puan ortalamasının 20.68 ± 2.78 olduğu, Durmaz ve diğ. (2020)'nin kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutumu ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisi ile ilgili çalışmasında kadınların SKETTÖ toplam puan ortalamalarının 72.24 ± 8.36 ; algılanan duyarlılık alt boyut puan ortalamasının 24.04 ± 3.81 ; algılanan ciddiye alt boyut puan ortalamasının 20.26 ± 4.11 ; algılanan engel alt boyutu puan ortalamasının 14.46 ± 2.61 ; algılanan yarar alt boyutu puan ortalamasının ise 13.49 ± 2.60 olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalar incelendiğinde bu çalışmada yer alan SKETTÖ puan ortalamaları ile benzer (Yavuz, 2019; Ulaş, 2023) ve farklı (Gözüyeşil ve diğ., 2019; Durmaz ve diğ., 2020) çalışmalar olduğu görülmüştür. Bu farkın araştırmaların örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. **Bu çalışmada SKETTÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu da kadınların serviks kanseri erken tanısına ilişkin olumlu tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir.**

5.3. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM PUANLARININ TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASININ TARTIŞILMASI

5.3.1. Katılımcıların Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Tartışılması

Kadınların SKETTÖ toplam puanları **yaşa göre** anlamlı farklılık göstermiştir. Kadınların yaşı arttıkça SKETTÖ toplam puanı düşmektedir. Diğer alt boyutları ile anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde bu çalışmadan farklı olarak Ayan (2022)'in çalışmasında kadınların yaşları arttıkça SKETTÖ toplam puanlarının da istatistiksel anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Gözüyeşil ve diğ. (2019)'nin yürüttüğü çalışmada ise kadınların yaş ortalamalarına göre SKETTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Kadınların **eğitim durumuna göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermiştir. Literatür incelendiğinde Ayan (2022)'in çalışmasında SKETTÖ toplam puanlarının eğitim durumuna göre değişim göstermediği saptanmıştır. Yavuz (2019)'un mevsimlik tarım işçisi kadınlarla yaptığı çalışmasında kadınların eğitim durumuna göre servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği algılanan duyarlılık ve yarar alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu farkın araştırmaların örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **medeni duruma göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu çalışmada evli kadınların algılanan yarar düzeyi bekar kadınlardan daha düşük bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Ayan (2022)'in çalışmasında evli olanların SKETTÖ toplam puanlarının bekar olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Demir (2018)'in çalışmasında algılanan engel puanının evli olan kadınlarda anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Bu farkın araştırmaların örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **evlilik süresine göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir.

Kadınların **mesleklerine göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir.

Kadınların **çalışma durumuna göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan ciddiyet, algılanan engel puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Çalışan kadınların algılanan duyarlılık puanı ve algılanan yararlılık puanı ise çalışmayan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu çalışmadan farklı olarak Demir (2018)'in çalışmasında algılanan ciddiyet puanının çalışan kadınlarda daha düşük olduğu görülmüştür. Bu farkın araştırmaların örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **ekonomik duruma göre** SKETTÖ toplam puanları geliri giderinden az olanların, geliri giderine eşit olanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Geliri giderinden az olanların algılanan duyarlılık ve algılanan yararlılık puanları, geliri giderine eşit olanların algılanan duyarlılık puanlarından düşük bulunmuştur. Kadınların algılanan ciddiyet, algılanan engel puanları ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Literatür incelediğinde

Ayan (2022)'ın çalışmasında gelir düzeyleri ile SKETTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Yavuz (2019)'un çalışmasında da gelir durumuna göre algılanan duyarlılık, ciddiye, engel ve yarar alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu farkın araştırmaların örneklem gruplarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3.2. Katılımcıların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Puanlarının Obstetrik Jinekolojik Özelliklerine Göre Tartışılması

Kadınların **gebelik sayısına göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Literatür incelendiğinde benzer olarak Ayan (2022)'ın çalışmasında gebelik sayısının SKETTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Kadınların **doğum sayısına göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan engel ve algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Ancak doğum sayısı ile algılanan ciddiye puanı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Hiç doğum yapmayan kadınların ciddiye algısının en düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun çocuk sahibi olan ya da çocuk sahibi isteği olan kadınlarda ailesine yönelik sorumluluk duygusu içinde olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **düşük sayısına göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan ciddiye, algılanan engel ve algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Hiç düşük yapmamış kadınların algılanan duyarlılık puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kadınların **kürtaj sayısına göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan ciddiye, algılanan engel, algılanan duyarlılık ve algılanan yararlılık puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde bu çalışma ile benzer olarak Ayan (2022)'ın çalışmasında kürtaj sayısı ile SKETTÖ toplam puanı, algılanan ciddiye, algılanan engel, algılanan duyarlılık ve algılanan yararlılık puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Kadınların **yaşayan çocuk sayısına göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan engel ve algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Kadınların algılanan ciddiye puanları yaşayan çocuk sayısına göre anlamlı farklılık göstermiştir. Hiç çocuğu olmayan kadınların çocuğu olan kadınlara göre algılanan ciddiye puanı düşük

bulunmuştur. Bu durumun çocuk sahibi olan kadınlarda ailesine ve çocuklarına yönelik sorumluluk duygusu içinde olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **kullanılan doğum kontrol yöntemine göre** SKETTÖ toplam puanları anlamlı farklılık göstermiştir. RİA yöntemini kullanan kadınların SKETTÖ toplam puanı; yöntem kullanmak istemeyenlerden, hap kullananlardan, kondom kullanan, menapozda olan kadınlardan, infertilite sorunu olan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Tüp ligasyon yöntemini kullanan kadınların SKETTÖ toplam puanı; yöntem kullanmak istemeyenlerden, geri çekme yöntemini kullananlardan, hap kullananlardan, kondom kullananlardan, menapozda olan kadınlardan ve infertilite sorunu olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların **kullanılan doğum kontrol yöntemine göre** algılanan duyarlılık puanları anlamlı farklılık göstermiştir. RİA yöntemini kullanan kadınların algılanan duyarlılık puanları; yöntem kullanmak istemeyenlerden, kondom kullanan ve menapozda olan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tüp ligasyon yöntemini kullanan kadınların algılanan duyarlılık puanları; yöntem kullanmak istemeyenlerden, eşi olmayanlardan, geri çekme yöntemini kullananlardan, hap yöntemini kullananlardan, kondom yöntemini kullananlardan, menapozda olan kadınlardan ve infertilite sorunu olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadınların **kullanılan doğum kontrol yöntemine göre** algılanan ciddiyet puanları anlamlı farklılık göstermiştir. Tüp ligasyon yöntemini kullanan kadınların algılanan ciddiyet puanları; yöntem kullanmak istemeyenlerden, eşi olmayanlardan, menapozda olan kadınlardan ve infertilite sorunu olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. RİA yöntemini kullanan kadınların algılanan ciddiyet puanları; menapozda olan kadınlardan ve infertilite sorunu olan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Geri çekme yöntemini kullanan kadınların algılanan ciddiyet puanları infertilite sorunu olan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Hap yöntemini kullanan kadınların algılanan ciddiyet puanları infertilite sorunu olan kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Kadınların **kullanılan doğum kontrol yöntemine göre** algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Literatür incelendiğinde bu çalışmadan farklı olarak Ayan (2022)'in çalışmasında OKS kullanımı ile SKETTÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik olup OKS kullananlara göre OKS kullanmayanların SKETTÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmaların farklı sonuçlar vermesinin nedeni farklı örneklem gruplarıyla çalışılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **menapoza girme durumuna göre** algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Menapoza giren kadınların SKETTÖ toplam puanı, algılanan

ciddiyet ve algılanan duyarlılık puanları menapoza girmeyen kadınlardan düşük bulunmuştur. Bu durumun ilerleyen yaşla birlikte kadınlarda servikal kanser taramasına yönelik tutumlarının azalması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

5.3.3. Katılımcıların Servikal Kanser Erken Tanısına İlişkin Tutum Puanlarının Servikal Kanser ve Tarama Testi ile İlgili Özelliklerine Göre Tartışılması

Kadınların **serviks kanseri taraması hakkında bilgi sahipliğine göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Literatür incelendiğinde bu çalışma ile benzer olarak Yavuz (2019)'un çalışmasında serviks kanseri taraması hakkında bilgi sahipliğine göre SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür.

Kadınların **serviks kanseri taraması yaptıрма durumuna göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan engel puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Serviks kanseri taraması yaptıranların algılanan yarar puanları, serviks kanseri taraması yaptırmayanların algılanan yarar puanlarından yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıranların algılanan ciddiyet puanları ise serviks kanseri taraması yaptırmayanların algılanan ciddiyet puanlarından düşük bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu çalışmadan farklı olarak, Ayan (2022)'in çalışmasında daha önce serviks kanseri taraması yaptırmamış olanlara göre yaptırmış olanların SKETTÖ toplam puanlarının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmaların farklı sonuçlar vermesinin nedeni farklı örneklem gruplarıyla çalışılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **son 5 yıldır tarama yaptırmama nedenine göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan engel puanları anlamlı farklılık bulunmamıştır. Kadınların algılanan ciddiyet puanları **son 5 yıldır tarama yaptırmama nedenine göre** anlamlı farklılık göstermiştir. “Korku” nedeniyle son 5 yıldır tarama yaptırmayanların algılanan ciddiyet puanı, nedeni “gerek duymama” olan kadınlardan, nedeni “zaman olmaması” olan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni “utanma, çekinme” olanların algılanan ciddiyet puanlarının son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni “gerek duymama” olanların algılanan ciddiyet puanlarından yüksek bulunmuştur. Kadınların algılanan yarar puanları **son 5 yıldır tarama yaptırmama nedenine göre** anlamlı farklılık göstermiştir. Son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni “zaman olmaması” olanların nedeni korku olanların ve nedeni “utanma,

çekinme” olanların algılanan yarar puanlarından yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu çalışmadan farklı olarak Ayan (2022)’in çalışmasında servikal kanser taraması yaptırmama nedeni incelendiğinde “şikayeti olmadığı” için tarama yaptırmamış olanlara göre “cinsel yönden aktif” olmadığı için tarama yaptırmamış olanların SKETTÖ toplam puanlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışmalardaki farklılığın nedeninin farklı örneklem gruplarında ve farklı parametrelerin değerlendirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **daha önce HPV aşısını duyma durumuna göre** SKETTÖ toplam puanı ve algılanan engel puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Daha önce HPV aşısını duyan kadınların algılanan duyarlılık ve algılanan yarar puanları, daha önce HPV aşısını duymayan kadınların algılanan duyarlılık ve algılanan yarar puanlarından yüksek bulunmuştur. Daha önce HPV aşısını duyan kadınların algılanan ciddiye puanları ise daha önce HPV aşısını duymayan kadınların ciddiye puanlarından düşük bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Demir (2018)’in çalışmasında HPV aşısını duyanların algılanan duyarlılık, algılanan yarar puanları ve SKETTÖ toplam puanları, duymayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmaların farklı sonuçlar vermesinin nedeni farklı örneklem gruplarıyla çalışılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **jinekolojik muayene yaptırma sıklığına göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan ciddiye, algılanan engel ve algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Kadınların algılanan duyarlılık puanları jinekolojik muayene yaptırma sıklığına göre anlamlı farklılık göstermiştir. Her yıl jinekolojik muayene yaptıran kadınların algılanan duyarlılık puanı, “hiç yaptırmayan” ya da “iki ve üzeri yıldır yaptırmayan” kadınlardan yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Yavuz (2019)’un çalışmasında düzenli jinekolojik muayene yaptıran kadınların algılanan yarar puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Düzenli jinekolojik muayene yaptırma sıklığına göre ise algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan engel ve algılanan yarar puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Mahremiyet, bilgi eksikliği, korku, kültürel ve coğrafik özellikler gibi nedenler jinekolojik muayeneye gitme sıklığını etkilemektedir. Çalışmaların farklı sonuçlar vermesinin nedeni farklı örneklem gruplarıyla çalışılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerine göre** SKETTÖ toplam puanı ve algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri “zaman olmaması” olan kadınların algılanan duyarlılık puanı, jinekolojik

muayene yaptırmama nedenleri “gerek duymama” olan ve “utanma, çekinme” olan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri korku olanların algılanan ciddiye puanları, jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri “gerek duymama” ve “zaman olmaması” olan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri “utanma, çekinme” olanların algılanan ciddiye puanları, jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri “gerek duymama” olan kadınların algılanan ciddiye puanlarından yüksek bulunmuştur. Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri “korku” olan kadınların algılanan engel puanları, jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri “gerek duymama” ve “zaman olmaması” olan kadınların algılanan engel puanlarından yüksek bulunmuştur. Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri “utanma, çekinme” olan kadınların algılanan engel puanları jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri “zaman olmaması” olan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde bu çalışmadan farklı olarak Yavuz (2019)’un çalışmasında, jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerine göre servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan engel ve algılanan yarar alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı görülmüştür. Çalışmaların farklı sonuçlar vermesinin nedeninin sosyodemografik farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadınların **tarama yöntemlerinden hangisinin tercih edildiğine göre** SKETTÖ toplam puanları anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Tarama yöntemlerinden “kendi kendine yapılan bir testi” tercih eden kadınların SKETTÖ toplam puanları “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tarama yöntemlerinden “klinikte klinisyen tarafından yapılan bir testi” seçen kadınların SKETTÖ toplam puanları “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tarama yöntemlerinden “her ikisini” de tercih eden kadınların SKETTÖ toplam puanları “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tarama yöntemlerinden “her ikisini” de tercih eden kadınların algılanan duyarlılık puanları, “kendi kendine yapılan bir testi” ve “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tarama yöntemlerinden “kendi kendine yapılan bir testi” tercih eden kadınların algılanan duyarlılık puanları, “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tarama yöntemlerinden “klinikte klinisyen tarafından yapılan bir testi” seçen kadınların algılanan duyarlılık puanları, “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tarama yöntemlerinden “kendi kendine yapılan bir testi” tercih eden kadınların algılanan ciddiye puanları, “klinikte klinisyen tarafından yapılan bir

testi”, “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan ve “her ikisini” de tercih eden kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tarama yöntemlerinden “kendi kendine yapılan bir testi” tercih eden kadınların algılanan engel puanları, “klinikte klinisyen tarafından yapılan bir testi”, “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan ve “her ikisini” de tercih eden kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tarama yöntemlerinden “klinikte klinisyen tarafından yapılan bir testi” seçen kadınların algılanan yarar puanları, “kendi kendine yapılan bir testi” tercih eden kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tarama yöntemlerinden “her ikisini” de tercih eden kadınların algılanan yarar puanları, “kendi kendine yapılan bir testi” tercih eden kadınlardan ve “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan yüksek bulunmuştur. Tarama yöntemlerinden “kendi kendine yapılan bir testi” tercih eden kadınların algılanan yarar puanları, “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan yüksek bulunmuştur. Kendi kendine test yönteminin hiç tarama yaptırmamaktan daha iyi bir seçenek olarak görüldüğü düşünülebilir. Literatür incelendiğinde bu ölçek ile çalışılmış böyle bir konuya rastlanılmamıştır.

5.4. ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLER VE SERVİKAL KANSERİN ERKEN TANISINA İLİŞKİN TUTUM PUANLARI ARASINDA KORELASYON ANALİZİNİN TARTIŞILMASI

Yaş ile SKETTÖ toplam puanı arasında $r=-0.174$ negatif çok zayıf ($p=0,002<0.05$), algılanan ciddiye alt boyutu arasında $r=-0.149$ negatif çok zayıf ($p=0,009<0.05$) bir ilişki bulunmuştur. Yaşın artmasıyla algılanan ciddiye düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Ulaş (2023)’ın çalışmasında yaşla birlikte algılanan yarar düzeyinin arttığı; SKETTÖ toplam puan, algılanan ciddiye, algılanan engel ve algılanan duyarlılığın değişmediği görülmüştür. Gözüyeşil ve diğ. (2019)’nin yürüttüğü çalışmada kadınların yaş ortalamalarına göre SKETTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yavuz (2019)’un çalışmasında yaşla birlikte algılanan yararlılık ve algılanan duyarlılık düzeyinin arttığı görülmüştür. Ayan (2022)’in çalışmasında kadınların yaşları arttıkça SKETTÖ toplam puanlarının da istatistiksel anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Çalışmaların farklı sonuç vermesinin örneklemelerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Evlilik süresi ile SKETTÖ toplam arasında $r=-0.149$ negatif çok zayıf ($p=0,011<0.05$), evlilik süresi ile algılanan yarar arasında $r=-0.126$ negatif çok zayıf ($p=0,033<0.05$) bir ilişki bulunmuştur. Evlilik süresinin artmasıyla algılanan yarar düzeyinin azaldığı görülmüştür.

Gebelik sayısı ile algılanan duyarlılık arasında $r=-0.142$ negatif çok zayıf ($p=0,012<0.05$), gebelik sayısı ile algılanan yarar arasında $r=-0.121$ negatif çok zayıf ($p=0,034<0.05$) bir ilişki bulunmuştur. Gebelik sayısının artmasıyla algılanan duyarlılık ve algılanan yarar düzeyinin azaldığı görülmüştür.

Yaşayan çocuk sayısı ile algılanan ciddiyet arasında $r=0.116$ pozitif çok zayıf ($p=0,042<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Yaşayan çocuk sayısı arttıkça kadınların algılanan ciddiyet düzeylerinin arttığı görülmüştür.

Doğum Sayısı, ilk adet yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı, düşük sayısı ve kürtaj sayısının SKETTÖ toplam puanı, algılanan yararlılık, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan engel ile arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde Ayan (2022)'in çalışmasında ilk adet yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı, gebelik sayısı, normal doğum sayısı, sezaryen ile doğum sayısı ve ilk doğum yaşı ile SKETTÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır.

5.5. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN TARTIŞILMASI

Deney ve kontrol grubunun sosyodemografik, obstetrik ve jinekolojik, servikal kanser ve tarama hakkında görüşlerini tanımlayıcı özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (**Tablo 4.6**). Bu durum tanımlayıcı özellikleri açısından grupların benzer olduğunu göstermektedir.

5.6. ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASINDA KATILIMCILARIN DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ PUAN ORTALAMALARININ TARTIŞILMASI

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların “Durumluk Kaygı Envanteri” sonuçlarının tartışılmasına yer verilmiştir. Mevcut çalışmada “**H1: Servikal kanser taraması için kendi kendine numune alma, klinikte klinisyen tarafından numune almaya göre kaygı düzeyini azaltır.**” hipotezi incelenmiştir.

Kadınların “Durumluk Kaygı Envanteri” ön test ölçümlerinin deney ve kontrol grubuna göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$). Kadınların deney ve kontrol grubuna göre “Durumluk Kaygı Envanteri” son test ölçümlerinin anlamlı farklılık gösterdiği

görülmüştür ($t_{(108)}=-9.429$; $p=0.000<0,05$). Kontrol grubunda “Durumluk Kaygı Envanteri” son test ölçümleri ($\bar{x}=41,546$), deney grubu “Durumluk Kaygı Envanteri” son test ölçümlerinden ($\bar{x}=30,327$) yüksek bulunmuştur. Deney ve kontrol grubunda görülen bu farklılık H1 hipotezini doğrulamaktadır.

Deney grubunda “Durumluk Kaygı Envanteri” ön test değerine ($\bar{x}=43,964$) göre “Durumluk Kaygı Envanteri” son test değerindeki ($\bar{x}=30,327$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($t=12,881$; $p=0,000<0,05$; $d=1,737$; $95\% CI_{(L/U)}=11,514/15,759$). Kontrol grubunda “Durumluk Kaygı Envanteri” ön test değerine ($\bar{x}=46,200$) göre “Durumluk Kaygı Envanteri” son test değerindeki ($\bar{x}=41,546$) düşüş anlamlı bulunmuştur ($t=4,417$; $p=0,000<0,05$; $d=0,596$; $95\% CI_{(L/U)}=2,542/6,767$).

Literatür incelendiğinde Polman ve diğ. (2019)’nin servikal kanser tarama tercihleri ile ilgili çalışmasında kadınların kendi kendine numune alma işlemi sırasında daha rahat tavırlar sergilediği, daha az ağrı ve gerginlik hissettiği, Ploysawang ve diğ. (2023)’nin Tayland’da yaptıkları bir çalışmada kadınların %93,6’sının kendi kendine numune işlemi sırasında daha rahat olduğu, %86,4’ünün kendi kendine numune alma işleminden daha az utandığı ve %92,5’inin işlem sırasında ağrı hissetmediği, Chaw ve diğ. (2022)’nin serviks kanseri taramasına katılmayan kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların servikal kanser taraması yaptırmadaki engellerin olumsuz test sonuçları, sağlık personelinin utanma ve işlemden korkma olduğu, ancak kendi kendine test yöntemi ile kadınların daha rahat tavırlar sergilediği ve taramaya daha istekli oldukları görülmüştür. Kadınların birçoğunun servikal kanser taramasının ağırlı ve acılı bir işlem olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Bu durum kadınlarda kaygının oluşmasına neden olmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın taramaya katılım, serviks kanserinden korunmaya yönelik tutum ve kaygı düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda;

Araştırmanın Birinci Aşaması ile İlgili Sonuçlar

- Araştırmanın birinci aşaması 309 kadınla yürütülmüştür.
- Kadınların yaşları 30-65 aralığında olup, yaş ortalamalarının $44,220 \pm 9,531$ olduğu,
- Kadınların eğitim durumlarının %62,8'inin (n=194) ilkökul, %12,6'sının (n= 39) ortaokul, %15,9'unun (49) lise, %8,7'sinin (n=27) üniversite ve üzeri olduğu,
- Kadınların medeni durumlarının %92,6'sının (n=286) evli, %7,4'ünün (n=23) bekar olduğu, kadınların evlilik sürelerinin %16,1'inin (n=46) 1-10 yıl, %30,8'inin (n=88) 11-20 yıl, %29,4'ünün (n=84) 21-30 yıl ve %23,8'inin (n=68) 31 yıl ve üstü olduğu,
- Kadınların yaptıkları mesleklere göre %85,1'inin (n= 263) ev hanımı, %4,5'inin (n=14) öğretmen, %1,9'unun (n=6) çiftçi, %5,5'inin (n=17) işçi, %2,9'unun (n=9) diğer olarak dağılım gösterdiği,
- Kadınların çalışma durumlarına göre %12,3'ünün (n=38) çalıştığı, %87,7'sinin (n=271) çalışmadığı,
- Kadınların aile tipine göre %98,7'sinin (n=305) çekirdek aile, %1,3'ünün (n=4) geniş aile olarak dağıldığı,
- Kadınların ekonomik durumlarına göre %39,8'inin (n=123) geliri giderinden az, %60,2'sinin (n=186) geliri giderine eşit olarak dağıldığı,
- Kadınların “gebelik sayısı” ortalamasının $2,500 \pm 1,362$ olduğu,
- Kadınların “doğum sayısı” ortalamasının $1,870 \pm 0,882$ olduğu,
- Kadınların “yaşayan çocuk sayısı” ortalaması $1,860 \pm 0,859$ olduğu,
- Kadınların “düşük sayısı” ortalaması $0,280 \pm 0,628$ olduğu,
- Kadınların “kürtaj sayısı” ortalaması $0,390 \pm 0,896$ olduğu,
- Kadınların “ilk adet yaşı” ortalaması $13,260 \pm 1,336$ olduğu,
- Kadınların “ilk cinsel ilişki yaşı” ortalaması $21,340 \pm 3,913$ olduğu,

- Kadınların kullanılan doğum kontrol yöntemine göre %7,8'inin (n=24) yöntem kullanmak istemediği, %2,6'sının (n=8) eşinin olmadığı, %7,8'inin (n=24) geri çekme, %2,6'sının (n=8) hap, %32,4'ünün (n=100) kondom, %6,1'inin (n=19) RİA, %7,4'ünün (n=23) tüp ligasyon yöntemini kullandığı, %31,4'ünün (n=97) menapozda olduğu görülmüştür ve %1,9'unun (n=6) infertilite sorunu olduğu,
- Kadınların menapoza girme durumuna göre %31,4'ünün (n=97) menapoz döneminde olduğu, %68,6'sının (n=212) menapoz döneminde olmadığı,
- Kadınların serviks kanseri taraması hakkında bilgi sahipliğine göre %85,1'inin (n=263) evet dediği, %14,9'unun (n=46) hayır dediği,
- Kadınların serviks kanseri taraması yaptıрма durumuna göre %22,7'sinin (n=70) evet, %77,3'ünün (n= 239) hayır olarak dağıldığı,
- Kadınların son 5 yıldır tarama yaptırmama nedenine göre %57'sinin (n=176) gerek duymama, %10'unun (n=31) korku nedeniyle, %14,6'sının (n=45) utanma, çekinme nedeniyle, %18,4'ünün (n=57) zaman olmaması olarak dağılım gösterdiği,
- Kadınların daha önce HPV aşısını duyma durumuna göre %7,4'ünün (n=23) duyduğu, %92,6'sının (n=286) duymadığı,
- Kadınların jinekolojik muayene yaptıрма sıklığının %13,9'unun (n=43) hiç, %5,2'si nin (n=16) 1 yılda bir, %80,9'unun (n=250) 2 yıl ve üzerinde olduğu,
- Kadınların jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerinin %57,3'ünün (n=168) gerek duymama, %9,9'unun (n=29) korku, %18,1'inin (n=53) utanma, çekinme, %14,7'sinin (n=43) zaman olmaması olarak dağılım gösterdiği,
- Kadınların tarama yöntemlerinden hangisinin tercih ettiğine göre %34'ünün (n=105) kendi kendine yapılan bir testi, %18,4'ünün (n=57) klinikte klinisyen tarafından yapılan bir testi, %3,9'unun (n=12) hiçbir yöntemi, %43,7'sinin (n=135) her iki yöntemi olarak dağılım gösterdiği ve **servikal kanser taramasında kendi kendine yapılan test seçeneğinin taramaya katılımı arttırdığı bulunmuştur.**
- Kadınların SKETTÖ toplam puan ortalaması $102,896 \pm 5,660$ (Min=81; Maks=117), “algılanan duyarlılık” ortalaması $28,282 \pm 2,775$ (Min=19; Maks=35), “algılanan ciddiyet” ortalaması $28,227 \pm 2,340$ (Min=20; Maks=35), “algılanan engel” ortalaması $23,142 \pm 1,516$ (Min=18; Maks=28), “algılanan yarar” ortalaması $23,246 \pm 2,098$ (Min=14; Maks=28) olarak saptanmıştır. Çalışmanın SKETTÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. **Bu da kadınların serviks kanseri erken tanısına ilişkin olumlu tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir.**

- Kadınların SKETTÖ toplam puanları **yaşa göre** anlamlı farklılık göstermiştir. Kadınların yaşı arttıkça SKETTÖ toplam puanı düşmektedir.
- Kadınların **eğitim durumuna göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermiştir.
- Bu çalışmada evli kadınların algılanan yarar düzeyi bekar kadınlardan daha düşük bulunmuştur.
- Kadınların **evlilik süresine göre** ve **mesleklerine göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir.
- Çalışan kadınların algılanan duyarlılık puanı ve algılanan yararlılık puanı ise çalışmayan kadınlardan yüksek bulunmuştur.
- Kadınların **ekonomik duruma göre** SKETTÖ toplam puanları geliri giderinden az olanların, geliri giderine eşit olanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Geliri giderinden az olanların algılanan duyarlılık ve algılanan yararlılık puanları, geliri giderine eşit olanların algılanan duyarlılık puanlarından düşük bulunmuştur. Kadınların algılanan ciddiyet, algılanan engel puanları ekonomik duruma göre anlamlı farklılık göstermemiştir.
- Kadınların **gebelik ve kürtaj sayısına göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir.
- Kadınların **doğum sayısı** ile algılanan ciddiyet puanı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Hiç doğum yapmayan kadınların ciddiyet algısının en düşük olduğu görülmüştür.
- Hiç **düşük** yapmamış kadınların algılanan duyarlılık puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Kadınların algılanan ciddiyet puanları **yaşayan çocuk sayısına göre** anlamlı farklılık göstermiştir. Hiç çocuğu olmayan kadınların çocuğu olan kadınlara göre algılanan ciddiyet puanı düşük bulunmuştur.
- Kadınların **kullanılan doğum kontrol yöntemine göre** SKETTÖ toplam puanları, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan duyarlılık ve algılanan engel puanları farklılık göstermiştir.
- **Menapoza** giren kadınların SKETTÖ toplam puanı, algılanan ciddiyet ve algılanan duyarlılık puanları menapoza girmeyen kadınlardan düşük bulunmuştur.

- Kadınların **serviks kanseri taraması hakkında bilgi sahipliğine göre** SKETTÖ toplam puanı, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiye, algılanan engel, algılanan yarar puanları anlamlı farklılık göstermemiştir.
- Serviks kanseri taraması yaptıranların algılanan yarar puanları, serviks kanseri taraması yaptırmayanların algılanan yarar puanlarından yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıranların algılanan ciddiye puanları ise serviks kanseri taraması yaptırmayanların algılanan ciddiye puanlarından düşük bulunmuştur.
- Kadınların algılanan ciddiye puanları **son 5 yıldır tarama yaptırmama nedenine göre** anlamlı farklılık göstermiştir. “Korku” nedeniyle son 5 yıldır tarama yaptırmayanların algılanan ciddiye puanı, nedeni “gerek duymama” olan kadınlardan, nedeni “zaman olmaması” olan kadınlardan yüksek bulunmuştur. Son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni “utanma, çekinme” olanların algılanan ciddiye puanlarının son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni “gerek duymama” olanların algılanan ciddiye puanlarından yüksek bulunmuştur. Kadınların algılanan yarar puanları **son 5 yıldır tarama yaptırmama nedenine göre** anlamlı farklılık göstermiştir. Son 5 yıldır tarama yaptırmama nedeni “zaman olmaması” olanların nedeni korku olanların ve nedeni “utanma, çekinme” olanların algılanan yarar puanlarından yüksek bulunmuştur.
- Daha önce **HPV aşısını duyan kadınların** algılanan duyarlılık ve algılanan yarar puanları, daha önce HPV aşısını duymayan kadınların algılanan duyarlılık ve algılanan yarar puanlarından yüksek bulunmuştur. Daha önce HPV aşısını duyan kadınların algılanan ciddiye puanları ise daha önce HPV aşısını duymayan kadınların ciddiye puanlarından düşük bulunmuştur.
- Kadınların algılanan duyarlılık puanları **jinekolojik muayene yaptırma sıklığına göre** anlamlı farklılık göstermiştir. Her yıl jinekolojik muayene yaptıran kadınların algılanan duyarlılık puanı, “hiç yaptırmayan” ya da “iki ve üzeri yıldır yaptırmayan” kadınlardan yüksek bulunmuştur.
- Kadınların **jinekolojik muayene yaptırmama nedenlerine göre** algılanan duyarlılık, algılanan engel ve algılanan ciddiye puanları farklılık göstermiştir.
- Tarama yöntemlerinden “**kendi kendine yapılan bir testi**” tercih eden kadınların SKETTÖ toplam puanları ve algılanan duyarlılık, algılanan yarar puanları “hiçbir yöntemi” tercih etmeyen kadınlardan yüksek bulunmuştur.
- Yaşın artmasıyla algılanan ciddiye düzeyinin azaldığı saptanmıştır.
- Evlilik süresinin artmasıyla algılanan yarar düzeyinin azaldığı görülmüştür.

- Yaşayan çocuk sayısı arttıkça kadınların algılanan ciddiyet düzeylerinin arttığı görülmüştür.
- **Doğum Sayısı, ilk adet yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı, düşük sayısı ve kürtaj sayısının** SKETTÖ toplam puanı, algılanan yararlılık, algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet ve algılanan engel ile arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Araştırmanın İkinci Aşaması ile İlgili Sonuçlar

- Araştırmanın ikinci aşamasında deney ve kontrol grubunun sosyodemografik, obstetrik jinekolojik ve servikal kanser ve tarama hakkında görüşleri açısından homojen dağılım gösterdiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu görülmüştür.
- Araştırmanın ikinci aşamasında deney ve kontrol grubunda kaygı düzeyi ön test değerleri son test değerlerinden yüksek bulunmuştur,
- Araştırmanın ikinci aşamasında deney ve kontrol grubunda kaygı düzeyi son testte kontrol grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.
- **Servikal kanser taramasında kendi kendine numune almanın kaygıyı azalttığı görülmüştür. H1 hipotezi doğrulanmıştır.**
- Araştırmanın ikinci aşamasında deney ve kontrol grubunda yer alan tüm katılımcıların HPV DNA test sonucu “negatif” sonuç vermiştir.

6.1. Öneriler

Servikal kanser taraması için klinikte veya kendi kendine numune almanın taramaya katılım, serviks kanserinden korunmaya yönelik tutum ve kaygı düzeyi üzerine etkisini belirlemek amacıyla incelenen bu çalışmanın bulgularına dayalı olarak;

- Kadınlara sağlık eğitimleri daha sık ve daha erken yaşlarda verilmesi,
- Sadece kadınlar değil toplum için zorunlu eğitimler düzenlenmesi,
- Modern aile planlaması yöntemleri ile ilgili eğitimler verilmesi ve bulaşıcı hastalıklardan korunmak için kondom kullanımının öneminin anlatılması,
- Aşılama konusunda yapılan bilgilendirmelerin daha da artırılması,

- Her yıl düzenli jinekolojik muayene yapılmasının önemi ile ilgili bilgilendirilme yapılması,
- Menapoz döneminde de düzenli muayene olmanın ve servikal kanser taraması yaptırmanın önemli olduğunun anlatılması,
- Kadınlara servikal kanser taramasının öneminin ve gerekliliğinin anlatılması,
- Serviks kanseri tarama davranışlarının arttırılmasına yönelik yeni çalışmalar yapılması,
- Servikal kanser taramasında kendi kendine yapılan HPV DNA testinin kullanılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

Aggarwal, P., 2019, “HPV Infection: Pathogenesis and Detection”, *Preventive Oncology for the Gynecologist*, Springer Singapore; 101–15. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3438-2_9

Akalın, A., 2022, Human Papillomavirus (HPV) Enfeksiyonu ve HPV aşısında güncel yaklaşımlar, *Androloji Bülteni*, 24(2), 133-139, https://jag.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_24_2_133_139.pdf [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

Aksu, S., Turgut, B., 2020, “Kadınların Jinekolojik Muayene Öncesi Anksiyete Düzeyi ve Etkileyen Faktörler”, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8(3), 68.

Altınel, B., Akın, B., 2020, Kırk ile Elli Beş Yaş Arası Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörlerine Göre Serviks Kanseri Taraması Yaptırma Durumları, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 53-59.

American Cancer Society, 2020, *Risk Factors for Cervical Cancer*, <https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>, [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2020, *Human Papillomavirus Vaccination*, <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/08/human-papillomavirus-vaccination>, [Erişim tarihi: 01.06.2023].

Arbyn, M., Weiderpass, E., Bruni, L., 2020, Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis, *Lancet Global Health*, 8(2), 191-203.

Ayan, E., 2022, *Ebe ve hemşirelerin serviks kanserinin erken tanısına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler*, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi.

Bedell, S. L., Goldstein, L. S., Goldstein, A. R., Goldstein, A. T., 2020, Cervical cancer screening: past, present, and future, *Sexual medicine reviews*, 8(1), 28-37.

Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., Sankaranarayanan, R., 2018, Cancer of the cervix uteri, *Int J Gynaecol Obstet*, 2018 Oct;143 Suppl 2:22-36.

Broberg, G., Gyrd-Hansen, D., Miao Jonasson, J., Ryd, M. L., Holtenman, M., Milsom, I., Strander, B., 2014, “Increasing participation in cervical cancer screening: offering a HPV self-test to long-term non-attendees as part of RACOMIP, a Swedish randomized controlled trial”, *Int J Cancer*, 134(9), 2223-30.

Burness, J. V., Schroeder, J. M., Warren, J. B., 2020, Cervical Colposcopy: Indications and Risk Assessment, *Am Fam Physician*, 2020 Jul 1;102(1):39-48.

Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö., Köklü, N., 2018, *Sosyal bilimler için istatistik*, Pegem Akademi, Ankara.

Castle, P. E., Zhao, F. H., Lewkowitz, A. K., Chen, F., Lin, M. J., Hu, S. Y., Zhang, X., 2012, Pooled analysis of a self-sampling HPV DNA test as a cervical cancer primary screening method, *Journal of the National Cancer Institute*, 104(3), 178-188. <https://doi.org/10.1093/jnci/djr532>

Chaw, L., Lee, S. H. F., Ja'afar, N. I. H., Lim, E., Sharbawi, R., 2022, Reasons for non-attendance to cervical cancer screening and acceptability of HPV self-sampling among Bruneian women: A cross-sectional study, *PLoS One*, 2022 Mar 14;17(3): e0262213. doi: 10.1371/journal.pone.0262213.

Chesson, H. W., Dunne, E. F., Hariri, S., Markowitz, L. E., 2014, The estimated lifetime probability of acquiring human papillomavirus in the United States, *Sex Transm Dis*, 2014 Nov;41(11):660-4.

Cohen, P. A., Jhingran, A., Oaknin, A., Denny, L., 2019, Cervical cancer, *Lancet*, Jan 12;393(10167):169-182.

Coorevits, L., Traen, A., Bingé, L., Van Dorpe, J., Praet, M., Boelens, J., Padalko, E., 2018, “Are vaginal swabs comparable to cervical smears for human papillomavirus DNA testing?”, *Journal of Gynecologic Oncology*, 29(1).

Condrat, C. E., Filip, L., Gherghe, M., Cretoiu, D., Suci, N., 2021, “Maternal HPV Infection: Effects on Pregnancy Outcome”, *Viruses* Dec 7;13(12):2455.

Cuzick, J., Bergeron, C., von Knebel Doeberitz, M., Gravitt, P., Jeronimo, J., Lorincz, A. T., Meijer, C., Sankaranarayanan, R. J. F., Snijders, P., Szarewski, A., 2012, New technologies and procedures for cervical cancer screening, *Vaccine*, 2012 Nov 20;30 Suppl 5: F107-16.

Davrishli, E., 2021, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği polikliniğine başvuran 30-65 yaş arası kadınların serviks kanseri taraması konusunda bilgi, tutum ve davranışları*, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

De Sanjose, S., Holme, F., 2019, “What is needed now for successful scale-up of screening?”, *Papillomavirus Research*, 7, 173-175.

Demir, F., 2018, *Edirne’de kadınların serviks kanseri riski ve serviks kanseri taramaları konusunda bilgi, tutum ve inançları*, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Devine, C., Viswanathan, C., Faria, S., Marcal, L., Sagebiel, T. L., 2019, Imaging and Staging of Cervical Cancer, *Semin Ultrasound CT MR*, Aug;40(4):280-286.

Doleeb, Z., Tesfaye, M., Selk, A., Dunn, S., Maxwell, C., 2022, “The Pandemic and Cervical Cancer Screening: Is it Finally Time to Adopt HPV Self-swabbing Tests in Canada?”, *Canadian Family Physician*, 68(2), 90-92.

Drysdale, H., Marlow, L.A., Lim, A., Sasieni, P., Waller, J., 2022, Self-sampling for cervical screening offered at the point of invitation: A cross-sectional study of preferences in England, *J Med Screen*, 2022 Sep;29(3):194-202.

Durmaz, S., Özvurmaz, S., Adana, F., Kurt, F., 2021, Kadınlarda serviks kanserinin tanısına ilişkin tutum ve düzenli jinekolojik muayene ilişkisinin kesitsel olarak değerlendirilmesi, *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 26-36.

Ertekin Pınar, Ş., Özdemir, S., 2023, Serviks Kanseri Taramasına Başvuran Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler, *İnönü üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 11(1).

George, D., Mallery, M., 2010, *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston.

Ghandoura, Y., 2020, “*Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 30-65 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Farkındalığının Değerlendirilmesi*”, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Gözüyeşil, E., Düzgün, A. A., Aslan, K. S. Ü., 2019, Kadınların Serviks Kanserinden Korunma ve Erken Tanıya Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(4), 229-238.

Gutusa, F, Roets, L., 2023, Early cervical cancer screening: The influence of culture and religion, *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 2023 Jan 25;15(1): e1-e6. doi: 10.4102/phcfm.v15i1.3776.

Gültekin, M., DüNDAR, S., Keskinçilic, B., Türkyılmaz, M., Özgül, N., Yüce, K., Kara, F., 2020, “How to triage HPV positive cases: Results of four million females”, *Gynecologic Oncology*, 158 (1), 105-111.

Gürdal, Y., 2022, *Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların HPV ve HPV Aşısına Yönelik Sağlık İnançları*, Bezmialem Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Hacıvelioğlu, D., Demirci, H., 2022, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebelerin Kadın Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Sağlık Eğitimi Etkinlikleri, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 32(2), 49-60.

Itarat, Y., Kietpeerakool, C., Jampathong, N., Chumworathayi, B., Kleeckaow, P., Aue-Aungkul, A., Nhokaew, W., 2019, Sexual behavior and infection with cervical human papillomavirus types 16 and 18, *Int J Womens Health*, Aug 26;11:489-494.

Johnson, C. A., James, D., Marzan, A., Armaos, M., 2019, Cervical Cancer: An Overview of Pathophysiology and Management, *Semin Oncol Nurs*, 2019 Apr;35(2):166-174.

Joshi, S., Basu, P., Lucas, E., 2023, *Using HPV tests for cervical cancer screening and managing HPV-positive women – a practical online guide*: IARC CancerBase International Agency for Research on Cancer, Available from: <https://screening.iarc.fr/atlasHPV.php> , [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

Kalaycı, Ş., 2006, *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti, Ankara, s.116.

Karasu, M., 2020, *Kocaeli'de 30-65 yaş arası kadınların serviks kanser taraması yaptırmaya ve yaşam biçimi davranışları ile serviks kanseri risk faktörlerinin incelenmesi*, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi.

Kazankaya, F., Güneri, S. E., Ertem, G., 2023, Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 137-144.

Kılıçsokan, P., İlhan, N., 2020, Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumları ile Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine Yönelik Sağlık İnançları, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17(2), 323-327.

Koç, Ö., Baltacı, N., Yüksekol, Ö. D., 2023, Kadınların Serviks Kanseri Taraması İnançlarının HPV Aşısına Yönelik İnançları ile İlişkisi, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(1), 31-41.

Küçükceran, H., Ağadayı, E., Şentürk, H., 2020, “Ankara’da Bir Aile Hekimliği Birimine Kayıtlı Kadınların Serviks Kanseri Taramalarına İlişkin Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi”, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 259-266.

Lay, A. A. R., Nascimento, C. F. D., Duarte, Y. A. D. O., Filho, A. D. P. C., 2018, Age at natural menopause and mortality: A survival analysis of elderly residents of São Paulo, Brazil, *Maturitas*, 2018;117:29-33.

Ledford, L. R., Lockwood, S., 2019, Scope and Epidemiology of Gynecologic Cancers: an Overview, In *Seminars in Oncology Nursing*, Vol. 35, No. 2, pp. 147-150.

Luria, L., Cardoza-Favarato, G., 2022, Human Papillomavirus, Jan 24. In: *StatPearls* 2022 Jan–. PMID: 28846281.

Maver, P. J., Poljak, M., 2020, Primary HPV-based cervical cancer screening in Europe: implementation status, challenges, and future plans, *Clinical Microbiology and Infection*, 26(5), 579-583.

Midik, O., 2018, *Tutumun ölçme ve değerlendirmesi, Tıp eğitiminde ölçme ve değerlendirme*, Türkiye Klinikleri, Ankara.

Mittal, S., Basu, P., Lucas, E., 2020, *Atlas of visual inspection of the cervix with acetic acid for screening, triage, and assessment for treatment*, <https://screening.iarc.fr/atlasvia.php> , [Erişim Tarihi:20.11.2023].

Momenimovahed, Z., Mazidimoradi, A., Maroofi, P., Allahqoli, L., Salehiniya, H., Alkatout, I., 2023, Global, regional and national burden, incidence, and mortality of cervical cancer, *Cancer Rep (Hoboken)*, 2023 Mar;6(3):e1756. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1756>

Nelson, E. J., Maynard, B. R., Loux, T., Fatla, J., Gordon, R., Arnold, L. D., 2017, “The Acceptability of Self-sampled Screening for HPV DNA: a Systematic Review and Meta-analysis”, *Sexually Transmitted Infections*, 93(1), 56-61.

Nkwabong, E., Laure Bessi Badjan, I., Sando, Z., 2019, Pap smear accuracy for the diagnosis of cervical precancerous lesions, *Trop Doct*, 2019 Jan;49(1):34-39. doi: 10.1177/0049475518798532.

Öner, N. ve Le Compte, A., 1985, *Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri el kitabı*, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Öner, N., 1997, *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler Bir Başvuru Kaynağı*, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, Üçüncü baskı, İstanbul.

Öz, M., Özel, Ş., Üstün, Y., 2019, Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşu Çalışanlarının Serviks Kanseri Taraması Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 16(4), 220-224.

Özerdoğan, N., Gürsoy, E. 2017, Serviks Kanserinde Korunma ve Hemşirelik, *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 3(1), 40-9.

Özmen, D., 2004, *Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlara yönelik ölçek çalışması*, Ege Üniversitesi, Doktora Tezi.

Özmen, D., Özsoy, S., 2009, “Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 25(1),51-69.

Pehlivanoglu, E. F. Ö., Sarı, H. B., Balcıoğlu, H., Ünlüoğlu, İ., 2019, Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastaların Human Papilloma Virüs aşılması ve serviks kanseri

hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(4), 456-460.

Petignat, P., Faltin, D. L., Bruchim, I., Tramèr, M. R., Franco E. L., Coutlée, F., 2007, Are self-collected samples comparable to physician-collected cervical specimens for human papillomavirus DNA testing? A systematic review and meta-analysis, *Gynecol Oncol*, 2007 May;105(2):530-5. doi:10.1016/j.ygyno.2007.01.023.

Ploysawang, P., Pitakkarnkul, S., Kolaka, W., Ratanasrithong, P., Khomphaiboonkij, U., Tipmed, C., Seeda, K., Pangmuang, P., Sangrajang, S., 2023, Acceptability and Preference for Human Papilloma Virus Self-Sampling among Thai Women Attending National Cancer Institute, *Asian Pac J Cancer Prev*, 2023 Feb 1;24(2):607-612. doi: 10.31557/APJCP.2023.24.2.607

Polman, N. J., de Haan, Y., Veldhuijzen, N.J., Heideman, D. A. M., De Vet H. C. W., Meijer, C. J. L. M., Massuger, L. F. A. G., Van Kemenade, F. J., Berkhof, J., 2019, Experience with HPV self-sampling and clinician-based sampling in women attending routine cervical screening in the Netherlands, *Prev Med*, 2019 Aug;125:5-11. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.04.025.

Pradhan, R., Pant, U., Aryal, B., 2018, Efficiency of HPV DNA test versus pap smear in the screening of cervical cancer, *Journal of Karnali Academy of Health Sciences*, 1(2), 9-13.

Reiter, P. L., Bishop, E., Katz, M. L., 2019, Acceptability of Human Papillomavirus Self-Sampling Among a National Sample of Women in the United States, *Biores Open Access*, 2019 Apr 30;8(1):65-73. doi: 10.1089/biores.2018.0040

Rimande-Joel, R., Ekenedo, G. O., 2019, Knowledge, Belief and practice of cervical cancer screening and prevention among women of Taraba, North-East Nigeria, *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 20(11), 3291.

Ruel-Laliberté, J., Jacob-Wagner, M., Bestman-Smith, J., Paré, J., 2023, Acceptability and Preferences of Dry HR HPV Self-Sampling Mailed Kits Among Canadian Women: A Cross-Sectional Study, *J Obstet Gynaecol Can* 2023 Apr;45(4):261-266. doi: 10.1016/j.jogc.2023.02.012.

Szarewski, A., Cadman, L., Mallett, S., Austin, J., Londesborough, P., Waller, J., Wardle, J., Altman, D. G., Cuzick, J., 2007, Human papillomavirus testing by self-sampling: assessment of accuracy in an unsupervised clinical setting, *J Med Screen*, 14(1), 34-42.

Şeker, N., 2019, *İstanbul'da Bir İlçede 30-65 Yaş Arası Kadınlarda Serviks Kanseri Tarama*, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., Ullman, J. B., 2013, *Using multivariate statistics*, MA: pearson, Boston (Vol. 6, pp. 497-516).

Talmaç, M. A., Vural, N. A., Satılmışoğlu, Z. Z., Hocagil, F. Z., Rusen, M. A., Çetinkaya, N., 2023, Knowledge level about HPV infection and cervical cancer screening tests, *Journal of Contemporary Medicine*, 13(5), 949-953.

Tan, S. Y., Tatsumura, Y., 2015, George Papanicolaou (1883-1962): Discoverer of the Pap smear, *Singapore Med J*. 2015 Oct;56(10):586-7. doi: 10.11622/smedj.2015155

Taşkın, L., 2016, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Akademisyen yayınevi, Ankara, 2016: 671-678.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (THSGM), *Türkiye Kansere Kontrol Programı 2016*, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf [Erişim tarihi: 17 Haziran 2022].

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (THSGM), 2017, *Kanser Verileri*, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf [Erişim tarihi: 17 Haziran 2022].

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (THSGM), 2018, *TÜRKİYE KANSER İSTATİSTİKLERİ*, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf [Erişim tarihi: 20.11.2023].

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (THSGM), 2021a, *Faaliyet Raporu*, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/HSGM_2021_Birim_Faaliyet_Raporu.pdf?type=file , [Erişim Tarihi: 15.06.2022].

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (THSGM), 2021b, *Türkiye Kansere Kontrol Programı*, 2021, <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser->

[db/Dokumanlar/Raporlar/17.Agustos 2021 Kanser Kontrol Programi versiyon-1.pdf](#) ,
[Erişim Tarihi: 15.06.2023].

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Kanser Daire Başkanlığı, 2023a, *Kanser Nedir*, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri>, [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ (THSGM), 2023b, *Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları*, <https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> , [Erişim tarihi: 17.10.2023].

Tota, J. E., Bentley, J., Blake, J., Coutlée, F., Duggan, M. A., Ferenczy, A., Ratnam, S., 2017, “Introduction of molecular HPV testing as the primary technology in cervical cancer screening: Acting on evidence to change the current paradigm”, *Preventive Medicine*, 98, 5–14.

T¼rkiye N¼fus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2018, *Hacettepe Üniversitesi N¼fus Et¼t¼leri Enstit¼s¼*, Ankara, <https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9F%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018 ana Rapor compressed.pdf> , [Erişim tarihi:25.11.2023].

T¼rkiye İstatistik Kurumu (T¼İK), 2022a, *İstatistiklerle Kadın*, Ankara, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C4%B0statistiklerle-Kad%C4%B1n-2022-49668&dil=1#:~:text=Kad%C4%B1nlar%C4%B1n%20istihdamda%20yar%C4%B1%20zamanl%C4%B1%20%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fma,ise%20%257%2C0%20oldu> [Erişim tarihi:25.11.2023].

T¼rkiye İstatistik Kurumu (T¼İK), 2022b, *l¼m Nedeni İstatistikleri*, [T¼İK Kurumsal \(tuik.gov.tr\)](https://tuik.gov.tr), [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

T¼rkiye İstatistik Kurumu (T¼İK), 2022c, *İstatistiklerle Aile*, T¼İK Kurumsal (tuik.gov.tr), [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

Ulaş, E., 2023, *Pandemi s¼recinde kadınların servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler*, Ege Üniversitesi, Y¼ksek Lisans Tezi.

Uludağ, G., Gamsızkan, Z., Sungur, M. A., 2020, Kadınların serviks kanseri ve taraması ile ilgili sağlık inançlarının değerlendirilmesi, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 357-362.

Vahabi, M., Lofters, A., 2016, Muslim immigrant women's views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada, *BMC Public Health*, 2016 Aug 24;16(1):868. doi: 10.1186/s12889-016-3564-1

Valls, J., Baena, A., Venegas, G., Celis, M., González, M., Sosa, C., Almonte, M., 2023, Performance of standardised colposcopy to detect cervical precancer and cancer for triage of women testing positive for human papillomavirus: results from the ESTAMPA multicentric screening study, *The Lancet Global Health*, 11(3), e350-e360.

QIAGEN, 2019, *QIAscreen HPV PCR Test Kullanma Talimatı* (El Kitabı) Self-screen B.V., Biothof 15-1, 1098 RX Amsterdam, Hollanda.

Qu, S.X., Ni, Y.H., Qin, J.F., Chen, X.Y., Wu, W.L., Zhang, W.C., 2023, Experience and acceptability for HPV self-sampling among women in Jiangsu province, China: a cross-sectional survey, *J Obstet Gynaecol*, 2023 Dec;43(1):2204942. doi: 10.1080/01443615.2023.2204942.

Wong, E.L., Cheung, A.W., Wong, A.Y., Chan, P.K., 2020, Acceptability and Feasibility of HPV Self-Sampling as an Alternative Primary Cervical Cancer Screening in Under-Screened Population Groups: A Cross-Sectional Study, *Int J Environ Res Public Health*, 2020 Aug 27;17(17):6245, doi: 10.3390/ijerph17176245.

World Health Organization (WHO), 2016, *Guide to introducing HPV vaccine into national immunization programmes* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549769>, [Erişim tarihi:5.6.23].

World Health Organization (WHO), 2018, *Cervical cancer*, <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>, [Erişim Tarihi:17.11.22].

World Health Organization (WHO), 2020a, *Cervical cancer*, <https://www.iarc.who.int/cancer-type/cervical-cancer/>, [Erişim Tarihi:17.11.22].

World Health Organization (WHO), 2020b, *Cancer Today*, https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multibars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&population_s=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=1&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

World Health Organization (WHO), 2020c, *Essential Training Package for the Gardasil® HPV Vaccine Introduction*, <https://www.who.int/publications/m/item/essential-training-package-HPV-vaccine-introduction-gardasil> , [Erişim tarihi: 5.6.23].

World Health Organization (WHO), 2021a, *New recommendations for screening and treatment to prevent cervical cancer*, <https://www.who.int/news/item/06-07-2021-new-recommendations-for-screening-and-treatment-to-prevent-cervical-cancer> [Erişim Tarihi: 17.11.2022].

World Health Organization (WHO), 2021b, *CERVICAL CANCER AWARENESS MONTH 2021 QUESTIONS AND ANSWERS*, <https://www.iarc.who.int/faq/cervical-cancer-awareness-month-2021-qa/> Erişim Tarihi: [16.04.2023].

World Health Organisation (WHO), 2022a, *Cancer*, https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1, [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

World Health Organization (WHO), 2022b, *Immunization, Vaccines and Biologicals, Human papillomavirus vaccines (HPV)*, [https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-\(HPV\)](https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/human-papillomavirus-vaccines-(HPV)), [Erişim Tarihi: 16.04.2023].

World Health Organization (WHO), 2023a, *Using HPV tests for cervical cancer screening and managing HPV-positive women – a practical online guide*, <https://screening.iarc.fr/atlasHPVdetail.php?Index=24&e=> [Erişim Tarihi: 17.04.2023].

World Health Organization (WHO), 2023b, *Atlas of Colposcopy: Principles and Practice*

<https://screening.iarc.fr/atlascolpodetail.php?Index=015&e=.0,1,2,3,8,10,15,19,30,31,43,46,47,60,61,68,73,83,88,89,93,96,102,105,111#0> [Erişim tarihi: 04.06.2023].

Yaslı, G., 2022, Türkiye’de Servikal Kanser Tarama Programı Saha Değerlendirmesi, *Sağlık ve Toplum*, 32(3), 14-22.

Yavuz, F., 2019, *Mevsimlik tarım işçisi kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutum ve davranışlarının belirlenmesi/Determining the attitudes and behaviors of woman seasonal agricultural workers related the early diagnosis of cervical cancer*, Harran Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.

Yousefi, Z., Aria, H., Ghaedrahmati, F., Bakhtiari, T., Azizi, M., Bastan, R., Hosseini, R., Eskandari, N., 2022, An Update on Human Papilloma Virus Vaccines: History, Types, Protection, and Efficacy, *Front Immunol*, 2022 Jan 27;12:805695. doi: 10.3389/fimmu.2021.805695

Yurtçu, E., Doğan, R. A., Karaaslan, B., Mutlu, S., 2022, Relationship between awareness of cervical cancer and HPV infection and attitudes towards HPV vaccine among women aged 15-49 years: a cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, 140, 349-355.