



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ANTALYA İLİ KONYAALTI İLÇESİNDE YAŞAYAN 30-65
YAŞ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ ERKEN TANISINA
YÖNELİK DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Neşe BULUT KISAOĞLU

Antalya, 2019



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ANTALYA İLİ KONYAALTI İLÇESİNDE YAŞAYAN 30-65
YAŞ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ ERKEN TANISINA
YÖNELİK DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Neşe BULUT KISAOĞLU

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ

*Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon
Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No: TTU-2018-3984).*

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2019

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimim ve tez hazırlama sürecimde bilgisi ve deneyimi ile yol gösteren, desteklerini ve emeklerini esirgemeyen başta tez danışman hocam **Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ** olmak üzere, Anabilim Dalı öğretim üyelerimiz **Prof. Dr. Mehmet R. AKTEKİN**, **Prof. Dr. Levent DÖNMEZ**, **Prof. Dr. Erol GÜRPINAR**, **Prof. Dr. Yeşim ŞENOL**, **Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY**, **Dr. Öğr. Üyesi. Meltem AKDEMİR**, **Dr. Öğr. Üyesi. Mestan EMEK**, **Öğr. Gör. Dr. Hakan ERENGİN**'e, tez değerlendirme jürisindeki hocam **Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU**'na, uyumlu bir çalışma ve dayanışma içinde bulunduğumuz uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma, bölüm sekreterimiz **Selma Ateş**'e, tez çalışmama destekleri nedeniyle eşim ve çocuklarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi	3
2.2. Serviks Anatomisi ve Histopatolojisi	4
2.3. Serviks Kanseri Risk Etmenleri	6
2.3.1. Human Papilloma Virüsü	6
2.3.2. Yüksek Parite ve Erken Yaşta Gebelik	7
2.3.3. Uzun Süreli Oral Kontraseptif Kullanımı.....	8
2.3.4. Sigara Kullanımı	8
2.3.5. İmmüsupresyon.....	8
2.3.6. Chlamydia Trachomatis, Herpes Simplex Virüs 2 Enfeksiyonları	9
2.3.7. Riskli Cinsel Davranışlar.....	9
2.3.8. Dietilstilbestrol Maruziyeti.....	10
2.4. Serviks Kanseri Belirtileri.....	10
2.5. Serviks Kanseri Korunma	10
2.5.1. Serviks Kanseri Birincil Korunma	10
2.5.2. Serviks Kanseri İkincil Korunma	13
2.5.3. Serviks Kanseri Üçüncül Korunma	26
2.6. Serviks Kanseri Sağlık İnanç Modeli	27
3. AMAÇ	30
3.1. Kısa Erimli Amaçlar	30
3.2. Uzun Erimli Amaçlar.....	30
4. GEREÇ VE YÖNTEM	31
4.1. Araştırmanın Tipi	31
4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	31
4.3. Araştırmanın Evreni	31

4.4. Araştırmanın Örneklemi	31
4.4.1. Örnek Seçim Yöntemi ve Örneklem Büyüklüğü	31
4.4.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri	32
4.4.3. Örnek Seçimi	33
4.4.4. Örneklem Ulaşma Oranları	36
4.4.5. Örneklemenin Evreni Temsil Yeteneği	36
4.5. Araştırmanın Değişkenleri	37
4.5.1. Bağımlı Değişken	37
4.5.2. Bağımsız Değişkenler	37
4.6. Araştırmada Kullanılan Tanım ve Kriterler	39
4.7. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	41
4.7.1. Serviks Kanseri ve Erken Tanısı ile İlgili Bilgi Düzeyi	42
4.7.2. Serviks Kanseri Risk Düzeyi Hesaplanması	43
4.7.3. Serviks Kanseri ve Erken Tanısına İlişkin Sağlık İnançları	45
4.8. Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler	46
4.9. Verilerin Analizi ve Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	47
4.10. Araştırma Takvimi	48
4.11. Bütçe	48
4.12. Araştırmanın Etik Yönü	48
5. BULGULAR.....	50
5.1. Tanımlayıcı Bulgular	50
5.1.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	50
5.1.2. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri Tarama Testi Katılım Özellikleri	53
5.1.3. Araştırma Grubunun Bazı Sağlık ve Üreme Sağlığı Özellikleri	57
5.1.4. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri ve Tarama ile İlgili Bilgi ve Farkındalıkları	61
5.1.5. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri Risk Modeline Göre Risk Düzeyinin Değerlendirilmesi	66
5.1.6. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri ve Pap-smear Testi Sağlık İnançları	68

5.2. Araştırma Grubunun Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Analitik Olarak İncelenmesi	74
5.2.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunun incelenmesi	74
5.2.2. Araştırma Grubunun Sağlık ve Üreme Sağlığı Özelliklerine Göre Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunun İncelenmesi.....	78
5.2.3. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri ve Tarama ile İlgili Bilgi ve Farkındalıklarına Göre Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunun İncelenmesi	81
5.2.4. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri Risk Modelindeki Faktörlere Göre Ulusal Tarama Standardına Uyumunun İncelenmesi.....	83
5.2.5. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri ve Pap-smear Testi Sağlık İnançlarına Göre Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunun İncelenmesi.....	85
5.2.6. Araştırma Grubunun Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi	87
6. TARTIŞMA.....	89
6.1.Araştırma Yöntemi İle Bulgular Arasındaki İlişki	89
6.2. Elde Edilen Bulguların Tıp Pratiğindeki ve Hizmet Planlamasındaki Anlamı ve Kullanılabilirliği.....	92
6.2.1. Serviks Kanseri Tarama Testi Yaptırma Özellikleri.....	92
6.2.2. Sosyodemografik, Sağlık ve Üreme Sağlığı Özellikleri ile Tarama Uyum İlişkisi	97
6.2.3. Serviks Kanseri ve Tarama ile İlgili Bilgi ve Farkındalıklar.....	103
6.2.4. Serviks Kanseri Risk Modeline Göre Risk Düzeyi ve Risk Faktörleri ile Tarama Uyum İlişkisi.....	109
6.2.5. Serviks Kanseri Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi	112
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	117
8. ÖZET.....	123
9. ABSTRACT	125
10. KAYNAKLAR	127
11. EKLER.....	150

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ACS	American Cancer Society
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASCCP	American Society of Colposcopy and Cervical Pathology
ASCP	American Society of Clinical Pathology
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DES	Dietilstilbestrol
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	The Food and Drug Administration
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HSIL	Yüksek Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
HSV 2	Herpes Simplex Virüs 2
HPV	Human Papilloma Virüs
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
LAST	Lower Anogenital Tract Squamous Terminology
LBC	Liquid Based Cytology
LSIL	Düşük Dereceli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
SCJ	Squamo Columnar Junction
SİM	Sağlık İnanç Modeli
SİMÖ	Serviks Kanseri ve Pap-smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USPSTF	United States Preventive Services Task Force
VIA	Visual Inspection after application of Acetic acid
VLP	Virus Like Partikül
SS	Standart Sapma

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
2.1.	Serviks kanseri gelişimi modeli	7
2.2.	Serviks hastalıkları terminolojisi	15
4.1.	Küme başlangıç noktalarının belirlenmesi	35
4.2.	Küme başı adresleri gösteren harita	35
4.3.	Harvard kanser risk indeksi web sitesi	43
4.4.	Serviks kanseri bireysel risk hesaplaması sonucunun bir örnekle gösterimi	45

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo		Sayfa
2.1.	Serviks kanseri taramasına yönelik güncel tavsiyeler	19
2.2.	Ülkelere göre serviks kanseri taramaları	21
4.1.	Araştırmaya alınan mahalleler ve küme sayıları	34
4.2.	Örneklem ve araştırma evreninin yaş gruplarına göre dağılımının karşılaştırılması	37
4.3.	Serviks kanseri ve Pap-smear testi sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutları	46
4.4.	Araştırmanın zaman çizelgesi	48
5.1.	Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	50
5.2.	Araştırma Grubunun bazı sosyoekonomik özelliklerine göre dağılımı	51
5.3.	Araştırma grubunun aile özelliklerine göre dağılımı	52
5.4.	Araştırmaya katılan evli kadınların eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	53
5.5.	Katılımcıların tarama testi yaptırma ve ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum durumu	54
5.6.	Katılımcıların tarama testi yaptırma özelliklerinin dağılımı	55
5.7.	Katılımcıların en son yapılan tarama testi özelliklerinin dağılımı	56
5.8.	Katılımcıların serviks kanseri tarama testi yaptırmama nedenlerinin dağılımı	57
5.9.	Katılımcıların algılanan sağlık durumu ve süreğen hastalık öyküsüne göre dağılımı	58
5.10.	Katılımcıların aile kanser öyküsü, çevrede ve ailede serviks kanseri öyküsüne göre dağılımı	59
5.11.	Katılımcıların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı	59
5.12.	Katılımcıların ilk doğumlarını yaptıkları yaşa göre dağılımı	60

5.13.	Katılımcıların jinekolojik muayene olma özelliklerine göre dağılımı	60
5.14.	Katılımcıların menopoza özelliklerine göre dağılımı	60
5.15.	Katılımcıların beyana dayalı serviks kanseri bilgi durumu ve bilgi kaynaklarının dağılımı	61
5.16.	Katılımcıların serviks kanseri ve tarama ile ilgili bilgi testi sorularını doğru yanıtlama oranı	63
5.17.	Katılımcıların serviks kanseri ve tarama ile ilgili bilgi testinden aldıkları toplam puan ortalaması	64
5.18.	Katılımcıların serviks kanseri ve erken tanısıyla ilgili bilgi alma istekleri ve bilgi alma istenilen yerlerin dağılımı	64
5.19.	Katılımcıların serviks kanseri tarama testine katılım isteklerinin ve isteksizlik nedenlerinin dağılımı	65
5.20.	Katılımcıların HPV aşısı ile ilgili farkındalıkları	66
5.21.	Katılımcıların serviks kanseri risk indeksine göre HPV aşısı yaptırmaya durumu ve sigara kullanma öyküsü	66
5.22.	Katılımcıların serviks kanseri risk indeksine göre cinsel ve üreme sağlık özellikleri	67
5.23.	Katılımcıların serviks kanseri risk indeksine göre sonuçları ve risk düzeyleri dağılımı	68
5.24.	Araştırma grubunda serviks kanseri ve Pap-smear testi sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından alınan puanların dağılımı	69
5.25.	Araştırma grubunda SİMÖ Pap-smear yarar/motivasyonu alt boyut sorularının cevap dağılımı	70
5.26.	Araştırma grubunda SİMÖ engel algısı alt boyut sorularının cevap dağılımı	71
5.27.	Araştırma grubunda SİMÖ ciddiyet algısı alt boyut sorularının cevap dağılımı	72
5.28.	Araştırma grubunda SİMÖ duyarlılık algısı alt boyut sorularının cevap dağılımı	73
5.29.	Araştırma grubunda SİMÖ sağlık motivasyonu alt boyutu	

	sorularının cevap dağılımı	74
5.30.	Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	75
5.31.	Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	76
5.32.	Katılımcıların aile özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	76
5.33.	Araştırmaya katılan evli kadınların eş sosyodemografik özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	77
5.34.	Katılımcıların algılanan sağlık durumu ve süregelen hastalık öyküsüne göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	78
5.35.	Katılımcıların aile kanser öyküsü ve çevrede/ailede serviks kanseri öyküsüne göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	79
5.36.	Katılımcıların doğurganlık özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	79
5.37.	Katılımcıların ilk doğumlarını yaptıkları yaşa göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	80
5.38.	Katılımcıların jinekolojik muayene olma özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	80
5.39.	Katılımcıların menopoz özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	81
5.40.	Katılımcıların beyanına dayalı serviks kanseri bilgisi ve serviks kanseri hakkında bilgilendirilme durumuna göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	81

5.41.	Katılımcıların serviks kanseri ve erken tanı ile ilgili bilgi testi toplam puan ortalamasına göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	82
5.42.	Katılımcıların serviks kanseri tarama testi katılım isteklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	82
5.43.	Katılımcıların serviks kanserine yönelik HPV aşısı ile ilgili farkındalıklarına göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	83
5.44.	Katılımcıların HPV aşısı olma durumu ve sigara kullanma öyküsüne göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	84
5.45.	Katılımcıların cinsel ve üreme sağlık özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	85
5.46.	Katılımcıların serviks kanseri ve Pap-smear testi sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması	86
5.47.	Katılımcıların ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları	87

1. GİRİŞ

Büyük ölçüde önlenabilir bir hastalık olmasına rağmen dünya genelinde kadınlarda dördüncü en sık görülen ve ölüme yol açan kanser türü olan serviks kanseri küresel bir halk sağlığı problemidir (1). Dünyada serviks kanseri nedeniyle ölen kadınların %87'si, serviks kanseri tanısı alan kadınların ise %85'i az gelişmiş bölgelerde yaşamaktadır (2). Ülkemizde ise serviks kanseri kadın kanserleri arasında dokuzuncu sırada yer almaktadır (3).

Serviks kanseri üretken yaşamlarının zirvesinde olan 45 yaş altı kadınları diğer kanserlere göre daha fazla etkiler. Birey, aile ve toplum için önemli psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara yol açar (4, 5).

Serviks kanseri insidans ve hayatta kalma oranlarında eşitsizlikler vardır. Sosyoekonomik durumu düşük olan kadınlar ve düşük gelirli ülkelerde yaşayan kadınlar serviks kanserinden daha fazla etkilenmektedir. Serviks kanseri risk faktörleri ile ilgili farkındalık sağlamak ve koruyucu hizmetlerin mevcut olması bu eşitsizliği azaltmada önemlidir (5).

Cinsel yolla bulaşan bir onkojen olan Human Papilloma Virüsü (HPV) ile persiste enfeksiyon, servikal kanserin gelişmesi için gereklidir (6). Devam eden HPV enfeksiyonları sonucu meydana gelen 'kansere öncesi evre' (pre-kanser evre) invaziv kanser haline gelmeden 10-20 yıl sürer. Bu dönemin uzun olması hastaların tarama ile yakalanarak erken tanınması ve etkin olarak tedavi edilebilmesi için fırsat sağlar (7). Servikal kanserlerin çoğu HPV aşısı, etkili tarama yöntemleri ve zamanında tedavi ile önlenir (8).

Geçtiğimiz yüzyılda başarılı ulusal tarama programları oluşturabilen ülkelerde serviks kanserinin görülme sıklığı ve ölüm oranlarında çarpıcı bir azalma meydana gelmiştir. Bu programlar sağlam ve iyi finanse edilmiş sağlık bakım sistemleri gerektirir. Serviks kanserinin eşit olmayan yükü, sağlık hizmetlerine eşit olmayan erişimin etkisine bir örnektir (9). Ülkemizde serviks kanserini önlemeye yönelik toplum tabanlı tarama programı yürütülmektedir (10). Etkili tarama yöntemlerine rağmen serviks kanseri halen büyük bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (4).

Bu araştırma, Antalya Konyaaltı İlçesi'nde yaşayan 30-65 yaş grubundaki kadınların ulusal serviks kanseri tarama programı standardına uyumlarını, serviks

kanseri ve tarama testlerine yönelik bilgi düzeylerini, sağlık inançlarını, serviks kanseri risk faktörlerine maruziyetlerini, serviks kanseri risk düzeylerini belirlemek ve ulusal serviks kanseri tarama programı standartlarına uyum ile ilişkili etmenlerin saptanarak serviks kanseri tarama testi katılımındaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak için çözüm önerileri sunabilmek amacıyla planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Serviks kanseri 2018 yılında dünya çapında 570 bin yeni vaka ile meme, kolorektal ve akciğer kanserinden sonra kadınlarda en sık görülen dördüncü kanser türüdür ve kadın kanserlerinin %6,6'sını oluşturmaktadır. Dünyada bölgeler arasında serviks kanseri insidansında belirgin farklılık vardır. Serviks kanserinin dünya genelinde 100 bin kadında yaşa standardize insidans hızı 13,1'dir. Güney Afrika (43,1), Doğu Afrika (40,1) ve Batı Afrika (29,6) 100 bin kadında tahmini yaşa standardize insidans hızlarının yüksek olduğu riskli bölgelerdir. Serviks kanseri insidans hızı Kuzey Amerika (6,4), Avustralya/Yeni Zelanda (6,0) ve Batı Asya'da (4,1) en düşük düzeydedir. Büyük çoğunluğu Sahra Altı Afrika ve Güneydoğu Asya'da bulunan dünyanın 28 ülkesinde en sık görülen kanserdir ve 42 ülkede en önemli kanser ölüm nedenidir. En yüksek bölgesel insidans ve mortalite oranları Afrika'da görülmektedir. Serviks kanseri insidansı ve mortalitesi İnsani Gelişme Endeksi (Human Development Index) düşük yerlerde meme kanserinden sonra ikinci sıradadır (1).

Serviks kanseri 2018 yılında 311 bin kadının hayatını kaybetmesine yol açarak tüm kadın kanseri ölümlerinin dördüncü sırada gelen nedeni olmuştur ve kadın kanser ölümlerinin %7,5'ini oluşturmuştur. Kadın kanser ölümlerinin ilk üç sırada gelen nedeni meme, akciğer, kolorektal kanserleridir. Serviks kanserinin dünya genelinde 100 bin kadında yaşa standardize mortalite hızının 6,9 olduğu tespit edilmiştir. Serviks kanserinin 100 bin kadında tahmini yaşa standardize mortalite hızları Batı Asya (2,5), Batı Avrupa (2,1), Kuzey Amerika (1,9) ve Avustralya/Yeni Zelanda'da (1,7) düşük olmakla birlikte Doğu Afrika (30,0), Batı Afrika (23,0), Orta Afrika (21,1), Güney Afrika'da (20,0) 100 binde 20'nin üzerindedir (1). 75 yaşından önce servikal kanserden ölme riski, az gelişmiş bölgelerde gelişmiş bölgelerden üç kat fazladır (2).

Son yıllarda Avrupa'da serviks kanseri yükünün azaltılmasında önemli ilerlemelere rağmen, 2003'ten sonra Avrupa Birliği'ne katılan 'yeni' üye devletlerin çoğunda hastalığa atfedilen ölüm oranları yüksektir. 100 bin kadında yaşa standardize mortalite hızları 2012 yılı için en düşük oranlara sahip olan

Finlandiya ve Malta'ya kıyasla Macaristan, Slovak Cumhuriyeti, Polonya, Letonya, Bulgaristan ve Litvanya'da beş-yedi kat ve Romanya'da on kat daha fazladır (11). Serviks kanserinde kısmen tarama ve birincil korunma sağlamadaki eşitsizlikler nedeniyle bölgesel ve küresel çapta serviks kanseri insidans ve mortalitesinde büyük farklılıklar vardır (12).

Serviks kanseri insidansı, etkili tarama programı uygulanan birçok gelişmiş ülkede büyük ölçüde azalmıştır (13, 14). Beş kıtadan 38 ülkeyi kapsayan 2013 yılında yapılan bir çalışmada, 30-74 yaş arasındaki kadınlarda serviks kanserindeki eğilimler değerlendirilmiştir. Yaşa göre standardize edilmiş insidans hızları, 38 ülkenin 29'unda önemli ölçüde azalmıştır. Birçok Avrupa ve Güney Amerika ülkesinde, Kuzey Amerika, Asya'da bazı ülkelerde (örneğin Japonya, Çin ve Hindistan) serviks kanseri yaş standardize insidans hızlarında düşüş eğilimleri belirgindir. Buna karşın son 10-20 yılda bazı Doğu Avrupa ülkelerinde, özellikle Estonya, Litvanya ve Bulgaristan'da insidans hızlarının arttığı tespit edilmiştir (13).

Ülkemizde 2015 yılında kadınlarda en sık görülen ilk üç kanser türü meme kanseri, tiroid kanseri ve kolorektal kanserdir. Serviks kanseri yaşa standardize insidans hızı ise 2015 yılında 100 bin kadında 4,5 olup kadın kanserlerinde dokuzuncu sırada yer almıştır. 2015 yılında kadın kanserlerinin %2,5'ini serviks kanseri oluşturmuştur (3). Ülkemiz, serviks kanseri insidansının düşük olduğu Batı Asya grubu ülkeleri içinde bulunmaktadır. Türkiye'de serviks kanserinin yaşa standardize mortalite hızı 100 bin kadında 1,7'dir (15). 2018 yılında yeni 2356 rahim ağzı kanseri hastası saptanmış ve bu hastalıktan ülkemizde 1280 kadın hayatını kaybetmiştir (16).

2.2. Serviks Anatomisi ve Histopatolojisi

Uterusun en alt bölümünü oluşturan serviksin, vajina içine uzanan kısmı ektoserviks, vajina üzerinde yer alan kısmı ise endoserviks olarak adlandırılır (7, 17). Endoserviksin içinden geçen endoservikal kanal uterus ile vajina boşluğunu birbirine bağlar. Ektoserviksi kaplayan skuamoz epitel ile endoservikal kanalı kaplayan kolumnar (glandüler) epitelin birleştiği yer skuamokolumnar junction (SCJ) olarak adlandırılır (17). Kolumnar epitel servikal kanaldan serviksin

yüzeyine uzanır. Kolumnar epitel vajinanın asidik ortamına maruz kaldığında daha sağlam olan skuamöz epitel şekline dönüşür. Buna skuamöz metaplazi denir ve ikinci bir SCJ'ye yol açar. Orijinal ve yeni SCJ'ler arasındaki alan transformasyon bölgesidir. Transformasyon bölgesinin hücreleri özellikle HPV enfeksiyonuna karşı hassastır ve skuamöz hücreli karsinomun çoğu burada gelişir (7).

Servikal kanserlerin %80'ini oluşturan skuamöz hücreli karsinom ve %10-20'sini oluşturan adenokarsinom en yaygın görülen histolojik tiplerdir (18, 19). Serviks kanserinde uzun süren bir öncü evre (preinvaziv hastalık evresi) vardır. Serviks kanseri öncü evresi sadece epitele sınırlı hücresel değişiklikleri ifade eder (20). Skuamöz hücreli karsinom öncü lezyonları servikal intraepitelyal neoplazi (CIN) ve adenokarsinomların öncü lezyonları in situ adenokarsinomdur (19).

CIN atipik hücresel değişiklikler gösteren epitel kalınlığının oranına bağlı olarak üç sınıfa ayrılır (21).

CIN 1 (hafif displazi); epitelin 1/3 alt kısmındaki hafif atipik hücresel değişiklikleri ifade eder. Düşük dereceli olarak kabul edilir (21). Akut HPV enfeksiyonu sonucu meydana gelir ve spontan gerileme oranı yüksektir. Güncel klavuzlar bu vakaların tedavi edilmesi yerine takip edilmesini önermektedir (22).

CIN 2 (orta displazi); epitelin alt 2/3 kısmındaki orta atipik hücresel değişiklikleri ifade eder (21). Doğru tanı koyma ve yönetimindeki belirsizlik yüzünden CIN 2 yaklaşımı tartışmalıdır. Histoloji ile kolayca ayırt edilemeyen düşük ve yüksek dereceli lezyonların karışımıdır (22-24).

CIN 3 (şiddetli displazi ve karsinoma in situ); epitelin 2/3'ünden fazlasını kaplayan şiddetli atipik hücresel değişiklikleri ve tam kalınlıkta lezyonları ifade eder. Yüksek dereceli lezyondur ve kansere ilerleme riski en yüksek olandır (21, 22). CIN 3'ün kansere ilerlemesi için tahmini süre ortalama 8-12 yıldır ve erken tanı, tedavi için fırsat sağlar (25). Tedavi edilmemiş CIN 3'ün 30 yılda invaziv kanser olma olasılığı %30'dur. Ancak uygun şekilde tedavi edilen CIN 3'ün sadece %1'i invaziv hale gelir (26).

CIN 2 sınıflamasındaki sınırlılıklar nedeniyle histolojik sınıflamada 2012 yılında Lower Anogenital Tract Squamous Terminology (LAST) kullanımı gündeme getirilmiştir. Buna göre LSIL (düşük dereceli skuamöz intraepitelyal

lezyon) ve HSIL (yüksek dereceli skuamöz intraepitelyal lezyon) olarak iki kategori belirlenmiştir. HSIL, tedavi gerektiren bir kanser öncüsü olarak kabul edilirken, LSIL genellikle tedavisiz izlenmektedir (27).

2.3. Serviks Kanseri Risk Etmenleri

2.3.1. Human Papilloma Virüsü

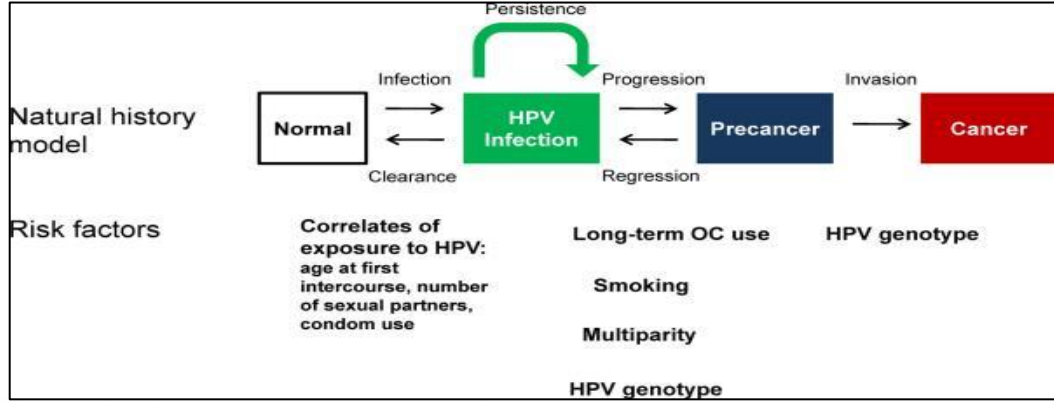
HPV'ler genital mukozayı enfekte eden 40 tip dahil olmak üzere 200'den fazla tipi olan Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) virüsleridir (28-30). Genital HPV enfeksiyonu genellikle cinsel ilişki ve diğer yakın temaslar (örneğin, oral-genital) olmak üzere genital temasla bulaşır (31-35).

HPV enfeksiyonu dünyada en yaygın cinsel yolla bulaşan enfeksiyondur (36). Genital HPV enfeksiyonu kadınlarda cinsel aktivite başlangıcından kısa bir süre sonra kazanılır ve 25 yaş altında HPV enfeksiyonu prevalansı en yüksektir (37). HPV tiplerinden biri ile enfekte olan kadın diğer tiplerle aynı anda veya daha sonra enfekte olabilir (38).

Genital HPV tipleri, kanser ile olan ilişkisine göre sınıflandırılır. Birçok HPV kanserle çok nadiren ilişkili olduğu için düşük riskli olarak sınıflandırılmaktadır (29, 39). HPV 6 ve HPV 11 düşük riskli HPV tipleridir. Genital siğiller, iyi huylu veya düşük dereceli servikal hücre değişiklikleri ve Rekürren Respiratuar Papillomatozis'e neden olabilirler (40). HPV 6 ve HPV 11 türlerinin anogenital siğillerin %90'ının nedeni olduğu ileri sürülmektedir (41). Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı günümüzde insanlardaki kanserler ile ilişkili 12 yüksek riskli HPV türünü (tip 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59) ve ek olarak karsinojenite konusunda sınırlı kanıt bulunan türleri belirlemiştir (39).

Serviks kanserlerinin neredeyse tamamının gelişimi için (%99,7) yüksek riskli HPV gereklidir (6, 42). Ancak yeterli bir faktör değildir. Yüksek riskli HPV ile enfekte kadınların çok az kısmında önemli servikal anormallikler ve kanser gelişir. Güncel servikal karsinogenez modeli, HPV enfeksiyonunun geçici veya persiste (devamlı) olmasıyla ilişkilidir (43, 44). Serviks kanseri gelişiminde; HPV ile enfeksiyon, HPV enfeksiyonlarının persiste etmesi, HPV ile devamlı olarak enfekte olan servikal hücrelerde prekanseröz lezyonların gelişimi ve servikal

hücrelerin invazyonu (kanser) olmak üzere birbirini takip eden adımlar gereklidir (Şekil 2.1) (45).



Şekil 2.1. Serviks kanseri gelişimi modeli (45).

HPV enfeksiyonlarının büyük çoğunluğu geçicidir ve klinik problemlere neden olmaz. Yeni servikal HPV enfeksiyonu olan kişilerin yaklaşık %70'inde enfeksiyon 1 yıl içinde, %90'ında da 2 yıl içinde temizlenir (46-48). Yüksek riskli HPV ile persiste enfeksiyon, kanser öncüleri ve invaziv serviks kanseri de dahil olmak üzere HPV ile ilişkili hastalıklar için en önemli risk faktörüdür (44, 48-51). Yüksek riskli HPV tipleri ile persiste enfeksiyon, hemen hemen tüm servikal kanserlerin yanı sıra anüs (%88), vulva (%24,9), vajina (%78), penis (%50), orofarenks (%30,8) kanserlerinde de değişen oranlarda rol oynar (52).

HPV enfeksiyonu persistansı ve ilerlemesinde belirlenmiş en önemli faktör HPV genotipidir (53). Dünya genelinde serviks kanseri vakalarının yaklaşık %70'ine HPV tip 16 ve 18 neden olmaktadır (54). HPV 16 en yüksek karsinojenik potansiyele sahiptir ve tüm dünyadaki servikal kanser olgularının yaklaşık %60'ından sorumludur. Servikal kanser vakalarının yaklaşık %10'unun nedeni HPV-18 olup karsinojenik potansiyelde ikinci sırada yer almaktadır. HPV DNA pozitif olan kanserlerin yaklaşık %90'ını HPV 16, 18, 45, 31, 33, 35, 52 ve 58 tipleri oluşturmaktadır (55).

2.3.2. Yüksek Parite ve Erken Yaşta Gebelik

Yüksek parite HPV pozitif kadınlarda serviks squamöz karsinom riskini arttırır. Ancak adenokarsinom ile yüksek parite arasında ilişki bulunamamıştır.

Serviks skuamöz karsinom gelişme riski hiç doğum yapmamış kadınlara kıyasla üç veya dört tam dönem gebelik geçiren kadınlarda 2,6 kat, yedi veya daha fazla tam dönem gebelik geçiren kadınlarda ise 3,8 kat fazladır (56). İlk tam süreli gebelik yaşı 17 yaş altında olan kadınların invaziv servikal karsinom riski 25 ve üzeri yaşta gebe kalanlardan 1,77 kat yüksek bulunmuştur (57). Kadınlarda adölesan dönem ve hamilelik sırasında ektoserviks üzerindeki transformasyon zonunun büyümesi HPV maruziyeti sonrası enfeksiyon gelişimini kolaylaştırabilir. Bu durum skuamöz hücreli serviks kanseri ile erken yaşta cinsel aktivite, ilk doğumun genç yaşta olması ve çok sayıda gebelik arasındaki ilişkiyi açıklayabilir (7).

2.3.3. Uzun Süreli Oral Kontraseptif Kullanımı

Oral kontraseptiflerin uzun süreli kullanımının HPV enfeksiyonu olan kadınlarda serviks kanseri riskini dört kata kadar artırabileceği gösterilmiştir. Serviks kanseri olma riskinin oral kontraseptiflerin 5-9 yıl kullanımında 2,82 kat ve ≥ 10 yıl kullanımında 4,03 kat arttığı tespit edilmiştir (58).

2.3.4. Sigara Kullanımı

Sigara içmek HPV tarafından zaten zarar görmüş hücrelerde ek hasara neden olarak servikal anormalliklerin kansere ilerleme riskini artırabilir (59). Sigara içmek HPV pozitif kadınlarda serviks kanseri riskini arttırır (60). Sigara içen kadınlarda hiç sigara içmeyenlere kıyasla serviks skuamöz hücreli karsinom riskinin arttığı saptanmıştır. Günde içilen sigara sayısı ve sigaraya başlama yaşı ile serviks skuamöz hücreli karsinom riski arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur (61).

2.3.5. İmmüsupresyon

Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfekte kadınlarda persiste HPV enfeksiyonu prevalansı daha yüksektir. Aynı zamanda bunların HIV enfeksiyonu olmayan kadınlara kıyasla yüksek dereceli CIN gelişme ve serviks kanserine ilerleme riski artmıştır (62, 63).

2.3.6. Chlamydia Trachomatis, Herpes Simplex Virüs 2 Enfeksiyonları

HPV ile birlikte Chlamydia Trachomatis veya Herpes Simplex Virüs 2 (HSV 2) gibi başka bir cinsel yolla bulaşan ajanla enfekte olmuş kadınlarda enfekte olmayan kadınlara göre serviks kanseri gelişme olasılığı daha yüksektir. Yedi ülkeden elde edilen verileri kullanarak yapılan bir Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı çok merkezli vaka kontrol çalışması, Chlamydia Trachomatis antikorları bakımından seropozitif olan HPV pozitif kadınların invaziv skuamöz hücreli karsinoma sahip olma olasılığını 1,8 kat daha yüksek bulmuştur (64). Aynı çalışmadan elde edilen veriler, HSV 2 enfeksiyonu olan HPV pozitif kadınların HSV 2 enfeksiyonu olmayanlara göre; serviksin skuamöz hücreli karsinomuna sahip olma olasılığının iki kattan fazla ve serviksin adeno karsinomu veya adenoskuamöz karsinomuna sahip olma olasılığının ise üç kattan fazla olduğunu göstermektedir (65).

2.3.7. Riskli Cinsel Davranışlar

Erken yaşta ilk cinsel ilişki yaşam boyu birden fazla cinsel partnere sahip olma olasılığına yol açarak ya da ergenlik döneminde servikal ektopi nedenli HPV duyarlılık artışına bağlı HPV kazanılması riskini artırabilir (59). Cinsel eş sayısının çokluğu, erken yaşta ilk cinsel ilişki, eşin çok partner değiştirmesi HPV ile karşılaşma riskini artırır (66). İlk cinsel ilişki yaşı ≤ 17 yaş olan kadınlarda ≥ 21 yaş kadınlara kıyasla serviks skuamöz hücreli karsinomu veya adenokarsinomu riski artmaktadır. Yaşam boyu cinsel eş sayısı ≥ 6 olan kadınlarda tek bir cinsel partneri olan kadınlara göre serviks kanseri riskinin arttığı gösterilmiştir (67).

Kadınların eşleri veya cinsel partnerlerinin HPV DNA pozitif olması durumunda, serviks kanseri gelişme riskinin beş kat fazla olduğu saptanmıştır. HPV DNA prevalansının; serviks kanseri olan kadınların eşleri/cinsel partnerlerinde %17,5, serviks kanseri olmayan kadınların eşleri/cinsel partnerlerinde ise %3,5 olduğu saptanmıştır. Kadınların eşlerinde evlilik dışı cinsel partner sayısının ve seks işçisi cinsel partner sayısının yüksekliğinin serviks kanseri riskini artırdığı saptanmıştır (68).

2.3.8. Dietilstilbestrol Maruziyeti

Üretilen ilk sentetik östrojen olan Dietilstilbestrol (DES), 1941-1971 yılları arasında erken gebelik kayıpları ve postmenopozal rahatsızlıkların tedavisinde klinik olarak kullanılmıştır (69). İn utero DES maruziyeti ile servikal ve vajinal şeffaf hücreli adenokarsinom arasında güçlü ilişki saptanmıştır (70).

2.4. Serviks Kanseri Belirtileri

Servikal kanser belirtileri kanser ileri bir aşamaya geldiğinde ortaya çıkma eğilimindedir (7). Serviks kanserinin ilk belirtisi kadınlar tarafından genellikle fark edilemeyen ince, berrak veya kanlı vajinal akıntıdır. Klasik belirtiler aralıklı, ağrısız düzensiz kanama veya postkoital lekelenme şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hastalık ilerlediğinde kanama daha ağır, sık görülür en sonunda sürekli hale gelir. En yaygın semptom vajinal kanamadır. Postmenopozal dönemdeki kadında kanama daha erken tıbbi yardım alınmasını sağlar (71). Serviks kanserinin belirtilerinden bir diğeri cinsel ilişkide ağrıdır (72). Serviks kanseri geç dönemde pelvik yan duvarlara yayılarak genellikle üreterlerin veya siyatik sinirin tutulumunun bir işareti olarak bel, alt abdominal, sırt ve bacak ağrısına neden olur. Mesane veya rektal invazyon gelişimi sıklıkla hematüri, rektal kanamaya ve daha az olasılıkla vezikovajinal veya rektovajinal fistüle yol açar. Venöz tıkanma olursa lenf ödem meydana gelebilir (7, 71).

2.5. Serviks Kanseri Korunma

Serviks kanseri önleme ve kontrol programlarının amacı serviks kanseri insidansını, morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) serviks kanseri önleme ve kontrolü için birincil, ikincil ve üçüncül koruma faaliyetlerini içeren kapsamlı bir yaklaşımı önermektedir (7).

2.5.1. Serviks Kanseri Birincil Korunma

Birincil korunmanın halk sağlığı hedefi HPV enfeksiyonlarını azaltmak olup HPV aşısı uygulanması temel stratejidir. Diğer önerilen birincil korunma müdahaleleri HPV bulaşma riskini azaltmak amacıyla sağlıklı cinsellik eğitimi (ilk cinsel ilişki yaşının geciktirilmesi gibi), kondom kullanımı ve uygun kültürlerde erkek sünnetini içermektedir (7). Özellikle tutarlı ve doğru kondom

kullanımının HPV ve HPV ile ilişkili hastalık (örneğin serviks kanseri) riskini azalttığı gösterilmiştir (73). Genital HPV enfeksiyonu cinsel ilişki yanında diğer yakın temaslarla (örneğin, oral-genital) bulaşabileceği için kondom kullanımı HPV'den tam koruma sağlamayabilir (31-35, 74). Yine bazı çalışmalar sünnetli erkekler ve kadın partnerlerinde HPV enfeksiyonu riskinin daha düşük olduğunu göstermektedir (75-77).

2.5.1.1. HPV Aşıları

DSÖ serviks kanseri ve HPV ilişkili hastalıkları küresel halk sağlığı sorunu olarak kabul etmektedir ve serviks kanseri HPV ilişkili kanserlerin %83'ünü oluşturduğu için HPV bağışıklamasını öncelikli konuları arasında belirtmektedir (52, 78).

Günümüzde HPV enfeksiyonuna karşı koruma sağlayan üç aşı bulunmaktadır. HPV'ye karşı geliştirilen ilk aşı olan dörtlü aşı (Gardasil™) 2006 yılında onaylanmıştır. Serviks kanserlerinin yaklaşık %70'ine neden olan HPV 16 ve 18 ile genital siğillerin %90'ına neden olan HPV 6 ve 11 tiplerine karşı koruyucudur. 2009 yılında, serviks kanserlerinin %70'ine neden olan HPV 16 ve 18 tiplerini hedef alan ikili aşı (Cervarix™) onaylanmıştır (79-81).

2014 yılında HPV 6, 11, 16 ve 18 tiplerine ek olarak servikal kanser vakalarının %20'sinden sorumlu beş HPV tipini de 31, 33, 45, 52 ve 58 hedef alan dokuzlu aşı (Gardasil 9™) onaylanmıştır. Gardasil 9 serviks kanserinin önlenmesini %70'ten yaklaşık %90'a yükseltme potansiyeli sunmaktadır (79, 82, 83).

Aşılar HPV'nin başlıca kapsid proteini olan tip spesifik L1 proteininden rekombinan teknoloji kullanımı ile üretilmiş Virüs Like Partikül (VLP) içerir. Gardasil HPV 6, 11, 16 ve 18 tiplerine özgü L1 VLP içerir. Cervarix HPV 16 ve 18 tiplerine özgü L1 VLP içerir. Gardasil 9 ise HPV tip 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58'e karşı L1 VLP'ler içerir. Aşılar enfeksiyöz ya da onkojenik değildir (80, 84).

DSÖ, aşının ulusal aşı programlarına dahil edilmesi sürecinde bazı koşulların dikkate alınmasını tavsiye etmektedir:

- Ülke için servikal kanser veya diğer HPV ile ilgili hastalıklar bir halk sağlığı önceliği oluşturmali
- Ülkeye aşı girişı programlı şekilde uygulanabilmeli
- Finansman sürdürülebilir olmalı
- Ülkedeki aşı stratejisi maliyet etkin olmalı
- HPV aşısı servikal kanser ve diğer HPV ile ilgili hastalıkları önlemek için koordine edilmiş kapsamlı bir stratejinin parçası olarak uygulanmalıdır (7).

DSÖ, HPV aşısını cinsel yönden aktif hale gelmeden önce (HPV'ye maruz kalmadan önce) birincil hedef popülasyon olan 9-14 yaş arasındaki kadınlara önermektedir. İkincil hedef popülasyonun aşılınması (≥ 15 kadın veya erkekler) uygulanabilir, ekonomik, maliyet etkin olursa önerilmektedir. DSÖ tarafından 9-14 yaş için 6 ay aralıklı 2 dozlu aşı programı önerilmektedir. Bağışıklık sistemi baskılanmış ve/veya HIV ile enfekte 15 yaş altındaki kişiler ve ≥ 15 yaşında başlatılan tüm aşılar için ise 0, 1-2, 6. aylarda intramuskuler olmak üzere 3 dozlu HPV aşısı önerilmektedir (78).

Dünya çapında Ağustos 2017 tarihli veriye göre 74 ülkede (%38,1) ulusal aşı programında HPV aşısı bulunmakta, 120 ülkede (%61,9) ise bulunmamaktadır (85). Dünya çapında Mart 2017 itibarıyla 71 ülkede (%37) kadınlar için, 11 ülkede (%6) erkekler için ulusal aşı programına HPV aşısı dahil olmuştur (78). HPV için ulusal bir aşılama programı ülkemizde mevcut değildir (86). Ülkemizde HPV aşı uygulaması ücretlidir (87).

Avustralya kamu tarafından finanse edilen ulusal HPV aşı programını 26 yaşa kadar olan kadınlar için 2007 yılında başlatmış olup yüksek dereceli prekanseröz lezyonlarda azalma olduğunu bildirmiştir (88, 89).

HPV aşıları enfeksiyonları önlemekte ancak önceden var olan enfeksiyonu engelleyememekte ya da HPV ile ilişkili hastalığı tedavi etmemektedir (90, 91). Aynı zamanda HPV aşıları serviks kanserine neden olan tüm HPV tiplerine karşı da koruma sağlamamaktadır. Bu nedenlerle HPV aşısı yaptırmış kadınlarda taramaya devam etmek gereklidir (7).

2.5.2. Serviks Kanserinde İkincil Korunma

İkincil korunmada halk sağlığı hedefi prekanseröz lezyonların invaziv kansere ilerlemesini engelleyerek serviks kanseri insidansını ve prevalansını, mortalitesini azaltmaktır. Bu kapsamda önerilen müdahaleler; danışmanlık ve bilgi paylaşımı ile genellikle asemptomatik olan prekanseröz lezyonları saptamak için ulusal standartlara göre belirlenen yaşlardaki tüm kadınlara tarama yapılması, sonucunda da invaziv kansere ilerlemeden önce prekanseröz lezyonların tespit edilmesi ve tedavisidir (7). Hedefe ulaşmak için yüksek tarama kapsayıcılığı ve organize bir tarama programı gereklidir (12).

Tarama, bir hastalığı teşhis etmek için değil hastalık veya öncü lezyonlarının olma olasılığı artmış bireyleri belirlemek için uygulanır (7). Serviks kanserinde görünüşte sağlıklı, asemptomatik bir hedef popülasyonda farkedilmeyen pre-klinik kanser veya prekanseröz lezyonları testler ve incelemeler ile tanımlama amacıyla tarama yapılır (92).

Tarama programı kullanılması her hastalık için uygun değildir. Bir hastalığın tarama programına alınabilmesi için bazı koşullar sağlanmalıdır. Hastalığın halk sağlığı açısından ciddi sonuçları olmalı, hastalığın tespit edilebilir bir preklinik (asemptomatik) evresi olmalı, pre-klinik safhanın tedavisi taranan hastalığın uzun vadeli seyrini ve prognozunu olumlu etkilemeli, pozitif tarama testine sahip olanlar için mevcut, erişilebilir, uygun tanı testi ve tedavi olmalıdır. Serviks kanseri için bu kriterler karşılanmaktadır (93). Ayrıca hastalığın doğal seyri iyi bilinmeli, hastalık kriterleri belirlenmeli, tarama testi toplum tarafından kabul edilebilir olmalı, tarama harcamaları kabul edilebilir olmalı, hasta bulma çalışmaları sürekli olarak yapılabilmelidir (94).

Serviks kanseri vakalarının çoğu hiçbir zaman tarama yapılmayan ya da yetersiz tarama yapılan kadınlarda görülür (95-98). Serviks kanseri tanısı alan kadınların yaklaşık yarısında hiç tarama yapılmamış ve %10'unda tanıdan önceki 5 yıl içinde tarama yapılmamıştır (98, 99). Yüksek kaliteli tarama programları serviks kanseri insidansını %80'e kadar azaltabilir (12).

Sağlık hizmeti sunucuları (hekim, ebe, hemşire vb.) serviks kanseri tarama hizmetlerinin kullanımının arttırılmasında, serviks kanserinin önlenmesinde ve yönetilmesinde merkezi bir rol oynamaktadır. Her kademedeki sağlık hizmeti

sunucusunun rolü kadınların serviks kanseri konusunda eğitimi, kaliteli hizmet sunumu ve pozitif tarama testi sonuçları veya invaziv kanser için uygun takip ve tedavi almalarını sağlamaktır (7).

2.5.2.1. Tarama Yöntemleri

Tarama testi seçimine ulusal ve bölgesel düzeyde karar verilirken sağlık sisteminin örgütlenme şekli, mevcut kaynaklar, sağlık çalışanlarının sayısı ve türü, laboratuvar hizmetlerinin ve transport koşullarının uygunluğu, farklı tarama testlerinin uygunluğu ve maliyeti göz önünde bulundurulmalıdır (93). İyi bir tarama testinin sonucu doğru olmalı, testin tekrarlanması aynı sonucu vermeli, ucuz, basit, toplum tarafından kabul edilebilir, güvenli, hedef nüfusun tamamı tarafından erişilebilir, duyarlılığı ve özgüllüğü yüksek olmalıdır (7, 94).

Tarama testlerinin istenmeyen sonuçları:

- Pozitif bir testin kanser teşhisi olduğuna dair yanlış inanç
- Gereksiz müdahalelere ve kaygıya neden olabilen yanlış pozitif test sonuçları (serviksi normal olan kadınlarda bildirilen pozitif sonuçlar),
- Pre kanser veya erken kanser tedavisi için kaçırılmış fırsata neden olabilecek yanlış negatif test sonuçları (servikal anormallikleri olan kadınlarda normal bir tarama testi olması) olarak sayılabilir (93).

Ek olarak, gerileme olasılığı olan lezyonlara kolposkopi ve biyopsi ile gereksiz tanı ve aşırı tedavi yapılması maliyete ve üreme sağlığı ile ilgili olumsuz sonuçlara neden olabilir (100, 101).

Kitle taraması yapılan yerlerin bazılarında sitoloji birincil tarama yöntemidir; bazılarında HPV DNA testi eklenmiştir (co-test). Bazı ülkeler ve bölgeler birincil HPV DNA testi veya Asetik asit ile görsel incelemeyi (Visual Inspection after application of Acetic acid, VIA) benimsemektedir (12).

2.5.2.1.1. Sitolojiye Dayalı Tarama

Sitolojiye dayalı tarama serviksin transformasyon zonundan dökülen hücrelerin çeşitli araçlar ile toplanması ve mikroskop altında incelenmesi esasına

dayanır. Sitolojiye dayalı tarama, geleneksel (Pap-smear testi) ve sıvı bazlı sitoloji (Liquid-based cytology, LBC) olmak üzere iki yöntemle yapılabilir. (102). Pap-smear ile LBC karşılaştırıldığında CIN'in saptanması için sensitivite veya spesifite açısından anlamlı fark bulunamamıştır (103). Sitoloji sonuçları objektiflikten yoksundur ve gözlemciler arası değişim yüksektir (104).

Servikal sitoloji test sonuçları Bethesda Sistemi kullanılarak sınıflandırılır. Bethesda Sistemi 2014 yılında modifiye edilmiştir (105). Sitoloji altta yatan muhtemel histolojik durumu değerlendiren taramada kullanılırken, histoloji altta yatan neoplastik süreci tanımlar ve tedaviyi yönlendirir. Serviks kanseri gelişiminde histolojide (Displazi, CIN, LAST sınıflamasında) ve sitolojide (Papanicolaou ve Bethesda sınıflamasında) kullanılan terimler ve karşılıkları Şekil 2.2'de görülmektedir (45).

Natural history model	Histology			Cytology	
	Dysplasia nomenclature	CIN nomenclature	LAST nomenclature	Papanicolaou classification	The Bethesda system
Infection	Negative	Negative		I	NILM
	Squamous atypia	Squamous atypia		II	ASC-US
	Mild dysplasia	CIN1	LSIL	III	LSIL
Precancer	Moderate dysplasia	CIN2	HSIL		HSIL
Cancer	Severe dysplasia Carcinoma in situ	CIN3		IV	
	Carcinoma	Carcinoma		V	Carcinoma

NILM = İntraepitelyal lezyon veya malignite için negatif, ASCUS = Önemi belirlenemeyen atipik squamöz hücreler

Şekil 2.2. Serviks hastalıkları terminolojisi (45).

Servikal sitolojide glandüler lezyonlar için varsayılan aşamalar atipik glandüler hücreler, adenokarsinoma in situ ve adenokarsinomdur. Daha nadir histolojiler için (örneğin adenoskuamöz) tanımlanmış bir öncü yol yoktur. Skuamöz hücreli kanser öncül lezyonları glandüler lezyonlara göre sitoloji tabanlı tarama ile daha iyi yakalanır ve önlenir (45, 106).

Yüksek gelirli ülkelerin çoğunda serviks kanseri ölümlerindeki büyük azalmanın ana nedeni Pap testi taramasıdır (107-109). Nüfusa dayalı sitoloji taraması sağlık altyapısının gerekli seviyesini oluşturma ve sürekliliğini

sağlamanın zorluğu nedeniyle düşük ve orta gelirli ülkelerde çoğu zaman başarısızdır. (Örneğin iyi donanımlı laboratuvar, nitelikli personel, örneklerin transportu ve hasta takibi için etkili bir sistem). Bu konuya yeterince finansal yatırım yapılmaması bu durumun ana nedenidir (7).

2.5.2.1.2. HPV testi

HPV test yöntemleri, vaginal ve/veya servikal örneklerde yüksek riskli HPV tip DNA'sının saptanmasına dayanır. HPV testi, birincil tarama testi olarak yüksek gelirli yerlerde serviks kanseri önleme programlarına dahil edilmektedir. Birim maliyeti genellikle yüksektir (7).

30 yaş altındaki kadınlarda HPV enfeksiyonu prevalansı yüksek olduğu için HPV testi yapılması önerilmemektedir (110). 30 yaş altında HPV testi yapılması kanser potansiyeli olmayan geçici HPV enfeksiyonlarını yüksek oranda tespit edebilir. Masrafa, duygusal ve sosyal sorunlara neden olabilecek gereksiz prosedür ve tedavilere yol açabilir (9). Persiste HPV enfeksiyonu servikal kanser vakalarının neredeyse tümünün sebebi olduğundan, 30 yaşın üzerindeki bir kadında pozitif bir test sonucu, o kadının mevcut bir lezyona sahip olabileceğini veya ileride pre kanser ve kanser için risk altında olabileceğini gösterir (7).

Servikal kanser tarama programında HPV için moleküler tarama testi kullanılması planlanırken, klinik olarak geçerliliği onaylanmış HPV testi kullanmak önemlidir. Bu testleri gerçekleştiren laboratuvarların da test performansının geçerliliği açısından akredite edilmiş olması önemlidir (7, 111). Hibrit Capture 2 (13 HPV tipini belirler), Cervista HPV HR (14 HPV tipini belirler), Cervista HPV 16/18 (HPV 16 ve 18'i belirler), Aptima transkripsiyon aracılı amplifikasyon testi (14 HPV tipinden RNA tespit eder), Cobas 4800 gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu bazlı test (14 HPV tipini belirler) The Food and Drug Administration (FDA) tarafından onaylı testlerdir (9).

Yüksek dereceli prekanseröz lezyonların tespitinde HPV testi, pap teste göre daha duyarlıdır. Avrupa ve Kanada çalışmalarının bir analizinde yüksek dereceli prekanseröz lezyonların belirlenmesi için HPV testinin sitolojiye göre

duyarlılığı belirgin yüksek (%96,1'e karşı %53,0) ancak özgüllüğünün (%90,7'ye karşı %96,3) biraz daha düşük olduğu saptanmıştır (112). Özgüllüğün düşük olması gereksiz tanı veya tedavi prosedürünün daha fazla olabileceği anlamına gelmektedir (113-115). Sitolojiye dayalı taramanın yüksek dereceli CIN'in (CIN 2/3) saptanmasında duyarlılığının düşük olması, servikal lezyonları olan kadınların yaklaşık yarısının yanlışlıkla negatif olarak sınıflandırılacağı anlamına gelmektedir (116).

Negatif HPV testi, negatif pap teste göre servikal kansere karşı daha fazla ve uzun süreli güvence sağlar. Kuzey Kaliforniya'da 2003-2012 yılları arasında 30-64 yaş grubunda 1 milyondan fazla kadın üzerinde yapılan bir araştırmada, yüksek dereceli prekanser ve kanser için HPV negatif sonuç sonrası beş yıllık risk, Pap-negatif sonuç sonrası 3 yıllık riske göre düşük bulunmuştur. Bu çalışma yüksek dereceli prekanser veya kanser riski açısından 5 yılda bir HPV testi ile taramanın 3 yılda bir sitoloji testi taraması kadar güvenli olduğunu ortaya koymaktadır (107, 117).

Değerlendirme için patolojlara dayanan geleneksel sitolojiye kıyasla HPV testinde insan kaynaklı hata daha azdır. Yüksek verimlilikle daha iyi kalite kontrolü sağlar ve laboratuvar personelinin eğitimine daha az bağımlı olduğu için yüksek oranda tekrarlanabilir bulunmuştur (107, 118, 119).

HPV testi servikal adenokarsinomu önlemede çok etkili iken Pap sitoloji taraması daha az başarılıdır (106, 120, 121).

Yetersiz tarama hizmeti alan kadınlara (kırsal alanlarda veya uzak yerlerde yaşayanlar, düşük gelirli bölgelerde yaşayanlar) ulaşılması, kendi kendine toplanan örneklerle yapılabilen HPV testiyle kolaylaştırılabilir (107). Serviks kanseri için kendi kendine toplanan örneklerde klinisyenin topladığı örneklerle göre HPV testinin duyarlılığı ve özgüllüğü biraz daha düşüktür. Ancak tarama programına düzenli katılmayan kadınlara ulaşmak için bir seçenek olarak kabul edilebilir (122). Kadının kendisi tarafından örnek toplanarak yapılan HPV testinin Pap testine göre taramalara katılımı önemli ölçüde artırdığı bulunmuştur (123).

2.5.2.1.3. VIA

VIA, seyreltilmiş (%3-5) asetik asit uygulandıktan sonra bir spekulum kullanılarak çıplak gözle serviks incelendiğinde görünür olan erken hücre değişikliklerini saptamak için kullanılan bir yöntemdir. Uygulamadan bir dakika sonra değişikliklerin varlığı ile servikal neoplazi değerlendirilir (124).

VIA basit ve ucuzdur. Sonuçlar hemen elde edilebilir. Alt yapı gereksinimi minimumdur. Pozitif sonuçlar hemen tedaviye yönlendirilebilir. Kısa bir eğitimden sonra çok çeşitli sağlık personeli tarafından uygulanabilir ancak sıklıkla tekrarlayan eğitimlere ihtiyaç duyulabilir. Sonuçların doğruluğunda uygulayıcılar arasında yüksek değişkenlik olması ve postmenopozal kadınlarda kullanımının uygun olmaması dezavantajlarıdır (7).

CIN 2 ve CIN 3 lezyonları ve invaziv servikal kanseri tespit etmede VIA'nın doğrulayıcı testlerle (histoloji veya kolposkopi sonrası biyopsi) duyarlılığı %80, özgüllüğü %90 saptanmıştır. Düşük gelirli yerlerde VIA sitolojik teste göre basit, düşük maliyetli ve etkili bir alternatif olarak değerlendirilebilir (125).

2.5.2.2. Serviks Kanserine Yönelik Tarama Önerileri

Tarama yöntemi ve tarama aralığı ülke şartlarına göre değişebilir. DSÖ tarafından en çok faydanın sağlanabileceği 30-49 hedef yaş grubundaki her kadın için en az bir kez servikal kanser taraması yapılması önerilmektedir. DSÖ, VIA veya sitoloji sonucu negatif olan kadınlarda yeniden tarama aralığının üç ile beş yıl olmasını ve HPV testi negatif olan kadınlarda yeniden taramanın en az beş yıl arayla yapılmasını önermektedir (7).

Serviks kanserine yönelik benzer tarama rehberleri US Preventive Services Task Force (USPSTF) tarafından 2018 yılında (126) American Cancer Society (ACS), American Society of Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) ve American Society of Clinical Pathology (ASCP) (ortak rehber) tarafından 2012 yılında (110) ve American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) tarafından 2016 yılında (127) yayınlanmıştır (Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Serviks kanseri taramasına yönelik güncel tavsiyeler

Ortalama riskli kadınlar*(USPSTF 2018, ACS-ASCCP-ASCP 2012, ACOG 2016)	
Başlama yaşı	21 yaş
Yaşa göre yöntem ve aralıklar	21-65 yaş: sitoloji her 3 yılda bir
	Veya
	21-29 yaş: sitoloji her 3 yılda bir 30-65 yaş: sitoloji+HPV test (co-test) her 5 yılda bir
Sonlanma yaşı:	65 yaş **
Yüksek riskli kadınlar (ACOG 2016)	
HIV enfekte kadınlar	Başlama yaşı: cinsel aktivite başlangıcında fakat 21 yaşından geç olmayacak şekilde
	21-29 yaş: 3 normal test olana kadar yıllık sitoloji ve daha sonra 3 yılda bir sitoloji
	30-65 yaş: 3 normal test olana kadar yıllık sitoloji ve daha sonra 3 yılda bir sitoloji veya sitoloji+HPV testi 3 yılda bir
	Sonlanma yaşı: ömür boyu
HIV dışı sebeplerle immunsupresyon varsa	21 yaşında taramaya başlanır sonrasında HIV enfekte kadınlardaki taramanın aynısıdır
İn utero DES maruziyeti varsa	Yıllık sitoloji taraması
Düşük riskli kadınlar (ACOG 2016)	
CIN 2, CIN 3 veya serviks kanseri dışında nedenlerle total histerektomi sonrası	Tarama yapılmamalıdır

* Önceden CIN 2, CIN 3, serviks kanseri olmayan kadınlar, HIV ile enfekte olmayan, immün sistemi baskılanmamış kadınlar (ör. solid organ transplantasyonu yapılmayan) ve in utero DES maruziyeti olmayan kadınlar için tavsiyeler geçerlidir.

** 3 ardışık negatif sitoloji sonucu olan kadınlar veya taramanın kesilmesinden önceki 10 yıl içinde en son test son 5 yıl içinde gerçekleştirilmek kaydıyla 2 ardışık negatif co-test olan kadınlar.

Serviks kanserine cinsel yolla bulaşabilen HPV enfeksiyonunun neden olduğu düşünüldüğü için cinsel maruziyeti olmayan (örneğin, bakireler) kadınların riski düşüktür. Cinsel ilişkide bulunmayan 21 yaş üzerindeki kadınlarda kendileri ve doktorlarının takdirine bağlı olarak tarama testi yaptırma kararı verilmelidir (128, 129). Öncesinde CIN 2, CIN 3 olmayan kadınlarda total histerektomi sonrası vajinal kanser gelişme riski çok düşüktür (130). Son 20 yılda CIN 2, CIN 3 veya serviks kanseri öyküsü olan ve total histerektomi yapılan kadınlarda taramaya devam edilmelidir. İlk tedavi sonrası 20 yıl boyunca her 3 yılda bir sitoloji ile tarama yapılmalıdır. Bu kadınlarda işlem sonrasında vajinal manşette rekürren intraepitelyal neoplazi veya karsinom gelişebilir (131). Aşılınmış kadınlarda tarama önerileri aşılınmamış kadınlardaki tarama önerilerinin aynısıdır (127).

Serviks kanseri tarama testi sonucuna göre yapılacak işlemler tarama programlarında belirlenmelidir. Tarama testi sonucu negatif gelirse ulusal tarama programında belirtilen zaman aralığında tarama testi için tekrar başvurusu gerektiği kadına ifade edilmelidir (132). Serviks kanseri tarama test sonuçlarının yönetiminde ASCCP algoritmaları yol göstericidir (22).

Tarama test sonucu pozitif gelen kadınların hepsi pre kanser olmayabilir. Bu yüzden izleyen tanı testleri pre kanser veya kanserin tanısı için kullanılır. Kolposkopi, biyopsi ve endoservikal kürtaj servikal pre kanserin histolojik tanısı için en sık kullanılan tanı testleridir (7).

Tanı testleri sonucunda prekanseröz lezyon veya invaziv kanser tespit edilirse uygun tedavi ve tedavi sonrası izleme yapılması gerekmektedir (132). Yüksek dereceli CIN lezyonları (CIN 2 ve CIN 3) ablasyon (lazer veya kriyoterapi) veya eksizyon yani anormal dokunun cerrahi olarak çıkarılması (loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü veya koni biyopsisi) ile tedavi edilir (116).

2.5.2.3. Serviks Kanseri Tarama Programları

Tarama programlarının başarılı olması için yüksek kapsayıcılık, programın bileşenleri arasında etkili bağlantı (tarama, tanı, tedavi), tarama testi pozitif olanlar için uygun izleme ve vaka yönetimi, yeterli kaynak, nitelikli tarama, tanı, tedavi ve izleme sağlanmalıdır (93).

Tarama Programları iki tipte olabilir;

1. Organize taramalar: Serviks kanseri açısından riskli kadınları saptamayı hedefleyen toplum tabanlı taramalardır. Organize taramalar planlanırken programın başarılı olması için hedef nüfus, tarama aralıkları, kapsayıcılık hedefi, tarama hizmetleri başvuru mekanizması, tarama testlerinin kullanımı ile ilgili özellikler, tanı ve tedavi için sevk mekanizmaları, tedavi yöntemleri, tarama programının izlenmesi ve değerlendirilmesi için gerekli göstergeler belirlenmelidir (132). Bu amaçla hedef popülasyondaki kadınlar tanımlanır ve taramaya katılmaya davet edilir (133). Organize taramalarda kaynakların daha verimli kullanılabileceği, daha uygun maliyete sahip olabileceği ve daha fazla kişiye ulaşılabileceği bildirilmektedir (134).

2. Fırsatların değerlendirildiği taramalar: Antenatal bakım, aile planlaması gibi herhangi bir nedenle sağlık kurumuna başvuranlara yapılan taramalar bu gruptadır. Başvuran kişilere yönelik olması sebebiyle servikal kanser riski daha az olan gruplara tarama yapılması eğilimine yol açmaktadır (132).

Dünyada tarama programları uygulanan ülkelerde hedef grup, tarama aralığı, test yöntemi, kapsayıcılık, tip (organize/fırsatçı) yönünden farklılıklar gözlenmektedir. Serviks kanseri taramasında en sık kullanılan yöntem sitolojidir (133, 135).

Tablo 2.2. Ülkelere göre serviks kanseri taramaları, 2017 (135)

	Serviks kanseri ulusal tarama programı varlığı	Ulusal tarama programı tipi	En yaygın kullanılan tarama yöntemi	Kapsayıcılık
Avustralya	Evet	Organize nüfusa dayalı tarama	Pap-smear	%50 üzeri- %70'in altı
Kanada	Evet	Fırsatçı tarama	Pap-smear	%70 veya üzeri
Çin	Evet	Organize nüfusa dayalı tarama	Pap-smear	%10'un altı
Küba	Evet	Organize nüfusa dayalı tarama	Pap-smear	%70 veya üzeri
Etiyopya	Evet	Fırsatçı tarama	VIA	%10'un altı
Finlandiya	Evet	Organize nüfusa dayalı tarama	Pap-smear	%70 veya üzeri
Fransa	Evet	Organize nüfusa dayalı tarama	Pap-smear	%10-50
Hindistan	Evet	Organize nüfusa dayalı tarama	VIA	%70 veya üzeri
Litvanya	Evet	Fırsatçı tarama	Pap-smear	%10-50
Malawi	Evet	Fırsatçı tarama	HPV testi	%10-50
Rusya Federasyonu	Evet	Organize nüfusa dayalı tarama	Pap-smear	%50 üzeri- %70'in altı
Senegal	Hayır	-	-	-
İspanya	Evet	Fırsatçı tarama	Pap-smear	%70 veya üzeri
İsveç	Evet	Organize nüfusa dayalı tarama	Pap-smear	%70 veya üzeri
Türkiye	Evet	Organize nüfusa dayalı tarama	HPV testi	%70 veya üzeri
Ukrayna	Evet	Organize nüfusa dayalı tarama	Pap-smear	%10'un altı
ABD	Evet	Fırsatçı tarama	Pap-smear	%10'un altı

Gakidou ve ark. tarafından 2002 yılında 57 ülkede tarama durumunun incelendiği bir derlemede; son üç yılda gelişmekte olan ülkelerde 25-64 yaş arası pelvik muayene ve Pap-smear test yaptırma oranlarının ortalama %19, gelişmiş ülkelerde %63, bazı Avrupa ülkelerinde ise %80'in üzerinde olduğu saptanmıştır (136). Yine aynı çalışmada serviks kanseri görülme sıklığı yaşla artmasına rağmen, tarama kapsayıcılığı 45 yaş ve üzerinde düşük bulunmuştur (136).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) serviks kanseri taraması kanser insidansında ve mortalitesinde ciddi azalmalara yol açmıştır. ABD'de serviks kanseri insidansı yaygın tarama nedeniyle son 30 yılda %50'den fazla azalmıştır (1975'te bu insidans 100 bin kadında 14,8 iken 2011 yılında 100 bin kadında 6,7). Benzer şekilde hastalığa bağlı ölümler, 1975 yılında 100 bin kadında 5,5 iken 2011'de 100 bin kadında 2,3'e düşmüştür (137). ABD'de doğan kadınların tarama imkanına sahip olmaları nedeniyle serviks kanseri oranlarında azalma sağlanmış olmakla birlikte özellikle ABD'ye göç eden kadınlar, düzenli sağlık hizmeti kaynağı bulunmayan kadınlar ve sigortasızlar halen yüksek risk altındadır. Sıklıkla sigortasız veya sigortası yetersiz kadınların taramaya erişiminin iyileştirilmesi için halk sağlığı önlemleri kritik önem taşımaktadır (138).

Birleşmiş Milletler aracılığıyla Servikal Kanser Önleme ve Kontrolü Ortak Küresel Program'ı başlatılmıştır. Program kapsamında hükümetlere kadınların eşit şekilde hizmetlere erişebilecekleri yüksek kalitede ulusal kapsamlı servikal kanser kontrol programlarını oluşturmaları ve sürdürmeleri için destek ve teknik yardım sağlanmaktadır (139).

2.5.2.4. Türkiye'de Serviks Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları

Ülkemizde serviks kanseri taramalarında 1992'den beri smear yöntemi kullanılmaktadır. Ancak smear tabanlı taramanın uzmana bağımlı olması, uzmanların konuya ilgisiz davranması, halkın ilgisinin eksik olması gibi nedenlerden dolayı hedef kadın nüfusunun %20'si tarama programı kapsamında taranabilmiş ve istenen %70 kapsayıcılık gerçekleştirilememiştir. 2012 yılında strateji değişikliği ile servikal taramada primer olarak HPV testleri kullanılması kararlaştırılmıştır. Yenilenen ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaş

grubundaki her kadının 5 yılda bir HPV testi ile taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi planlanmıştır. HPV testi taramasına 2014 yılı ortasında başlanmıştır (10).

Amaç: Ülke çapında oluşturulacak ulusal bir tarama programını hedef popülasyona uygulayarak, servikal patolojileri henüz premalign veya erken evrede iken tespit etmek, etkin ve basit yöntemlerle tedavi etmek suretiyle de invaziv kanser sıklığını, buna bağlı morbidite ve mortaliteyi düşürerek olası karmaşık ve pahalı tedavileri önlemektir (140).

Hedef nüfus ve tarama sıklığı: 30-65 yaş grubundaki her kadın (30 ve 65 yaşlar dahil) 5 yılda bir HPV testi veya Pap-smear testi ile taranmaktadır. Son iki HPV veya Pap-smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama sonlandırılır. Ancak benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olgularda tarama (CIN II ve III hariç) önerilmemektedir. CIN II ve III nedeniyle histerektomi yapılan olgularda; üç tarama raporu olan, teknik olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal/pozitif sonuç yokluğunda tarama sona erdirilmelidir (140).

Taramanın yürütüldüğü yer: Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) yapılmaktadır. Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi toplum tabanlı serviks kanseri tarama çalışmalarının koordinasyon, kayıt, izlem ve bakanlığa bildiriminden sorumludur (140).

Malzeme temini: Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlükleri tarama için gerekli olan HPV test kitleri veya Pap-smear için gerekli malzemelerin temin edilmesini ve ilgili merkezlere dağıtımını sağlar (140).

HPV veya Pap-Smear testinin yapılması: Bu konuda eğitim almış ASM veya TSM'de (KETEM) görevli sağlık personeli tarafından yapılır. Bilgilendirilmiş onam formları uygulama öncesi imzalatılır. Sağlık Bakanlığı veya Sağlık Müdürlükleri alınan materyallerin belirlenen merkezlere inceleme için uygun tespit koşullarında gönderilmesini sağlar. Kişi bilgileri Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'ne (AHBS) ya da TSM birimlerindeki (KETEM) kişisel dosyasına işlenir (140).

Testlerin değerlendirilmesi: Tarama test sonuçları ASM’lerde AHBS’ye, TSM Birimlerinde ise haftada bir Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanseri Birimi’nce AHBS’ye kaydedilmek üzere ASM’lere bildirilir. Pap-smear yöntemiyle yapılan taramalarda Bethesda raporlama sistemi (2001) kullanılır. Kişiler en geç 20 gün içinde sonuç ve süreç hakkında bilgilendirilerek gerekli yönlendirmeler yapılır (140).

Normal sonucu olan hastalarda uygulanacak yönetim: HPV testi sonucunun negatif olması kişinin serviks kanseri yapan virüsü taşımadığını ve Pap-smear patoloji raporunun normal gelmesi kişinin alınan sürüntüsünde kanser öncülü hücrelerin olmadığını ifade etmektedir. Bu sonuçlar serviks kanseri olmadığını veya olmayacağını garantilemediği için 5 yıl sonra tekrar serviks kanseri taraması önerilir ve kişi bilgilendirilir. Yetersiz örnek alımı durumunda tarama testleri tekrarlanır (140).

Anormal sonucu olan hastalarda uygulanacak yönetim: HPV testi pozitif çıkarsa Pap-smear testi yaptırmak için, Pap-smear sonucu anormal çıkarsa serviksin daha ayrıntılı muayene edilmesi için birey ileri merkezlere yönlendirilir. Sevk edilecek ileri merkezler ve kolposkopi çekim merkezleri (kamu ya da özel merkezlere ait merkezler), Kanseri Daire Başkanlığı tarafından belirlenir ve denetleme yapılır. HPV Testi pozitif olması durumunda; refleks sitoloji bakılabilir ve sonuçlar HPV testini çalışan birime bildirilir (140).

Tarama programı kalite kontrolü: Kanseri Dairesi, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün ilgili birimleri ile işbirliği içerisinde HPV veya Pap-smear testleri ile ileri merkezlerde uygulanan tarama programlarının, uluslararası ve Avrupa Birliği kriterlerine uygunluğunu denetler (140).

Tarama programı koordinatörü: Sağlık Bakanlığı adına; Kanseri Dairesi Başkanlığı koordine eder. İl düzeyinde koordinasyon ise Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanseri Birim sorumluları tarafından yapılmaktadır (140).

HPV DNA ile yürütülen servikal kanser tarama programı ile Türkiye HPV haritasının oluşması sağlanmıştır. Tüm örnekler Ankara ve İstanbul’da kurulan ulusal HPV laboratuvarlarına gönderilmektedir. Pozitif olan bireyler için HPV genotiplleme bakılmaktadır (141).

KETEM'ler toplumda kanser konusunda farkındalık oluşturmak için eğitimler vermek ve hedef gruba ücretsiz meme, serviks ve kolorekteal kanser taraması yapmak amacıyla kurulmuştur. KETEM'ler 2004 yılında 11 merkezle çalışmaya başlamıştır. 2016 yılında 159 sabit KETEM, 28 gezici KETEM ile İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı olarak faaliyet gösteren 20 Kadın ve Aile Sağlığı Merkeziyle beraber 207 KETEM'de tarama hizmeti yürütülmüştür (141).

2.5.2.5. Serviks Kanseri Tarama Programlarına İlişkin Bariyerler/Engeller

Serviks kanseri önleme ve kontrol programının ulusal olarak adaptasyonu ve uygulanması sürecinde bazı bariyerlerle karşılaşılabilir. Bu bariyerler şu şekilde sınıflanabilir:

☐ Politik bariyerler

- Serviks kanserinde korunmanın ulusal sağlık planları arasında yer almaması
- Ulusal politika ve klavuzların güncellenme gereksinimi
- Kaynak, malzeme, ekipman ve altyapı eksikliği
- Program hizmetleri içinde etkili ve işlevsel bir sevk sisteminin olmaması

☐ Bölgesel/yerel sağlık hizmeti tesisi seviyesinde bariyerler

- Eğitimli ve yetkin sağlık hizmeti sunucularının yetersizliği
- Toplumdaki bireylerin hastalık yükünün, etkili önleme ve tedavi potansiyelinin farkında olmayan toplum liderleri ve popüler ulusal figürlerin önerilerine maruz kalması
- Test teknolojisi ve sağlık hizmeti sunucularının hatalarından dolayı tarama testinin düşük kalitesi
- Sağlık merkezlerinin uzaklığı ve sınırlı çalışma saatlerinin hizmete erişimi azaltması
- Tarama ve takip için kadınları davet etmede sistem eksikliği
- Tarama veya tedavi hizmetlerinin yüksek maliyeti

☐ Toplum ve birinci basamak düzeyinde bariyerler

- Kadınların cinsel ve üreme sağlığı ihtiyaçlarının (serviks kanseri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar dahil) önceliğinin ve farkındalığının olmaması

- Serviks kanseri ve tarama ile ilgili toplum ve sağlık çalışanlarının farkındalığının olmaması
- Koruyucu sağlık hizmetleri arayan kadınları engelleyen bireysel, sosyal veya kültürel faktörler (toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve şiddet, sosyodemografik farklılıklar, ekonomik statü, dini inançlar vb.)
- Taramaların cretsiz olmaması, kadınlar ve ailelerine tarama masrafları ile ücret kayıpları için maddi desteğin olmaması
- Mevcut yerel/ulusal epidemiyolojik verilerin yetersizliği (7).

2.5.3. Serviks Kanserinde ncl Korunma

Üçüncül korunmada halk sağlığı hedefi serviks kanseri hastalarının tedavisi, serviks kanseri nedenli ölüm sayısının azaltılması ve kanserli hastaların toplumsal/sosyal yaşama katılımının sağlanmasıdır. Bu amaca yönelik müdahaleler şunları içerir:

- Kanser teşhisi ve tedavisi sunan tesislere sevk mekanizması işletilmelidir.
- Tanıya dayalı olarak her aşamaya uygun tedavi verilmesi sağlanmalıdır. Eğer kanser erken evrede ise tedavi iyileşmeyle sonuçlanabilir. Bu nedenle tedavi en uygun şekilde uygulanmalı ve kanser ya da kanser tedavisiyle ilişkili semptomlarla ilgili yardım sunulmalıdır. Eğer kanser ileri bir aşamada ise (serviks ve pelvik alanın ötesine geçen dokulara ulaşmış veya metastaz) tedaviyle yaşam kalitesi iyileştirilebilir, semptomlar kontrol edilebilir.
- Palyatif bakım ağrı ve acıyı hafifletmek için sağlanmalıdır (7).

İnvaziv servikal kanserin kesin teşhisi biyopsinin histopatolojik incelenmesi ile yapılır. Tedavi seçenekleri cerrahi, radyoterapi ve kemoterapiyi içerir; bunlar kombinasyon halinde kullanılabilir (7).

Serviks kanserinde sağkalım oranı tanıdaki kanser evresine bağlıdır. Bu tarama ile erken tanının önemini göstermektedir. Ülkemizde serviks kanserinde 5 yıllık genel nispi sağkalım %62 olarak saptanmıştır. Beş yıllık nispi sağkalım lokalize, bölgesel ve uzak metastatik hastalıklarda sırasıyla %80, %50 ve %22'dir (142). ABD'de 5 yıllık nispi sağkalım genel olarak beyaz kadınlarda %69, siyah kadınlarda %57 iken lokalize, bölgesel ve uzak metastatik hastalıklarda sırasıyla

%91, %57 ve %17'dir (143). Beş yıllık sağ kalım az gelişmiş ülkelerde %20'den az ve gelişmiş ülkelerde %65'ten fazladır (36).

2.6. Serviks Kanseri Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli (SİM) sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin açıklanması, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu sağlık davranışı ile ilgili müdahale araştırmalarının planlanmasında kullanılmaktadır (144). SİM sağlık davranışı araştırmalarında kullanılan en eski ve yaygın teorilerden biridir (145). Model, hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla 1950'lerin başında geliştirilmiştir (146).

Sağlıklı olma durumunu etkileyen pek çok etmen vardır. Bu etmenlerden bir kısmı kişiye ait özelliklerdir. Bu özellikler arasında kişinin bilgi, tutum ve davranışları da yer almaktadır (147). Bir kadının serviks kanseri tarama davranışı ile ilişkili kararını etkileyen pek çok karmaşık etmen arasında kişiye ait bilgi, tutum, sosyodemografik özellikler bulunmaktadır (148, 149). Bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceği SİM'de ileri sürülmektedir. Sorun olarak görülen bu inanç ve tutumlar belirlenirse, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri kişiye daha uygun olarak sağlanabilecektir. Sağlıkla ilgili tutum ve davranışların altında yatan algıların saptanması ve yanlış/eksik olan yanlarının tamamlanması bireyleri harekete geçirecektir. Sonuç olarak erken tanı ve tarama programlarına katılım artacaktır (150).

SİM hastalık erken tanısı için taramalara katılım (başta meme kanseri olmak üzere prostat, serviks, testis kanseri gibi) ve immünizasyon alma gibi sağlıkla ilişkili davranışları, tıbbi rejimlere uyum, yaşam tarzı davranışları (örneğin riskli cinsel davranışlar) ve kronik hastalıklar (Diyabet, hipertansiyon vb.) ile ilişkili davranışları açıklamak için kullanılmıştır (150, 151).

Bireyi koruyucu davranışlara neyin motive ettiğini, erken tanı için sağlık taramalarını yaptırmak ve hastalıklarını kontrol altında tutmak için nasıl eyleme geçtiklerini anlamak için SİM birkaç bileşene sahiptir (146). Bu bileşenler aşağıdaki şekilde açıklanmaktadır.

1. Hassasiyet/Duyarlılık algısı: Algılanan duyarlılık, bir hastalık veya rahatsızlığı edinme olasılığı hakkındaki inançları ifade eder (146). Kadınlar Pap-smear testi yaptırmayla ilgilenmeden önce serviks kanseri olabileceklerine inanmalıdır. SİM, kadınların serviks kanserine duyarlı olduklarını düşünürlerse tarama önerisine uyma ihtimalinin daha yüksek olacağını öngörmektedir (152).

2. Ciddiyet/Önemseme algısı: Bir hastalığa yakalanma veya tedavi edilmemenin ciddiyetini hissetmeyi ifade eder. Olası tıbbi/klinik sonuçlarını (örneğin ölüm, sakatlık ve acı) ve sosyal sonuçlarını (iş, aile hayatı ve sosyal ilişkiler) değerlendirebilmesini içerir (146). Kadınlar serviks kanserinin ciddi bir hastalık olduğunu düşünürlerse ve serviks kanseri olmanın kendileri için ciddi tıbbi, sosyal ve ekonomik sonuçları olacağına inanırlarsa tarama testi yaptırmaları daha olasıdır (152).

3. Yarar algısı: Hastalıktan korunmak veya hastalığın şiddetini azaltmak için önerilen koruyucu davranışın yararıyla ilgili kişinin düşüncesidir. Kişi koruyucu davranışın oluşturacağı yarara inanırsa, o davranışı benimseme eğilimi daha yüksektir (153). Örneğin, kadınlar mevcut koruyucu davranışların (Smear testi vb.) serviks kanseri riskini azaltmada yararlı olacağına inanmalıdır. Bireyler duyarlılık ve ciddiyet algısı için en uygun inançları sergilese bile önerilen herhangi bir sağlık eylemini yararlı olarak algılamadıkları sürece kabul etmeleri beklenmemelidir (152).

4. Engel algısı: Koruyucu davranış sergilemede ve benimsemede bireysel olarak algılanan engellerdir (153). Bu engellere örnek olarak yerine getirilmesi istenen davranışın pahalı olması, yan etkilere yol açması, rahatsız edici olması, uygunsuz olması ve zaman kaybına yol açması verilebilir (146). Algılanan engeller davranış değişikliğini belirlemede SİM bileşenleri içinde en önemlisidir (153). Örneğin, kadınlar serviks kanserinden koruyucu davranışların (smear testi) beklenen yararının maliyetinden ağır bastığına inanıyorlarsa tarama testi yaptırmaları daha muhtemeldir (152).

5. Eyleme geçiriciler: Davranışlarını değiştirmek için insanları harekete geçirirler (153). SİM' in ilk yapılarında bireylerin harekete geçmesi için tetikleyici faktörler yer almıştır. Harekete hazır olma durumu (Algılanan duyarlılık ve yarar) bedensel belirtiler, çevresel uyaranlar veya medya gibi tetikleyici faktörler

tarafından eyleme geçme için güçlendirilebilir (146). Örneğin, kadınların aile yeleri veya sağlık hizmeti sunucuları tarafından hatırlatılması durumunda Pap-smear testi yaptırmak gibi koruyucu davranışlarda bulunmaları daha mümkündür (152).

6. z etkililik: Kişinin sonuçlara ulaşmak için gereken davranışı başarıyla uygulayabileceğine inancıdır. Modele 1988 yılında eklenmiştir (146). Örneğin, kadınlar düzenli olarak Pap-smear testi yaptıracaklarına inanmalıdır (152).

7. Diğer faktörler: Çeşitli sosyodemografik, sosyopsikolojik ve yapısal değişkenler algıları etkileyerek sağlıkla ilgili davranışlara dolaylı olarak etki edebilir (146). Örneğin, sosyodemografik faktörlerin özellikle eğitimin duyarlılık, ciddiye, fayda ve engel algılarını etkileyerek serviks kanseri tarama davranışı üzerinde dolaylı bir etkiye sahip olduğuna inanılmaktadır (152).

3. AMAÇ

Antalya ili Konyaaltı ilçesinde yaşayan 30-65 yaş grubundaki (30 ve 65 yaş dahil) kadınların serviks kanseri tarama testlerine uyumları ve tarama uyumu ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

3.1. Kısa Erimli Amaçlar

Antalya ili Konyaaltı ilçesinde yaşayan 30-65 yaş grubundaki (30 ve 65 yaş dahil) kadınların;

- i. Serviks kanseri tarama testlerini yaptırma durumlarının belirlenmesi
- ii. Serviks kanseri ve erken tanısı ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerinin belirlenmesi
- iii. Serviks kanseri risk düzeylerinin belirlenmesi
- iv. Serviks kanseri ve pap-smear testi sağlık inançlarının belirlenmesi
- v. Serviks kanseri tarama testlerine katılmayı etkileyen etmenlerin belirlenmesidir.

3.2. Uzun Erimli Amaçlar

- i. Kadınların serviks kanseri ve taramaya ilişkin bilgi, inanç ve davranışlarının belirlenmesi yoluyla eksik veya yetersiz bilgilerin giderilmesine, olumsuz inanç ve davranışlarla ilişkili engellerin aşılmasına katkı sağlanması
- ii. Serviks kanseri taramasına yönelik olumsuz tutumun değiştirilmesi ve serviks kanseri tarama hizmeti için talebin artırılmasına yardımcı olunması
- iii. Tarama faaliyetlerini arttırmak için stratejiler geliştirme ve uygulamaya katkı sağlanması ve hastalığa bağlı insidans, morbidite ve mortalitenin azaltılarak bu hastalığın toplumsal yükünün azaltılmasıdır.

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır.

4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri Antalya ili Konyaaltı ilçesindeki mahallelerde 02 Ekim-26 Ekim 2018 tarihleri arasında toplanmıştır ve Kasım 2017-Ekim 2019 tarihleri arasında araştırma yürütülmüştür.

4.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2016 yılı verilerine göre Konyaaltı ilçesinde yaşayan 30-65 yaş grubunda (30 ve 65 yaş dahil) 44 504 kadın oluşturmaktadır (154, 155).

4.4. Araştırmanın Örneklemi

4.4.1. Örnek Seçim Yöntemi ve Örneklem Büyüklüğü

Örnek seçim yöntemi olarak küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örnek büyüklüğünü belirlemek için OpenEpi programından yararlanılmıştır (156). Ulusal çalışmalarda yaşam boyu en az bir kez tarama yaptırma prevalansı %16,6-%52,0 (157-167) arasında değişmektedir. Antalya ilinde 2016 yılında bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğe başvuran 21 yaş üstü hastalar üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada yaşam boyu en az bir kez tarama yaptırma oranı %70,0 olarak bildirilmiştir (168). Bizim çalışmamıza benzer şekilde İzmir’de yapılan bir çalışmada ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre son 5 yıl içinde tarama yaptırma prevalansı %39,2 olarak saptanmıştır (167). Desen etkisi (design effect, deff) küme örneklem yönteminde yaygın olarak 2.0 alındığı için bu çalışmada aynı yöntemin kullanılmasına karar verilmiştir (169). OpenEpi programında evrendeki birey sayısı 44 504, prevalans %39, desen etkisi 2, sapma %5, %95 güven düzeyi alınarak ulaşılması gereken en az örnek büyüklüğü 726 kadın olarak hesaplanmıştır (156).

Küme örnekleme yöntemi ile ulaşılabilecek haneler belirlenmiştir ve her kümede 10 haneye ulaşılması planlanmıştır (170). 2016 TÜİK verilerine göre Konyaaltı ilçesi toplam nüfus 164 332, erkek nüfus 79 279, kadın nüfus 85 053 iken 30-65 yaş kadın nüfus 44 504 olarak belirlenmiştir. Konyaaltı ilçesi 2016 yılı 30-65 yaş kadın nüfus toplam nüfusun %27'sini oluşturmaktadır (154). TÜİK verilerinde 2016 Antalya Konyaaltı ilçesi ortalama hane halkı büyüklüğü 2,9 olarak belirlenmiştir (155). Bu verilere göre her hanede 30-65 yaş kadın nüfustan 1 kişiye ulaşılabileceği öngörülmüştür. Bir kümede ulaşılması hedeflenen kadın sayısı 10 olarak hesaplanmıştır.

Ulaşılması gereken en az örnek büyüklüğü 726 kadın olduğu için Konyaaltı İlçesi'nde bulunan mahallelerdeki toplam 73 kümede araştırmanın yapılması gerektiği hesaplanmıştır. Bir kümede 10 kişi olmak üzere 73 kümede 730 kadının araştırma kapsamına alınması planlanmıştır.

4.4.2. Çalışmaya Alınma Kriterleri

- i. 30-65 yaş grubunda olmak (30 ve 65 yaş dahil) : Serviks kanseri tarama programı ulusal standartlarında önerilen yaş aralığı olduğu için bu yaş grubu alınmıştır (140).
- ii. Benign jinekolojik sebeplerle total histerektomi yapılmamış olmak (CIN 2, CIN 3 hariç): Serviks kanseri tarama programı ulusal standartlarına göre benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olgularda (CIN 2 ve CIN 3 hariç) tarama testi yapılması önerilmemektedir (140).
- iii. Antalya Konyaaltı ilçesinde ikamet ediyor olmak
- iv. T.C vatandaşı olmak
- v. Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- vi. İletişim kurulabilir olmak
- vii. Geçmişte ya da halen cinsel aktif olmak (Tarama şartlarına uygunluk açısından)

4.4.3. Örnek Seçimi

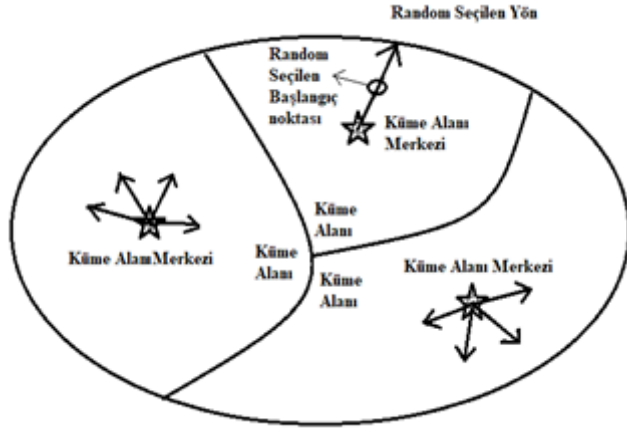
Genişliğe orantılı olasılık yöntemi kullanılarak her bir mahalleden seçilecek küme sayısı belirlenmiştir. Konyaaltı ilçesinde 10 tane mahalle köy iken mahalleye dönüştürülmüştür (171). Konyaaltı Kaymakamlığı'ndan alınan bilgi doğrultusunda Konyaaltı ilçesi kırsal ve kentsel bölge olarak ayrılmıştır. Konyaaltı ilçesinde bulunan mahallelerin yukarıda bahsedilen 10 mahalle dahil olmak üzere 24'ü kırsal bölgeye 15'i kentsel bölgeye dahil edilmiştir. Konyaaltı ilçesi kırsal ve kentsel bölgelerindeki mahallelerin 30-65 yaş kadın nüfusları ve kümülatif toplam nüfuslarından oluşan bir liste yapılmıştır (Ek 1) (155).

Kırsal ve kentsel bölge nüfuslarına göre ağırlıklandırma yapılarak kırsal bölgeden 5 küme ve kentsel bölgeden 68 küme seçilmesine karar verilmiştir. Rasgele sayılar tablosundan belirlenen bir sayının kırsal ve kentsel bölge kümülatif toplam nüfusunda karşılık geldiği mahalleden ilk kümenin araştırmaya alınması planlanmıştır. Örneklem aralığı, kırsal ve kentsel bölge için kümülatif toplamın küme sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. Belirlenen rasgele sayıya örneklem aralığı eklenerek araştırmaya dahil edilecek diğer kümelerin seçileceği mahalleler belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemi oluşturan mahalleler ve bu mahallelerden seçilen küme sayıları Tablo 4.1'de verilmiştir (155).

Tablo 4.1. Araştırmaya alınan mahalleler ve küme sayıları

Mahalle	30-65 yaş kadın nüfusu	Küme sayısı
Kentsel bölge		
Akkuyu	981	1
Altinkum	2604	5
Arapsuyu	1971	3
Gürsu	3890	6
Hurma	5454	9
Kuşkavağı	840	2
Liman	4418	7
Mollayusuf	2327	4
Öğretmenevleri	2534	4
Pınarbaşı	2179	3
Sarısu	1093	2
Siteler	4203	7
Toros	2583	4
Uluç	1991	4
Uncalı	4227	7
Kent Toplam		68
Kırsal bölge		
Aşağıkaraman	353	1
Bahtılı	309	1
Dağ	135	1
Hacısekililer	138	1
Suiçecek	93	1
Kır Toplam		5
Genel Toplam		73
(Kentsel ve kırsal bölge)		

Küme başlangıç adresleri “Google Maps”den mahalle haritaları elde edilerek belirlenmiştir. Harita üzerinde her bir mahalle seçilerek küme sayısı kadar parçaya ayrılmış, her parça bir ‘küme alanı’ olarak alınmıştır. Her küme alanının merkezi noktasından kalem çevirme yöntemi ile randomize bir yön belirlenmiş, bu yön doğrultusunda “küme alanı merkezi” ile “küme alanı sınırı”nı birleştiren bir çizgi çizilmiştir. Bu çizgi üzerinde rasgele bir nokta belirlenerek ‘küme başlangıç noktası’ olarak alınmıştır (Şekil 4.1). Harita üzerinde küme başlangıç noktasına denk gelen haneler ‘küme başlangıç adresi’ olarak belirlenmiştir.



Şekil 4.1. Küme başlangıç noktalarının belirlenmesi.

Küme başlangıç adresi belirlenirken küme başlangıç noktasına denk gelen haneye göre gözetilen kurallar şunlardır:

1. Müstakil ev ise; bu ev başlangıç adresi olarak belirlenmiştir.
2. Apartman ise; apartmandaki daire sayısı belirlenip, dairelerden biri random olarak (kağıt paranın son rakamına göre) seçilerek başlangıç adresi olarak belirlenmiştir.
3. Site ise; sitedeki blok sayıları ve her bloktaki daire sayıları listelenerek, elde edilen listeden random seçilen daire başlangıç adresi olarak belirlenmiştir.

Bu yöntemle araştırmaya alınacak küme sayısı kadar küme başlangıç adresi belirlenmiş ve anketörlerin kullanımı için listelenmiştir. Google Maps haritalar uygulaması üzerinden küme başlangıç adreslerinin ayrıntılı adres bilgileri ve harita üzerindeki görünümü anketörler için hazırlanmıştır (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Küme başı adresleri gösteren harita

Her kümenin başlangıç adresinden sonra “bir sonraki gidilecek hane; kapısı o anda bulunulan hanenin kapısına en yakın olan hane” kuralı uygulanarak her bir kümede 10 kadına ulaşana kadar uygulamaya devam edilmiştir. İlk ziyarette hanede bulunan ve çalışmaya alınma kriterlerine uygun tüm kadınlara anket uygulanmıştır.

4.4.4. Örneklem Ulaşma Oranları

Araştırmada belirlenen kentsel bölgede 15 mahalle (68 küme) ve kırsal bölgede 5 mahalle (5 küme) olmak üzere toplam 20 mahallede (73 kümede) anket uygulanmıştır. Bir kümede 10 kişi olmak üzere toplam 730 kadına ulaşılmıştır. Araştırmaya alım kriterlerine uygun olmayan ve ulaşamayan hanelerden sonraki kapısı en yakın olan hanelere geçilerek sayı tamamlanmıştır.

Araştırmaya alınma kriterlerine uygun olmadığı için çalışmaya dahil edilmeyen kadınlar aşağıda ifade edilmiştir;

- 30 yaş altı ve 65 yaş üstü olanlar
- Antalya Konyaaltı ilçesinde ikamet etmeyenler
- T.C vatandaşı olmayanlar
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler
- İletişim kurulamayanlar
- Geçmişte ya da halen cinsel aktif olmayanlar
- Benign jinekolojik sebeplerle (CIN 2, CIN 3 hariç) total histerektomi yapılanlar

4.4.5. Örneklem Evreni Temsil Yeteneği

Araştırmaya dahil edilen 30-65 yaş grubundaki 730 kadının yaş gruplarına göre dağılımının araştırma evreniyle karşılaştırılması Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Örneklem ve araştırma evreninin yaş gruplarına göre dağılımının karşılaştırılması

Yaş Grupları	Örneklem		Evren*	
	Sayı	%	Sayı	%
30-39 yaş	262	35,9	16 495	37,1
40-49 yaş	247	33,8	13 499	30,3
50-59 yaş	150	20,6	10 202	22,9
60-65 yaş	71	9,7	4308	9,7
Toplam	730	100,0	44504	100,0

*TÜİK verileri 2016 yılına aittir (Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2016)

Ki-Kare analizinde örneklem ile evrenin yaş gruplarına göre dağılımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Buna göre örneklemin evreni temsil ettiği anlaşılmaktadır.

4.5. Araştırmanın Değişkenleri

4.5.1. Bağımlı Değişken

- Son beş yılda serviks kanserine yönelik tarama testi yaptırma durumu (ulusal serviks kanseri tarama standardına göre)

4.5.2. Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik değişkenler
 - Yaş
 - Medeni durum
 - Öğrenim durumu
 - En uzun yaşanan yerleşim birimi
 - Yaşanan yer (kır/kent)
 - Algılanan gelir
 - Sağlık güvencesi varlığı
 - Çalışma durumu
 - Aile tipi
 - Ailede sağlık çalışanı varlığı
 - Aile hekimine kayıtlı olma durumu
 - Eşin öğrenim durumu

- Eşin çalışma durumu
- Eşin sınıfsal konumu
- Sağlık ve üreme sağlığı özellikleri
 - Algılanan sağlık durumu
 - Süreğen hastalık öyküsü
 - Ailede kanser öyküsü
 - Çevrede (aile/aile dışında) serviks kanseri öyküsü
 - Ailede serviks kanseri öyküsü
 - Gebelik sayısı
 - İsteyerek düşük sayısı
 - Jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı
 - Menopoz durumu
 - İlk doğum yaşı
- Serviks kanseri ve erken tanısı ile ilgili bilgi ve farkındalıkları
 - Kişinin beyanına dayalı serviks kanseri bilgisi
 - Sağlık çalışanı tarafından serviks kanserine ilişkin bilgi verilme durumu
 - Aile hekimi/hemşiresi tarafından serviks kanserine ilişkin bilgi verilme durumu
 - Serviks kanseri ve erken tanısı ile ilgili bilgi testi toplam puan ortalaması
 - Tarama testine katılım istekleri
 - HPV aşısını duyma
 - HPV aşısını kızına yaptıрма isteği
- Risk hesaplama modeline göre serviks kanseri risk faktörleri
 - Yaşam boyu cinsel eş sayısı
 - İlk cinsel ilişki yaşı
 - Yaşam boyu en çok doğum kontrol yöntemi olarak kondom kullanma
 - Doğum sayısı
 - Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon (CYBE) geçirme
 - HPV enfeksiyonu geçirme
 - Sigara kullanma öyküsü

- HPV aşısı olma durumu
- Serviks kanseri ve erken tanısına ilişkin sağlık inançları
 - Servikal kanser duyarlılık algısı
 - Servikal kanser ciddiyet/önemseme algısı
 - Pap-smear testi yarar/motivasyonu
 - Sağlık motivasyonu
 - Pap-smear engel algısı

4.6. Araştırmada Kullanılan Tanım ve Kriterler

- **Son beş yılda serviks kanserine yönelik tarama testi yaptırma durumu (ulusal serviks kanseri tarama standardına göre):** Şimdiye kadar en az bir kez serviks kanseri tarama testi (smear ve/veya HPV testi) yaptıran katılımcıların en son ne zaman yaptırdıkları '<1 yıl', '1-3 yıl', '4-5 yıl' ve '5 yıldan fazla' olarak sorgulanmıştır. Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına uyum açısından <1 yıl, 1-3 yıl, 4-5 yıl yanıtını verenler serviks kanseri tarama standardına 'uyan', 5 yıldan fazla yanıtını verenler ve hiç yaptırmayanlar 'uymayan' olarak iki gruba ayrılmıştır.
- **Yaş:** Açık uçlu olarak sorgulanmıştır. Analizlerde '30-39 yaş', '40-49 yaş', '50-59 yaş' ve '60-65 yaş' olarak dört gruba ayrılmıştır.
- **Medeni durum:** Evli, bekâr, boşanmış, eşi ölmüş olarak sorgulanmış, analizlerde 'evli' ve bekâr/ boşanmış/ eşi ölmüş olanlar 'evli olmayan' olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.
- **Öğrenim durumu:** Analizlerde okuryazar değil/okuryazar/ilkokul/ortaokul mezunu olanlar 'lise altı', lise mezunu olanlar 'lise', yüksekokul/üniversite ve üzeri mezun olanlar 'lise üstü' olarak üç gruba ayrılmıştır.
- **Sağlık güvencesi varlığı:** Analizlerde sağlık güvencesi olmayanlar 'sağlık güvencesi yok' ve Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Yeşil kart, özel sigortası olanlar 'sağlık güvencesi var' olarak iki grupta değerlendirilmiştir.
- **Çalışma durumu:** Çalışıyor, emekli ve çalışmıyor olarak sorgulanmıştır. Analizlerde 'çalışan' ve 'emekli/çalışmayan' olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.

- **Aile tipi:** Çekirdek aile, geniş aile, parçalanmış aile ve diğer olarak sorgulanmıştır. Analizlerde diğer grup çekirdek aileye dahil edilerek ‘çekirdek aile’, ‘geniş aile’ ve parçalanmış aile olarak üç grupta değerlendirme yapılmıştır.
- **Eşin öğrenim durumu:** Analizlerde okuryazar değil/okuryazar/ilkokul/ortaokul mezunu olanlar ‘lise altı’, lise mezunu olanlar ‘lise’, yüksekokul/üniversite ve üzeri mezun olanlar ‘lise üstü’ olarak üç gruba ayrılmıştır.
- **Eşin çalışma durumu:** Çalışıyor, emekli ve çalışmıyor olarak sorgulanmıştır. Analizlerde ‘çalışan’ ve ‘emekli/çalışmayan’ olarak iki grupta toplanarak değerlendirilmiştir.
- **Eşin sınıfsal konumu:** Tarım, tarım dışı kendi hesabına çalışıp işçi çalıştırmayan, tarım dışı kendi hesabına çalışıp işçi çalıştıran, beyaz yakalı olmak üzere dört ayrı grup ile mavi yakalılarla nitelikli-niteliksiz hizmet emekçilerinden oluşan beşinci bir grup şeklinde oluşturulmuştur. Tarıma ait sınıf yapısında kendi hesabına çalışma esas alınmıştır. Beyaz yakalı sınıf (hemşire, hekim, polis memuru, sekreter gibi) konumuna girmeyip kendi işiyle uğraşmayan tüm eşlerin sınıfsal konumu mavi yakalı ve hizmet emekçisi sınıfına dahil edilmiştir. Halen işsiz olan eşlerin sınıfsal konumu en son yaptıkları işin niteliklerine göre oluşturulmuştur. Şu an emekli olan eşlerin sınıf konumu emekli oldukları işlerindeki konumlarına göre oluşturulmuştur (172).
- **Algılanan sağlık durumu:** ‘Son 15 günde sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?’ sorusu ile sorgulanmıştır. Analizlerde mükemmel, çok iyi, iyi şeklinde cevap verenler ‘iyi’, orta olarak cevap verenler ‘orta’, kötü olarak cevap verenler ‘kötü’ olarak gruplandırılmıştır.
- **Jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı:** Analizlerde jinekolojik muayeneye yılda bir, iki yılda bir, üç ile beş yılda bir gidenler ‘düzenli’, şikayeti olduğunda gidenler ‘düzensiz’ olarak gruplandırılmıştır.
- **Menopoz durumu:** Menopoza girdiniz mi? sorusuna evet yanıtını verenler ‘menopoza girmiş’ olarak, menopoz öncesi dönem ve hayır yanıtını verenler ‘Menopoza girmemiş’ olarak iki gruba ayrılmıştır.

- **İlk doğum yaşı:** Açık uçlu sorgulanmıştır. Analizlerde: '<17 yaş', '17-24 yaş' ve '≥25' yaş olarak üç gruba ayrılmıştır.
- **Tarama testine katılım istekleri:** 'Serviks kanseri tarama testini yaptırmayı/yaptırmışsanız devam etmeyi düşünüyor musunuz?' şeklinde sorgulanmıştır. Analizlerde evet yanıtını verenler 'var' olarak, hayır ve kararsızım yanıtını verenler 'yok' olarak gruplandırılmıştır.
- **HPV aşısını kızına yaptırma istekleri:** Aşı için uygun yaşta kızınız olsa HPV aşısı yaptırmayı düşünür müsünüz? sorusuna analizlerde evet yanıtını verenler 'var' olarak, hayır ve kararsızım yanıtını verenler 'yok' olarak gruplandırılmıştır.
- **Yaşam boyu en çok doğum kontrol yöntemi olarak kondom kullanma:** Şimdiye kadar en çok kullanılan doğum kontrol yöntemi olarak sorgulanmış, kondom cevabını verenler 'evet', kondom dışında yöntem ve hiç kullanmadım cevabını verenler 'hayır' olarak gruplandırılmıştır.
- **Doğum sayısı:** Doğum sayısı açık uçlu sorgulanmıştır. Analizlerde toplam doğum sayısı 'hiç' '1 doğum', '2 doğum', '3 ve üzeri doğum' olarak gruplandırılmıştır.
- **CYBE geçirme:** Evet, hayır ve bilmiyorum olarak sorgulanmıştır. Analizlerde evet cevabını verenler 'geçirmiş' olarak; hayır, bilmiyorum cevabını verenler ise 'geçirmemiş' olarak gruplandırılmıştır.
- **Sigara kullanma öyküsü:** Hiç içmeyen, ara sıra içen, her gün en az bir adet içen, bırakmış olarak sorgulanmıştır. Analizlerde hiç içmeyen ve ara sıra içenler 'kullanmayan' olarak, her gün en az bir tane içenler 'kullanan' olarak, bıraktım cevabını verenler 'bırakmış' olarak gruplandırılmıştır.
- **HPV aşısı yaptırma durumu:** Evet, hayır ve bilmiyorum şeklinde sorgulanmıştır. Analizlerde evet yanıtını verenler 'aşı yaptırmış' olarak, hayır ve bilmiyorum yanıtını verenler 'aşı yaptırmamış' olarak gruplandırılmıştır.

4.7. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Veri toplama aracı olarak katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, sağlık ve üreme sağlığı özelliklerini, tarama testlerine katılım özelliklerini, serviks kanseri ve erken tanı ile ilgili bilgi düzeyi ve farkındalıklarını, risk düzeylerini,

serviks kanseri ve taramaya ilişkin sağlık inançlarını belirleyici 6 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır (Ek 2). Hazırlanan anketi değerlendirmek için 28 Mayıs - 8 Haziran 2018 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran 30-65 yaş grubu 94 kadın ile pilot çalışma yapılmıştır. İki jinekolog görüşü alınarak anketin son şekli verilmiştir. Anket formu yüz yüze görüşme tekniği ve kapalı zarf yöntemi (son 2 soru) esasına dayanarak uygulanmıştır (Ek 2). Veriler örnekleme nasıl ulaşılacağı ve verinin nasıl toplanacağı konusunda eğitilmiş iki Tıp Fakültesi dönem 3 öğrencisi, iki Hemşirelik Fakültesi dönem 3 öğrencisi, altı Hemşirelik Fakültesi dönem 4 öğrencisi olmak üzere 10 kadın anketör aracılığıyla toplanmıştır. Katılımcıların ev adreslerine yapılan ziyaret sonucu, ulaşma olasılığının daha yüksek olacağı düşünülerek hafta içi günleri akşam 18.00-20.30, hafta sonu 10.00-20.30 saatleri arasında ziyaretler gerçekleştirilmiştir. Bireyler görüşme başlangıcında araştırmanın amacı ve kapsamı konusunda bilgilendirilmiş, çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler araştırma kapsamına alınmıştır. Anket doldurma işlemi yaklaşık 20 dakika sürmüş ve kadınlarla baş başa yalnız görüşme yapılmıştır. Anket görüşmesi sonunda ilgi duyan hem görüşülen kadın hem de o an evde bulunan kadın yakınlarına serviks kanseri riski, belirtileri, erken tanı ve tarama yöntemleri ve bu yöntemleri nasıl ve nerede yaptırabilecekleri, HPV aşısı ile ilgili bilgiler verilmiştir. Sağlıklı Hayat Merkezi'nin açık adı, adresi, telefonu, serviks kanseri ve erken tanıya dair bilgileri içeren el broşürü dağıtılmıştır (Ek 3).

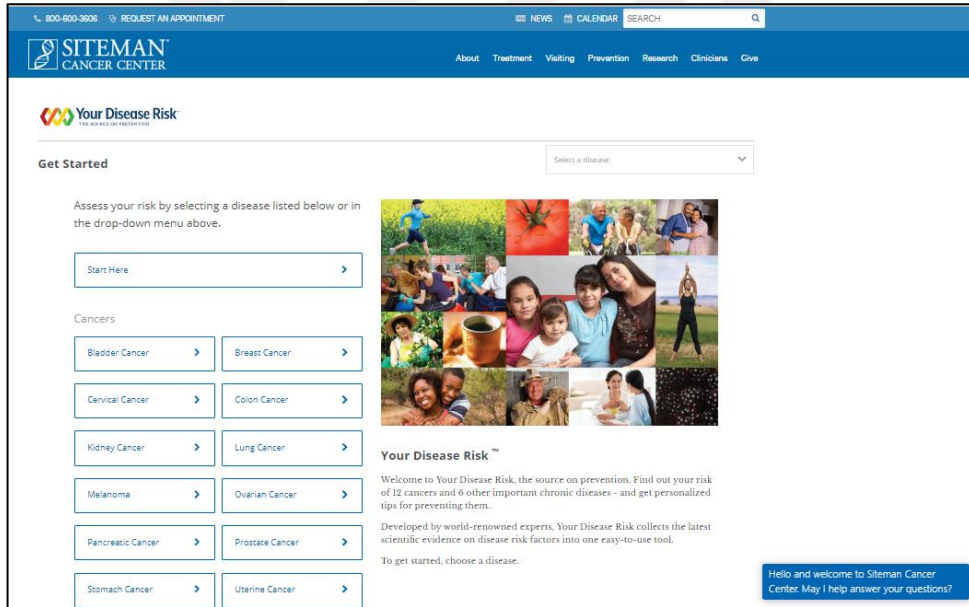
4.7.1. Serviks Kanseri ve Erken Tanısı ile İlgili Bilgi Düzeyi

Katılımcıların bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla literatür taraması sonucu 20 madde oluşturulmuştur. İlk beş madde (1, 2, 3, 4, 5. maddeler) serviks kanseri belirti, önlenebilirliği ve yaş faktörü ile ilgili iken, 8 madde (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. maddeler) tarama testleri, 4 madde (6, 7, 8, 9. maddeler) risk faktörleri, 3 madde (18, 19, 20. maddeler) serviks kanserine yönelik aşı ile ilgili bilgiyi sorgulamaktadır. Bu maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmakta ve katılımcıların bu ifadeleri 'doğru', 'yanlış', 'bilmiyorum' şeklinde yanıtlamaları istenmiştir. Her doğru yanıtı 1 puan

verilmiştir. Değerlendirmede ‘Bilmiyorum’ ifadesinin sonuca etkisini önlemek için bu yanıt ‘yanlış’ olarak kabul edilmiştir. 11 soru düz, 9 soru (2, 3, 4, 12, 15, 16, 17, 19, 20) ters yönde puanlanmaktadır. Alınabilecek puanlar 0-20 arasında değişmekte olup alınabilecek en yüksek toplam puan 20’dir. Puan yükseldikçe bireyin bilgi düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır.

4.7.2. Serviks Kanseri Risk Düzeyi Hesaplanması

Serviks kanseri risk düzeyini belirlemek için Harvard Kanser Risk İndeksi’nden (173) web ortamına adapte edilen bilgilerin yer aldığı Washington University School of Medicine ve Barnes-Jewish Hospital Siteman Kanser Merkezi’nin (Siteman Cancer Center) elektronik sayfasındaki serviks kanseri risk düzeyi belirleme programı kullanılmıştır (Şekil 4.3) (174).



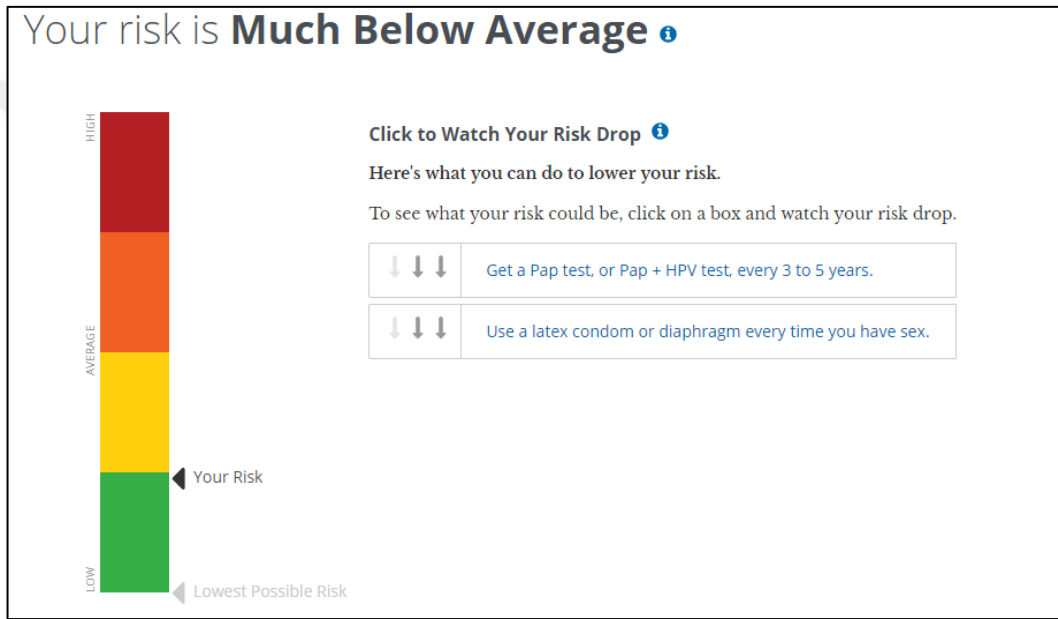
Şekil 4.3. Harvard Kanser Risk İndeksi web sitesi

Bu çalışmada indeksin sadece serviks kanseri bölümü kullanılmıştır. Anketin risk düzeyi belirleme sorularının cevapları aşağıdaki bilgilere göre web ortamına kaydedilmiş ve her kadın için ayrı ayrı risk düzeyi hesaplanmıştır.

- **Yaş:** Açık uçlu sorgulanarak kaydedilmiştir.
- **HPV aşısı yaptırma durumu:** Evet, hayır ve bilmiyorum olarak sorgulanarak kaydedilmiştir.

- **Sigara kullanma öyküsü:** Hiç içmeyen, ara sıra içen, her gün en az bir adet içen, bırakmış olarak sorgulanmıştır. Hiç içmeyen ve ara sıra içenler 'kullanmayan' olarak, her gün en az bir tane içenler 'kullanan' olarak, bıraktım cevabını verenler 'bırakmış' olarak gruplandırılarak kaydedilmiştir.
- **Sigara içenlerde günde içilen sigara sayısı ve başlama yaşı:** Açık uçlu sorgulanarak kaydedilmiştir.
- **Sigarayı bırakanlarda günde içilen sigara sayısı, başlama yaşı ve bırakma yaşı:** Açık uçlu sorgulanarak kaydedilmiştir.
- **Yaşam boyu cinsel eş sayısı:** 1 eş, 2-5 eş, 6 ve üzeri eş olarak sorgulanarak kaydedilmiştir.
- **İlk cinsel ilişkiye başlama yaşı:** İlk cinsel ilişkiye başlama yaşı '16 yaşın altında' ve '16 yaş ve üstünde' olarak sorgulanarak kaydedilmiştir.
- **Yaşam boyu en çok doğum kontrol yöntemi olarak kondom kullanma:** Şimdiye kadar en çok kullanılan doğum kontrol yöntemi olarak sorgulanmış, kondom cevabını verenler 'evet', kondom dışında yöntem ve hiç kullanmadım cevabını verenler 'hayır' olarak kaydedilmiştir.
- **Doğum sayısı:** Doğum sayısı açık uçlu sorgulanmıştır. Toplam doğum sayısı 'hiç' '1 doğum', '2 doğum', '3 ve üzeri doğum' olarak gruplandırılarak kaydedilmiştir.
- **Cinsel yolla bulaşan hastalık (HPV, herpes simpleks, gonore, klamidya, HIV/AIDS) geçirme durumu:** Evet, hayır ve bilmiyorum olarak sorgulanmıştır. Evet cevabını verenler 'geçirmiş' olarak; hayır, bilmiyorum cevabını verenler ise 'geçirmemiş' olarak kaydedilmiştir.
- **HPV enfeksiyonu geçirme:** Evet ve hayır olarak sorgulanarak kaydedilmiştir.
- **Son üç-beş yıl içinde Pap-smear testi veya Pap-smear + HPV testi yaptıрма:** Şimdiye kadar en az bir kez serviks kanseri tarama testi (smear ve/veya HPV testi) yaptıran katılımcıların en son ne zaman yaptırdıkları '<1 yıl', '1-3 yıl', '4-5 yıl' ve '5 yıldan fazla' olarak sorgulanmıştır. <1 yıl, 1-3 yıl, 4-5 yıl yanıtını verenler 'evet', 5 yıldan fazla yanıtını verenler ve hiç yaptırmayanlar 'hayır' olarak gruplandırılarak kaydedilmiştir.

Hesaplama sonucunda kadının şu anki risk düzeyi ve olası en alt düzey göstergede işaretli sunulmakta ve yazıyla şu anki risk düzeyi verilmektedir. Araştırmada şu anki risk düzeyi kaydedilmiştir. Hesaplama sonucunda ortanın daha çok üstünde (very much above average), ortanın daha üstünde (much above average), ortanın üstünde (above average), orta grup (average), ortanın altında (below average), ortanın daha altında (much below average), ortanın daha çok altında (very much below average) olmak üzere yedi grup verilmektedir. Örnek şekil aşağıda verilmiştir (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Serviks kanseri bireysel risk hesaplaması sonucunun bir örnekle gösterimi (174).

4.7.3. Serviks Kanseri ve Erken Tanısına İlişkin Sağlık İnançları

Kadınların serviks kanseri ve erken tanısına ilişkin inançlarını belirlemek için Serviks Kanseri ve Pap-smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ) kullanılmıştır. Meme kanseri ve taramalarına yönelik Champion tarafından geliştirilen Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin 1993, 1999 yılları revizyonlarından (175, 176) yararlanılarak Güvenç, Akyüz ve Açıklık tarafından 2011 yılında SİMÖ geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (177). Erişkin yaş grubundaki tüm kadınlara uygulanabilen ölçek, beş alt boyutta toplanmış 35 maddeden oluşmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Serviks kanseri ve Pap-smear testi sağlık inanç modeli ölçeğinin alt boyutları

Alt boyutlar	Madde Sayısı	Soru Numarası	Min. Puan	Max. Puan
Pap-smear yarar/ motivasyonu	8	18.-21. maddeler 11.-14. maddeler	8	40
Pap-smear engel algısı	14	22.-35. maddeler	14	70
Servikal kanser önemseme/ ciddiyet algısı	7	4.-10. maddeler	7	35
Servikal kanser duyarlılık algısı	3	1.-3. maddeler	3	15
Sağlık motivasyonu	3	15.-17. maddeler	3	15

Ölçeğın değerlendirilmesinde 1’den 5’e kadar değişen 5’li likert tipi ölçekleme -“kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “tamamen katılıyorum” (5)- yöntemi kullanılmıştır. Ölçeğın her boyutu ayrı değerlendirilmekte olup tek bir toplam puanda birleştirilmemektedir. Puanların yükselmesi duyarlılık, önemseme ve motivasyonun arttığını; yarar algısı için yararların, engel algısı için engellerin yüksek algılandığıını ifade etmektedir. Engel algısı alt ölçeğı haricindeki alt ölçekler, Pap-smear tarama davranışıyla pozitif olarak ilişkilidir. Bireyin engel algısı puanının yüksek olması, Pap-smear yaptırmayla ilgili engellerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğın Cronbach alpha katsayısının sırasıyla Pap-smear yarar/motivasyonu 0,86; Pap-smear engeller 0,82; ciddiyet 0,78; duyarlılık 0,78; sağlık motivasyonu için 0,62 olduğu bildirilmiştir (177).

4.8. Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler

Küme başı adresleri olarak belirlenen bazı adreslerin kapı numaralarının anketörlerin örnekleme ulaşımı için hazırlanan listedekinden farklı olduğu görölmüştür. Kapı numarası listedekinden farklı ise Google Haritalar uygulaması üzerinden alınan küme başı adres noktasının basılı görselindeki bina esas alınarak çalışma yapılmıştır.

4.9. Verilerin Analizi ve Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Verilerin kalitesinin kontrol edilmesinin ardından değişkenler uygun şekilde gruplandırılmış ve analizlerde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışmaya katılanların tanımlayıcı özellikleri ve sonrasında analitik bulgular sunulmuştur.

Kategorik verilerin tanımlayıcı istatistiği sayı, yüzde ile değerlendirilirken ölçümsel veriler için aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler kullanılmıştır.

Analitik bulgular için öncelikle tek değişkenli olarak bağımlı değişkenin her bir bağımsız değişkene göre dağılımı sunulmuştur. Kategorik bağımlı değişkenin kategorik bağımsız değişkenlerle ilişkisi Ki-kare testi uygulanarak araştırılmıştır. Sürekli sayısal bağımsız değişkenlere uygulanan normallik testinde skewness ve kurtosis değerlerinin -2 ile +2 aralığında seyretmesi normal dağılıma uygunluk olarak değerlendirilmiştir (178). Kategorik bağımlı değişkenin sayısal bağımsız değişkenlerle ilişkisini değerlendirmede bağımsız gruplarda t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Test sonucunda p değeri 0,05'in altında saptanan bulgular istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bağımlı değişkenin birden çok bağımsız değişken ile ilişkisinin değerlendirilmesi Lojistik Regresyon Analizi ile yapılmıştır. Lojistik Regresyon Analizinde serviks kanseri tarama standartlarına uyum için tek değişkenli analizlerde p değeri <0,20 bulunan bağımsız değişkenler alınmıştır (179). Analize alınacak kategorik bağımsız değişkenler arasındaki ilişki Kramer V katsayısı, sayısal değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Yüksek ilişkili olduğu belirlenen değişkenler arasında literatürden faydalanılarak seçim yapılmıştır. Analiz 'Forward conditional' yöntemiyle yapılmış, bağımsız değişkenin modelde kalması için 0,05 ve modelden çıkartılması için 0,10 yanılğı düzeyi belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar sunulurken sadece modelde kalan anlamlı değişkenler tablolaştırılmış, tabloda değişkenin adı, değişkenin modeldeki beta katsayısı ve standart hatası, tahmini rölatif riski ve bu riskin %95 güven aralığına yer verilmiştir. Çoklu analize alınan bağımsız değişkenlerin listesi ilgili tablo altında verilmiştir.

4.10. Araştırma Takvimi

Araştırma konusu Kasım 2017 tarihinde belirlenmiştir. Proje planlama ve araştırma hazırlığı Nisan 2018 tarihinde tamamlanmıştır. Etik kurul onayı ve gerekli izinler alındıktan sonra 2018 Ekim ayında araştırma verileri toplanmıştır. 2019 Ocak ayında araştırma raporu yazımına başlanmış, rapor yazımı Ekim 2019 tarihinde tamamlanmıştır. Araştırmanın zaman çizelgesi Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Araştırmanın zaman çizelgesi

	2017		2018												2019									
	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Konu seçimi																								
Kaynak inceleme																								
Araştırma planı																								
Tez ön sunumu																								
Etik kurul başvurusu																								
BAP başvurusu																								
Gerekli izinlerin alınması																								
Veri Toplanması																								
Veri giriş ve analizi																								
Rapor yazımı																								

4.11. Bütçe

Bu araştırma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir (Proje No: TTU-2018-3984) (Ek 4).

4.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul onayı ve gerekli izinler alınmıştır.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve 16.05.2018 Tarih ve 352 Karar No'lu etik kurul onayı alınmıştır (Ek 5).

Çalışmanın sahada yürütüleceği konusunda Tıp Fakültesi Dekanlığı aracılığıyla Antalya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvuru yapılmış ve 13.08.2018 tarih ve 12394646/771 sayılı izin alınmıştır (Ek 6).

Web ortamında Harvard Kanser Risk İndeksi'nin kullanılması için izin alınmıştır (Ek 7).

Rahim Ağzı Kanseri ve Pap-Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin kullanımı için izin alınmıştır (Ek 8).

Katılımcılar araştırma konusunda bilgilendirilmiş, araştırmaya katılım için izinleri alınmıştır. Asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ekte sunulmuştur (Ek 9).



5. BULGULAR

5.1. Tanımlayıcı Bulgular

5.1.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $44,61 \pm 9,59$ 'dur. Katılımcıların %69,7'si 50 yaş altında, %30,3'ü 50 yaş ve üzerindedir. Medeni durumu evli olanların oranı %81,6, evli olmayanların oranı %18,4'tür. Araştırma grubunda lise ve üstü eğitim alanların oranı %61,8'dir. Katılımcıların %84,8'inin en uzun yaşadığı yer büyükşehir/il merkezi iken %93,2'sinin yaşadığı yer kent olarak belirlenmiştir (Tablo 5.1).

Tablo 5.1. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları		
30-39 yaş	262	35,9
40-49 yaş	247	33,8
50-59 yaş	150	20,6
60-65 yaş	71	9,7
Medeni durum		
Evli	596	81,6
Bekar	24	3,3
Boşanmış	69	9,5
Eşi vefat etmiş	41	5,6
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	16	2,2
Okuryazar	8	1,1
İlkokul	173	23,7
Ortaokul	82	11,2
Lise	197	27,0
Yüksekokul	61	8,4
Üniversite ve üzeri	193	26,4
En uzun yaşanan yerleşim birimi		
Büyükşehir/il merkezi	619	84,8
İlçe	52	7,1
Köy/kasaba	59	8,1
Yaşanan yer		
Kent	680	93,2
Kır	50	6,8
Toplam	730	100,0

Araştırma grubunun bazı sosyoekonomik özelliklerine göre dağılımı Tablo 5.2’de sunulmaktadır. Katılımcıların %57,5’i gelirini giderine eşit olarak algılamaktadır. Katılımcıların 96,8’i sağlık güvencesine sahipken, %42,3’ü gelir getirici bir işte çalışmaktadır.

Tablo 5.2. Araştırma grubunun bazı sosyoekonomik özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Algılanan gelir		
Geliri giderinden az	214	29,3
Geliri giderine eşit	420	57,5
Geliri giderinden fazla	96	13,2
Sağlık güvencesi		
Yok	23	3,2
Emekli Sandığı	176	24,1
Bağ-Kur	115	15,7
SSK	397	54,4
Yeşil Kart	2	0,3
Özel Sigorta	17	2,3
Çalışma durumu		
Çalışan	309	42,3
Emekli	64	8,8
Çalışmayan	357	48,9
Toplam	730	100,0

Araştırma grubunun aile özelliklerine göre dağılımı Tablo 5.3’te yer almaktadır. Katılımcıların %83,8’i çekirdek tipte ailesi olduğunu, %75,9’u ailesinde sağlık çalışanı olmadığını ve %97,1’i aile hekimine kayıtlı olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 5.3. Araştırma grubunun aile özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Aile tipi		
Çekirdek	612	83,8
Geniş	69	9,5
Parçalanmış	47	6,4
Yalnız yaşıyor	2	0,3
Ailede sağlık çalışamı varlığı		
Var	176	24,1
Yok	554	75,9
Aile hekimine kayıtlı olma durumu		
Kayıtlı	709	97,1
Kayıtlı değil	21	2,9
Toplam	730	100,0

Araştırmaya katılan evli kadınların eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 5.4'te gösterilmektedir. Evli kadınların %67,4'ünün eşi lise ve üzeri mezunu, %76,7'sinin eşi gelir getirici bir işte çalışmakta ve %21,6'sının eşi emeklidir. Evli kadınların %39,6'sının eşi mavi yakalı ve hizmet emekçisi, %33,4'ü beyaz yakalı sınıfsal konumundadır.

Tablo 5.4. Araştırmaya katılan evli kadınların eşlerinin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Eş öğrenim durumu		
Okuryazar değil	2	0,3
Okuryazar	2	0,3
İlkokul	113	19,0
Ortaokul	77	13,0
Lise	152	25,5
Yüksekokul	42	7,0
Üniversite ve üzeri	208	34,9
Eş çalışma durumu		
Çalışan	457	76,7
Emekli	129	21,6
Çalışmayan	10	1,7
Eş sınıfsal konumu		
Tarım	21	3,5
Tarım dışı kendi hesabına çalışan	71	11,9
Tarım dışı kendi hesabına çalışıp işçi çalıştıran	69	11,6
Beyaz yakalı	199	33,4
Mavi yakalı ve hizmet emekçisi	236	39,6
Toplam	596	100,0

5.1.2. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri Tarama Testi Katılım

Özellikleri

Araştırma grubunun tarama testi yaptırmaya ve ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum durumu Tablo 5.5’te yer almaktadır. Katılımcıların %73,2’sinin yaşam boyu en az bir kez tarama testi yaptırdığı ve %7,8’inin son yaptırdığı tarama testinin üzerinden 5 yıldan fazla zaman geçtiği görülmektedir. Katılımcıların %65,3’ü ulusal serviks kanseri tarama standartlarına uyumlu, %34,7’si uyumsuzdur (Tablo 5.5).

Tablo 5.5. Katılımcıların tarama testi yaptıırma ve ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum durumu

Özellik	Sayı	Yüzde
Tarama testi yaptıırma durumu		
Yaptıran	534	73,2
Yaptırmayan	196	26,8
En son test yaptıırma zamanı		
Son 1 yılda yaptıran	218	29,9
1-3 yıl önce yaptıran	186	25,4
4-5 yıl önce yaptıran	73	10,0
>5 yıl yaptıran	57	7,8
Yaptırmayan	196	26,9
Ulusal tarama standartlarına uyum		
Uyan	477	65,3
Uymayan	253	34,7
Toplam	730	100,0

Katılımcıların tarama testi yaptıırma özellikleri incelendiğinde; katılımcıların %33,7'sinin sadece 1 kez, %23,2'sinin iki kez, %43,1'inin ≥ 3 tarama testi yaptırdığı Tablo 5.6'da gösterilmektedir. Birden fazla tarama testi yaptıran katılımcıların %46,9'u düzensiz aralıklarla ve %53,1'i düzenli aralıklarla yaptırdığını ifade etmektedir. Düzenli aralıklarla tarama testi yaptıran katılımcıların %4,8'i 6 ayda bir, %44,7'si yılda bir, %23,9'u iki yılda bir, %14,9'u 3 yılda bir ve sadece %11,7'si 5 yılda bir yaptırmaktadır (Tablo 5.6).

Tablo 5.6. Katılımcıların tarama testi yaptıırma özelliklerinin dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Test yaptıırma sayısı (n=534)		
1	180	33,7
2	124	23,2
≥3	230	43,1
Test yaptıırma alışkanlığı* (n=354)		
Düzenli	188	53,1
Düzensiz	166	46,9
Düzenli yaptıırma aralığı** (n=188)		
6 ay	9	4,8
12 ay	84	44,7
24 ay	45	23,9
36 ay	28	14,9
60 ay	22	11,7

*Tarama testini birden fazla kez yaptıran katılımcılar (n=354) üzerinden hesaplanmıştır. **Tarama testini düzenli yaptıran katılımcılar (n=188) üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların en son yapılan tarama testi özelliklerinin dağılımı Tablo 5.7’de yer almaktadır. Katılımcıların %32,0’ı özel hastane/özel poliklinikte, %27,0’ı Eğitim araştırma/devlet hastanesinde, %24,7’si ASM’de en son tarama testini yaptırmıştır. En son tarama testini KETEM ve TSM’de yaptırdığını ifade edenlerin oranı %7,7’dir. En son yapılan tarama testi sonucu sorgulandığında; katılımcıların %93,6’sı ‘HPV yok ve/veya smear temiz’ , %0,9’u ‘HPV var, smear temiz’, %0,4’ü ‘HPV var, smear şüpheli’ olarak ifade etmekte ve %4,5’i sonucu bilmemektedir. Katılımcıların en son testi yaptıırma nedenleri sorgulandığında erken teşhis amaçlı düzenli sağlık kontrolü (%47,1), kadın hastalıkları ve doğum uzmanı önerisi (%25,3), şikayet varlığı (%19,7) ve aile hekimi önerisi (%15,9) ve aile sağlığı elemanı önerisi (%7,7) ilk beş sırada gelmektedir (Tablo 5.7).

Tablo 5.7. Katılımcıların en son yapılan tarama testi özelliklerinin dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
En son test yaptırma yeri		
Özel hastane/Özel poliklinik	171	32,0
Eğitim araştırma/Devlet hastanesi	144	27,0
ASM	132	24,7
Üniversite hastanesi	46	8,6
KETEM	37	6,9
TSM	4	0,8
En son yapılan testin sonucu		
HPV yok ve/veya smear temiz	500	93,6
HPV var, smear temiz	5	0,9
HPV var smear şüpheli	2	0,4
Sonucu bilmiyor	24	4,5
Yetersiz numune	1	0,2
Henüz sonucu çıkmayan	2	0,4
Toplam	534	100,0
En son testi yaptırma nedenleri* (n=534)		
Erken teşhis amaçlı düzenli sağlık kontrolü	252	47,1
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı önerisi	135	25,3
Şikayet varlığı	105	19,7
Aile hekimi önerisi	85	15,9
Aile sağlığı elemanı önerisi	41	7,7
Ailede kanser hikayesi varlığı	6	1,1
Arkadaş veya aile önerisi	3	0,6
Sağlık çalışanı önerisi	1	0,2

*Birden fazla neden söylenmiştir. Yüzdelere tarama testini yaptıran kadınlar (n= 534) üzerinden hesaplanmıştır.

Serviks kanseri tarama testi yaptırmayan katılımcıların %66,8'i şikayet yokluğunu, %23,0'ı vakit yokluğunu, %20,4'ü yeterli bilgiye sahip olmamayı, %15,8'i riskinin olmamasını ve %8,7'si nereye başvurulacağını bilmemeyi neden olarak belirtmiştir (Tablo 5.8).

Tablo 5.8. Katılımcıların serviks kanseri tarama testi yaptırmama nedenlerinin dağılımı

Özellik*	Sayı (n=196)	Yüzde
Şikayet yokluğu	131	66,8
Vakit yokluğu	45	23,0
Yeterli bilgiye sahip olmama	40	20,4
Risk olmaması	31	15,8
Nereye başvurulacağını bilmeme	17	8,7
Gereksiz olduğunu düşünme	14	7,1
Utanma	11	5,6
Kanser teşhis korkusu	11	5,6
İşlemin ağırlı olması	6	3,1
İhmal etme	5	2,5
Genç yaşta olma	4	2,0
Kadın sağlık çalışanı tarafından yapılmasını isteme	3	1,5
Test korkusu	3	1,5
Pahalı/ücreti karşılayamama	1	0,5
Aşı yapıldığı için	1	0,5
Yeni evli	1	0,5

*Birden fazla neden söylenmiştir. Yüzdelere tarama testini hiç yaptırmayan kadınlar (n= 196) üzerinden hesaplanmıştır.

5.1.3. Araştırma Grubunun Bazı Sağlık ve Üreme Sağlığı Özellikleri

Katılımcıların %2,8'i sağlık durumunu mükemmel düzeyde, %11,5'i çok iyi, %51,0'ı iyi düzeyde olarak tanımlamaktadır. Sağlık durumunu orta düzeyde ve kötü düzeyde tanımlayan katılımcıların oranı sırasıyla %26,3 ve %8,4'tür. Araştırma grubunun %33,2'sinde süregen hastalık öyküsü bulunmaktadır (Tablo 5.9).

Tablo 5.9. Katılımcıların algılanan sağlık durumu ve süreğen hastalık öyküsüne göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Algılanan sağlık durumu		
Mükemmel	21	2,8
Çok iyi	84	11,5
İyi	372	51,0
Orta	192	26,3
Kötü	61	8,4
Süreğen hastalık öyküsü		
Var	242	33,2
Yok	488	66,8
Toplam	730	100,0
Kronik hastalık türü* (n=242)		
Hipertansiyon	96	39,6
Tip 2 diyabet	51	21,1
Astım/ Kronik obstruktif akciğer hastalığı	37	15,2
Tiroid hastalığı	28	11,5
Kardiyovasküler hastalıklar	19	7,9
Hiperlipidemi	15	6,2
İltihabi romatizmal hastalık	8	3,3
Psikiyatrik hastalıklar (depresyon, bipolar bozukluk, panik atak)	4	1,6
Kronik böbrek yetmezliği	3	1,2
Epilepsi	3	1,2
İnflamatuvar barsak hastalığı (ülseratif kolit, crohn)	3	1,2
Diğer hastalıklar	38	15,7

* Birden fazla seçenek söylenmiştir. Yüzdelere kronik hastalık öyküsü olan katılımcılar (n= 242) üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun %43,4'ünün ailesinde kanser öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların %20,3'ü çevresinde serviks kanseri öyküsü olduğunu ve %8,6'sı ailesinde serviks kanseri öyküsü olduğunu belirtmiştir. Ailesinde serviks kanseri öyküsü olduğunu belirten katılımcıların %12,6'sı kız kardeşinde ve %19,0'ı annesinde olduğunu ifade etmiştir (Tablo 5.10).

Tablo 5.10. Katılımcıların aile kanser öyküsü, çevrede ve ailede serviks kanseri öyküsüne göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Ailede kanser öyküsü		
Var	317	43,4
Yok	413	56,6
Çevrede (aile/aile dışı) serviks kanseri öyküsü		
Var	148	20,3
Yok	582	79,7
Ailede serviks kanseri öyküsü		
Var	63	8,6
Yok	667	91,4
Toplam	730	100,0
Ailede serviks kanseri öyküsü bulunan yakın* (n=63)		
Kız kardeş	8	12,6
Anne	12	19,0
İkinci ve üçüncü derecede yakın	48	76,1

*Birden fazla seçenek söylenmiştir. Yüzdelere ailede serviks kanseri öyküsü olduğunu ifade eden (n=63) katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların gebelik sayısı ortalaması $2,82 \pm 1,78$, doğum sayısı ortalaması $2,12 \pm 1,25$ ve isteyerek düşük sayısı ortalaması $0,40 \pm 0,85$ 'tir (Tablo 5.11). Doğum yapan katılımcıların %3,0'ı 17 yaş altında, %55,8'i 17-24 yaş aralığında ve %41,2'si 25 yaş ve üzerinde ilk doğumlarını yaptıklarını belirtmiştir (Tablo 5.12).

Tablo 5.11. Katılımcıların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Ortalama $\pm$ SS	En küçük-en büyük değer
Gebelik sayısı	$2,82 \pm 1,78$	0-13
Doğum sayısı	$2,12 \pm 1,25$	0-8
İsteyerek düşük sayısı	$0,40 \pm 0,85$	0-10

Tablo 5.12. Katılımcıların ilk doğumlarını yaptıkları yaşa göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
<17 yaş	20	3,0
17-24 yaş	376	55,8
≥25 yaş	277	41,2
Toplam	673	100,0

*Yüzdeleer doğum yapan kadınlar (n= 673) üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun %25,9'u düzenli olarak ve %74,1'i düzensiz olarak jinekolojik muayeneye gitmektedir. Düzenli olarak jinekolojik muayeneye gittiğini ifade eden katılımcıların %73,0'ı yılda bir jinekolojik muayene olmaktadır (Tablo 5.13).

Tablo 5.13. Katılımcıların jinekolojik muayene olma özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı		
Düzenli giden	189	25,9
Düzensiz giden	541	74,1
Toplam	730	100,0
Düzenli jinekolojik muayeneye gitme aralığı* (n=189)		
Yılda bir	138	73,0
İki yılda bir	34	18,0
Üç ile beş yılda bir	17	9,0

*Yüzdeleer düzenli jinekolojik muayeneye giden katılımcılar (n=189) üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun %32,1'i menopoza olduğunu ve 67,9'u menopoza olmadığını belirtmiştir (Tablo 5.14).

Tablo 5.14. Katılımcıların menopoza özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Menopoza durumu		
Menopoza	234	32,1
Menopoza öncesi düzensiz adet	59	8,1
Menopoza olmayan	437	59,8
Toplam	730	100,0

5.1.4. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri ve Tarama ile İlgili Bilgi ve Farkındalıkları

Araştırma grubunun %74,0'ının beyana dayalı serviks kanseri bilgisi bulunmaktadır. Bilgi kaynaklarının dağılımı incelendiğinde sağlık personeli (ebe, hemşire, doktor) (%76,9), medya (TV, radyo, gazete, dergi) (%40,4) ve internet (33,9) ilk üç sırada yer almaktadır. Bilgi kaynağını arkadaş, akraba, komşu ifade edenlerin oranı %25,9 olup dördüncü sırada yer almaktadır. Katılımcıların %6,5'i konferans, seminerden bilgi edindiğini ve %1,7'si kendisinin sağlık çalışanı olması nedeniyle bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Beyana dayalı serviks kanseri bilgisi olduğunu ifade eden katılımcıların %59,6'sı aile hekimi/hemşiresi tarafından bilgi verildiğini belirtmiştir (Tablo 5.15).

Tablo 5.15. Katılımcıların beyana dayalı serviks kanseri bilgi durumu ve bilgi kaynaklarının dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Kişinin beyanına dayalı serviks kanseri bilgisi (n=730)		
Var	540	74,0
Yok	190	26,0
Aile hekimi/hemşiresi tarafından bilgilendirilme durumu (n=540)		
Bilgilendirilen	322	59,6
Bilgilendirilmeyen	218	40,4
Toplam	730	100,0
Bilgi kaynakları * (n=540)		
Sağlık personeli (ebe, hemşire, doktor)	415	76,9
Medya (TV, radyo, gazete, dergi)	218	40,4
İnternet	183	33,9
Arkadaş, akraba, komşu	140	25,9
Konferans, seminer	35	6,5
Kendisi sağlık çalışanı	9	1,7
Kitap	1	0,2

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdelere serviks kanseri ve erken tanıyla ilgili bilgisi olduğunu beyan eden katılımcılar (n=540) üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun serviks kanseri ve tarama ile ilgili bilgi testi sorularını doğru yanıtlama oranı Tablo 5.16'da gösterilmektedir. Katılımcıların %91,2'si

‘Rahim ağzı kanserinden korunmak için düzenli tarama testi yaptırmak gereklidir’ ifadesini en yüksek oranda doğru yanıtlamıştır. ‘Rahim ağzı kanserinde erken tanı ve tedavi mümkün değildir’ ifadesi katılımcıların %90,3’ü tarafından ikinci sırada doğru yanıtlanan ifadedir. En az bilinen sorular HPV aşısının varlığı (%41.6) ve yapılma zamanına (%33.0) ilişkin sorular olmuştur (Tablo 5.16).

Katılımcıların %84,7’si rahim ağzı kanseri erken tanısı için tarama testi olarak smear ve/veya HPV testi yapıldığını bilmektedir. Katılımcıların %43,8’i sadece hastanelerde yapıldığını ifade etmiş, %40,8’i taramanın ulusal tarama standartlarına göre 30 yaşından itibaren önerildiğini ve %49,9’u 5 yılda bir önerildiğini bilmemektedir (Tablo 5.16).



Tablo 5.16. Katılımcıların serviks kanseri ve tarama ile ilgili bilgi testi sorularını doğru yanıtlama oranı

	Doğru yanıtlayanlar	
	Sayı	Yüzde
1. Cinsel ilişkiden sonra ve adet aralarında kanama olması (düzensiz kanama) rahim ağzı kanserinin erken belirtisi olabilir.	458	62,7
2. Rahim ağzı kanseri önlenemez. *	609	83,4
3. Rahim ağzı kanserinde erken tanı ve tedavi mümkün değildir. *	659	90,3
4. Rahim ağzı kanseri sadece 50 yaş üzerindeki kadınlarda olur. *	603	82,6
5. Rahim ağzı kanseri geç saptandığında en ölümcül kadın kanserlerindendir.	400	54,8
6. HPV (Human Papilloma Virüs) cinsel yolla bulaşan bir virüs olup rahim ağzı kanserine neden olabilir.	405	55,5
7. Sigara kullanmak rahim ağzı kanseri risk faktörüdür.	585	80,1
8. Birden fazla cinsel eşe sahip olmak rahim ağzı kanseri risk faktörüdür.	524	71,8
9. Erken yaşta (16 yaş altı) ilk cinsel deneyim rahim ağzı kanseri risk faktörüdür.	386	52,9
10. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tarama testi olarak smear ve/veya HPV testi yapılır.	618	84,7
11. Rahim ağzı kanserinden korunmak için düzenli tarama testi yaptırmak gereklidir.	666	91,2
12. Tarama testi sadece hastanelerde yapılır. *	410	56,2
13. Tarama testi ülkemizde 30 yaşından itibaren önerilir.	432	59,2
14. Tarama testinin ülkemizde 5 yılda bir yapılması önerilmektedir.	366	50,1
15. Menopoz döneminde tarama testi yaptırmaya gerek yoktur. *	529	72,5
16. Dul ya da boşanmış kadınların tarama testi yaptırmasına gerek yoktur. *	601	82,3
17. Tarama testini rahim ağzı kanserini düşündüren belirtileri olan kadınlar yaptırmalıdır. *	608	83,3
18. Rahim ağzı kanserinin önemli bir bölümüne karşı koruyucu aşı vardır.	304	41,6
19. Rahim ağzı kanserine yönelik aşı yapılmış kadınlarda tarama testi gereksizdir. *	379	51,9
20. Rahim ağzı kanserine yönelik aşı 30 yaşından önce yapılmamalıdır. *	241	33,0
Toplam	730	100,0

*Doğru yanıtı 'Yanlış seçeneği' olan ifadeler

Katılımcıların serviks kanseri ve tarama ile ilgili bilgi testinden aldıkları toplam puan ortalaması 13,40±4,11 (min=0, maks=20) ve ortanca değeri 14,00'dır. (Tablo 5.17).

Tablo 5.17. Katılımcıların serviks kanseri ve tarama ile ilgili bilgi testinden aldıkları toplam puan ortalaması

	Puan ortalaması±SS	En küçük-en büyük değer	Ortanca değer
Bilgi testi puanı	13,40±4,11	0-20	14,00

Katılımcıların %73,4'ü serviks kanseri ve erken tanısıyla ilgili bilgi almayı istemektedir. Bilgi almayı isteyen katılımcıların %76,7'si kadın doğum uzmanı, %61,2'si aile hekimi, %47,6'sı aile sağlığı elemanı olmak üzere en fazla sağlık çalışanlarından bilgi almayı istemektedir (Tablo 5.18).

Tablo 5.18. Katılımcıların serviks kanseri ve erken tanısıyla ilgili bilgi alma istekleri ve bilgi alma istenilen yerlerin dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Bilgi alma istekleri		
İsteyen	536	73,4
İstemeyen	178	24,4
Kararsız	16	2,2
Toplam	730	100,0
Bilgi alma istenen kaynaklar * n=536		
Kadın doğum uzmanı	411	76,7
Aile hekimi	328	61,2
Aile sağlığı elemanı	255	47,6
Basılı materyaller (afiş, broşür, poster)	107	20,0
İnternet	89	16,6
TV	88	16,4
Konferans	1	0,2
Sağlık çalışanı	1	0,2
Telefon	1	0,2

* Yüzdelere serviks kanseri ve erken tanıyla ilgili bilgi alma isteği olan katılımcılar (n=536) üzerinden hesaplanmıştır. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma grubunun %79,0'ı serviks kanseri tarama testine katılmaya istekli olduğunu ifade ederken %10,0'ı istememektedir ve %11,0'ı kararsızdır. Serviks kanseri tarama testine katılmayı istemeyen ve kararsız olanların %68,6'sı şikayet yokluğu, %22,2'si vakit yokluğu, %16,3'ü riskinin olmamasını neden olarak belirtmiştir (Tablo 5.19).

Tablo 5.19. Katılımcıların serviks kanseri tarama testine katılım isteklerinin ve isteksizlik nedenlerinin dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Tarama testi katılım istekleri		
İsteyen	577	79,0
İstemeyen	73	10,0
Kararsız	80	11,0
Toplam	730	100,0
Tarama testine katılım isteksizlik nedenleri* (n=153)		
Şikayet yokluğu	105	68,6
Vakit yokluğu	34	22,2
Risk olmaması	25	16,3
Yeterli bilgiye sahip olmama	18	11,8
Gereksiz olduğunu düşünme	18	11,8
Utanma	18	11,8
Kanser teşhis korkusu	15	9,8
Nereye başvurulacağını bilmeme	8	5,2
İşlemin ağırlı olması	6	3,9
Olumsuz deneyim	4	2,6
Kadın sağlık çalışanı tarafından yapılmasını isteme	3	2,0
İleri yaşta olma	2	1,3
Aşı yaptırdığı için gereksiz görme	1	0,6
İhmal	1	0,6
Muayene masası korkusu	1	0,6
Pahalı/ücreti karşılayamama	1	0,7

* Yüzdelere tarama testlerine katılmayı istemeyen ve kararsız olan kadınlar (n=153) üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırma grubunun %45,6'sı serviks kanserinden korunmayı sağlayan HPV aşısını duyarken %54,4'ü duymamıştır. Aşı için uygun yaşta kızı olma durumunda katılımcıların %54,5'i HPV aşısını kızına yaptırmaya istekli iken, istemeyenlerin oranı %17,5 ve kararsız olanların oranı %28,0'dır (Tablo 5.20).

Tablo 5.20. Katılımcıların HPV aşısı ile ilgili farkındalıkları

Özellik	Sayı	Yüzde
HPV aşısını duyma		
Duyan	333	45,6
Duymayan	397	54,4
HPV aşısını kızına yaptırma isteği		
İsteyen	398	54,5
İstemeyen	128	17,5
Kararsız	204	28,0
Toplam	730	100,0

5.1.5. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri Risk Modeline Göre Risk Düzeyinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların %95,6'sı HPV aşısı olmadığını, %2,9'u HPV aşısı olduğunu ve %1,5'i HPV için aşılama durumunu bilmediğini ifade etmiştir. Araştırma grubunun %30,7'si her gün düzenli olarak en az bir tane sigara kullanmaktadır. %52,7'si sigara kullanmadığını, %9,5'i ara sıra kullandığını ifade etmektedir (Tablo 5.21).

Tablo 5.21. Katılımcıların serviks kanseri risk indeksine göre HPV aşısı yaptırma durumu ve sigara kullanma öyküsü

Özellik	Sayı	Yüzde
HPV aşısı yaptırma durumu		
Evet	21	2,9
Hayır	698	95,6
Bilmeyen	11	1,5
Sigara kullanma öyküsü		
Hiç içmeyen	385	52,7
Ara sıra içen	69	9,5
Düzenli her gün en az bir adet içen	224	30,7
Bırakmış	52	7,1
Toplam	730	100,0

Katılımcıların yaşamı boyunca sahip olduğu cinsel eş sayısı %84,8'inin bir, %13,8'inin iki ile beş, %1,4'ünün altı ve üzerindedir. Araştırmaya katılanların %7,3'ünün ilk cinsel ilişki yaşı 16 yaş altındadır. Araştırmaya katılan kadınların

yaşam boyu en çok kullandıkları doğum kontrol yönteminin %29,0'ının kondom, %24,0'ının RIA, %22,8'inin geleneksel yöntem, %16,2'sinin oral kontraseptif olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %7,8'i hiç doğum yapmamıştır. %20,7'si bir doğum, %40,4'ü 2 doğum ve %31,1'i üç ve üzerinde doğum yapmıştır. Kadınların %4,5'i cinsel yolla bulaşan enfeksiyon geçirmiş ve %2,5'i HPV enfeksiyonu geçirmiştir (Tablo 5.22).

Tablo 5.22. Katılımcıların serviks kanseri risk indeksine göre cinsel ve üreme sağlık özellikleri

Özellik	Sayı	Yüzde
Yaşam boyu cinsel eş sayısı		
1 eş	619	84,8
2-5 eş	101	13,8
≥6 eş	10	1,4
İlk cinsel ilişki yaşı		
<16 yaş	53	7,3
≥16 yaş	677	92,7
Yaşam boyu en çok kullanılan doğum kontrol yöntemi		
Kondom	212	29,0
RIA	175	24,0
Geleneksel yöntem	167	22,8
Oral kontraseptif	118	16,2
Tüp ligasyonu	26	3,6
Aylık/3 aylık enjeksiyon	13	1,8
Takvim yöntemi	2	0,3
Hiç kullanmamış	17	2,3
Doğum sayısı		
Hiç doğum yapmamış	57	7,8
1 doğum	151	20,7
2 doğum	295	40,4
≥3 doğum	227	31,1
Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme durumu		
Evet	33	4,5
Hayır	665	91,1
Bilmeyen	32	4,4
HPV enfeksiyonu geçirme		
Geçiren	18	2,5
Geçirmeyen	712	97,5
Toplam	730	100,0

Katılımcıların serviks kanseri risk indeksine göre %17,0'ının ortanın daha çok altında, %52,2'sinin ortanın daha altında, %13,8'inin ortanın altında, %7,8'inin orta, %4,9'unun ortanın üstünde, %2,6'sının ortanın daha üstünde, %1,7'sinin ortanın daha çok üstünde olarak risk sonucu hesaplanmıştır. Katılımcıların %83,0'ının düşük düzeyde, %7,8'inin orta düzeyde, %9,2'sinin yüksek düzeyde serviks kanseri riskinin olduğu saptanmıştır (Tablo 5.23).

Tablo 5.23. Katılımcıların serviks kanseri risk indeksine göre sonuçları ve risk düzeyleri dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
Sonuç		
Ortanın daha çok altında (very much below average)	124	17,0
Ortanın daha altında (much below average)	381	52,2
Ortanın altında (below average)	101	13,8
Orta grup (average)	57	7,8
Ortanın üstünde (above average)	36	4,9
Ortanın daha üstünde (much above average)	19	2,6
Ortanın daha çok üstünde (very much above average)	12	1,7
Serviks kanseri risk düzeyi		
Düşük	606	83,0
Orta	57	7,8
Yüksek	67	9,2
Toplam	730	100,0

5.1.6. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri ve Pap-smear Testi Sağlık İnançları

Araştırma grubunda SİMÖ alt boyutlarından alınan puanların dağılımı tablo 5.24'te gösterilmektedir. Puan ortalaması Pap-smear yarar/motivasyonu alt boyutunda $32,15 \pm 4,45$ (min=8, maks=40), Pap-smear engel algısı alt boyutunda $31,39 \pm 8,64$ (min=14, maks=70), serviks kanseri ciddiyet algısı alt boyutunda $21,97 \pm 5,74$ (min=7, maks=35), serviks kanseri duyarlılık algısı alt boyutunda $7,24 \pm 2,26$ (min=3, maks=15), sağlık motivasyonu alt boyutunda $9,88 \pm 2,53$ (min=3, maks=15) olarak belirlenmiştir (Tablo 5.24).

Tablo 5.24. Araştırma grubunda serviks kanseri ve Pap-smear testi sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından alınan puanların dağılımı

	Puan ortalaması±SS	En küçük-en büyük değer
Alt boyutlar		
Pap-smear yarar/motivasyonu	32,15±4,45	8-40
Pap-smear engel algısı	31,39±8,64	14-70
Serviks kanseri ciddiyet algısı	21,97±5,74	7-35
Serviks kanseri duyarlılık algısı	7,24±2,26	3-15
Sağlık motivasyonu	9,88±2,53	3-15

Katılımcıların SİMÖ Pap-smear yarar/motivasyonu alt boyutu sorularının cevap dağılımı Tablo 5.25'te yer almaktadır. Araştırma grubunun %96,4'ünün 'Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir' önermesine, %93,3'ünün 'Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim' önermesine katıldığı belirlenmiştir. Araştırma grubunun %80,4'ünün 'Bana göre simir testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur' önermesine katıldığı saptanmıştır (Tablo 5.25).

Tablo 5.25. Araştırma grubunda SİMÖ Pap-smear yarar/motivasyonu alt boyut sorularının cevap dağılımı

	Kesinlikle katılmıyor/ Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor/ Kesinlikle katılıyor
Sorular	n (%)	n (%)	n (%)
1. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim	32 (4,4)	17 (2,3)	681 (93,3)
2. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir	16 (2,2)	10 (1,4)	704 (96,4)
3. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım	101 (13,8)	38 (5,2)	591 (81,0)
4. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşünürüm	53 (7,3)	27 (3,7)	650 (89,0)
5. Simir/HPV testi yaptırmak, rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır	20 (2,7)	75 (10,3)	635 (87,0)
6. Düzenli olarak yaptırdığım simir testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir	39 (5,3)	78 (10,7)	613 (84,0)
7. Bana göre simir testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur	30 (4,1)	113 (15,5)	587 (80,4)
8. Düzenli olarak simir testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinden ölme riskimi azaltacaktır	52 (7,1)	72 (9,9)	606 (83,0)

Araştırma grubunun serviks kanseri sağlık inançlarından engel algısı sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde %39,6'sının 'Simir testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim' önermesine, %39,3'ünün 'Yıllık olarak simir testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam' önermesine ve %35,9'unun 'Simir testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım' önermesine katıldığı belirlenmiştir. Katılımcıların %20'sinin 'Yaşamımda simir testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var', %17,8'inin 'Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, smear testi yaptırmak bunu engellemez', %17,3'ünün 'Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle simir testi yaptırmaktan korkarım' önermesine katıldığı saptanmıştır. Katılımcıların sadece %4,7'sinin 'Sağlık personeli simir/HPV testi yaptırırken

kaba davranır' ve %8,2'sinin 'Simir testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam' önermelerine katıldığı gösterilmiştir (Tablo 5.26).

Tablo 5.26. Araştırma grubunda SİMÖ engel algısı alt boyut sorularının cevap dağılımı

	Kesinlikle katılmıyor/ Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor/ Kesinlikle katılıyor
Sorular	n (%)	n (%)	n (%)
1. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle simir testi yaptırmaktan korkarım	563 (77,1)	41 (5,6)	126 (17,3)
2. Ne yapılacağını bilmediğim için simir testi yaptırmaktan korkarım	588 (80,5)	32 (4,4)	110 (15,1)
3. Simir testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum	615 (84,2)	19 (2,6)	96 (13,2)
4. Simir testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım	447 (61,2)	21 (2,9)	262 (35,9)
5. Simir testi yaptırmak çok fazla zaman alır	599 (82,1)	92 (12,6)	39 (5,3)
6. Simir testi yaptırmak çok ağırlıdır	532 (72,9)	126 (17,2)	72 (9,9)
7. Sağlık personeli simir/HPV testi yaptırırken kaba davranır	570 (78,0)	126 (17,3)	34 (4,7)
8. Yıllık olarak simir testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam	391 (53,6)	52 (7,1)	287 (39,3)
9. Yaşamımda simir testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var	542 (74,2)	42 (5,8)	146 (20,0)
10. Belirli aralıklarla simir testi yaptırmak için çok yaşıyorum	640 (87,6)	26 (3,6)	64 (8,8)
11. Simir testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok	644 (88,2)	31 (4,2)	55 (7,6)
12. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, simir testi yaptırmak bunu engellemez	522 (71,5)	78 (10,7)	130 (17,8)
13. Simir testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim	402 (55,1)	39 (5,3)	289 (39,6)
14. Simir testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam	626 (85,8)	44 (6,0)	60 (8,2)

Araştırma grubunun SİMÖ ciddiyet algısı alt boyutu sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde %67,1'inin 'Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur' önermesine katıldığı belirlenmiştir. Katılımcıların %60,4'ünün 'Rahim

ağız kanserini düşünmekten korkarım’ önermesine ve %60,1’inin ‘Rahim ağız kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım’ önermesine katıldıkları saptanmıştır (Tablo 5.27).

Tablo 5.27. Araştırma grubunda SİMÖ ciddiye algısı alt boyut sorularının cevap dağılımı

	Kesinlikle katılmıyor/ Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor/ Kesinlikle katılıyor
Sorular	n (%)	n (%)	n (%)
1. Rahim ağız kanseri düşüncesi beni korkutur	210 (28,8)	30 (4,1)	490 (67,1)
2. Rahim ağız kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar	310 (42,5)	43 (5,9)	377 (51,6)
3. Rahim ağız kanserini düşünmekten korkarım	252 (34,5)	37 (5,1)	441 (60,4)
4. Rahim ağız kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım	210 (28,8)	81 (11,1)	439 (60,1)
5. Rahim ağız kanseri olmak eşimle, erkek arkadaşım ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaratabilir	308 (42,2)	102 (14,0)	320 (43,8)
6. Eğer rahim ağız kanseri olursam bütün hayatım değişir	292 (40,0)	90 (12,3)	348 (47,7)
7. Eğer rahim ağız kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam	430 (58,9)	179 (24,5)	121 (16,6)

Araştırma grubunun SİMÖ duyarlılık algısı alt boyutu sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde ‘Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağız kanseri olacağımı hissediyorum’ önermesine %10,8’inin katıldığı, %66,4’ünün katılmadığı ve %22,8’inin kararsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 5.28).

Tablo 5.28. Araştırma grubunda SİMÖ duyarlılık algısı alt boyut sorularının cevap dağılımı

	Kesinlikle katılmıyor/ Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor/ Kesinlikle katılıyor
Sorular	n (%)	n (%)	n (%)
1. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir.	386 (52,9)	225 (30,8)	119 (16,3)
2. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir.	447 (61,2)	213 (29,2)	70 (9,6)
3. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissediyorum.	485 (66,4)	166 (22,8)	79 (10,8)

Araştırma grubunun SİMÖ sağlık motivasyonu alt boyutu sorularına verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde %74,7'sinin 'Sağlığım için dengeli beslenirim' önermesine katıldığı belirlenmiştir. Katılımcıların %50,8'inin 'Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım' ifadesine, %46,7'sinin 'Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim' önermesine katıldığı tespit edilmiştir (Tablo 5.29).

Tablo 5.29. Araştırma grubunda SİMÖ sağlık motivasyonu alt boyutu sorularının cevap dağılımı

	Kesinlikle katılmıyor/ Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor/ Kesinlikle katılıyor
Sorular	n (%)	n (%)	n (%)
1. Sağlığım için dengeli beslenirim	121 (16,6)	64 (8,7)	545 (74,7)
2. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım	290 (39,7)	69 (9,5)	371 (50,8)
3. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim	325 (44,5)	64 (8,8)	341 (46,7)

5.2. Araştırma Grubunun Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Analitik Olarak İncelenmesi

5.2.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunun İncelenmesi

Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri ile ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu Tablo 5.30’da karşılaştırılmıştır. 60-65 yaş grubundaki kadınların diğer yaş gruplarına göre ulusal serviks tarama standardına uyumu anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0,05$). Evli olan kadınlar evli olmayanlara göre ulusal serviks kanseri tarama standardına anlamlı düzeyde daha fazla uyumuşlardır ($p<0,05$). Ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum öğrenim düzeyine göre anlamlı ölçüde farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Öğrenim düzeyi lise üstü olan kadınlar (%75,2) lise (%62,9) ve lise altı (%58,1) öğrenim düzeyindeki kadınlara göre anlamlı şekilde ulusal serviks kanseri tarama standardına daha fazla uyum göstermişlerdir. En uzun süre köy/kasabada yaşayanların büyükşehir/il merkezi ve ilçede yaşayanlara göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p<0,05$). Kentsel bölgede yaşayanların kırsal bölgede yaşayanlara göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu anlamlı ölçüde daha fazladır ($p<0,05$).

Tablo 5.30. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Yaş grupları						
30-39 yaş	174	66,4	88	33,6	22,760	<0,001
40-49 yaş	176	71,3	71	28,7		
50-59 yaş	98	65,3	52	34,7		
60-65 yaş*	29	40,8	42	59,2		
Medeni durum						
Evli	403	67,6	193	32,4	7,420	0,006
Evli olmayan	74	55,2	60	44,8		
Öğrenim durumu						
Lise altı	162	58,1	117	41,9	17,918	<0,001**
Lise	124	62,9	73	37,1		
Lise üstü*	191	75,2	63	24,8		
En uzun yaşanan yerleşim birimi						
Büyükşehir/il merkezi	416	67,2	203	32,8	10,936	0,004
İlçe	34	65,4	18	34,6		
Köy/kasaba*	27	45,8	32	54,2		
Yaşanan yer						
Kent	451	66,3	229	33,7	4,220	0,040
Kır	26	52,0	24	48,0		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdeleer satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır. *Farkı yaratan satır **Eğimde ki-kare

Katılımcıların çalışma durumu, algılanan gelir ve sağlık güvencesi varlığı açısından ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 5.31).

Tablo 5.31. Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Çalışma durumu						
Çalışan	214	69,3	95	30,7	3,623	0,057
Emekli/Çalışmayan	263	62,5	158	37,5		
Algılanan gelir						
Geliri giderinden az	137	64,0	77	36,0	0,323	0,851
Geliri giderine eşit	278	66,2	142	33,8		
Geliri giderinden fazla	62	64,6	34	35,4		
Sağlık güvencesi varlığı						
Yok	13	56,5	10	43,5	0,816	0,366
Var	464	65,6	243	34,4		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdeler satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır.

Geniş aile yapısı olan katılımcıların ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun çekirdek ve parçalanmış aile yapısı olan katılımcılara göre anlamlı oranda daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimine kayıtlı olma durumuna göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5.32).

Tablo 5.32. Katılımcıların aile özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Aile tipi						
Çekirdek	408	66,4	206	33,6	6,108	0,047
Parçalanmış	33	70,2	14	29,8		
Geniş*	36	52,2	33	47,8		
Ailede sağlık çalışanı varlığı						
Var	120	68,2	56	31,8	0,826	0,364
Yok	357	64,4	197	35,6		
Aile hekimine kayıtlı olma durumu						
Kayıtlı	466	65,7	243	34,3	1,604	0,205
Kayıtlı değil	11	52,4	10	47,6		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdeler satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır. *Farkı yaratan satır

Araştırmaya katılan evli kadınlar arasında eş öğrenim düzeyi lise altı olanların lise ve lise üstü öğrenim düzeyi olanlara göre ve eş sınıfsal konumu tarım olanların diğer sınıflara göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Evli kadınların eş çalışma durumunun ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu etkilemediği görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 5.33).

Tablo 5.33. Araştırmaya katılan evli kadınların eş sosyodemografik özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Eş öğrenim durumu						
Lise altı*	109	56,2	85	43,8	19,003	<0,001
Lise	105	69,1	47	30,9		
Lise üstü	189	75,6	61	24,4		
Eş çalışma durumu						
Çalışan	311	68,1	146	31,9	0,169	0,681
Emekli/Çalışmayan	92	66,2	47	33,8		
Eş sınıfsal konumu						
Tarım*	8	38,1	13	61,9	11,739	0,019
Tarım dışı kendi hesabına çalışan	47	66,2	24	33,8		
Tarım dışı kendi hesabına çalışıp işçi çalıştıran	45	65,2	24	34,8		
Beyaz yakalı	146	73,4	53	26,6		
Mavi yakalı ve hizmet emekçisi	157	66,5	79	33,5		
Toplam	403	67,6	193	32,4		

#Yüzdelere satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır. *Farkı yaratan satır.

5.2.2. Araştırma Grubunun Sağlık ve Üreme Sağlığı Özelliklerine Göre Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunun İncelenmesi

Algılanan sağlık durumu ve süreğen hastalık öyküsü ile ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5.34).

Tablo 5.34. Katılımcıların algılanan sağlık durumu ve süreğen hastalık öyküsüne göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Algılanan sağlık durumu						
İyi	315	66,0	162	34,0	3,660	0,160
Orta	117	60,9	75	39,1		
Kötü	45	73,8	16	26,2		
Süreğen hastalık öyküsü						
Var	147	60,7	95	39,3	3,381	0,066
Yok	330	67,6	158	32,4		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdeleyer satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır.

Ailede kanser öyküsü ve çevrede/ailede serviks kanseri öyküsü varlığı açısından ulusal serviks kanseri tarama standardına uyan ve uymayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5.35).

Tablo 5.35. Katılımcıların aile kanser öyküsü ve çevrede/ailede serviks kanseri öyküsüne göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Ailede kanser öyküsü						
Var	217	68,5	100	31,5	2,396	0,122
Yok	260	63,0	153	37,0		
Çevrede serviks kanseri öyküsü						
Var	104	70,3	44	29,7	1,991	0,158
Yok	373	64,1	209	35,9		
Ailede serviks kanseri öyküsü						
Var	45	71,4	18	28,6	1,128	0,288
Yok	432	64,8	235	35,2		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdelemler satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır.

Gebelik sayısı ve isteyerek düşük sayısına göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 5.36).

Tablo 5.36. Katılımcıların doğurganlık özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

	Uyum	n	Ortalama $\pm$ SS	p #
Gebelik sayısı	Uyan	477	2,74 $\pm$ 1,61	0,394
	Uymayan	253	2,96 $\pm$ 2,05	
İsteyerek düşük sayısı	Uyan	477	0,38 $\pm$ 0,85	0,412
	Uymayan	253	0,44 $\pm$ 0,85	

#Mann Whitney U testi yapılmıştır.

İlk doğumunu 25 yaş ve üzerinde yapan kadınların 17 yaş altında ve 17-24 yaş aralığında yapan kadınlara göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu anlamlı ölçüde daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 5.37).

Tablo 5.37. Katılımcıların ilk doğumlarını yaptıkları yaşa göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
İlk doğum yapma yaşı						
<17 yaş	14	70,0	6	30,0	8,554	0,014
17-24 yaş	232	61,7	144	38,3		
≥25 yaş*	201	72,6	76	27,4		
Toplam	447	66,4	226	33,6		

#Yüzdelere satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır. *Farkı yaratan satır.

Jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı düzenli şekilde olan kadınların (%91,5) düzensiz gidenlere (%56,2) göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 5.38).

Tablo 5.38. Katılımcıların jinekolojik muayene olma özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı						
Düzenli giden	173	91,5	16	8,5	77,255	<0,001
Düzensiz giden	304	56,2	237	43,8		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdelere satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır.

Menopoza giren kadınların ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumlu şekilde tarama testi yaptırmaları menopoza girmeyenlerden anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0,05$) (Tablo 5.39).

Tablo 5.39. Katılımcıların menopoz özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Menopoz durumu						
Menopoza girmiş	135	57,7	99	42,3	8,900	0,003
Menopoza girmemiş	342	69,0	154	31,0		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdeler satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır.

5.2.3. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri ve Tarama ile İlgili Bilgi ve Farkındalıklarına Göre Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunun İncelenmesi

Serviks kanseri bilgisi olduğunu bildiren, sağlık çalışanı tarafından ve aile hekimi/hemşiresi tarafından serviks kanseri hakkında bilgi verilen katılımcıların ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 5.40).

Tablo 5.40. Katılımcıların beyanına dayalı serviks kanseri bilgisi ve serviks kanseri hakkında bilgilendirilme durumuna göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Kişinin beyanına dayalı serviks kanseri bilgisi						
Var	405	75,0	135	25,0	85,448	<0,001
Yok	72	37,9	118	62,1		
Toplam	477	65,3	253	34,7		
Sağlık çalışanı tarafından bilgi verilme durumu						
Verilen	332	80,0	83	20,0	23,904	<0,001
Verilmeyen	73	58,4	52	41,6		
Aile hekimi/hemşiresi tarafından bilgi verilme durumu						
Verilen	258	80,1	64	19,9	11,170	0,001
Verilmeyen	147	67,4	71	32,6		
Toplam	405	75,0	135	25,0		

#Yüzdeler satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır.

Uygulanan t testi analizi sonuçlarında serviks kanseri ve erken tanı ile ilgili bilgi testi toplam puan ortalamasının ulusal serviks kanseri tarama standardına uygun şekilde test yaptıran katılımcılarda anlamlı oranda daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 5.41).

Tablo 5.41. Katılımcıların serviks kanseri ve erken tanı ile ilgili bilgi testi toplam puan ortalamasına göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

	Uyum	n	Ortalama $\pm$ SS	t	p #
Bilgi testi toplam puan ortalaması	Uyan	477	14,53 $\pm$ 3,19	9,865	<0,001
	Uymayan	253	11,25 $\pm$ 4,75		

#t testi yapılmıştır.

Tarama testine katılım isteğine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum değerlendirildiğinde istekli olanlarda (%76,4) istekli olmayanlara (%23,5) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5.42).

Tablo 5.42. Katılımcıların serviks kanseri tarama testi katılım isteklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Tarama testi katılım istekleri						
Var	441	76,4	136	23,6	149,441	<0,001
Yok	36	23,5	117	76,5		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdeleer satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır.

Serviks kanserine yönelik HPV aşısını duyanların (%74,2) duymayanlara (%57,9) göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumları anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0,05$). HPV aşısı için uygun yaşta kızı olması durumunda aşığı kızına yaptırmak isteyen ve istemeyenler arasında ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı ölçüde bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5.43).

Tablo 5.43. Katılımcıların serviks kanserine yönelik HPV aşısı ile ilgili farkındalıklarına göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
HPV aşısını duyma						
Duyan	247	74,2	86	25,8	21,090	<0,001
Duymayan	230	57,9	167	42,1		
HPV aşısı için uygun yaşta kızı olması durumunda aşı yaptırma isteği						
Var	266	66,8	132	33,2	0,860	0,354
Yok	211	63,6	121	36,4		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdelere satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır.

5.2.4. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri Risk Modelindeki Faktörlere Göre Ulusal Tarama Standardına Uyumunun İncelenmesi

HPV aşısı olanlar olmayanlara göre ulusal serviks kanseri tarama standardına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla uymuştur ($p<0,05$). Sigara kullanma öyküsüne göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5.44).

Tablo 5.44. Katılımcıların HPV aşısı olma durumu ve sigara kullanma öyküsüne göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
HPV aşısı olma durumu						
Aşı olan	18	85,7	3	14,3	3,962	0,047
Aşı olmayan	459	64,7	250	35,3		
Sigara kullanma öyküsü						
Kullanmayan	295	65,0	159	35,0	1,511	0,470
Kullanan	144	64,3	80	35,7		
Bırakmış	38	73,1	14	26,9		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdelere satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır.

Yaşam boyu cinsel eş sayısı, ilk cinsel ilişki yaşı ve doğum sayısına göre ulusal serviks tarama standardına uyum karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Yaşam boyu en çok doğum kontrolü yöntemi olarak kondom kullananların, cinsel yolla bulaşan hastalık geçirenlerin ve HPV enfeksiyonu geçirenlerin ulusal serviks tarama standardına uyumları anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 5.45).

Tablo 5.45. Katılımcıların cinsel ve üreme sağlık özelliklerine göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

Değişken	Uyan		Uymayan		χ^2	p #
	n	%	n	%		
Yaşam boyu cinsel eş sayısı						
1 eş	404	65,3	215	34,7	5,698	0,058
2-5 eş	63	62,4	38	37,6		
≥6 eş	10	100,0	0	0,0		
İlk cinsel ilişki yaşı						
<16 yaş	30	56,6	23	43,4	1,927	0,165
≥16 yaş	447	66,0	230	34,0		
Yaşam boyu en çok kullanılan doğum kontrol yöntemi						
Kondom	156	73,6	56	26,4	8,963	0,003
Kondom değil	321	62,0	197	38,0		
Doğum sayısı						
Hiç doğum yapmamış	30	52,6	27	47,4	7,327	0,062
1 doğum	102	67,5	49	32,5		
2 doğum	204	69,2	91	30,8		
≥3 doğum	141	62,1	86	37,9		
Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme						
Geçiren	28	84,8	5	15,2	5,807	0,016
Geçirmeyen	449	64,4	248	35,6		
HPV enfeksiyonu geçirme						
Geçiren	17	94,4	1	5,6	6,902	0,009
Geçirmeyen	460	64,6	252	35,4		
Toplam	477	65,3	253	34,7		

#Yüzdelere satır yüzdesidir. Ki-kare testi yapılmıştır.

5.2.5. Araştırma Grubunun Serviks Kanseri ve Pap-smear Testi Sağlık İnançlarına Göre Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunun İncelenmesi

Katılımcıların serviks kanseri ve Pap-smear testi sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından alınan puan ortalamaları serviks kanseri tarama standardına uyumları açısından Tablo 5.46’da değerlendirilmiştir. Ciddiyet algısı ve duyarlılık algısı alt boyutları puan ortalamalarında ulusal serviks kanseri

tarama standardına uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ulusal serviks kanseri tarama standardına uyanlarda Pap-smear yarar/sağlık motivasyonu ile sağlık motivasyonu alt boyut puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek, engel algısı alt boyut puan ortalaması anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0,05$).

Tablo 5.46. Katılımcıların serviks kanseri ve Pap-smear testi sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun karşılaştırılması

	Uyum	n	Ortalama $\pm$ SS	t	p #
Pap-smear yarar/ motivasyonu	Uyan	477	33,02 $\pm$ 3,98	7,122	<0,001
	Uymayan	253	30,50 $\pm$ 4,81		
Pap-smear engel algısı	Uyan	477	28,42 $\pm$ 6,97	-13,471	<0,001
	Uymayan	253	36,98 $\pm$ 8,73		
Serviks kanseri ciddiyet algısı	Uyan	477	22,02 $\pm$ 5,63	0,281	0,778
	Uymayan	253	21,89 $\pm$ 5,95		
Serviks kanseri duyarlılık algısı	Uyan	477	7,25 $\pm$ 2,33	0,183	0,855
	Uymayan	253	7,22 $\pm$ 2,14		
Sağlık motivasyonu	Uyan	477	10,23 $\pm$ 2,54	5,272	<0,001
	Uymayan	253	9,21 $\pm$ 2,37		

#t testi yapılmıştır.

5.2.6. Araştırma Grubunun Ulusal Serviks Kanseri Tarama Standardına Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

Tablo 5.47. Katılımcıların ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları

Ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum ile ilişkili faktörler*	Beta ± SE**	OR (%95 GA)***	p
Yaş grupları			
30-39 yaş	0,668±0,345	1,950(0,992-3,831)	0,053
40-49 yaş	1,060±0,343	2,886(1,474-5,651)	0,002
50-59 yaş	0,981±0,362	2,668(1,313-5,423)	0,007
60-65 yaş †			
Jinekolojik muayeneye gitme şekli			
Düzenli giden	1,361±0,296	3,899(2,184-6,961)	<0,001
Düzenli gitmeyen†			
Engel algısı puanı	-0,114±0,015	0,892(0,866-0,919)	<0,001
Bilgi testi puanı	0,107±0,028	1,113(1,053-1,176)	<0,001
Katsayı	1,849±0,798	6,355	0,021
Nagelkerke R ² =0,396 Hosmer and Lemeshow test p=0,351			

*Analize dahil edilen değişkenler şunlardır: Bağımlı değişken ‘ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum’ ; Bağımsız değişkenler yaş, öğrenim durumu, medeni durum, en uzun yaşanan yer, bilgi testi puanı, engel algısı, sağlık motivasyonu, Pap- smear yarar/motivasyonu, jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı, süregelen hastalık öyküsü, çevrede serviks kanseri öyküsü, CYBE geçirme durumu, yaşam boyu en çok doğum kontrol yöntemi olarak kondom kullanımı, yaşam boyu cinsel eş sayısı, ilk cinsel ilişki yaşı, HPV aşısı yaptırma durumu. **Beta ± SE: regresyon katsayısı ve standart hatası; ***OR: Odds Ratio (%95 Güven Aralığı). †Referans kategoriler.

Araştırma grubunda ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum ile ilişkili faktörler Tablo 5.47’de yer almaktadır. Ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum 60-65 yaş grubuna göre 40-49 yaşındakilerde 2,886 kat, 50-59 yaşındakilerde 2,668 kat daha fazladır. Düzenli jinekolojik muayeneye gitmeyenlere göre düzenli gidenler 3,899 kat daha fazla tarama standardına uyum göstermiştir. Engel algısı puanı bir birim arttığında standartlara göre taramaya uyum 0,892 kat azalmıştır. Bilgi testi puanının bir birim artışı taramaya uyumu 1,113 kat artırmıştır (Tablo 5.47).



6. TARTIŞMA

Tartışma bölümü iki ana başlıkta ele alınmıştır. Araştırma yöntemi ile bulgular arasındaki ilişki birinci kısımda tartışılmıştır. İkinci kısımda ise elde edilen bulguların tıp pratiğindeki ve hizmet planlamasındaki anlamı ve kullanılabilirliği ana başlığı altında araştırma grubunun serviks kanseri tarama testi katılım özellikleri, serviks kanseri ve tarama ile ilgili bilgi ve farkındalıkları, sosyodemografik özellikleri, bazı sağlık ve üreme sağlığı özellikleri, serviks kanseri riski, serviks kanseri sağlık inançları ile tarama testi uyumu arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

6.1.Araştırma Yöntemi İle Bulgular Arasındaki İlişki

Araştırma, belirli bir örneklem üzerinde ve belirli bir zaman kesitinde gerçekleştirildiğinden dolayı kesitsel araştırma niteliğindedir. Kesitsel çalışma tasarımı istatistiksel olarak anlamlı bulunan bazı ilişkilerin neden-sonuç ilişkisi olup olmadığı kesin olarak yorumlanamamaktadır. Serviks kanseri tarama testlerine katılımı etkileyen faktörler için yapılan analiz sonuçlarının neden-sonuç ilişkisi açısından dikkatli yorumlanması gerekmektedir. Ancak bulunan ilişkinin serviks kanseri tarama testlerine katılım ile bazı faktörlerin ilişkisine işaret etmesi açısından değerli olduğu söylenebilir. Hizmet planlamasında serviks kanseri tarama testlerine katılım ile ilişkili bulunan faktörlere öncelik verilmesi gerektiği söylenebilir. Neden sonuç ilişkisinin kesin olmamasına karşın araştırma bölgesinde tarama testi katılım oranını saptamak açısından sonuçlarının araştırma evrenine genellenebilir olması önem taşımaktadır ve araştırmanın tipi bu anlamda amaca uygundur. Sonuçların araştırma evrenine genellenebilir olması Antalya Konyaaltı ilçesinde taramalara katılmayan kadınlara yönelik çalışmalar için önemlidir.

Araştırma yapılacak bireyler geniş bir alana dağılmış durumda ise, basit rasgele ve tabakalı rasgele örnekleme yöntemiyle yapılan seçimle örnekleme çıkan bireylere ulaşmak pratik olmayabilir. Böyle bir durumda küme örnekleme yöntemi uygulama kolaylığı sağlar (180, 181). Konyaaltı ilçesinin geniş bir alan olması ve kısa sürede düşük maliyetle çalışmanın tamamlanması bakımından örnekleme yöntemlerinden küme örneklem yöntemi kullanılmıştır. Küme

örnekleme yönteminde örnekleme hatasını etkileyen en önemli faktör kümelerin homojen ya da heterojen olmasıdır. Küme içinde heterojen olması (değişik özellikteki birimleri içermesi) durumunda örnekleme hatası küçülür. Küme içindeki birimlerin homojen olması durumunda ise örnekleme hatası büyük olur. Küme örnekleme yönteminde genel kural kümedeki birim sayısının az olması yani kümelerin küçük olmasıdır. Kümelerin küçük olması küme sayısını artıracak, bu da değişik özellikteki kümelerin örnekleme girme şansını arttıracaktır (180, 181). Araştırmamızda belirli bölgelerden daha fazla katılım olması sonucu taraf tutmanın önlenmesi, her kümenin içinde ve kümelerin arasında homojenite ve heterojenite dengesinin sağlanması açısından; desen etkisi 2 seçilerek ulaşılması hesaplanan örnekleme büyüklüğü 2 ile çarpılmış ve her kümede birim sayısının az olması sağlanarak küme sayısının yüksek olması hedeflenmiştir. Bir kümede 10 kadın olacak şekilde 73 kümede 730 kadın örnekleme grubunu oluşturmuştur. Ayrıca taraf tutmanın önlenmesi için küme başı adresler mahalle haritaları üzerinden rasgele yöntemle seçilmiştir. Küme başı adreslerinin rasgele yöntemle seçilmesi aracılığıyla olası bir seçim biasının engellenmesi hedeflenmiştir.

Örnekleme grubunun Türkiye’de tarama testi yaptırmayı tavsiye edilen yaş grubundaki kadınlardan oluşması çalışmanın güçlü yönlerinden biridir.

Araştırmanın gerçekleştirildiği Konyaaltı ilçesi sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bir ilçedir. Ülkemizdeki illerin sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasında Antalya ili 5. sırada bulunmaktadır. Türkiye’deki okuryazar nüfus oranı ve okuryazar kadın nüfusunun toplam kadın nüfusuna oranı bakımından Antalya ili ilk sırada bulunmaktadır (182). Birinci derecede gelişmiş ilçeler grubu; sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında ilk on beş sırada yer alan ilçeleri kapsamaktadır. Antalya ilinin beş merkez ilçesinden birisi olan Konyaaltı ilçesi, birinci derecede gelişmiş ilçeler grubunda yer almaktadır (183). Bu merkez ilçelerdeki 30-64 yaş kadınların öğrenim durumlarının oranları incelendiğinde Konyaaltı ilçesindeki lise mezunları oranı %27,9, yüksekokul veya üniversite mezunları oranı ise %42,4’tür. Ülkemizde sosyoekonomik durum, sosyal yaşam, eğitim, sağlık ve çevre olanaklarını bir arada değerlendiren İnsani Gelişim Endeksi açısından 161 büyük ilçe arasında yapılan sıralamada ise Konyaaltı ilçesi 39. sırada yer almaktadır. Eğitim açısından 6. sırada yer almaktadır (155, 184).

Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması özellikle sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını artırarak tarama hizmeti kullanım oranının Antalya geneline ve Türkiye'nin farklı bölgelerine göre yüksek hesaplanmasına neden olabilir. Literatürde yapılmış olan araştırmalarla yapılacak karşılaştırmalarda bu durum göz önüne alınmalıdır.

Araştırma ile tüm evrenin temsiliyeti hedeflenmiştir ancak gönüllü katılım biası göz ardı edilemez. Ziyaret saatleri hafta içi 18.00-20.30, hafta sonu 10.00-20.30 olarak belirlenmiş ve çalışan kadınlara da ulaşılması hedeflenmiştir. Ziyaret sırasında evde bulunmayanların ve çalışmayı kabul etmeyenlerin araştırma kapsamına alınmaması biasa yol açmış olabilir.

Tüm bilgiler beyana dayalı anketlerden elde edildiği için kabul biası (ankete yanıt verenlerin ifadelerle katılma eğilimi, bir soru katılma / katılmama ya da evet / hayır gibi cevaplarla sorulduğunda gerçekleşir), hatırlama biası veya sosyal arzulan durum biası (katılımcılar toplum tarafından onaylanan ve beklenen cevapları vermiş olabilir) gibi bilgi toplamaya bağlı bias göz ardı edilemez.

Araştırma verisi 10 anketör tarafından toplanmıştır. Ancak anketörler tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencisi olup sahaya çıkmadan önce araştırmacılar tarafından eğitim almışlardır. Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı kadınlardan elde edilen bilgilerin klinik kayıtlar ile tutarlılığının bakılmamasıdır. Klinik kayıtlara erişim eksikliği göz önüne alındığında, Pap-smear ve/veya HPV testi sonuçları doğrulanamamıştır.

Çalışmamızın veri toplama formu kadın ve üreme sağlığına yönelik sorular içermektedir. Bu nedenle kadın anketörler tarafından veri toplanmış ve özellikle son iki soru (cinsel eş sayısı ve ilk cinsel ilişki yaşı) kişiye özel sorular olduğu için kapalı zarf yöntemi kullanılarak yanıtlanmama ve bias olasılığı bertaraf edilmiştir.

Çalışmamızda bağımsız değişkenlerden biri olan “serviks kanserine yönelik bilgi düzeyi testi ortalama puanının” geçerliliğinin sorgulanması gerekir. Literatür taranarak araştırmacı tarafından serviks kanseri hakkında bilgi düzeyini ölçmeye yönelik 20 ifade oluşturulmuş ve her doğru yanıtı bir puan verilmiştir. Ancak geçerlilik-güvenilirliğin test edilmemesi ve 20 ifadeden bazılarının

diğerlerinden daha fazla puan verilmesi gereken ifadeler olma olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Serviks kanseri tarama hizmeti kullanımına ilişkin çok sayıda araştırma olmasına karşın büyük çoğunluğu sağlık kurumuna başvurular üzerinden yapılmıştır. Toplumdan örnek seçilerek çalışmanın gerçekleştirilmesi yani toplum tabanlı olması güçlü yanıdır. Servikal kanser taramasına katılım için belirleyicilerin çok boyutlu bir yapı içerisinde tahmin edilmesi çalışmanın güçlü yönlerindendir.

Risk düzeyi değerlendirme programı kullanılarak serviks kanseri risk düzeyi hesaplanması çalışmanın güçlü yönlerinden biridir. Fakat, Amerika ve Batı toplumlarına uygun şekilde geliştirilmiş olan risk düzeyi belirleme modelinin Türk toplumuna uygulanması çalışmanın önemli bir kısıtlılığıdır.

Araştırmada kullanılan ‘Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin iç tutarlılık ve homojenliğinin bir göstergesi olarak Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. Türkçe geçerlilik çalışmasında Cronbach alpha katsayısının pap smear yarar/motivasyon 0,86; pap smear engeller 0,82; ciddiyet 0,78; duyarlılık 0,78; sağlık motivasyonu için 0,62 olduğu bildirilmiştir (177). Çalışmamızda ise bu değerin pap smear yarar/motivasyon 0,86; pap smear engeller 0,86; ciddiyet 0,83; duyarlılık 0,84; sağlık motivasyonu için 0,61 olduğu görülmüştür. Araştırmamızda kullanılan ölçeğin güvenilirliğinin sağlık motivasyonu alt boyutu için kabul edilebilir, diğer alt boyutlar için iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir (185).

6.2. Elde Edilen Bulguların Tıp Pratiğindeki ve Hizmet Planlamasındaki Anlamı ve Kullanılabilirliği

6.2.1. Serviks Kanseri Tarama Testi Yaptırma Özellikleri

Bu çalışma, Antalya ili Konyaaltı ilçesinde yaşayan kadınlar arasında serviks kanseri tarama hizmeti kullanımı üzerine odaklanmış ve tarama hizmeti kullanımı ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Dünyada tarama programı türü (fırsatçı veya organize) ve tarama programı önerileri ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Türkiye’de toplum tabanlı serviks kanseri

taraması 30-65 yaş grubundaki her kadına 5 yılda bir HPV testi veya Pap-smear testi uygulanarak yapılmaktadır (10). Son beş yıl içinde HPV ve/veya Pap-smear testi yaptıran kadınlar ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuş olarak kabul edilmiştir. Türkiye serviks kanseri tarama programı ulusal standardına göre son beş yıl içinde tarama testi yaptıranların belirlenmesinin tarama testine katılım ile ilişkili etmenleri daha doğru yansıtacağı düşünülmüştür.

Çalışmamızda en az bir kez ya da daha fazla tarama testi katılım oranı %73,2, ulusal serviks kanseri tarama standartlarına uyumlu olacak şekilde son beş yıl içinde tarama testine katılım ise %65,3 bulunmuştur. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016 yılı Faaliyet Raporu'nda serviks kanseri tarama (30–65 yaş) hedefinin %70 olduğu belirtilmektedir (141).

Yaşam boyu en az bir kez tarama testi yaptırama oranı İngiltere'de %83 (186), Vietnamlı Amerikalı kadınlarda %75 (187) olarak bildirilmiştir ve çalışmamızdan daha yüksektir. Ancak yaşam boyu en az bir kez tarama testi yaptırama oranı Etiyopya'da %20,9 (188), Güney Afrika'da %52 (189), Suudi Arabistan'da %26 (190), Kamboçya'da %7 (191), Bahreyn'de %40,7 (192), Tunus'ta %28 (193), İran'da %32 (194) olarak bildirilmiş olup çalışmamızdan daha düşüktür. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda son iki yılda tarama testi yaptırama oranı Avustralya'da %73 (195) olarak bildirilmiştir. Son üç yıl içinde tarama testi yaptırama oranı Etiyopya'da %19,8 (196), Brezilya'da %78,8 (197), İsviçre'de %72,9 (198), İspanya'da %70,1 (199), ABD'de %83,0 (200), Sicilya'da %66 (201) olarak çalışmalarda rapor edilmiştir. İspanya'da yapılan bir çalışmada son üç yıl içinde tarama yaptırama oranı %75,6 ve son beş yıl içinde tarama testi yaptırama oranı %80,4 olarak belirlenmiştir (202). 57 ülkede gerçekleştirilen bir araştırmada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında servikal kanser taraması kapsamı arasında önemli farklar olduğu kanıtlanmıştır (136).

Çalışmamız ile farklı ülkelerde yapılmış çalışmalar arasında yapılacak karşılaştırmalarda araştırmalar arasındaki yöntem farklılıkları, araştırma zamanındaki farklılık, örnekleme alınan yaş gruplarının farklı olması, çalışma katılımcılarının eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerdeki farklılıklar, daha eğitimli sağlık hizmeti profesyonellerinin mevcudiyetiyle birlikte hizmete

erişilebilirliğin farklı olması, ulusal tarama programının mevcudiyeti, kültürel yapının farklı olması dikkate alınmalıdır.

Türkiye’de yapılmış çalışmalarda yaşam boyu en az bir kez tarama testi katılım oranı Erzurum’da %16,6 (157), Erzincan’da %23,8 (158), Ankara’da %32,4 (159), Karaman’da %30,3 (160), İstanbul’da %46,1 (161), Malatya’da %51 (163), İzmir’de %52 (167) olup çalışmamızdan daha düşüktür. Sözmen ve ark.’nın Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan Ulusal Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Araştırması’ndan elde edilen verileri kullanarak 30 yaş üstü kadınlarda yaptıkları araştırmada yaşam boyu smear testi yaptırma oranı %22 bulunmuştur (164). Ülkemizde serviks kanserine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde son beş yıl içinde tarama testine katılım oranı sadece İzmir’de 2009 yılında 35-69 yaş grubundaki kadınlarda yapılmış bir çalışmada (167) belirlenmiş olup (%39,2) çalışmamıza göre daha düşüktür.

Çalışmamızda belirlenen tarama testi yaptırma oranının ülkemizde yapılmış diğer çalışmalara göre yüksek olması araştırma yöntem, yer ve zaman farklılıkları, örnekleme alınan yaş grupları, çalışma katılımcılarının eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerdeki ve bilgi düzeyindeki farklılıklardan kaynaklanabilir. Araştırmanın gerçekleştirildiği Konyaaltı ilçesi’nin sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bir ilçe olması araştırmamızda elde edilen tarama testlerine katılımın başka merkezlerde yapılmış araştırmalardan daha yüksek bulunmasına yol açmış olabilir. Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması özellikle sağlık hizmetlerinden yararlanma oranını artırarak tarama testi katılım oranının Türkiye’nin farklı bölgelerine göre yüksek hesaplanmasına neden olabilir. Ülkemizde HPV DNA testi kullanımına başlanması sayesinde serviks kanseri tarama oranları 4-5 kat artış göstermiştir (203). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016 yılı Faaliyet Raporu’nda serviks kanseri tarama (30–65 yaş) hedefi %70 iken %83 olarak gerçekleştiği belirtilmektedir. Hedefin üstünde tarama yapılması taramalarda HPV DNA testinin kullanımına başlanmasına bağlanmıştır (141). Sağlık Bakanlığı tarafından rapor edilen son yıllarda tarama testi olarak HPV testinin kullanıma girmesiyle serviks kanseri tarama hizmetinin yaygınlaşması da tarama hizmeti kullanım oranının çalışmamızda yüksek olmasına yol açmış olabilir.

Ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre 30-65 yaş arası kadınların tarama testi yaptırması tavsiye edildiği için örneklem grubu bu yaştaki kadınlar arasından seçilmiştir. 30-65 yaş arasında doğum öncesi ve sonrası bakım, doğum, menopoz nedenli problemler, kontraseptif yöntem kullanımı için sağlık kurumunun ziyaret edilmesi esnasında serviks kanseri hakkında bilgi alınması daha fazla tarama hizmeti kullanımını sağlayabilir. Ülkemizde tarama testi yapılırken dikkat edilen halen ya da geçmişte cinsel aktif olma durumu çalışmaya alınma kriterlerinden biridir. Bu kriter de tarama hizmeti kullanım oranının bazı çalışmalardan yüksek olmasına yol açmış olabilir.

Tarama testi yaptıran katılımcıların %33,7'si sadece bir kez yaptırmıştır. Birden fazla tarama testi yaptıran katılımcıların yarıya yakını (%46,9) düzensiz aralıklarla test yaptırmıştır. Düzenli yaptıranların ise çok az kısmı beş yılda bir (%11,7) yaptırmış, çoğu yıllık (%44,7) yaptırmıştır. Hiçbir yaş grubunda tarama testinin yılda bir yapılması önerilmemektedir (127). Aşırı yapılan uygunsuz servikal tarama yanlış pozitif test sonuçlarından dolayı gereksiz tanı prosedür ve tedavi riskinin artması, sağlık hizmeti maliyetlerinde artış, psikolojik stres ve endişe ile ilişkilidir (204). Kadınlara verilen eğitimlerde özellikle tarama test aralıklarının vurgulanması gerekmektedir. Önceden zamanı ayarlanmış randevu, hatırlatma mektubu ve telefonla hatırlatma gibi çeşitli stratejilerin tarama testi katılımını arttırdığı kanıtlanmıştır (205).

Katılımcılar en son tarama testini yaptırmak amacıyla ilk sırada özel hastane/özel poliklinikleri en son sırada KETEM ve TSM'leri tercih etmişlerdir. KETEM ve TSM'ye başvurunun az olması bu bölgede yaşayan kadınların bu kurumlar tarafından verilen hizmetleri bilmemesinden veya en yakın sağlık kuruluşundan en kısa sürede hizmet almak istemelerinden kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların yaklaşık yarısının erken teşhis amaçlı düzenli sağlık kontrolü amacıyla en son tarama testi yaptırdığını ifade etmesi farkındalığın yüksek olduğunu gösterirken %4,5'inin en son yapılan tarama testi sonucunu bilmemesi farkındalığı daha da artırmak için çalışmalara devam edilmesi gerektiğinin göstergesidir. Özellikle tarama testi örneği alınırken kadınlara amaç, tarama yöntemi, tarama aralıkları ve test sonucu bildirimi hakkında yeterli bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

Serviks kanserinde tarama testleri erken teşhis ile serviks kanserine bağlı morbidite ve mortalite oranını azaltmak için yaygın olarak kullanılır ve etkisi kanıtlanmıştır. Bu faydalara rağmen, çalışmamızda kadınların %34,7'si son beş yıl içinde tarama testi yaptırmamış, %26,8'i hiç yaptırmamıştır. Bu kadınlar yaşamları boyunca daha yüksek kanser riski altındadır. Hiç tarama testine katılmama oranı jinekoloji polikliniğine başvuran kadınlarda Erzurum'da 2010 yılında yapılan çalışmada %83,4 (157), Ankara'da 2012 yılında %67,6 (159) belirlenmiştir ve çalışmamızdan daha yüksektir. Araştırmanın gerçekleştirildiği Konyaaltı ilçesinin sosyoekonomik açıdan gelişmiş olması ve çalışmalar arasındaki zamanda uygulanan müdahaleler farkındalık düzeylerini artırmış olabilir. Ancak Sicilya'da gerçekleştirilen bir araştırmada (190) son üç yıl içinde Pap testi yaptırmama oranı %34, hiç yaptırmama oranı %16'dır ve oranların düşük gelirli ülkeler gibi yüksek olduğu ifade edilmiştir. Kanada'da yapılan bir araştırmada (206) son üç yıl içinde Pap testi yaptırmama oranı %17 olarak belirlenmiştir. Bu durum, Konyaaltı ilçesinde serviks kanseri tarama testi katılımını artırmak için stratejilere ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir.

Bu çalışmada tarama testini yaptırmama nedenleri olarak ilk sırada şikayet yokluğu %66,8, daha sonra sırasıyla vakit yokluğu %23,0, yeterli bilgiye sahip olmama %20,4, risk olmaması %15,8, nereye başvurulacağını bilmeme %8,7, gereksiz olduğunu düşünme %7,1, utanma %5,6, kanser teşhis korkusu %5,6, işlemin ağırlı olması %3,1, ihmal etme %2,5, genç yaşta olma %2,0, kadın sağlık çalışanı tarafından yapılmasını isteme %1,5, test korkusu %1,5, pahalı/ücreti karşılayamama %0,5, aşı yapıldığı için %0,5, yeni evli olma %0,5 olarak belirtilmiştir. Vietnamlı Amerikalı kadınlar arasında yapılan bir çalışmada tarama testi yaptırmamanın engelleri olarak sırasıyla iyi hissetmek/sağlık problemlerinin olmaması %33,8, sağlık sigortası olmaması %25,5, doktor tavsiyesinin olmaması %25,5, yüksek maliyetler %18,6, zaman yokluğu %15,2, utanma %4,8, bilgi eksikliği %3,5, nereye gidileceğini bilmeme %2,8, sigorta kapsamından emin olmama %1,4, dil sorunları %1,4, kadın doktor olmaması %0,7 olarak belirlenmiştir (187). Kültürel yapı ve sağlık sisteminin farklı olması tarama yaptırmama nedenleri arasındaki farklılıkları açıklayabilir. Ek olarak ülkemizde serviks kanseri tarama hizmetleri KETEM'lerde ücretsiz sağlanmaktadır (141).

Bu çalışmada, çoğu kadın serviks kanseri taraması yaptırmama kararında taramayı gerektirecek jinekolojik semptomlarının olmamasını gerekçe göstermiştir ve diğer çalışmalarla uyumludur (187, 188, 196). Bir çalışmada kadınların çoğunluğunun pap smear testinin amacının mevcut serviks kanserini tespit etme olduğuna inandığı yani semptom yoksa tarama testinin gerekli olmadığına inandığı belirlenmiştir (207). Tarama yaptırmayan kadınların tarama testini koruyucu bir araçtan çok teşhis aracı olarak algılaması ve koruyucu bakımın öncelikli olmaması bu sonuca yol açmış olabilir. Bu nedenle, kadınlar semptomları olmadığında tarama testi yaptırmak için sağlık kurumuna gitmeyi gerekli görmemiştir. Bu bulgu özellikle tarama yaptırmayan kadınlar arasında hastalıkların önlenmesinden ziyade tedaviye önem veren inançları değiştirmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Ek olarak, halk eğitimlerinin serviks kanseri taramalarının şikayet oluşturmamayan kanser öncesi lezyonları tespit ve tedavi edebileceği vurgulanarak düzenlenmesi gereksinimini göstermektedir. Kadınlara evde planlı izlem ve sağlık eğitim müdahalesi sonrası serviks kanseri bilgi düzeyinin arttığı ve pap smear yaptırmalarının olumlu yönde etkilendiği kanıtlanmıştır (208).

6.2.2. Sosyodemografik, Sağlık ve Üreme Sağlığı Özellikleri ile Tarama Uyumu İlişkisi

Tek değişkenli analizlerde çalışma durumu, algılanan gelir durumu, sağlık güvencesi varlığı, ailede sağlık çalışanı varlığı, aile hekimine kayıtlı olma durumu, algılanan sağlık durumu, süregelen hastalık öyküsü, ailede kanser öyküsü, çevrede/ailede serviks kanseri öyküsü, gebelik sayısı, isteyerek düşük sayısı, eş çalışma durumu ile taramaya uyum arasında ilişki bulunamamıştır.

Tek değişkenli analizlerde sosyodemografik, sağlık ve üreme sağlığı özellikleri değerlendirildiğinde; yaş, en uzun süre yaşanan yer, aile tipi, menopoz durumu, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşanan yer, jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı ile evli olan kadınlarda eşin öğrenim durumu ve eşin sınıfsal konumu taramaya uyumu ile ilişkili değişkenler olarak saptanmıştır.

Çok değişkenli analiz sonucunda; analize dahil edilen sosyodemografik, sağlık ve üreme sağlığı değişkenlerinden olan öğrenim durumu, medeni durum,

en uzun süre yaşanan yer değişkenlerinin taramaya uyum üzerindeki etkisi ortadan kalkmıştır. Çok değişkenli analiz sonucunda yaş ve jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı taramaya uyum ile ilişkili bağımsız değişkenler olarak saptanmıştır.

Bu çalışma, yaşın serviks kanseri tarama hizmeti katılımının önemli belirleyicilerinden biri olduğunu göstermiştir. 60-65 yaş grubuna göre 40-49 yaşındakiler 2,89 kat, 50-59 yaşındakiler 2,67 kat daha fazla ulusal serviks kanseri tarama standardına uymuştur. İzmir’de 35-69 yaş kadınlarda yapılan çalışmada en fazla 40-49 yaş grubundaki kadınların tarama standardına uyumlu olduğu belirlenmiştir (167). 30 yaş ve üstü kadınlarda Güney Afrika’da yapılan bir çalışmada ve Sözmen ve ark.’nın yaptığı çalışmada serviks kanseri tarama katılımının 50 ile 59 yaşları arasında en yüksek olduğu bulunmuştur (164, 189). Gelişmiş ülkelerde 55 yaş üstü kadınlar için tarama kapsam oranlarının düşük olduğu saptanmıştır (136, 202). Perimenopozal şikayetler nedeniyle jinekoloji polikliniğine başvuru veya konsültasyon oranının artması bu duruma yol açmış olabilir. Araştırmamızda tespit edilen menopozdaki kadınların menopozda olmayanlara göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun daha az olması bu durumu destekleyici niteliktedir. İzmir’de yapılan bir çalışmada menopoz durumu ile taramaya uyum arasında ilişki bulunamamıştır (167). Menopoza girmiş veya 60-65 yaş aralığındaki kadınların daha fazla tıbbi müdahale gerektirebilecek birçok hastalığa sahip olabilme olasılığı tarama testinin önceliğinin ötelenmesine yol açmış olabilir. Menopoz ve taramayla ilgili eğitimlerde ülkemizde 65 yaşa kadar taramanın tavsiye edildiği sağlığı geliştirme faaliyetlerinde bulunan hekimler ve hemşireler tarafından vurgulanmalıdır.

Kadınların %25,9’u düzenli olarak jinekolojik muayeneye gitmektedir. Jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı düzenli şekilde olan kadınların (%91,5) düzensiz gidenlere (%56,2) göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu anlamlı düzeyde daha yüksektir. Düzenli jinekolojik muayeneye gitmeyenlere göre gidenlerin 3,90 kat fazla tarama programına uyduğu saptanmıştır. Bir araştırmada son üç yılda jinekoloğu ziyaret etmenin tarama testi katılımını 3,27 kat (1,05–10,19) artırdığı belirlenmiştir (209). Başka bir çalışmada sağlık kuruluşunu iki yılda bir ya da daha fazla ziyaret edenlerin hiç ziyaret etmemiş olanlara göre tarama olasılıkları 3,76 kat daha yüksek bulunmuştur (188). Çin’de

yapılan bir çalışmada düzenli hekim ziyaretinin sağlık için önem taşıdığı algısının tarama yaptırmaya ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (210). Düzenli jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığına sahip olan kadınların, sağlık uzmanlarından serviks kanseri taraması konusunda danışma şeklinde kapsamlı bilgi edinme olasılığının daha yüksek olması bu sonuca yol açmış olabilir.

Çalışmamızda karıştırıcı faktörler için düzeltme yapıldıktan sonra eğitim durumu, medeni durum ve en uzun yaşanan yerin kentselliği ile tarama testi uyumu arasındaki ilişki ortadan kalkmıştır. Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi ile tarama testi yaptırmaya arasında ilişki tespit edilemezken (195, 201, 209, 211) bazılarında ise eğitimin yüksek düzeyde olmasının tarama uyumunu artırdığı bulunmuştur (164, 167, 189, 197, 199). Yüksek eğitilmiş kadınlar koruyucu uygulamalar hakkında potansiyel olarak daha fazla farkındalığa sahip olabilir. Dolayısıyla hekimler/jinekologlar ile daha fazla temas kurarak servikal tarama talep etme ve yaptırmaya olasılıkları daha yüksek olabilir ve daha düşük kültürel engellerle karşılaşabilir (199). Bazı çalışmalarda medeni durum ve tarama testi yaptırmaya arasında çalışmamızda olduğu gibi ilişki bulunamamıştır (201, 210, 211). Bazı çalışmalarda bir eşle birlikte yaşama durumunun (195, 197) veya evli kadınların tarama testi katılımı daha yüksek bulunmuştur (164, 199). Evli kadınların daha düzenli cinsel ilişkileri olması daha fazla jinekoloji hizmeti almalarına neden olabilir ya da tarama testi evli kadınlara üreme sağlığı hizmetlerinin bir parçası olarak daha fazla önerilmiş olabilir (164). Antalya Konyaaltı ilçesinde sosyoekonomik açıdan gelişmişliğin yüksek olması serviks kanseri taramaları ile ilişkili bilgi ve farkındalıklarının artmasına, hizmete erişiminin artmasına ve algılanan engellerin azalmasına yol açarak eğitim durumu, medeni durum ve en uzun yaşanan yerin kentselliği ile tarama uyumu arasında ilişki bulamamıza yol açmış olabilir.

Tek değişkenli analizlerde ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumun geniş aile yapısı olan katılımcıların çekirdek ve parçalanmış aile yapısı olan katılımcılara göre ve kırsal alanlarda yaşayan kadınların kentsel alanlarda yaşayan kadınlara göre anlamlı oranda daha düşük olduğu görülmüştür. Aile tipi (geniş, çekirdek, parçalanmış) ile yaş değişkeni ve yaşanan yer (kır, kent) ile en uzun yaşanan yer değişkeni yüksek ilişkili olduğu için aile tipi ve yaşanan yer

değişkenleri çok değişkenli analize alınmamıştır. Geniş aile yapısında iş yükü fazlalığı veya artan sorumluluklar nedeniyle tarama uygulamasına katılım daha az gerçekleşmiş olabilir. Bu çalışmaya paralel olarak kırsal alanlarda yaşayan kadınlar serviks kanseri tarama uyumu için dezavantajlı bulunmuştur (164, 199). Sağlık kurumlarına ulaşımın zorluğu, mesafe serviks kanseri taramalarının yetersiz yapılmasının önündeki engellerdendir (212). Avustralya’da yapılan bir çalışmada sağlık hizmetlerine evrensel erişimin yüksek olmasından dolayı yaşanan yer ile taramaya uyum arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (195). Kırsal alanda yaşayanların sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini artırmak sağlıkta eşitsizliklerin önüne geçmede önemlidir.

Kadınların istihdam durumu, sosyal güvenlik koşulları ve algılanan gelir durumunun ulusal rahim ağzı kanseri tarama standardına uyum üzerinde önemli bir etkisi bulunamamıştır. Sözman ve ark.’nın Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan Ulusal Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Araştırması’ndan elde edilen verileri kullanarak yaptıkları çalışmada ve ABD’de Vietnamlı kadınlar arasında tarama testi katılımının sosyal güvencesi olan kadınlarda sosyal güvencesi olmayan kadınlara göre anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir (164, 187). Sigortalı kadınların sağlık hizmetlerine erişme olasılıkları daha yüksek olabilir ve kanser taraması dahil daha sağlıklı davranışlarda bulunabilir. Bu çalışmada sosyal güvencesi olan kadınların (%65,6) olmayanlara (%56,5) göre tarama uyumu daha yüksek olmakla birlikte çalışmamıza dahil olan katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%96,8) sosyal güvencesinin olması sosyal güvence varlığı ile tarama uyumu arasında anlamlı bir ilişki elde edememize yol açmış olabilir. Gelir (167, 188) ve çalışma durumu (201) ile tarama yaptırma arasında ilişki bulunamayan çalışmalar olduğu gibi düşük hane halkı geliri olan kadınların tarama olasılığının düşük bulunduğu çalışmalar da vardır (213). Bir çalışmada çalışma durumu ile tarama katılımı pozitif ilişkili bulunmuştur (189). Sicilya’da yapılan bir çalışmada çalışma durumu ve tarama uyumu arasında ilişki saptanmamıştır (201). Ülkemizde KETEM ve aile hekimleri tarafından serviks kanserine karşı tarama hizmetlerinin ücretsiz olarak verilmesi ve araştırmanın yürütüldüğü Konyaaltı ilçesinin sosyoekonomik gelişmişliği ile ilişkili farkındalık artışı bu bulguları elde etmemize yol açmış olabilir (10, 155, 184).

Tek değişkenli analizlerde araştırmaya katılan evli kadınlar arasında eş öğrenim düzeyi lise altı olanların lise ve lise üstü öğrenim düzeyi olanlara göre ve eş sınıfsal konumu tarım olanların diğer sınıflara göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Ancak eş öğrenim düzeyi ve eş sınıfsal konumu değişkenleri araştırmaya katılan evli olmayan kadınlardan dolayı veri kaybına yol açacağı için çok değişkenli analize alınmamıştır. Eş öğrenim düzeyi yüksek olan kadınların eşleri tarafından tarama katılımı yönünde desteklenmesi veya farkındalıklarının daha yüksek olması tarama testi uyumlarını artırmış olabilir. Eşlerinin sınıfsal konumu tarım olan kadınların aktif bir şekilde eşlerine destek olmaları yani sorumluluklarının artışı tarama hizmetleri alımını azaltmış olabilir. Evli kadınların eş çalışma durumunun ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu etkilemediği saptanmıştır. Kadınların eşlerinin aktif olarak iş hayatında yer almasının farkındalık düzeylerini artıracığı ve sigorta kapsamı nedeniyle daha fazla erken tanı davranışıyla sonuçlanabileceği düşünülebilir. Ancak bu araştırmanın yürütüldüğü Konyaaltı ilçesi sosyoekonomik ve eğitim açısından gelişmiş bir ilçedir. Üstelik ülkemizde KETEM'lerde ücretsiz olarak tarama hizmeti sunulmasının bir yansıması da olabilir.

Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre ilk doğumunu 25 yaş ve üzerinde yapan kadınların 17 yaş altında ve 17-24 yaş aralığında yapan kadınlara göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu anlamlı ölçüde daha fazladır. Ancak ilk doğum yapılan yaş değişkeni hiç doğum yapmayan kadınların olmasından dolayı veri kaybına yol açacağı için çok değişkenli analize alınmamıştır. Bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde ilk doğumunu ileri yaşlarda yapan kadınların smear testi yaptırma olasılığı daha fazla bulunmuştur (214). İlk doğumunu daha ileri yaşlarda yapan kadınların ülkemizde 30 yaş ve üzerinde tarama hizmeti tavsiye edildiği için doğum öncesi ve sonrası bakım almaları sırasında tarama ile ilgili bilgi alma ve hizmete erişimleri daha mümkün olabilir.

Ülkemizde üçüncü basamak bir hastanede çalışan 30 yaş üzerinde hemşirelerde pap smear testi katılımının %20,7 olduğu belirlenmiş ve kanser tarama programları ile ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı tespit edilmiştir (215). Bu

durum çalışmamızda katılımcıların ailesinde sağlık çalışanı varlığı ile ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum arasında ilişki bulunamamasını açıklayabilir.

Aile hekimine kayıtlı olma durumu, düzenli sağlık kaynağına sahip olma ile tarama uyumu arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmemize olanak sağlamaktadır. Çalışmamızda aile hekimine kayıtlı olma durumu ile tarama uyumu arasında ilişki bulunmamıştır ve literatürle uyumludur (187). Her aile sağlığı merkezinde tarama testi uygulaması yapılmaması ve beyana dayalı serviks kanseri bilgisi olduğunu ifade eden katılımcıların yaklaşık yarısına (%59,6) aile hekimi/hemşiresi tarafından bilgi verilmesi bu bulguyu elde etmemizi sağlamış olabilir.

Algılanan sağlık durumu ile tarama testi uyumu arasında ilişki bulunamamıştır ve bu bulgu önceki çalışmalarla (197, 209, 210) uyumludur. Önceki bazı çalışmalarda olduğu gibi, bu çalışmada kronik hastalığa sahip olmanın serviks kanseri taraması katılımı ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bazı çalışmalarda (164, 198) ise kronik hastalığın olmasının tarama testi katılımını artırdığı belirlenmiştir. Bireylerin kronik hastalığa sahip olması klinik ziyaretlerinin artmasına neden olarak kanser taraması fırsatlarının artmasına yol açabilir (216). Bir çalışmada ise kronik hastalık öyküsü ile serviks kanseri taraması katılımı arasında ters ilişki bulunmuştur (209).

Ailede kanser öyküsü ve çevrede ya da ailede serviks kanseri öyküsü varlığının kadınların duyarlılıklarını artırabileceği ve taramaya uyumu etkileyebileceği düşünülmüş ve sorgulanmıştır. Ancak ailede kanser öyküsü ve çevrede ya da ailede serviks kanseri öyküsü varlığının tarama uyumunu etkilemediği belirlenmiştir. Bir çalışmada ailede serviks kanseri öyküsü olmasının tarama olasılığını 4,95 kat artırdığı ancak serviks kanseri öyküsü olan birisini tanımanın tarama alımını etkilemediği bildirilmiştir (188). Başka bir çalışmada ise kanser tanısı konmuş aile üyesi/ arkadaş varlığı ile tarama testi yaptırma arasında ilişki bulunamamıştır (187). Kadınların sağlık inançlarından duyarlılık algısının görece düşük olduğu çalışmamızda belirlenmiş olup bu bulguyu elde etmemiz şaşırtıcı bulunmamıştır.

Gebelik sayısı ve isteyerek düşük sayısına göre ulusal serviks kanseri tarama standardına uyum değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamaktadır. Çalışmamıza paralel olarak Onsuz ve ark.'nın çalışmasında da (161) gebelik sayısı ile tarama uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

6.2.3. Serviks Kanseri ve Tarama ile İlgili Bilgi ve Farkındalıklar

6.2.3.1. Beyana Dayalı Serviks Kanseri Bilgisinin Değerlendirilmesi

Serviks kanserinde korunma ve erken tanı konusunda kadınların bilgisi serviks kanseri önleme stratejilerinde kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada örneklem grubunun büyük kısmının (%74,0) beyana dayalı serviks kanseri bilgisi olduğu belirlenmiştir ve serviks kanseri bilgi kaynaklarının dağılımı incelendiğinde sağlık personeli (%76,9), medya (%40,4) ve internet (33,9) ilk üç sırada yer almaktadır. Nevşehir'de 40 yaş üzeri kadınlarda gerçekleştirilen bir araştırmada kadınların %14,4'ünün beyana dayalı serviks kanseri hakkında bilgisi olduğu ve kadınların serviks kanseri bilgi kaynağının birinci sırada televizyon-radyo (%40,9) olduğu saptanmıştır (208). Ankara'da kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran 18 yaş üzeri kadınların %53,5'inin serviks kanseri ile ilgili bilgi aldığı, %42,9'unun bu bilgiyi basın yayın yoluyla edindiği, %72,6'sinin bu bilgiyi yetersiz gördüğü tespit edilmiştir (217). Onsuz ve ark.'nın sosyoekonomik düzeyi düşük olan İstanbul Ümraniye'de birinci basamak sağlık merkezine başvuran 20 yaş üzerindeki kadınlarda yaptığı çalışmada medya (%59,9), arkadaş, komşu (%31,3), sağlık çalışanları (%23,4) ilk üç sırada gelen bilgi kaynağı olarak belirlenmiştir (161). Çalışmamızda beyana dayalı bilginin yüksekliği ve bilgi kaynağının en fazla sağlık personeli olarak belirtilmesi örneklem gruplarının ve araştırma yerlerinin farklı olmasından ve bu çalışma ile diğer çalışmalar arasındaki süre zarfında meydana gelebilecek serviks kanseri bilinçlendirme müdahalelerinden kaynaklanabilir. Eğitim ve sosyokültürel seviyenin yüksek olduğu toplumlarda, çevresel faktörlere dayalı bilgi edinmeden ziyade sağlık hizmetlerine erişim daha yüksek olduğu için konuyla ilgili uzmanlardan bilgi elde edilebilir. Serviks kanseri farkındalığının yüksekliği tarama katılımı için doğru yönde adımların atıldığının göstergesidir.

Serviks kanseri hakkında bilgisi olduğunu beyan eden katılımcıların ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumu literatüre uyumlu olarak daha yüksek bulunmuştur (202). Çalışmamızda katılımcıların büyük kısmı (%73,4) serviks

kanseri ve erken tanısıyla ilgili bilgi almayı istemektedir. Kuveyt'te yapılmış bir çalışmada bilgi alma isteyenlerin oranı oldukça yüksektir (%84,3) ve tarama testi katılım oranı %35,2'dir (218). Çalışmamızda tarama testi katılım oranının daha yüksek olması Kuveyt'te yapılan çalışmaya göre bilgi alma isteğinin bir miktar daha düşük olmasına yol açmış olabilir. Çalışmamızda bilgi alma istenen kaynaklar içinde sağlık çalışanları (kadın hastalıkları ve doğum uzmanı %76,7, aile hekimi %61,2, aile sağlığı elemanı %47,6) önemli bir kısmı oluşturmaktadır. Çalışmamızda serviks kanseri hakkında sağlık çalışanları ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimi/hemşiresi tarafından bilgilendirilen kadınların ulusal serviks kanseri tarama standardına uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kanada'da yapılan sistematik bir derlemede (219) sağlık çalışanlarının önerisi ile serviks kanseri tarama testi yaptırmada pozitif ilişki bulunmuştur. Etiyopya'da sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilen kadınların bilgilendirilmeyenlere kıyasla tarama olasılığının 6,65 kat yüksek olduğu bulunmuştur (188). Bu sonuç kadınların kendilerini hastalık ve koruyucu tedbirler hakkında eğiten sağlık çalışanlarına karşı daha duyarlı olması ve güven duymasından kaynaklanabilir. Ayrıca sağlık çalışanları tarafından serviks kanseri hakkında bilgilendirilmiş kadınların farkındalık ve bilgi düzeylerinin yükselmesi de tarama yaptırmalarına neden olabilir. Ek olarak bu bulgu olumsuz tutumların ortadan kaldırılmasında sağlık çalışanlarının etkili olacağına işaret etmektedir.

6.2.3.2. Serviks Kanseri Bilgi Testinin Değerlendirilmesi

Mevcut araştırma, kadınların bilgisinin taramaya uyumda rol oynadığını göstermiştir. Lojistik regresyon analizinde serviks kanseri bilgi testi puanının bir birim artışı tarama hizmetlerinden yararlanma olasılığını yaklaşık 1,11 kat artırmıştır. Literatür incelemesinde serviks kanseri hakkında bilgisi olan kadınların tarama olasılığının bilgisi olmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (196, 210, 211, 220). Araştırmamıza benzer şekilde serviks kanseri bilgi düzeyindeki artışın tarama uyumunu etkileyen faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir (161). Onsu ve ark.'nın çalışmasında bilgi puanının bir birim artışı tarama testi katılımını 1,15 kat artırmıştır (161). Serviks kanseriyle ilgili bilginin

artması, serviks kanserinden korunma motivasyonunu artırarak tarama testi uyumunu sağlayabilir. Bilgi düzeyi tarama testi kullanımının bir belirleyicisi olarak serviks kanserinin önlenmesinde önemli bir bileşendir (210). Serviks kanseri hakkında özellikle risk gruplarına yönelik kapsamlı eğitim çalışmalarının yapılması bilgi düzeyinin gelişimini sağlayacaktır.

Serviks kanserinde korunma için düzenli tarama testi yaptırtmanın gerekli olduğu (%91,2) ve erken tanı ve tedavinin mümkün olduğu (%90,3) kadınlar tarafından bilinirliği yüksek ifadeler arasındadır. Malatya’da yapılmış bir çalışmada üç kadından birinin (%31,6) erken dönemde serviks kanserini tespit etmenin mümkün olduğunu bilmediği bildirilmiştir (162). Çalışmamızda birden fazla tarama testi yaptıran kadınların neredeyse yarısının düzensiz yaptırdığını (%46,9) ifade etmesi bu hususta çabalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Serviks kanseri erken tanısında tarama testi olarak smear ve/veya HPV testi yapıldığı katılımcılarımızın çoğunluğu tarafından (%84,7) belirtilmiştir ve bu oran oldukça yüksektir. Smear testini duyma oranı ülkemizde yapılan çalışmalarda %21,9-%77,7 arasında değişmektedir (157-159, 161, 162). Farklı ülkelerde smear testi duyma oranı %46,4-%76,9 (188, 192, 218) arasındadır. Çalışmalar arasındaki farklılıklar nüfusa dayalı tarama programlarının mevcut olmasına, serviks kanseri taramasını yaygınlaştırmak için kitle iletişim kampanyaları gibi farklı müdahale düzeylerine, örneklem gruplarının yaş, eğitim gibi sosyodemografik özelliklerine ve araştırma yerine bağlı olabilir.

Katılımcıların serviks kanseri taraması hakkında iki önemli bilgi unsuru olan; ulusal serviks kanseri tarama standartlarına göre beş yılda bir tarama testi yapılmasının tavsiye edildiğini ve taramanın uygulandığı yaşı bilme oranı sırasıyla %50,1 ve %59,2 olup bilgi ifadeleri içinde bilinirliği görece düşüktür ancak İtalya’da 18-26 yaş kadınlarda yapılan bir çalışmada tarama aralıklarını bilme oranı %27,5 bulunmuştur (221). Tunus’ta 18-62 yaş kadınlarda yapılmış bir çalışmada tarama aralıklarını bilme oranı %39 bulunmuştur (193). Çalışma grubunun yaşının daha ileri olması ve ülkeler arasında stratejilerin farklılığı bu sonuca yol açmış olabilir. Malatya’da kırsal alanda 2016 yılında 30-69 yaş kadınlarda yapılan bir araştırmada tarama test aralıklarının beş yılda bir olduğunu bilme oranı %4,5 ve smear testi yaptırtma oranı %35,5’tir (162). Çalışmamızda

tarama testi yaptırmama oranının yüksek olması (%73,2) tarama aralıkları hakkında bilgi edinme şansını artırmış olabilir. Ek olarak, sosyoekonomik açıdan gelişmiş bir bölgede araştırmamızın gerçekleştirilmesi sağlık çalışanlarıyla teması artırarak bilgi edinmeyi mümkün kılmış olabilir. Bu konuda yapılacak eğitimlerde tarama yöntem ve aralıkları ile ilgili bilginin vurgulanması gerekmektedir.

Kadınların %43,8'inin tarama testinin sadece hastanelerde yapıldığını ifade etmesi tarama testinin yapıldığı yer (ör. KETEM) ile ilgili bilginin eksik olduğuna işaret etmektedir. 2014 yılında hastaneye başvuran hastalarda yapılmış bir çalışmada katılımcıların %82,4'ünün KETEM'i bilmediği saptanmıştır (222). Üstelik 2016 yılında bir hastanede çalışan hemşirelerde yapılmış çalışmada her beş katılımcıdan birinin KETEM'i duymadığı rapor edilmiştir (215). Tarama programlarının hedefine ulaşmasında taramaların nerelerde gerçekleştirildiğinin bilinmesi önemlidir.

HPV'nin serviks kanseri etiyolojisindeki rolünün farkındalığı yani HPV ile serviks kanseri arasındaki nedensel ilişkiyi bilme (%55,5) bazı çalışmalardan (221, 223, 224) düşük bulunmuştur. ABD'de iki çalışmadan elde edilen verilerle yapılmış bir araştırmada HPV-serviks kanseri arasındaki ilişkiyi bilme oranı Hispanik kadınlarda %67,1 ile %78,7'dir (224). Ancak ülkemizde HPV ile rahim ağzı kanseri arasındaki ilişkiyi bilme oranı Elazığ'da yapılan bir çalışmada %16,8 (225), Ankara ve dört ilde gerçekleştirilen bir çalışmada %40 (226) olarak bildirilmiştir. Böyle bir bilgi açığı, birincil korunmada HPV aşılara uyum zorluklarına ve serviks kanseri riskine karşı korunma eksikliğine yol açabilir. HPV ile serviks kanseri ilişkisine yönelik bilgi verilmesine ihtiyaç vardır.

Serviks kanserine karşı koruyucu aşının varlığı (%41,6), yapılma zamanı (%33,0) ve aşı yapılmış kadınlarda tarama testi gerekliliği (%51,9) ile ilgili soruların yanıtlanma oranının düşüklüğü aşı bilgisinin yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir. Düzenlenmiş rahim ağzı kanseri tarama programları ve ulusal HPV aşılama politikaları olmayan Kamboçya'da yapılan bir çalışmada kadınların %35'i rahim ağzı kanserinin aşılama ile önlenbilir olduğunu bilmektedir (191). Elazığ'da kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada serviks kanserine karşı aşı olduğunu bilme oranı %49'dur (225). Bir çalışmada katılımcıların %57,3'ünün aşı almak için uygun yaşı

bilmediği belirlenmiştir (190). Sağlık çalışanları özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri hekimleri ve hemşireleri HPV aşısı hakkında daha fazla bilgi sağlamalı ve serviks kanseri riskine karşı hastalarına zamanında aşı yapılmasını önermelidir.

Araştırma grubunun %45,6'sı serviks kanserinden korunmayı sağlayan HPV aşısını duymuştur. Sudan'da HPV aşısını duyma %39,2 (227), Bahreyn'de %3,7 (192), ABD'de iki çalışmadan elde edilen verilerle yapılmış bir araştırmada Hispanik kadınlarda %60,4 ile %65,4 olarak saptanmıştır (224). Elazığ'da kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada HPV aşısını bilme oranı %21,6 olarak bildirilmiştir (225). Malatya'da 30-69 yaş kadınlarda topluma dayalı yapılmış bir araştırmada HPV aşısını duyma %15,8 olarak bildirilmiştir (162). Ankara'da 18-30 yaş üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada kadın öğrencilerin %32,8'i HPV aşısını duymuştur (228). HPV aşısını duyma oranı ülkemizdeki çalışmalardan yüksek olsa da katılımcıların yaklaşık yarısının duymamış olması HPV aşısı farkındalığı ile ilgili bilgilendirme ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Aşı için uygun yaşta kızı olma durumunda katılımcıların %54,5'i HPV aşısını kızına yaptırmaya istekli iken, istemeyenlerin oranı %17,5 ve kararsız olanların oranı %28,0'dır. Kızlarının aşılmasına yönelik ebeveyn tutumlarını inceleyen araştırmalarda ABD'de HPV aşısına olan destek %75 (229), Belçika'da %64,7 (230) bulunmuştur. Bahreyn'de çocuklarına HPV aşısı yaptıрма isteği %90,9'dur (192). Tunus'ta hekim önerirse kızlarına aşı yaptıрма isteği %85,6'dır (193). Ülkemizde yapılan çalışmalarda HPV aşısını kızlarına yaptıрма istekliliği Elazığ'da %36,3 bildirilmiştir (225). Araştırma bulgularımız kadınların kızlarına uygulanacak HPV aşısı kabul edilebilirliğinin ülkemize göre yüksek olmasına rağmen yurt dışındaki çalışmalarda bulunan oranlardan düşük olduğuna dikkat çekmektedir. HPV aşısının ulusal aşılama programına dahil olmaması, bilgi eksikliği ve ülkemizde serviks kanseri insidansının düşük olması bu sonuca yol açmış olabilir. HPV aşısı, 2006 yılında piyasaya sürüldüğü için hala nispeten yeni olduğunu vurgulamak önemlidir. Bazı araştırmalar, ebeveynlerin aşının uzun vadeli güvenliği ve potansiyel geç yan etkileri hakkında önemli endişeleri olabileceğini öne sürmektedir (231, 232).

Çalışmamızda serviks kanserine yönelik HPV aşısını duyanların tarama testi uyumu daha fazladır ancak HPV aşısını kızına/gelecekte kızına yaptıрма

isteği ile tarama testi uyumu arasında ilişki bulunamamıştır. Tunus'ta yapılan bir çalışmada HPV aşısı duyma ve aşığı kızına/gelecekte kızına yaptıрма isteği ile tarama testine katılım arasında ilişki bulunamamıştır (193). Ülkemizde serviks kanseri tarama programının uygulanması tarama testi kararı alan kadınların HPV aşısı ile ilgili farkındalıklarını yükseltmiş olabilir. Ancak ABD'de yapılan bir araştırmada HPV bilgi düzeyinin kız çocuklarını HPV'ye karşı aşılama istekliliğinin artması ile korele olmadığı tespit edilmiştir (229). Araştırmamızdaki kadınların kendileri için profilaktik HPV aşısı yaptırmama ve çocukları için profilaktik HPV aşısı yaptırmayı istememe nedenlerine dair sorgu eksikliği bu çalışmanın sınırlılıklarındandır. Türk kadınlarında HPV aşısının reddedilmesinin ve kabul edilmesinin nedenlerini belirlemek için ek araştırmalar önerilir.

Gelecekte serviks kanseri taramasına katılım isteği Kuveyt'te %78,6 (218), Çin'de %70'dir (233). Çalışmamızda katılımcıların %79'u gelecekteki bir taramaya katılmaya isteklidir ve son beş yıl içinde tarama uyumu %65,3'tür. Bu bulgular korunma motivasyonu ile davranış arasında bir tutarlılık olduğunu ve ortaya koymaktadır. Çalışmamıza benzer şekilde Çin'de yapılan bir çalışmada da daha önce serviks kanseri taramasına katılım ile gelecekte taramaya katılma motivasyonu ilişkili bulunmuştur (234). Taramaya katılan kadınların testin uygulanışı ile ilgili engel algılarının azalması tarama niyetlerini olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Gelecekte serviks kanseri taramasına katılmayı istemeyen ve kararsız kadınların oranı sırasıyla %10,0, %11,0'dır. Gelecekte serviks kanseri tarama testine katılmayı istemeyen ve kararsız olanların %68,6'sı şikayet yokluğunu neden olarak belirtmiştir. Tarama yaptırmayı istememe nedenleri arasında Çin'de yapılan bir çalışmada hastalık teşhisi konmasından endişelenme (%47,6) birinci sıradayken semptom yokluğu/sağlıklı hissetme (%34,1) ikinci sırada bildirilmiştir (233). Nijerya'da yapılan bir çalışmada (235) ise bizim çalışmamıza benzer olarak şikayet yokluğu en fazla bildirilen nedendir. Tarama testine katılım isteği olmayan kadınlarda engellere yönelik daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

6.2.4. Serviks Kanseri Risk Modeline Göre Risk Düzeyi ve Risk Faktörleri ile Tarama Uyumu İlişkisi

6.2.4.1. Serviks Kanseri Risk Modeline Göre Risk Düzeyi

Siteman Kanser Merkezi Risk Düzeyi Belirleme Programı kullanılarak yapılan hesaplamada katılımcıların %9,2'sinin risk düzeyi yüksek, %7,8'inin orta, %83,0'ının düşük olarak saptanmıştır. Bu çalışmaya katılan kadınların çoğunun serviks kanseri riskinin düşük olmasının nedeni, toplumumuzda riskli davranışların göreceli olarak düşük seviyelerinden kaynaklanabilir. Katılımcıların %85'i tek eşli, %92,7'sinin ilk cinsel ilişki yaşı 16 ve üzerinde olup %65,3'ü son beş yıl içinde tarama testi yaptırmıştır. CYBE (%4,5) ve HPV enfeksiyonu geçiren (%2,5) kadınlar az sayıdadır. Ancak araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun (%71) yaşam boyu en çok kullandığı doğum kontrol yönteminin kondom olmadığı belirlenmiştir. Serviks kanseri risk hesaplamalarında sigara içme (%30,7), üç veya daha fazla çocuk doğurma (%31,1) ve HPV aşısı yaptıрма (%2,9) olarak belirlenmiştir.

Türkiye'deki kadınların bireysel ve davranışsal özelliklerine göre Siteman Kanser Merkezi Risk Düzeyi Belirleme Programı kullanılarak, serviks kanseri risk düzeyleri sadece İzmir Balçova'da sosyo ekonomik açıdan orta düzeyde kentsel alanda 35-69 yaş kadınlarda yapılan bir çalışmada belirlenmiştir (167). Bu çalışmada sigara içme oranı %31,7, ilk cinsel ilişki yaşı %91'inin 16 yaş ve üzerinde, %92,8'i tek eşli, %93'ü düzenli kondom kullanmamakta, %41,5'inin doğum sayısı üç ve üzerinde olduğu ve sadece %39,2'sinin ulusal standartlara uygun tarama yaptırdığı belirlenmiştir. Buna göre bu çalışmada kadınların %7,9'unun serviks kanseri riski yüksek, %22,1'inin orta ve %70'inin düşük bulunmuştur (167). Risk düzeyi orta ve yüksek kadınların oranının çalışmamızda daha düşük olması sosyoekonomik gelişmişliğin yüksek olması ve iki çalışma arasında geçen zamanda yapılan müdahaleler sonucu artan serviks kanseri farkındalığına atfedilebilir.

6.2.4.2. Serviks Kanseri Risk Modelindeki Faktörler ile Tarama Uyumu İlişkisi

Katılımcıların risk düzeyini belirlemede kullanılan Siteman Kanseri Merkezi Risk Düzeyi Belirleme Programı'ndaki değişkenler serviks kanseri risk maruziyeti ile tarama uyum ilişkisini değerlendirmede bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır.

Tek değişkenli analizlerde; risk değişkenlerinden kondom kullananların, cinsel yolla bulaşan hastalık geçirenlerin, HPV enfeksiyonu geçirenlerin, HPV aşısı olanların taramaya uyumu daha fazla bulunmuştur. Tek değişkenli analizlerde risk değişkenlerinden yaşam boyu cinsel eş sayısı, ilk cinsel ilişki yaşı, sigara kullanma öyküsü, doğum sayısı ile taramaya uyum arasında ilişki bulunamamıştır. CYBE geçirme ile arasındaki yüksek korelasyon nedeniyle HPV enfeksiyonu geçirme çok değişkenli analize dahil edilmemiştir. Tek değişkenli analizlerde taramaya uyum ile ilişkili bulunan cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme, kondom kullanma durumu ve HPV aşısı olma durumunun çok değişkenli analiz sonucunda tarama uyum üzerindeki etkisi ortadan kalkmıştır. Katılımcılarımızın risk faktörlerini yeterince iyi bilmedikleri bilgi testi değerlendirmesinde ortaya koyulmuştur. Risk faktörleri hakkında yeterli bilginin olmaması risk faktörleri maruziyeti değişkenleri ile tarama uyumu arasında ilişki bulunmamasına yol açmış olabilir.

CYBE'ler (Ör. Chlamydia enfeksiyonu) eş zamanlı bir HPV enfeksiyonunun kalıcı olmasına neden olabilecek serviks enfeksiyonuna yol açarak serviks kanseri gelişmesi olasılığını artırabilir (59). CYBE geçirenlerin tarama olasılığı Etiyopya'da 2,37 kat fazla (188), Avustralya'da 1,06 (1,02-1,09) kat fazla saptanmıştır (195). Kadınlara sağlık kurumlarında CYBE tanısı konduğunda veya tedavisi verildiğinde serviks kanseri ile CYBE arasındaki ilişki olduğu bilgisi ve tarama hakkında bilgi verilmesi mümkündür. Bir başka açıdan CYBE geçiren kadınlar riskli sağlık davranışlarına sahip olabilir. Dolayısıyla riskli sağlık davranışlarının olması tarama yaptırmaya olasılıklarını zayıflatmaktadır.

Genital HPV, deriden temas ile bulaşır ve cinsiyeti ne olursa olsun enfekte kişiyle cinsel temas en yaygın bulaş yoludur. Günümüzde HPV enfeksiyonundan korunma için sınırlı seçeneklerden biri kondom kullanımıdır (74). Çalışmamızla

uyumlu şekilde yapılan bir çalışmada da kondom kullanımı ile tarama uyumu arasında ilişki bulunamamıştır (195). Bu durum HPV'nin cinsel yolla bulaşan bir virüs olup serviks kanserine neden olabileceğinin katılımcılarımızın yarıya yakını tarafından bilinmemesinden kaynaklanabilir.

Ülkemizde serviks kanseri HPV tarama programı sonucunda 30 yaş üstü kadınlarda HPV pozitif birey oranının %3,5 olduğu, en sık görülen HPV tiplerinin HPV 16, ardından 51, 31, 52 ve 18 olduğu tespit edilmiştir (203). Bu oran HPV pozitifliğinin bu yaş grubundaki kadınlarda %10'u aştığı Avrupa ve batı ülkelerindeki oranlardan daha düşüktür (236). Çalışmamızda beyana dayalı HPV enfeksiyonu pozitifliği %2,5 bulunmuştur. Ülkemizde 2014 yılında HPV testi tarama testi olarak kullanılmaya başlanmıştır. HPV pozitifliği öyküsü olan kadınların tarama uyumunun daha fazla olması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada HPV aşısı olma oranı %2,9 bulunmuştur. Suudi Arabistan'da HPV aşısı olma oranı %0,9 bulunmuştur. Suudi Arabistan'da da ulusal HPV aşılama programı bulunmamaktadır (190). Ankara'da 18-30 yaş üniversite öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada kadın öğrencilerin %1,5'inin HPV'ye karşı aşılandığı belirlenmiştir (228). Ulusal bir HPV aşılama programının bulunmaması, ülkemizde serviks kanseri oranının düşük olması ve HPV aşısının yeni bir uygulama olması çalışmamızda HPV aşısı yaptıрма oranının düşüklüğünü açıklayabilir. HPV farkındalık kampanyalarının uygulanmasına ve HPV aşılama programlarının teşvik edilmesine ihtiyaç vardır.

Lojistik regresyon analizinde HPV aşısı olma ile tarama uyumu arasında ilişki ortadan kalkmıştır. HPV aşılı kadınlar HPV, serviks kanseri ve tarama hakkında daha fazla bilgiye sahip olabilir ve sonuçta taramaya daha fazla uyum gösterebilir. Bir başka açıdan HPV aşısı yaptırdıkları için tarama testlerine katılmayı gerekli görmeyebilirler. HPV aşısı yaptıran kadınların büyük çoğunluğunun taramaya uyum gösterdiği çalışmamızda belirlenmiştir. Çalışmamızda HPV aşılı kadınların sayısı sınırlı olduğu için daha büyük bir örneklem grubunda bu konuda araştırma yapılması önerilir.

İlk cinsel ilişkinin erken yaşta olması veya birden fazla cinsel eşin olması riskli cinsel davranışlardır. Cinsel yolla geçen HPV serviks kanserine yol açabilmektedir (237). İlk cinsel ilişki yaşı ile tarama testi yaptıрма arasında ilişki

bulunamamıştır. Bulgumuz literatürde yapılmış çalışmalarla uyumludur (195, 237). Çalışmamızda olduğu gibi yaşam boyu cinsel eş sayısı ile taramaya uyum arasında bazı çalışmalarda (188, 195) ilişki bulunmamıştır. Ancak bazı çalışmalarda çok sayıda cinsel eş öyküsü varlığının veya yaşam boyu cinsel eş sayısının tarama yaptırmaya olasılığını artırdığı tespit edilmiştir (196, 202).

Çalışmamızda olduğu gibi bir çalışmada (164) sigara içme durumu ile taramaya uyum arasında ilişki saptanamamıştır. Bazı çalışmalarda sigara içmeyen kadınların, tarama testi katılım olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (195, 197). Bazı çalışmalarda (198) sigarayı bırakmış kadınların sigara içmeyenlere göre tarama testi yaptırmaya olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Eskiden sigara içenlerin sağlık konusunda artan farkındalık seviyesi nedeniyle ya da servikal lezyon riskindeki artışın sonucu olarak taramaya katılmaları daha mümkündür (198).

Doğum sayısı ile taramaya uyum arasında ilişki bulunamamıştır. Bir çalışmada doğum yapma ile taramaya katılım arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir (188).

6.2.5. Serviks Kanseri Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi

Serviks kanseri ve pap smear testi sağlık inanç modeli ölçeği, uygulanan kadınların serviks kanseri ve pap smear testi ile ilgili yarar/motivasyon, engel, ciddiye, duyarlılık algıları ile sağlık motivasyonlarının belirlenmesi yoluyla sağlık inançlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Sağlık inançlarının serviks kanseri tarama testlerine katılımı nasıl etkilediğinin anlaşılması sağlanarak daha etkili serviks kanseri tarama stratejileri geliştirilmesine yardımcı olunması amaçlanmaktadır. Sağlık inanç modeline göre duyarlılık, ciddiye, sağlık motivasyonu, pap smear yarar/motivasyonları arttıkça kadınlar tarama testine karşı daha olumlu tutum sergilemektedir. Engel algısının artışı tarama testine karşı daha olumsuz tutuma sahip olduklarına işaret etmektedir (177).

6.2.5.1. Sağlık İnançları

Serviks kanseri taramasına katılım yüksek düzeyde motivasyon gerektirir. Bu motivasyon, müdahalenin yararlı etkilerini takdir etmeyi ifade eder. Çalışmamızda Pap-smear yarar/motivasyonu algısı alt ölçek ortalaması 8-40 puan aralığında değerlendirildiğinde $32,15 \pm 4,45$ iken Erzincan'da yapılan çalışmada $31,91 \pm 5,74$, Ankara'da $28,71 \pm 6,57$, Erzurum/Erzincan'da $32,21 \pm 6,25$ olarak saptanmıştır (158, 159, 165). SİMÖ alt ölçeklerinden pap smear yarar/motivasyon algılarının çalışmamızda literatürdeki bazı çalışmalardan (158, 159) daha yüksek olduğu, bazı çalışmalara (165) benzer olduğu saptanmıştır. Katılımcılarımızın düzenli sağlık uygulamalarına ve pap smear testinin rahim ağzı kanserine karşı koruyucu olacağına yüksek düzeyde inançları olduğu belirlenmiştir.

SİMÖ alt ölçeklerinden algılanan sağlık motivasyonlarının çalışmamızda literatürdeki bazı çalışmalardan (159, 165) daha yüksek olduğu, bazı çalışmalarla (158) uyumlu olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada sağlık motivasyonu 3-15 puan aralığında değerlendirildiğinde $9,88 \pm 2,53$ saptanırken Erzincan'da $9,90 \pm 2,77$, Ankara'da $8,85 \pm 2,77$, Erzurum/Erzincan'da $9,64 \pm 2,55$ 'tir (158, 159, 165). Bu nedenle, dengeli beslenmeye devam etmek, egzersiz yapmak ve sağlıklarını korumak için düzenli kontroller yapmak gibi motivasyonları yeterlidir. Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının (Ör. Düzenli fiziksel aktivite yapma, meyve sebze tüketimi) serviks taramasından geçmede olumlu prediktörler olduğu bildirilmiştir (164).

Kişinin serviks kanseri ve pap smear testi ciddiyeti konusundaki algı düzeyini belirlemeyi amaçlayan ciddiyet algısı alt boyutunun çalışmamızdaki kadınlarda saptanan ortalama değeri 7-35 puan aralığında değerlendirildiğinde $21,97 \pm 5,74$ olup, Erzincan'da $24,47 \pm 5,63$, Ankara'da $23,70 \pm 6,05$ ve Erzurum/Erzincan'da $24,68 \pm 5,28$ olarak belirlenmiştir (158, 159, 165). Duyarlılık algısı alt ölçek ortalaması 3-15 puan aralığında değerlendirildiğinde bu çalışmada $7,24 \pm 2,26$ olarak belirlenmiş iken Erzincan'da $7,97 \pm 2,6$, Ankara'da $7,78 \pm 2,06$, Erzurum/Erzincan'da $7,50 \pm 2,32$ olduğu bildirilmiştir (158, 159, 165). SİMÖ alt ölçeklerinden ciddiyet ve duyarlılık algılarının çalışmamızda literatürdeki diğer çalışmalardan (158, 159, 165) daha düşük olduğu saptanmıştır. Buna göre

kadınların serviks kanserinin olumsuz etkilere neden olarak tüm yaşamlarını, ilişkilerini etkileyeceğine ve gelecekte veya yaşamlarının daha sonraki bir döneminde serviks kanseri riskleri olduğuna inançları daha düşüktür.

SİMÖ alt ölçeklerinden engel algılarının çalışmamızda literatürdeki diğer çalışmalardan (158, 159, 165) daha düşük olduğu saptanmıştır. Engel algısı puanı 14-70 aralığında değerlendirildiğinde çalışmamızda $31,39 \pm 8,64$ iken Erzincan'da $36,59 \pm 9,98$, Ankara'da $38,29 \pm 9,34$, Erzurum/Erzincan'da $36,73 \pm 9,04$ belirlenmiştir (158, 159, 165). Tarama testine ulaşmanın önündeki engellerin düşük algılanması, serviks kanseri tarama testleri katılımının yüksek olmasında etkilidir.

Çalışmamızın yürütüldüğü Konyaaltı ilçesinin sosyo ekonomik açıdan gelişmiş bir bölge olması ve katılımcıların büyük kısmının tarama testi yaptırmış olması pap smear yarar/motivasyon ve sağlık motivasyonu algılarının literatürdeki diğer çalışmalardan daha yüksek veya benzer olmasına; ciddiyet, duyarlılık ve engel algılarının ise daha düşük olmasına yol açmış olabilir.

Bu çalışmada kadınlar tarafından engel algısı alt boyutunda en fazla ifade edilen engeller sırasıyla tarama testi yaptırmak için kadın doktor tercih etme (%39,6), tarama testi yaptırmayı ihmal etme ya da unutma (%39,3), test yaptırmak için jinekolojik muayeneden utanç duyma (%35,9) olarak belirlenmiştir. Birçok çalışmada, jinekolojik muayene sırasında utanma ve kadın doktor tercihinin tarama testi için önemli bir engel algısı olduğu belirlenmiştir (160, 177, 190). Türk kadınlarında kaderci inançlar, toplumsal cinsiyet rolleri, kültürel faktörler veya dini normlar nedeniyle utanç tarama testi kararlarını etkileyebilmektedir (238). Fiziksel muayene sırasında özel vücut kısımlarının açığa çıkarılmasındaki utanç özellikle bir erkek doktor tarafından muayene edildiğinde bir engel teşkil edebilir. Suudi Arabistan'da yapılmış bir çalışmada smear yaptırmada kadın doktor tercihi %79 ve jinekolojik muayene esnasında utanma %40,5 oran ile arap müslüman kadınlarda sosyokültürel engeller olarak bildirilmiştir (190). Amerikalı Vietnamlı kadınlarda yapılan bir çalışmada katılımcıların %38,8'inin bir erkek doktor tarafından yapılan pap smear tarama testinden rahatsız oldukları gösterilmiştir (239). Sağlık çalışanlarının bu konudaki farkındalık düzeyleri ve gerekli bilgileri sağlaması jinekolojik muayene deneyiminin etkin iletişim yoluyla

olumlu hale getirilmesinde temel öneme sahiptir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada pap smear testi yaptırmayı ihmal etme veya unutmanın kadınların tarama kararını etkilediği bildirilmiştir (177).

6.2.5.2. Sağlık İnanç Modeline Göre Tarama Programı Uyumu

Bu çalışmada taramaya uyanlarda uymayanlara göre tüm ölçek alt boyut puanları daha yüksek olmakla birlikte alt boyutlardan pap smear yarar/motivasyon ile sağlık motivasyonu puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek, engel algısının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ciddiye ve duyarlılık alt boyutlarında ise önemli düzeyde bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Lojistik regresyon analizinde ise sağlık inançlarından pap smear yarar/motivasyonu ile sağlık motivasyonu algısının taramaya katılım üzerindeki etkisi ortadan kalkarken engel algısının etkisi devam etmiştir. Engel algısı puanı bir birim arttığında taramaya uyum 0,89 kat azalmıştır.

Literatürde kadınların hem serviks kanseri tarama testi uyumuna yönelik sağlık inançlarını inceleyen hem de araştırmada kullandığımız ölçeği kullanan çalışmalar kısıtlıdır (158, 159, 177). Bu durum çalışmamızın sonuçlarını literatür temelli tartışma sınırlılığı getirmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da engel algısının düşük olmasının taramaya katılımı artırdığı gösterilmiştir (158, 159, 177). Aynı ölçek kullanılmamakla birlikte; algılanan engellerin yüksek olmasının tarama yaptırmayı olumsuz etkilediği başka çalışmalarda da bildirilmiştir (166, 196). Çalışmamızda taramaya uyan kadınların pap smear yarar/motivasyonlarının yüksek olduğu literatüre uyumlu olarak (158, 159) tek değişkenli analizlerde belirlenmiş ancak çok değişkenli analizde önemi ortadan kalkmıştır. Algılanan duyarlılık ve algılanan ciddiyeğin tarama uyumu ile ilişkili bulunamaması (158, 159) taranan kadınların önerilen korunma eylemini uyguladıktan ve olumlu bir tarama sonucunu aldıktan sonra risk algılamasının daha düşük olmasından kaynaklanabilir. Ek olarak sağlık inanç modelinin ilk kez gerçekleştirilen ve tekrarlanan davranışlar arasında ayrım yapmamasının bir zayıflık olduğu bildirilmiştir. Örneğin, bir kadının özellikle serviks kanseri ciddiye ve duyarlılık algısı ilk pap smear taraması aldığı zaman önemli ölçüde

etkilenebilir, ancak yaşam tarzında pap smear gibi koruyucu sağlık davranışı alışkanlık haline geldikten sonra tekrarlanan davranışın daha az önemli bir belirleyicisi haline gelebileceği ifade edilmektedir (240).



7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Antalya ili Konyaaltı ilçesinde yaşayan 30-65 yaş grubundaki (30 ve 65 yaş dahil) kadınların serviks kanseri tarama testlerine uyumları ve tarama uyumu ile ilişkili etmenleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Katılımcıların yaşam boyu en az bir kez tarama testi yaptırmama oranı %73,2, son beş yıl içinde tarama testi yaptırmama oranı %65,3'tür. Tarama testi uyumu düşük olmamakla birlikte daha yüksek seviyelere çekilmesi hedeflenmelidir. Hedef toplumun tamamına ulaşılmasıdır. Birden fazla tarama testi yaptıran kadınların yaklaşık yarısı (%46,9) düzensiz aralıklarla yaptırmıştır. Düzenli aralıklarla tarama testi yaptıran katılımcıların da yaklaşık onda biri (%11,7'si) beş yılda bir yaptırmıştır.
- Katılımcıların en son testi yaptırmama nedenleri arasında erken teşhis amaçlı düzenli sağlık kontrolü (%47,1) ilk sırada yer almaktadır ve tarama yaptıran kadınların farkındalığı yüksektir.
- Son beş yıl içinde tarama testi yaptırmama oranı (%34,7) ve hiç yaptırmama oranı (%26,8) olup ülkemizde yapılan çalışmalara göre düşüktür. Katılımcıların serviks kanseri tarama testi yaptırmama nedenleri %66,8'inin semptom yokluğu, %23,0'ının vakit yokluğu, %20,4'ünün yeterli bilgiye sahip olmama, %15,8'inin risk olmaması ve %8,7'sinin nereye başvurulacağını bilmeme olarak belirlenmiştir.
- Çalışmada kadınların büyük kısmının (%74,0) serviks kanseri hakkında beyana dayalı bilgisi olduğu saptanmıştır. Bilgi kaynakları arasında sağlık personeli (%76,9), medya (%40,4) ve internet (%33,9) ilk üç sırada gelmektedir. Beyana dayalı serviks kanseri bilgisi olduğunu ifade eden katılımcıların %59,6'sı aile hekimi/hemşiresi tarafından bilgi verildiğini belirtmiştir. Beyana dayalı serviks kanseri bilgisi olanların, serviks kanseri hakkında sağlık çalışanlarından bilgi alanların, aile hekimi/hemşiresinden bilgi alanların tarama uyumu daha fazladır. Üstelik kadınların %73,4'ü serviks kanseri ve erken tanısıyla ilgili bilgi almayı ve en fazla sağlık çalışanlarından bilgi almayı istemektedir.

- Bilgi testinden alınan puan ortalaması $13,4 \pm 4,1$ (0-20)'dir. Katılımcıların %40,8'i taramanın ulusal tarama standartlarına göre 30 yaşından itibaren önerildiğini ve %49,9'u 5 yılda bir önerildiğini bilmemektedir. Serviks kanseri erken tanısında tarama testi olarak smear ve/veya HPV testi yapıldığının bilinme oranı (%84,7) oldukça yüksektir. Kadınların %43,8'inin tarama testinin yapıldığı yer (ör. KETEM) ile ilgili bilgisi eksiktir. Serviks kanserinde korunmaya yönelik aşı varlığı (%41,6) ve yapılma zamanına (%33,0) ilişkin bilgi azdır. HPV'nin serviks kanseri etiyolojisindeki rolünün farkındalığı %55,5 saptanmıştır.
- Araştırma grubunun %45,6'sı HPV aşısını duymuş, %2,9'u HPV aşısı olmuş, aşı için uygun yaşta kızı olma durumunda katılımcıların %54,5'i HPV aşısını kızına yaptırmaya isteklidir.
- Yaklaşık beş kadından birinin (%17,0) serviks kanseri risk düzeyi orta veya ortanın üzerindedir. Katılımcıların %85'i tek eşli, %92,7'sinin ilk cinsel ilişki yaşı 16 ve üzerindedir. Ancak araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun (%71) yaşam boyu en çok kullandıkları doğum kontrol yönteminin kondom olmadığı belirlenmiştir. Cinsel yolla bulaşan hastalık (%4,5) ve HPV enfeksiyonu (%2,5) geçiren kadınların sayısı sınırlıdır. Kadınların yaklaşık üçte biri (%30,7) sigara içmektedir ve %31,1'inin üç veya daha fazla çocuk doğurma öyküsü vardır.
- Araştırma grubunun %79,0'ı serviks kanseri tarama testine katılmaya istekli olduğunu ifade ederken %10,0'ı istememektedir ve %11,0'ı kararsızdır. Serviks kanseri tarama testine katılmayı istemeyen ve kararsız olanların %68,6'sı şikayet yokluğu, %22,2'si vakit yokluğu, %16,3'ü riskinin olmamasını neden olarak belirtmiştir. Tarama testine katılım isteği olanların tarama uyumu daha fazladır.
- Sağlık İnanç Ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde pap-smear yarar ve motivasyon alt boyutundan $32,2 \pm 4,5$ (8-40), pap-smear engel algısı alt boyutundan $31,4 \pm 8,6$ (14-70), serviks kanseri ciddiyet algısı alt boyutundan $22,0 \pm 5,7$ (7-35), duyarlılık algısı alt boyutundan $7,2 \pm 2,3$ (3-15), sağlık motivasyonu alt boyutundan $9,9 \pm 2,5$ (3-15) puan alınmıştır. Çalışmamızda SİMÖ alt ölçeklerinden pap smear yarar/motivasyon ve sağlık motivasyonu

algılarının literatürdeki diğer çalışmalardan daha yüksek veya benzer olduğu öte yandan ciddiye, duyarlılık ve engel algılarının çalışmamızda literatürdeki çalışmalardan daha düşük olduğu görülmüştür.

- Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre; katılımcılar arasında geniş aile yapısı olanların, menopoza girenlerin, kırsal bölgede yaşayanların taramaya uyumu daha düşüktür. İlk doğumunu 25 yaş ve üstünde yapanların diğer yaş gruplarına göre tarama uyumu daha fazladır. Evli olan katılımcılar arasında eşin öğrenim durumu lise altı olanların ve eş sınıfsal konumu tarım olanların taramaya uyumu daha düşüktür. HPV aşısını duyanların ve HPV enfeksiyonu geçirenlerin tarama uyumu daha fazladır.
- Bu çalışmada çok değişkenli analiz sonucunda kadınların yaşı, jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı, bilgi düzeyi, sağlık inançlarından engel algısı serviks kanseri tarama hizmetinin alınmasının önemli belirleyicileri olarak saptanmıştır. Tarama uyumu, düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerde 3,90 kat ve 60-65 yaşa göre 40-49 yaşındakilerde 2,89 kat, 50-59 yaşındakilerde 2,67 kat daha fazladır. Engel algısı puanı bir birim arttığında taramaya uyum 0,9 kat azalmıştır. Bilgi testi puanının bir birim artışı ile taramaya uyumu 1,11 kat artmıştır.

Öneriler:

- Tarama uyumunun yüksek düzeyde olduğu ancak istenen %70 hedefe ulaşamadığı ve düzenli aralıklarla tarama yaptırılmadığı belirlenmiştir. Servikal taramanın kadın sağlığı için önemi hakkında bilgi verilerek toplumun koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili farkındalığı artırılmalıdır. Kadınlar tarama hizmetlerini düzenli olarak kullanmaları konusunda bilgilendirilmeli, düzenli yaptırımları izlenmeli ve motivasyonu artırmayı amaçlayan halk sağlığı eğitim programları geliştirilmelidir. Kadınların serviks kanserinden korunma konusundaki farkındalıklarının arttırılması, erken tanı yöntemlerine uyumunun sağlanması ve engel algılarının azaltılması için aileden topluma uzanan stratejiler planlanmalıdır.

- Serviks kanseri tarama prevalansını artırmak için 60 yaş üzerinde olan, bilgi düzeyi düşük olan, engel algıları yüksek olan, jinekolojik muayeneye düzenli gitmeyen, geniş aile yapısı olan, menopoza girmiş, kırsal bölgede yaşayan kadınlar hedef kitle olarak saptanıp, tarama ve eğitim programlarında bu gruplara ağırlık verilmesi genel sağlık eşitsizliklerinin yanı sıra hastalığın yükünü azaltmada önemli bir etkiye sahip olacaktır.
- Halk sağlığını geliştirme projeleri içinde serviks kanserinin insidansının, morbidite ve mortalitesinin azaltılmasında serviks kanseri risk faktörleri ve alınması gereken önlemler ile ilgili her yaştan kadın ve erkeğe eğitim verilmesi sağlanmalıdır. Özellikle serviks kanseri riski yüksek olan kadınlara kondom kullanımı, HPV aşısı, riskli cinsel davranışlar, sigara kullanımı ve tarama testleri hususlarında bireysel danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır.
- Türkiye’de ulusal serviks kanseri tarama programı uygulanmaktadır ancak serviks kanseri ile ilgili bilgi eksikliğinin kadınların bu tarama programlarına katılımını etkileyen önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle serviks kanseri ile ilgili özellikle risk faktörleri, tarama aralıkları ve uygulandığı yaş, tarama hizmeti için başvuru yapılabilecek sağlık tesisleri (ör.KETEM), HPV enfeksiyonu, HPV aşısı hakkında kapsamlı bilgilendirmenin ve eğitimlerin gerekli olduğu düşünülmüştür.
- Büyük bir sağlık eğitimi kaynağını temsil eden sağlık çalışanları ve aile hekimlerinin kadınların tarama davranışlarını büyük ölçüde etkilediği gösterilmiştir. Birinci basamak sağlık çalışanları ve diğer sağlık çalışanları serviks kanseri tarama oranlarını arttırmayı amaçlayan herhangi bir programın önemli bileşenleri olmalı ve uygun bilgilerin sağlanmasında etkin rol üstlenmelidir. Kadınların düzenli tarama yaptırma alışkanlığı kazanmalarını teşvik etmeye yönelik sağlık çalışanları ve birinci basamak hekimleri tarafından planlı sağlık eğitimleri düzenlenmelidir. Sağlık eğitimleri bilgi eksikliği ve utanç gibi kültürel engellerin giderilmesinde ayrıca HPV ile rahim ağzı kanseri arasındaki ilişkinin anlaşılmasında etkili olabilir. Hedef grup olan 30-65 yaş arası kadınlar için birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından önceden ayarlanmış randevular ve telefon hatırlatıcıları ile birlikte davetiye mektuplarının kullanılması önerilir. Serviks kanseri

taraması katılımını artırmak için kadınların kendilerini daha rahat hissetmeleri amacıyla planlı ev ziyaretleri yapılarak bilgi verilmesi, grup eğitimleri verilmesi ve bu hizmetlerin sunumunda birinci basamak sağlık çalışanlarının aktif olarak rol alması önerilir.

- Sağlık çalışanlarının serviks kanseri ve taramalar ile ilgili kadınlara bilgilendirme yapmasının teşvik edilmesi için hizmet içi eğitimler verilmesi farkındalık artırmaya yönelik çalışmaların devamlılığının sağlanmasında, serviks kanseri ve erken tanı ile ilgili kadınların bilgisinin artışında, olumsuz tutumların giderilmesinde büyük bir önem taşımaktadır.
- HPV aşısı yaptırma oranının düşük olduğu bu çalışmada gösterilmiştir. Bu nedenle, aşı kapsamını arttırmak için HPV aşısının farkındalığını artırmak önemlidir. Aşının Türkiye'ye uygunluğu ile ilgili araştırmalar ve çalışmalarda, karar vericileri yönlendirmede, savunuculuk ve uygulamalarda başta halk sağlığı uzmanları olmak üzere sağlık çalışanlarının konumu önemlidir. HPV aşısı ülkemizde daha uygulanabilir duruma geldiğinde serviks kanserinin kontrolünde önemli başarılar sağlanabilir. Ayrıca, HPV karşıtı ebeveynleri aşının kızlarına vereceği avantajlar konusunda duyarlı hale getirmek ve aşı güvenliği konusunda güvence vermek önemlidir.
- Tarama testi yaptırmayan kadınların daha yüksek engel algıları olması, tarama programlarına en üst düzeyde katılımın sağlanması için engellerin mümkün olduğunca azaltılması gerektiğini ve bu doğrultuda çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu nedenle serviks kanseri önleme programları, serviks kanseri taraması önündeki engellerin azaltılmasına odaklanmalıdır. Serviks kanseri taraması alımını arttırmak için kadınlarda tutum değişikliğine yol açan toplum sağlığı eğitimi alınmalıdır. Müdahale programları, tarama hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği ve olumsuz tutumları ele almalıdır. Tarama testleriyle ilgili olumsuz tutumların giderilmesinde sağlık uzmanları tarafından tarama testi bilgisinin arttırılması serviks kanseri insidansını azaltmak için önemlidir. Tarama alımını arttırmayı hedefleyen politika ve programlar, halkın ihtiyaçlarına kültürel olarak duyarlı olmalıdır.
- Kadınların serviks kanseri taramalarına karşı tutumlarını olumlu yönde etkilemek ve sağlık bilgisini yayma yoluyla sağlık arama davranışını

arttırmak için Sağlık Bakanlığı'nın merkezi yönetimlerinin desteği ile kitle iletişim araçlarının dahil olduğu projeler geliştirilmelidir.

- Ülkemizde kadın sağlığının iyileştirilmesine katkı sağlayacak programlar bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Kadının statüsünün yükseltilmesi, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yapılmaması, üreme sağlığı hizmet programlarının bir bütünlük içinde ele alınması, tarama hizmetlerine öncelik verilmesi ve ayrıca yapılan bütün uygulamaların izleme programları ile değerlendirilmesi gerekmektedir. İnsidans ve mortalitenin izlenmesi, bu stratejilerin istenen hedeflere ulaşp ulaşmadığını değerlendirmek için yararlı olacaktır.
- Kadınların serviks kanseri taramasına katılma kararını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, toplumda tarama hizmeti kullanım oranının artması ve uygulanacak stratejilerin belirlenmesinde önemli role sahiptir. Kadınların serviks kanseri tarama katılımı kararıyla ilişkili faktörleri araştıran nitel çalışmalar, sistematik derleme ve meta-analiz çalışmaları dahil olmak üzere ileri çalışmaların sayısı artırılmalıdır. Söz konusu çalışmadan elde edilen sonuçlar gelecekteki çalışmalara temel oluşturması bakımından önemlidir.
- Tarama programlarına uyum yalnızca bireyin sorumluluğunda değildir. Politika yapıcılar ve sağlık çalışanları, tarama hizmetlerinin kapsamını arttırmada önemli role sahiptir. Kadınlarda servikal kanser tarama stratejilerinin geliştirilmesi ve devam ettirilmesi zorunludur. Kadınların taramalara katılım davranışlarını teşvik etmek için karar vericilerin rolü önemlidir.

8. ÖZET

Ülkemizde 30-65 yaş grubundaki her kadına 5 yılda bir HPV veya Pap-smear testi yapılması gerekmektedir. Çalışmada kadınların serviks kanseri tarama standartlarına uyumlarının ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Ekim 2018’de gerçekleştirilen kesitsel tipteki araştırmanın evreni Konyaaltı ilçesinde yaşayan 30-65 yaş grubundaki 44.504 kadındır. Örnek büyüklüğü prevalans %39, desen etkisi 2, sapma %5, güven düzeyi %95 alınarak 726 olarak belirlenmiştir. Küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bir kümede 10 kişi olmak üzere 73 kümede 730 kadında araştırma gerçekleştirilmiştir. Bağımlı değişken ulusal serviks kanseri tarama programına uyum olup son beş yılda tarama testi yaptıranlar uyumlu kabul edilmiştir. Bağımsız değişkenler sosyodemografik özellikler, üreme sağlığı özellikleri, bilgi testi puanları, risk faktörleri, sağlık inançlarıdır. Katılımcıların bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla literatürden derlenen 20 soru sorulmuştur. Her doğru yanıt 1 puan verilmiştir. Serviks kanseri riski Siteman Kanser Merkezi’nin risk düzeyi belirleme programındaki değişkenlerle incelenmiştir. İnançları belirlemek için Güvenç, Akyüz ve Açikel tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenirliliği yapılmış beş alt boyut, 35 maddeden oluşan Serviks Kanseri ve Pap-smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği kullanılmıştır. Anket katılımcıların onamlarının alınmasının ardından yüz yüze görüşme ve kapalı zarf yöntemiyle uygulanmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması $44,61 \pm 9,59$ olup %61,8’i lise ve üstü eğitimlidir. Katılımcıların %84,8’inin en uzun yaşadığı yer büyükşehir/il merkezi, %57,5’inin geliri giderine eşit olup %42,3’ü gelir getirici bir işte çalışmaktadır. Bilgi testinden alınan puan ortalaması $13,4 \pm 4,1$ (0-20)’dir. Katılımcıların %30,7’sinin her gün en az bir sigara içtiği, %15,2’sinin cinsel eş sayısının 2 ve üzerinde olduğu, %7,3’ünün ilk ilişki yaşının 16 yaşın altında olduğu saptanmıştır. Yaşam boyu en çok kondom kullandığını belirten kadınların oranı %29,0’dır. Sağlık İnanç Ölçeğinden yarar ve motivasyon alt boyutundan $32,2 \pm 4,5$ (8-40), engel algısı alt boyutundan $31,4 \pm 8,6$ (14-70), ciddiyet algısı alt boyutundan $22,0 \pm 5,7$ (7-35), duyarlılık algısı alt boyutundan $7,2 \pm 2,3$ (3-15), sağlık motivasyonu alt boyutundan $9,9 \pm 2,5$ (3-15) puan alınmıştır.

Hayat boyu en az bir kez serviks kanseri tarama testi yaptırma %73,2 iken ulusal tarama standartlarına uyum %65,3'tür. Lojistik regresyon analizi sonucunda 60-65 yaşa göre 40-49 yaşındakilerin 2,89 kat, 50-59 yaşındakilerin 2,67 kat daha fazla tarama standardına uyduğu bulunmuştur. Düzenli jinekolojik muayeneye gitmeyenlere göre gidenlerin 3,90 kat fazla tarama programına uyduğu saptanmıştır. Bilgi testi puanının bir birim artışı taramaya uyumu 1,11 kat arttırmıştır. Engel algısı puanı bir birim arttığında taramaya uyum 0,89 kat azalmıştır.

Düzenli jinekolojik muayeneye gitme alışkanlığı olmaması, 60-65 yaş aralığında olma, bilgi düzeyinin düşük, engel algısının yüksek olması tarama testine katılımı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu risk grupları dikkate alınarak hizmetin sunulması, eğitimler yapılması önerilir.

Anahtar Sözcükler: İlişkili faktörler, serviks kanseri, tarama uyumu.

9. ABSTRACT

Behavior And Related Factors For Early Diagnosis Of Cervical Cancer In Women Aged 30-65 Years Living In Konyaaltı, Antalya

In our country, every woman in the 30-65 age group should undergo HPV or Pap-smear test at least once every 5 years. The aim of this study was to determine the compliance of women with cervical cancer screening standards and related factors.

The population of the cross-sectional study performed during October 2018 was 44,504 women with age range 30-65 living in Konyaaltı. The sample size was determined as 726 with a prevalence of 39%, a pattern effect of 2, a deviation of 5%, and a confidence level of 95%. Cluster sampling method was used. Research was conducted in 730 women in 73 clusters, 10 of them were in one cluster. The dependent variable was compliance with the national cervical cancer screening program and those who had a screening test in the last five years were accepted as compatible. Independent variables were sociodemographic characteristics, reproductive health characteristics, knowledge test scores, risk factors, health beliefs. In order to measure the level of knowledge of the participants, 20 questions were collected from the literature. Each correct answer was given 1 point. The risk of cervical cancer was examined with the variables in Siteman Cancer Center's risk level determination program. Cervical Cancer and Pap-smear Test Health Belief Model Scale, which consists of five sub-dimensions, 35 items, which was developed, and the validity and reliability was confirmed by Guvenc, Akyuz and Acikel were used. After obtaining the consents of the participants, the questionnaire was applied by face-to-face interview and closed envelope method.

The mean $\pm$ standard deviation (SD) age of the participants was 44.61 $\pm$ 9.59 and 61.8% of them were educated from high school and above. The city where the 84.8% of the participants the longest live is the metropolitan / provincial center, the income of 57.5% is equal to the expenses and 42.3% of them work in a business generating income.

The mean $\pm$ SD score obtained from the knowledge test was 13.4 $\pm$ 4.1 (0-20). It was found that 30.7% of the participants smoked at least one cigarette

every day, 15.2% had 2 or more sexual partner, and the first sexual experience age was under 16 years in 7.3% of the participants. The rate of women who used mostly condoms during their lifetime was 29.0%. Benefit/motivation subscale of Health Belief Scale was 32.2 ± 4.5 (8-40), disability perception was 31.4 ± 8.6 (14-70), and severity perception subscale was 22.0 ± 5.7 (7-35), 7.2 ± 2.3 (3-15) points from sensitivity perception sub-dimension and 9.9 ± 2.5 (3-15) points from health motivation sub-dimension. A cervical cancer screening test at least once in a lifetime was 73.2%, while compliance with national screening standards was 65.3%. As a result of logistic regression analysis, between the age of 40-49 years the compliance with national screening standards was found 2.89 times higher than those of 60-65 years. Also, the compliance 2.67 times higher between the ages 50-59 years than those of 60-65 years. The compliance was found 3.90 times more in the participants attended regular gynecological examinations comparing to those who did not. One unit increase in the knowledge test score increased the compliance to the screening by 1.11 times. When the obstacle perception score increased by one unit, the compliance to the screening decreased by 0.89 times.

Lack of habit of going to regular gynecological examination, the age between 60 and 65, low level of knowledge and high perception of disability affect negatively the participation in screening test. Considering these risk groups, it is recommended to providing services and trainings.

Key Words: Cervical Cancer, Screening Compliance, Related Factors

10. KAYNAKLAR

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018;68(6):394-424.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*. 2015;136(5):E359-E86.
3. T.C Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu Genel Müdürlüğü. Türkiye Kanseri İstatistikleri, Ankara, 2018. https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf. Erişim: 19.04.2019.
4. Arbyn M, Castellsagué X, de Sanjosé S, Bruni L, Saraiya M, Bray F, et al. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Annals of oncology*. 2011;22(12):2675-86.
5. Ginsburg O, Bray F, Coleman MP, Vanderpuye V, Eniu A, Kotha SR, et al. The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *The Lancet*. 2017;389(10071):847-60.
6. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *The Journal of pathology*. 1999;189(1):12-9.
7. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice. 2nd edition. Geneva: World Health Organization; 2014. ISBN-13: 978-92-4-154895-3.
8. Senkomago V, Duran D, Loharikar A, Hyde TB, Markowitz LE, Unger ER, et al. CDC activities for improving implementation of human papillomavirus vaccination, cervical Cancer screening, and surveillance worldwide. *Emerging infectious diseases*. 2017;23(Suppl 1):S101.
9. Denny L HR, Levin C, et al. Cervical Cancer. In: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, et al. editors. *Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3)*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015 Nov 1. Chapter 4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343648/> doi: 10.1596/978-1-4648-0349-9_ch4.
10. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanseri Daire Başkanlığı. Türkiye Kanseri Kontrol Programı. Ankara 2016.

11. Von Karsa L, Arbyn A, De Vuyst H, Dillner J, Dillner L, Franceschi S, et al. Executive summary. In: European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition, Supplements. Anttila A, Arbyn A, De Vuyst H, Dillner J, Dillner L, Franceschi S, et al. (eds.). Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union; 2015. pp. XIII–XXIV.
12. Jeronimo J, Castle PE, Temin S, Denny L, Gupta V, Kim JJ, et al. Secondary prevention of cervical cancer: ASCO resource-stratified clinical practice guideline. *Journal of global oncology*. 2016;3(5):635-57.
13. Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Plummer M, Franceschi S, Bray F. Worldwide trends in cervical cancer incidence: impact of screening against changes in disease risk factors. *European journal of cancer*. 2013;49(15):3262-73.
14. Vaccarella S, Franceschi S, Engholm G, Lönnberg S, Khan S, Bray F. 50 years of screening in the Nordic countries: quantifying the effects on cervical cancer incidence. *British journal of cancer*. 2014;111(5):965.
15. Kurtoğlu E, Gürz AA. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics-Special Topics*. 2014;7(4):1-4.
16. IARC, Globocan, Population Fact Sheets 2018 Turkey. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>. Accessed: 11.03.2019.
17. IARC, A Practical Manual on Visual Screening for Cervical Neoplasia, Chapter 1: Anatomical and pathological basis of visual inspection with acetic acid (VIA) and with Lugol's iodine (VILI) IARC Technical Publication No. 41 Edited by Sankaranarayanan R, Wesley RS 2003 ISBN-13 (Database) 978-92-832-2423-5.
18. Steenbergen RD, Snijders PJ, Heideman DA, Meijer CJ. Clinical implications of (epi) genetic changes in HPV-induced cervical precancerous lesions. *Nature Reviews Cancer*. 2014;14(6):395.
19. Lax S. Histopathology of cervical precursor lesions and cancers. *Acta Dermatoven APA*. 2011;20(3):125-33.
20. Prendiville W, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical precancer. chapter 3. Squamous intraepithelial lesions: cytology–histology correlation. IARC Technical Publications no: 45. 2017 ISBN 978-92-832-2459-4 ISSN 1012-7348. P.23.
21. Wright JD. Cervical intraepithelial neoplasia: Terminology, incidence, pathogenesis, and prevention. *Lancet*. 2014;370(9599):1609-21.

22. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2013;17:S1-S27.
23. Castle PE, Stoler MH, Solomon D, Schiffmanx M, Group A. The relationship of community biopsy-diagnosed cervical intraepithelial neoplasia grade 2 to the quality control pathology-reviewed diagnoses: an ALTS report. *American journal of clinical pathology*. 2007;127(5):805-15.
24. Carreon JD, Sherman ME, Guillén D, Solomon D, Herrero R, Jerónimo J, et al. CIN2 is a much less reproducible and less valid diagnosis than CIN3: results from a histological review of population-based cervical samples. *International Journal of Gynecological Pathology*. 2007;26(4):441-6.
25. American College of Obstetricians Gynecologists. Practice Bulletin No. 140: management of abnormal cervical cancer screening test results and cervical cancer precursors. *Obstetrics and gynecology*. 2013;122(6):1338.
26. McCredie MR, Sharples KJ, Paul C, Baranyai J, Medley G, Jones RW, et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. *The lancet oncology*. 2008;9(5):425-34.
27. Darragh TM, Colgan TJ, Cox JT, Heller DS, Henry MR, Luff RD, et al. The Lower Anogenital Squamous Terminology Standardization project for HPV-associated lesions: background and consensus recommendations from the College of American Pathologists and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology. *International Journal of Gynecological Pathology*. 2013;32(1):76-115.
28. De Villiers EM. Cross-roads in the classification of papillomaviruses. *Virology*. 2013;445(1-2):2-10.
29. Doorbar J, Quint W, Banks L, Bravo IG, Stoler M, Broker TR, et al. The biology and life-cycle of human papillomaviruses. *Vaccine*. 2012;30:F55-F70.
30. International Human Papilloma Virus Reference Center. Human Papillomavirus Reference Clones, Stockholm: Karolinska Institutet.http://www.nordicehealth.se/hpvcenter/reference_clones/. accessed 25.02.2019.
31. Winer RL, Lee SK, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *American journal of epidemiology*. 2003;157(3):218-26.

32. Fairley C, Gay N, Forbes A, Abramson M, Garland S. Hand-genital transmission of genital warts? An analysis of prevalence data. *Epidemiology & Infection*. 1995;115(1):169-76.
33. Marrazzo JM, Stine K, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2000;183(3):770-4.
34. Moscicki A-B, Schiffman M, Burchell A, Albero G, Giuliano AR, Goodman MT, et al. Updating the natural history of human papillomavirus and anogenital cancers. *Vaccine*. 2012;30:F24-F33.
35. Shew ML, Weaver B, Tu W, Tong Y, Fortenberry JD, Brown DR. High frequency of human papillomavirus detection in the vagina before first vaginal intercourse among females enrolled in a longitudinal cohort study. *The Journal of infectious diseases*. 2012;207(6):1012-5.
36. Forman D, De Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012;30:F12-F23.
37. De Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *The Lancet infectious diseases*. 2007;7(7):453-9.
38. Insinga RP, Dasbach EJ, Elbasha EH, Liaw K-L, Barr E. Progression and regression of incident cervical HPV 6, 11, 16 and 18 infections in young women. *Infectious agents and cancer*. 2007;2(1):15.
39. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans. Biological agents. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans, No.100B. Lyon: IARC; 2012
40. Lacey CJ, Lowndes CM, Shah KV. Burden and management of non-cancerous HPV-related conditions: HPV-6/11 disease. *Vaccine*. 2006;24:S35-S41.
41. Sturegård E, Johansson H, Ekström J, Hansson B-G, Johnsson A, Gustafsson E, et al. Human papillomavirus typing in reporting of condyloma. *Sexually transmitted diseases*. 2013;40(2):123-9.
42. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer C, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of clinical pathology*. 2002;55(4):244-65.

43. Wright Jr TC, Schiffman M. Adding a test for human papillomavirus DNA to cervical-cancer screening. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(6):489-90.
44. Schiffman M, Kjaer SK. Chapter 2: Natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2003;(31):14-9.
45. Schiffman M, Wentzensen N. Human papillomavirus infection and the multistage carcinogenesis of cervical cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2013;22(4):553–560. doi:10.1158/1055-9965.EPI-12-1406
46. Ho GY, Bierman R, Beardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine*. 1998;338(7):423-8.
47. Franco EL, Villa LL, Sobrinho JP, Prado JM, Rousseau M-C, Désy M, et al. Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. *The Journal of infectious diseases*. 1999;180(5):1415-23.
48. Molano M, van den Brule A, Plummer M, Weiderpass E, Posso H, Arslan A, et al. Determinants of clearance of human papillomavirus infections in Colombian women with normal cytology: a population-based, 5-year follow-up study. *American journal of epidemiology*. 2003;158(5):486-94.
49. Ho GY, Burk RD, Klein S, Kadish AS, Chang C, Palan P, et al. Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1995;87(18):1365-71.
50. Hildesheim A, Schiffman MH, Gravitt PE, Glass AG, Greer CE, Zhang T, et al. Persistence of type-specific human papillomavirus infection among cytologically normal women. *Journal of infectious Diseases*. 1994;169(2):235-40.
51. Schlecht NF, Platt RW, Duarte-Franco E, Costa MC, Sobrinho JP, Prado JC, et al. Human papillomavirus infection and time to progression and regression of cervical intraepithelial neoplasia. *Journal of the National Cancer Institute*. 2003;95(17):1336-43.
52. De Martel C, Plummer M, Vignat J, Franceschi S. Worldwide burden of cancer attributable to HPV by site, country and HPV type. *International journal of cancer*. 2017;141(4):664-70.
53. Schiffman M, Herrero R, DeSalle R, Hildesheim A, Wacholder S, Rodriguez AC, et al. The carcinogenicity of human papillomavirus types reflects viral evolution. *Virology*. 2005;337(1):76-84.

54. De Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Lloveras B, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *The lancet oncology*. 2010;11(11):1048-56.
55. Serrano B, de Sanjosé S, Tous S, Quiros B, Muñoz N, Bosch X, et al. Human papillomavirus genotype attribution for HPVs 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58 in female anogenital lesions. *European journal of cancer*. 2015;51(13):1732-41.
56. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *The Lancet*. 2002;359(9312):1093-101.
57. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16,563 women with cervical carcinoma and 33,542 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. *International journal of cancer*. 2006;119(5):1108-24.
58. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *The Lancet*. 2002;359(9312):1085-92.
59. Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Vaccine*. 2006;24:S4-S15.
60. Plummer M, Herrero R, Franceschi S, Meijer CJ, Snijders P, Bosch FX, et al. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case-control study. *Cancer Causes & Control*. 2003;14(9):805-14.
61. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *International journal of cancer*. 2006;118(6):1481-95.
62. Denny LA, Franceschi S, de Sanjosé S, Heard I, Moscicki AB, Palefsky J. Human papillomavirus, human immunodeficiency virus and immunosuppression. *Vaccine*. 2012;30:F168-F74.
63. De Vuyst H, Lillo F, Broutet N, Smith JS. HIV, human papillomavirus, and cervical neoplasia and cancer in the era of highly active antiretroviral therapy. *European Journal of Cancer Prevention*. 2008;17(6):545-54.

64. Smith JS, Bosetti C, Muñoz N, Herrero R, Bosch FX, Eluf-Neto J, et al. Chlamydia trachomatis and invasive cervical cancer: A pooled analysis of the IARC multicentric case-control study. *International journal of cancer*. 2004;111(3):431-9.
65. Smith JS, Herrero R, Bosetti C, Munoz N, Bosch FX, Eluf-Neto J, et al. Herpes simplex virus-2 as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2002;94(21):1604-13.
66. Demirkıran F. Bölüm 12. İnvaziv Serviks Kanseri. Editör: Güner H. *Jinekolojik Onkoloji* 4. baskı. Veri Medikal Yayıncılık, Rotatıp Kitabevi 2010. S.205. ISBN: 978-605-4089-32-3.
67. The International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *International journal of cancer*. 2007;120(4):885-91.
68. Bosch FX, Castellsagué X, Muñoz N, De Sanjosé S, Ghaffari AM, González LC, et al. Male sexual behavior and human papillomavirus DNA: key risk factors for cervical cancer in Spain. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 1996;88(15):1060-7.
69. Ayhan A, Başaran A. Bölüm 4 Servikal Neoplaziler. Editörler: Attar E, Ata B. *Gomel'in Jinekolojisi*. Nobel Tıp Kitabevleri 2007. ISBN: 978-975-420-573-2. S.101.
70. Hoover RN, Hyer M, Pfeiffer RM, Adam E, Bond B, Cheville AL, et al. Adverse health outcomes in women exposed in utero to diethylstilbestrol. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(14):1304-14.
71. Jordan SM, Tewari K.S. Section 1 Cervical cancer. Ed: Eskander RN, Bristow RE. *Gynecologic Oncology: A Pocketbook*: Springer New York: 2015. P.55-84. ISBN 978-1-4939-1976-5 (eBook).
72. American Cancer Society. Cervical Cancer Early Detection, Diagnosis, And Staging. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-symptoms.html>. Accessed: 08.04.2019
73. Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine*. 2006;354(25):2645-54.

74. Weaver BA. Epidemiology and natural history of genital human papillomavirus infection. *J Am Osteopath Assoc*. 2006;106(3 Suppl 1):S2-8.
75. Tobian AA, Serwadda D, Quinn TC, Kigozi G, Gravitt PE, Laeyendecker O, et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(13):1298-309.
76. Gray RH, Serwadda D, Kong X, Makumbi F, Kigozi G, Gravitt PE, et al. Male circumcision decreases acquisition and increases clearance of high-risk human papillomavirus in HIV-negative men: a randomized trial in Rakai, Uganda. *The Journal of infectious diseases*. 2010;201(10):1455-62.
77. Auvert B, Sobngwi-Tambekou J, Cutler E, Nieuwoudt M, Lissouba P, Puren A, et al. Effect of male circumcision on the prevalence of high-risk human papillomavirus in young men: results of a randomized controlled trial conducted in Orange Farm, South Africa. *The Journal of infectious diseases*. 2009;199(1):14-9.
78. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. *Weekly Epidemiological Record* 2017;92(19):241-68.
79. Beavis AL, Levinson KL. Preventing cervical cancer in the United States: barriers and resolutions for HPV vaccination. *Frontiers in oncology*. 2016;6:19.
80. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Chesson HW, Curtis CR, Gee J, et al. Human papillomavirus vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*. 2014;63(5):1-30.
81. Schiller JT, Castellsagué X, Villa LL, Hildesheim A. An update of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like particle vaccine clinical trial results. *Vaccine*. 2008;26:K53-K61.
82. Petrosky E, Bocchini Jr JA, Hariri S, Chesson H, Curtis CR, Saraiya M, et al. Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2015;64(11):300.
83. Joura EA, Giuliano AR, Iversen OE, Bouchard C, Mao C, Mehlsen J, et al. A 9-valent HPV vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(8):711-23.
84. Harper DM, DeMars LR. HPV vaccines—A review of the first decade. *Gynecologic oncology*. 2017;146(1):196-204.

85. WHO, Vaccine in National Immunization Programme Update August 2017.http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/VaccineIntroStat.us.pptx. Accessed:16.04.2019.
86. Selçuk İ, Üstün YE. Gelecekte Nonavalent (9-valent) HPV Aşısının Türkiye İçin Kullanılabilirliği. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2019;16(1).
87. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. Androloji Bülteni. 2018;20:25-9.
88. Brotherton JM, Fridman M, May CL, Chappell G, Saville AM, Gertig DM. Early effect of the HPV vaccination programme on cervical abnormalities in Victoria, Australia: an ecological study. The Lancet. 2011;377(9783):2085-92.
89. Gertig DM, Brotherton JM, Budd AC, Drennan K, Chappell G, Saville AM. Impact of a population-based HPV vaccination program on cervical abnormalities: a data linkage study. BMC medicine. 2013;11(1):227.
90. Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Harper DM, Leodolter S, et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. New England Journal of Medicine. 2007;356(19):1928-43.
91. Hildesheim A, Herrero R, Wacholder S, Rodriguez AC, Solomon D, Bratti MC, et al. Effect of human papillomavirus 16/18 L1 viruslike particle vaccine among young women with preexisting infection: a randomized trial. Jama. 2007;298(7):743-53.
92. World Health Organization. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: World Health Organization; 2017. S.8-9. ISBN 978-92-4-151194-0.
93. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization: 2006.
94. Bilir N, Paksoy Erbaydar N. Yaşlılık sorunları ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü. Editörler: Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı temel bilgiler 3. İkinci basım. Ankara: Hacettepe Üniversitesi yayınları; 2015. S.1553-1554.
95. Sung HY, Kearney KA, Miller M, Kinney W, Sawaya GF, Hiatt RA. Papanicolaou smear history and diagnosis of invasive cervical carcinoma among members of a large prepaid health plan. Cancer. 2000;88(10):2283-9.
96. Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K, et al. Cervical cancer in women with comprehensive health care access: attributable factors in the screening process. Journal of the National Cancer Institute. 2005;97(9):675-83.

97. Ingemann Hansen O, Lidang M, Niemann I, Dinesen J, Baandrup U, Svanholm H, et al. Screening history of women with cervical cancer: a 6-year study in Aarhus, Denmark. *British journal of cancer*. 2008;98(7):1292.
98. Spence AR, Goggin P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*. 2007;45(2-3):93-106.
99. Freeman HP, Wingrove BK. Excess Cervical Cancer Mortality: A Marker for Low Access to Health Care in Poor Communities. Rockville, MD: National Cancer Institute, Center to Reduce Cancer Health Disparities, May 2005. NIH Pub. No. 05-5282.
100. Stout NK, Goldhaber Fiebert JD, Ortendahl JD, Goldie SJ. Trade-offs in cervical cancer prevention: balancing benefits and risks. *Archives of internal medicine*. 2008;168(17):1881-9.
101. Insinga RP, Glass AG, Myers ER, Rush BB. Abnormal outcomes following cervical cancer screening: event duration and health utility loss. *Medical Decision Making*. 2007;27(4):414-22.
102. Gökaslan H. Bölüm 9. Kanser Taramaları. *Jinekolojik Onkoloji* 4. baskı. Editör: Güner H. Ankara: Veri Medikal Yayıncılık, Rotatıp Kitabevi; 2010. S.141. ISBN: 978-605-4089-32-3.
103. Arbyn M, Bergeron C, Klinkhamer P, Martin-Hirsch P, Siebers AG, Bulten J. Liquid compared with conventional cervical cytology: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2008;111(1):167-77.
104. Wright Jr TC, Stoler MH, Behrens CM, Sharma A, Sharma K, Apple R. Interlaboratory variation in the performance of liquid-based cytology: Insights from the ATHENA trial. *International journal of cancer*. 2014;134(8):1835-43.
105. Nayar R, Wilbur DC. The Bethesda system for reporting cervical cytology: definitions, criteria, and explanatory notes: 3rd ed. Springer International Publishing; Switzerland; 2015.
106. Adegoke O, Kulasingam S, Virnig B. Cervical cancer trends in the United States: a 35-year population-based analysis. *Journal of women's health*. 2012;21(10):1031-7.
107. Tota JE, Bentley J, Blake J, Coutlée F, Duggan MA, Ferenczy A, et al. Introduction of molecular HPV testing as the primary technology in cervical cancer screening: Acting on evidence to change the current paradigm. *Preventive medicine*. 2017;98:5-14.

108. Arbyn M, Raifu AO, Weiderpass E, Bray F, Anttila A. Trends of cervical cancer mortality in the member states of the European Union. *European journal of cancer*. 2009;45(15):2640-8.
109. Jemal A, Ward E, Thun M. Declining death rates reflect progress against cancer. *PloS one*. 2010;5(3):e9584.
110. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2012;62(3):147-72.
111. Meijer CJ, Berkhof J, Castle PE, Hesselink AT, Franco EL, Ronco G, et al. Guidelines for human papillomavirus DNA test requirements for primary cervical cancer screening in women 30 years and older. *International journal of cancer*. 2009;124(3):516-20.
112. Cuzick J, Clavel C, Petry KU, Meijer CJ, Hoyer H, Ratnam S, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *International journal of cancer*. 2006;119(5):1095-101.
113. Ogilvie G, Nakisige C, Huh WK, Mehrotra R, Franco EL, Jeronimo J. Optimizing secondary prevention of cervical cancer: recent advances and future challenges. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2017;138:15-9.
114. Coldman AJ, Phillips N, van Niekerk D, Smith L, Krajden M, Cook D, et al. Projected impact of HPV and LBC primary testing on rates of referral for colposcopy in a Canadian cervical cancer screening program. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2015;37(5):412-20.
115. Malila N, Leinonen M, Kotaniemi-Talonen L, Laurila P, Tarkkanen J, Hakama M. The HPV test has similar sensitivity but more overdiagnosis than the Pap test—a randomised health services study on cervical cancer screening in Finland. *International journal of cancer*. 2013;132(9):2141-7.
116. Sawaya GF, Huchko MJ. Cervical cancer screening. *Medical Clinics*. 2017;101(4):743-53.
117. Gage JC, Schiffman M, Katki HA, Castle PE, Fetterman B, Wentzensen N, et al. Reassurance against future risk of precancer and cancer conferred by a negative human papillomavirus test. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2014;106(8).
118. Carozzi FM, Mistro AD, Confortini M, Sani C, Puliti D, Trevisan R, et al. Reproducibility of HPV DNA testing by Hybrid Capture 2 in a screening setting:

intralaboratory and interlaboratory quality control in seven laboratories participating in the same clinical trial. *American journal of clinical pathology*. 2005;124(5):716-21.

119. Castle PE, Lorincz AT, Mielzynska-Lohnas I, Scott DR, Glass AG, Sherman ME, et al. Results of human papillomavirus DNA testing with the hybrid capture 2 assay are reproducible. *Journal of Clinical Microbiology*. 2002;40(3):1088-90.

120. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *The lancet*. 2014;383(9916):524-32.

121. Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. Screening and adenocarcinoma of the cervix. *International journal of cancer*. 2009;125(3):525-9.

122. Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJ, Verhoef VM, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *The lancet oncology*. 2014;15(2):172-83.

123. Racey CS, Withrow DR, Gesink D. Self-collected HPV testing improves participation in cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Journal of Public Health*. 2013;104(2):e159-e66.

124. Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2005;89:S4-S12.

125. Sauvaget C, Fayette JM, Muwonge R, Wesley R, Sankaranarayanan R. Accuracy of visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2011;113(1):14-24.

126. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*. 2018;320(7):674-86.

127. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin No. 168: Cervical Cancer Screening and Prevention. *Obstet Gynecol*. 2016 Oct;128(4):e111-30. doi: 10.1097/AOG.0000000000001708.

128. CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Cervical Cancer Screening Guidelines for Average-Risk Women. <https://www.cdc.gov/cancer/cervical/pdf/guidelines.pdf>. Accessed: 27.03.2019.

129. Saraiya M MG, Glaser K, et al. Providers should also be aware of instances of non-consensual sex among their patients. *Obstet Gynecol.* 2009;114(6):1213-9. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181be3db4.).
130. Stokes Lampard H, Wilson S, Waddell C, Ryan A, Holder R, Kehoe S. Vaginal Vault Smears After Hysterectomy for Reasons Other Than Malignancy. *Journal of Lower Genital Tract Disease.* 2007;11(2).
131. Kalogirou D, Antoniou G, Karakitsos P, Botsis D, Papadimitriou A, Giannikos L. Vaginal intraepithelial neoplasia (VAIN) following hysterectomy in patients treated for carcinoma in situ of the cervix. *European journal of gynaecological oncology.* 1997;18(3):188-91.
132. Kaya M, Akın A. Halk Sağlığı Yaklaşımı İle “Servikal Kanser”. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (HÜKSAM) yayınları: Ankara; 2009.
133. Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World. Summary Report 22 January 2019. Accessed: 04.04.2019.
134. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. ISBN 978 92 4 150514 7 (NLM classification: WP 480).World Health Organization 2013. S.6.
135. WHO Data Global Health Observatory indicator views, Coverage of national cervical cancer screening program (%) (Universal health coverage). http://apps.who.int/gho/data/node.imr.NCD_CCS_cervicalcancerpgmcbvg?lang=en . Accessed: 04.04.2019
136. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. *PLoS medicine.* 2008;5(6):e132.
137. Howlader N, Noone A, Krapcho M, Garshell J, Miller D, Altekruse S, et al. SEER cancer statistics review, 1975–2012. Bethesda, MD: National Cancer Institute. 2015.
138. Sabatino SA, White MC, Thompson TD, Klabunde CN. Cancer screening test use—United States, 2013. *MMWR Morbidity and mortality weekly report.* 2015;64(17):464.
139. World Health Organization. UN Joint Global Programme on Cervical Cancer Prevention and Control. Geneva: WHO; 2016.

<http://www.who.int/ncds/un-task-force/un-joint-action-cervical-cancer-leaflet.pdf>
Accessed:18.02.2018.

140. T.C Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanseri Dairesi Başkanlığı. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/483-serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>. Erişim t: 05.04.2019

141. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016 Yılı Faaliyet Raporu. Şubat 2017. S.91. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/kurumsal/plan-ve-faaliyetler/2016-faaliyet-raporu.pdf>. Erişim: 08.04.2019

142. Gultekin M, Dundar S, Kucukyildiz I, Karaca MZ, Boztas G, Turan SH, et al. Survival of gynecological cancers in Turkey: where are we at? Journal of gynecologic oncology. 2017;28(6).

143. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2017. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2017. Available from <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>. Accessed: 16.04.2019.

144. Bahar Özvarış Ş. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Bölüm 2. Sağlık Davranış Modelleri. S.46. Birinci Baskı. Hacettepe üniversitesi Yayınları: 2016 ISBN: 978-975-491-322-4

145. Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. Annual review of public health. 2010;31:399-418.

146. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice: John Wiley & Sons; 2008.

147. Sağlık Bakanlığı. Toplum sağlığı merkezi çalışanlarına yönelik sağlığın geliştirilmesi eğitimi rehberi. Ankara: Deniz Matbaacılık; 2011.

148. Johnson CE, Mues KE, Mayne SL, Kiblawi AN. Cervical cancer screening among immigrants and ethnic minorities: a systematic review using the Health Belief Model. Journal of lower genital tract disease. 2008;12(3):232-41.

149. Chan DN, So WK. A systematic review of the factors influencing ethnic minority women's cervical cancer screening behavior: from intrapersonal to policy level. Cancer nursing. 2017;40(6):E1-E30.

150. Gözüml S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2014;7(3).
151. Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. Health education quarterly. 1984;11(1):1-47.
152. Tavafian SS. Predictors of cervical cancer screening: An application of health belief model. Topics on cervical cancer with an advocacy for prevention: IntechOpen; 2012.
153. Hayden J. Health belief model. Introduction to health behavior theory. Canada Jones and Barlett Publishers. 2009.
154. T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı (TURKSTAT) Antalya Bölge Müdürlüğü (Antalya Regional Office) Kışla mah. 53.Sokak No:8 Muratpaşa/ANTALYA/TURKEY. 11.01.2018. kudretelifberkman@tuik.gov.tr.
155. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Bilgi Dağıtım ve İletişim Dairesi, Bilgi Dağıtım Grubu. bilgi@tuik.gov.tr. Erişim t: 22.01.2018.
156. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version. www.OpenEpi.com, updated 2013/04/06, accessed 2018/03/21.
157. Karabulutlu O. Evaluation of the pap smear test status of Turkish women and related factors. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2013;14(2):981-6.
158. Aşilar RH, Köse S, Yıldırım A. Kadınların Servikal Kanseri ve "Pap Smear" Testine İlişkin Bilgi, İnanç ve Davranışları. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences. 2015;7(2):102-11.
159. Demirtas B, Acikgoz I. Promoting Attendance at Cervical Cancer Screening: Understanding the Relationship with Turkish Womens Health Beliefs. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2013;14(1):333-40.
160. Bal MD. Kadınların pap smear testi yaptırmaları durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;4(3):133-8.
161. Onsuz MF, Hidiroglu S, Sarioz A, Metintas S, Karavus M. Knowledge, attitudes and behaviors of women over 20 years old on cervix cancer in Istanbul, Turkey. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(20):8801-7.

162. Deniz S, Kurt B, Oğuzöncül AF, Nazlıcan E, Akbaba M, Nayir T. Knowledge, attitudes and behaviours of women regarding breast and cervical cancer in Malatya, Turkey. *PloS one*. 2017;12(11):e0188571.
163. Ilter E, Celik A, Haliloglu B, Unlugedik E, Midi A, Gunduz T, et al. Women's knowledge of Pap smear test and human papillomavirus: acceptance of HPV vaccination to themselves and their daughters in an Islamic society. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2010;20(6):1058-62.
164. Sözmen K, Unal B, Sakarya S, Dinc G, Yardim N, Keskinilic B, et al. Determinants of breast and cervical cancer screening uptake among women in Turkey. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2016;28(6):528-38.
165. Reis N, Bebis H, Kose S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(4):1463-70.
166. Esin MN, Bulduk S, Ardic A. Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women. *Journal of Cancer Education*. 2011;26(3):510-5.
167. Açikgöz A, Ergör G. Cervical cancer risk levels in Turkey and compliance to the national cervical cancer screening standard. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2011;12(4):923-7.
168. Gümüş Öncel E. Aile hekimliği polikliniğine başvuran 21 yaş ve üstü kadınların serviks kanseri taraması konusundaki bilgi ve tutumlarının araştırılması. Uzmanlık tezi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Antalya, 2016.
169. Daniel J. Sampling essentials: Practical guidelines for making sampling choices: Thousand Oaks, California: SAGE Publications, 2011 Inc. doi: 10.4135/9781452272047.
170. United Nations, Department of Economic and Social Affairs Statistics Division. Designing household survey samples: practical guidelines. New York: United Nations Publications; 2008. P.46-50.
171. Resmi Gazete Büyükşehir Belediyesi Sınırları İçerisinde İlçe Kurulması Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Kanun No. 5747. Kabul Tarihi: 6/3/2008. 22 Mart 2008 Cumartesi. Ayı: 26824 (Mükerrer). [Http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2008/03/20080322M1-1.Htm](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/03/20080322M1-1.htm). Erişim: 25.07.2019.
172. Belek İ. Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler: Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma. Ankara: Turkish Medical Association Publications;2004.

173. Colditz G, Atwood K, Emmons K, Monson R, Willett W, Trichopoulos D, et al. Harvard report on cancer prevention volume 4: Harvard Cancer Risk Index. *Cancer causes & control*. 2000;11(6):477-88.
174. Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine © Copyright 2017. <https://siteman.wustl.edu/prevention/ydr/>. Erişim:12.01.2018.
175. Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing research*. 1993.
176. Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in nursing & health*. 1999;22(4):341-8.
177. Guvenc G, Akyuz A, Aikel CH. Health belief model scale for cervical cancer and Pap smear test: psychometric testing. *Journal of advanced nursing*. 2011;67(2):428-37.
178. George D. SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, 17.0 update, 10/e: Pearson Education India; 2011.
179. Kılı S. İki Durumlu Lojistik Regresyon Analizi. *Journal of Mood Disorders*. 2015;5(4).
180. Sampling Methods and Sample Size Calculation for the SMART Methodology June 2012. https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/Sampling_Paper_June_2012.pdf. Erişim t: 28.08.2019.
181. Bennett S, Woods T, Liyanage WM, Smith DL. A simplified general method for cluster-sample surveys of health in developing countries. *World health statistics quarterly* 1991;44(3):98-106.
182. T.C. Kalkınma Bakanlığı. İllerin ve bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması (SEGE-2011). Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Ankara, 2013.
183. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. İlçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması. Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 2004.
184. Şeker M, Bakış , Dizeci B. İnsani Gelişme Endeksi – İleler (İGE-İ) 2017 Tüketiciden İnsana Geçiş. Sertifika No / 34794 Yayın No / 3. İstanbul: Çizge Tanıtım & Matbaacılık; 2018.
185. Kili S. Cronbach's alpha reliability coefficient. *Journal of Mood Disorders*. 2016;6(1):47.

186. Lo SH, Waller J, Wardle J, von Wagner C. Comparing barriers to colorectal cancer screening with barriers to breast and cervical screening: a population-based survey of screening-age women in Great Britain. *Journal of medical screening*. 2013;20(2):73-9.
187. Do M. Predictors of cervical cancer screening among Vietnamese American women. *Journal of immigrant and minority health*. 2015;17(3):756-64.
188. Bante SA, Getie SA, Getu AA, Mulatu K, Fenta SL. Uptake of pre-cervical cancer screening and associated factors among reproductive age women in Debre Markos town, Northwest Ethiopia, 2017. *BMC public health*. 2019;19(1):1-9.
189. Phaswana-Mafuya N, Peltzer K. Breast and cervical cancer screening prevalence and associated factors among women in the South African general population. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2018;19(6):1465.
190. Aldohaian AI, Alshammari SA, Arafah DM. Using the health belief model to assess beliefs and behaviors regarding cervical cancer screening among Saudi women: a cross-sectional observational study. *BMC women's health*. 2019;19(1):6.
191. Touch S, Oh J-K. Knowledge, attitudes, and practices toward cervical cancer prevention among women in Kampong Speu Province, Cambodia. *BMC cancer*. 2018;18(1):294.
192. Jassim G, Obeid A, Al Nasheet HA. Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care Centres in Bahrain. *BMC public health*. 2018;18(1):128.
193. Gamaoun R. Awareness and knowledge about cervical cancer prevention methods among Tunisian women. *Journal of preventive medicine and hygiene*. 2018;59(1):E30.
194. Karimy M, Azarpira H, Araban M. Using health belief model constructs to examine differences in adherence to Pap test recommendations among Iranian women. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017;18(5):1389.
195. Smith AM, Heywood W, Ryall R, Shelley JM, Pitts MK, Richters J, et al. Association between sexual behavior and cervical cancer screening. *Journal of women's health*. 2011;20(7):1091-6.
196. Bayu H, Berhe Y, Mulat A, Alemu A. Cervical cancer screening service uptake and associated factors among age eligible women in Mekelle Zone, Northern Ethiopia, 2015: a community based study using health belief model. *PloS one*. 2016;11(3):e0149908.

197. Filha MMT, do Carmo Leal M, de Oliveira EFV, Esteves-Pereira AP, da Gama SGN. Regional and social inequalities in the performance of Pap test and screening mammography and their correlation with lifestyle: Brazilian national health survey, 2013. *International journal for equity in health*. 2016;15(1):136.
198. Richard A, Rohrmann S, Schmid SM, Tirri BF, Huang DJ, Güth U, et al. Lifestyle and health-related predictors of cervical cancer screening attendance in a Swiss population-based study. *Cancer epidemiology*. 2015;39(6):870-6.
199. Ricardo-Rodrigues I, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, Jiménez-Trujillo I, de Andrés AL. Social disparities in access to breast and cervical cancer screening by women living in Spain. *Public Health*. 2015;129(7):881-8.
200. CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Cancer screening-United States, 2010. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2012;61(3):41.
201. Restivo V, Costantino C, Marras A, Napoli G, Scelfo S, Scuderi T, et al. Pap testing in a high-income country with suboptimal compliance levels: a survey on acceptance factors among Sicilian women. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(9):1804.
202. Puig-Tintoré LM, Castellsagué X, Torné A, De Sanjose S, Cortés J, Roura E, et al. Coverage and factors associated with cervical cancer screening: results from the AFRODITA study: a population-based survey in Spain. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2008;12(2):82-9.
203. Gultekin M, Zayifoglu Karaca M, Kucukyildiz I, Dundar S, Boztas G, Semra Turan H, et al. Initial results of population based cervical cancer screening program using HPV testing in one million Turkish women. *International journal of cancer*. 2018;142(9):1952-8.
204. Moyer VA. Screening for cervical cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2012;156(12):880-91.
205. Spadea T, Bellini S, Kunst A, Stirbu I, Costa G. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: a review. *Preventive medicine*. 2010;50(4):159-64.
206. Schoueri-Mychasiw N, McDonald PW. Factors associated with underscreening for cervical cancer among women in Canada. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(11):6445-50.

207. Wong L, Wong Y, Low W, Khoo E, Shuib R. Knowledge and awareness of cervical cancer and screening among Malaysian women who have never had a Pap smear: a qualitative study. *Singapore medical journal*. 2009;50(1):49.
208. Kolutek R, Avcı İA. Eğitim ve Evde İzlemin, Evli Kadınların Meme ve Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeylerine ve Uygulamalarına Etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2015;11(4).
209. Tabaei BP, Herman WH, Jabarin AF, Kim C. Does diabetes care compete with the provision of women's preventive care services? *Diabetes Care*. 2005;28(11):2644-9.
210. Gu C, Chan CW, Twinn S, Choi KC. The influence of knowledge and perception of the risk of cervical cancer on screening behavior in mainland Chinese women. *Psycho-Oncology*. 2012;21(12):1299-308.
211. Uysal A, Birsel A. Knowledge about cervical cancer risk factors and pap testing behaviour among Turkish women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2009;10(3):345-50.
212. Otero L, Sanz B, Blasco T. Early detection of cervical cancer according to the discourses of primary care midwives in Segovia, Spain. *Revista de saude publica*. 2011;45(5):824-30.
213. Lee M, Park E-C, Chang H-S, Kwon JA, Yoo KB, Kim TH. Socioeconomic disparity in cervical cancer screening among Korean women: 1998–2010. *BMC Public Health*. 2013;13(1):553.
214. Heberer MA, Komenaka IK, Nodora JN, Hsu C-H, Gandhi SG, Welch LE, et al. Factors associated with cervical cancer screening in a safety net population. *World journal of clinical oncology*. 2016;7(5):406.
215. Şeker N, Yasin Yk, Özaydın E, Çapacı B, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık kuruluşundaki hemşirelerin kanser tarama programları bilgileri ile tarama testlerini yaptırma durumları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2017;19(1):14-8.
216. Heflin MT, Oddone EZ, Pieper CF, Burchett BM, Cohen HJ. The effect of comorbid illness on receipt of cancer screening by older people. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(10):1651-8.
217. Pınar G, Topuz Ş, An Ş, Doğan N, Kaya N, Algıer L. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların hpv aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2010;13(1):11-8.

218. Al Sairafi M, Mohamed FA. Knowledge, attitudes, and practice related to cervical cancer screening among Kuwaiti women. *Medical Principles and Practice*. 2009;18(1):35-42.
219. Plourde N, Brown HK, Vigod S, Cobigo V. Contextual factors associated with uptake of breast and cervical cancer screening: A systematic review of the literature. *Women & health*. 2016;56(8):906-25.
220. Ashtarian H, Mirzabeigi E, Mahmoodi E, Khezeli M. Knowledge about cervical cancer and pap smear and the factors influencing the pap test screening among women. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2017;5(2):188.
221. Donati S, Giambi C, Declich S, Salmaso S, Filia A, degli Atti MLC, et al. Knowledge, attitude and practice in primary and secondary cervical cancer prevention among young adult Italian women. *Vaccine*. 2012;30(12):2075-82.
222. Pirinççi S, Benli C, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. *TAF Prev Med Bull*. 2015;14(3):209-14.
223. De Peralta AM, Holaday B, McDonnell JR. Factors affecting Hispanic women's participation in screening for cervical cancer. *Journal of immigrant and minority health*. 2015;17(3):684-95.
224. Kobetz E, Kornfeld J, Vanderpool RC, Finney Rutten LJ, Parekh N, O'Bryan G, et al. Knowledge of HPV among United States Hispanic women: opportunities and challenges for cancer prevention. *Journal of Health Communication*. 2010;15(sup3):22-9.
225. Tonguc E, Gungor T, Var T, Kavak E, Yucel M, Uzunlar O. Knowledge about HPV, relation between HPV and cervix cancer and acceptance of HPV vaccine in women in eastern region of Turkey. *Journal of gynecologic oncology*. 2013;24(1):7-13.
226. Dursun P, Altuntas B, Kuscu E, Ayhan A. Women's knowledge about human papillomavirus and their acceptance of HPV vaccine. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009;49(2):202-6.
227. Almobarak AO, Elbadawi AA, Elmadhoun WM, Elhoweris MH, Ahmed MH. Knowledge, attitudes and practices of Sudanese women regarding the pap smear test and cervical Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(2):625-30.
228. Oz M, Cetinkaya N, Apaydin A, Korkmaz E, Bas S, Ozgu E, et al. Awareness and knowledge levels of Turkish college students about human

papilloma virus infection and vaccine acceptance. *Journal of Cancer Education*. 2018;33(2):260-8.

229. Lai JY, Tinker AV, Cheung WY. Factors influencing the willingness of US women to vaccinate their daughters against the human papillomavirus to prevent cervical cancer. *Medical oncology*. 2013;30(2):582.

230. Donders GG, Gabrovská M, Bellen G, Van Keirsbilck J, Van Den Bosch T, Riphagen I, et al. Knowledge of cervix cancer, human papilloma virus (HPV) and HPV vaccination at the moment of introduction of the vaccine in women in Belgium. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2008;277(4):291-8.

231. Dempsey AF, Abraham LM, Dalton V, Ruffin M. Understanding the reasons why mothers do or do not have their adolescent daughters vaccinated against human papillomavirus. *Annals of epidemiology*. 2009;19(8):531-8.

232. Gerend MA, Weibley E, Bland H. Parental response to human papillomavirus vaccine availability: uptake and intentions. *Journal of Adolescent Health*. 2009;45(5):528-31.

233. Jia Y, Li S, Yang R, Zhou H, Xiang Q, Hu T, et al. Knowledge about cervical cancer and barriers of screening program among women in Wufeng County, a high-incidence region of cervical cancer in China. *PloS one*. 2013;8(7):e67005.

234. Gu C, Chan CW, He G-P, Choi K, Yang S-B. Chinese women's motivation to receive future screening: the role of social-demographic factors, knowledge and risk perception of cervical cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;17(2):154-61.

235. Aniebue P, Aniebue U. Awareness and practice of cervical cancer screening among female undergraduate students in a Nigerian university. *Journal of Cancer Education*. 2010;25(1):106-8.

236. Bruni L, Diaz M, Castellsagué M, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *Journal of Infectious Diseases*. 2010;202(12):1789-99.

237. De Sanjose S, Cortés X, Méndez C, Puig-Tintore L, Torné A, Roura E, et al. Age at sexual initiation and number of sexual partners in the female Spanish population: Results from the AFRODITA survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2008;140(2):234-40.

238. Guvenc G, Akyuz A, Yenen MC. Effectiveness of nursing interventions to increase pap smear test screening. *Research in nursing & health*. 2013;36(2):146-57.
239. Ma GX, Gao W, Fang CY, Tan Y, Feng Z, Ge S, et al. Health beliefs associated with cervical cancer screening among Vietnamese Americans. *Journal of Women's Health*. 2013;22(3):276-88.
240. Tanner-Smith EE, Brown TN. Evaluating the Health Belief Model: A critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Social Theory & Health*. 2010;8(1):95-125.



11. EKLER

Ek 1. Konyaaltı İlçesi Mahalle Nüfusları (30-65 Yaş Grubu Kadın)

Mahalle	30-65 Yaş Kadın Nüfus	Kümülatif Toplam
Kent		
Akkuyu	981	981
Altinkum	2604	3585
Arapsuyu	1971	5556
Gürsu	3890	9446
Hurma	5454	14900
Kuşkavağı	840	15740
Liman	4418	20158
Mollayusuf	2327	22485
Öğretmenevleri	2534	25019
Pınarbaşı	2179	27198
Sarısı	1093	28291
Siteler	4203	32494
Toros	2583	35077
Uluç	1991	37068
Uncalı	4227	41295
Kır		
Akdamlar	104	104
Aşağıkaraman	353	457
Aydınlık	248	705
Bahtılı	309	1014
Çağlarca	67	1081
Çakırlar	309	1390
Çamlıbel	122	1512
Çitdibi	27	1539
Dağ	135	1674
Demircilik	51	1725
Doyran	159	1884
Geyikbayırı	128	2012
Gökçam	104	2116
Gökdere	14	2130
Hacısekililer	138	2268
Hisarçandır	134	2402
Karatepe	239	2641
Kır	145	2786
Kuruçay	38	2824
Suiçecek	93	2917
Üçoluk	48	2965
Yarbaşıçandır	100	3065
Yeni	86	3151
Zümrüt	58	3209

Ek 2. Araştırma Anketi

ANTALYA İLİ KONYAALTI İLÇESİNDE YAŞAYAN 30-65 YAŞ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ (RAHİM AĞZI KANSERİ) ERKEN TANISINA YÖNELİK DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER ANKET FORMU

1. Yaşınız?.....

2. Daha önce herhangi bir kanser tanısı aldınız mı?

a) Evet → hangi kanser yazınız.....

b) Hayır

3. Daha önce histerektomi ameliyatı oldunuz mu (rahminiz alındı mı)?

a) Hayır

b) Evet →

Türü ve sebebi nedir? (Total histerektomi rahmin tam olarak alınmasıdır. Subtotal histerektomi rahim ağzının yerinde bırakılarak rahmin alınmasıdır.)	a) Hangi tür bilmiyorum nedeni..... b) Subtotal histerektomi nedeni..... c) Total histerektomi nedeni.....
---	--

4. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli
b) Bekar
c) Boşanmış
d) Eşi ölmüş

5. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil b) Okuryazar c) İlkokul d) Ortaokul
e) Lise f) Yüksekokul (2 yıllık) g) Üniversite ve üzeri

Evliyseniz yanıtlayınız;

Eşinizin eğitim durumu nedir?	a) Okur-yazar değil e) Lise b) Okuryazar f) Yüksekokul (2 yıllık) c) İlkokul g) Üniversite ve üzeri d) Ortaokul
-------------------------------	---

6. Aşağıdaki tabloda kendiniz ve evliyseniz eşiniz için çalışma durumu ve mesleği yazınız. **Su anda yaptığınız ya da emekli iseniz emekli olduğunuz, işsiz iseniz en son çalıştığınız iş için** uygun seçenekleri işaretleyiniz.

	GELİR GETİRİCİ BİR İŞTE ÇALIŞMA DURUMU	MESLEK	YAPILAN İŞTEKİ DURUM			ÇALIŞILAN İŞ KOLU	
			Ücretli /Maaşlı	Kendi Hesabına		Kamu	Özel
				İşçi çalıştırmıyor	İşçi çalıştırıyor		
Kendinizin	☐ Çalışıyor ☐ Emekli ☐ Çalışmıyor						
Evliyseniz eşinizin	☐ Çalışıyor ☐ Emekli ☐ Çalışmıyor						

7. Sağlık güvenceniz var mı?

a) Sağlık güvencem yok b) Emekli sandığı c) Bağ-kur
d) SSK e) Yeşil kart f) Özel sigorta

8. En uzun süre yaşadığımız yerleşim birimi neresidir?

a) Büyükşehir/İl merkezi b) İlçe c) Köy/kasaba

9. Ailenizin tipi nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile d) Diğer (belirtiniz.....)

1

10. Ailenizin gelir durumu nasıldır?

- a) Geliri giderinden az b) Geliri giderine eşit c) Geliri giderinden fazla

11. Ailenizde sağlık çalışanı var mı?

- a) Var b) Yok

12. Aile hekimine kayıtlı mısınız?

- a) Evet b) Hayır

13. Rahim ağzı kanseri (serviks kanseri) hakkında bilginiz var mı?

- a) Evet b) Hayır

Yanıtınız EVET ise: nereden/nerelerden bilgi sahibi oldunuz?

- a) Sağlık personeli (ebe, hemşire, doktor)
b) TV, radyo, gazete, dergi
c) İnternet
d) Arkadaş, akraba, komşu
e) Konferans-seminer
f) Diğer (belirtiniz.....)

Yanıtınız SAĞLIK PERSONELİ ise, Aile hekiminiz/hemşiresi tarafından bilgilendirildiniz mi?

- a) Evet
b) Hayır

14. Aşağıda rahim ağzı kanseri ve tarama testleri ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Aşağıdaki ifadelerde size uygun gelen seçeneğe (x) işareti koyunuz.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Cinsel ilişkiden sonra ve adet aralarında kanama olması (düzensiz kanama) rahim ağzı kanserinin erken belirtisi olabilir.			
2. Rahim ağzı kanseri önlenemez.			
3. Rahim ağzı kanserinde erken tanı ve tedavi mümkün değildir.			
4. Rahim ağzı kanseri sadece 50 yaş üzerindeki kadınlarda olur.			
5. Rahim ağzı kanseri geç saptandığında en ölümcül kadın kanserlerindendir.			
6. HPV (Human Papilloma Virus) cinsel yolla bulaşan bir virüs olup rahim ağzı kanserine neden olabilir.			
7. Sigara kullanmak rahim ağzı kanseri risk faktörüdür.			
8. Birden fazla cinsel eşe sahip olmak rahim ağzı kanseri risk faktörüdür.			
9. Erken yaşta (16 yaş altı) ilk cinsel deneyim rahim ağzı kanseri risk faktörüdür.			
10. Rahim ağzı kanseri erken tanısı için tarama testi olarak smear ve/veya HPV testi yapılır.			
11. Rahim ağzı kanserinden korunmak için düzenli tarama testi yaptırmak gereklidir.			
12. Rahim ağzı kanseri tarama testi sadece hastanelerde yapılır.			
13. Rahim ağzı kanseri erken tanısına yönelik tarama testi ülkemizde 30 yaşından itibaren önerilir.			
14. Rahim ağzı kanseri erken tanısına yönelik tarama testinin ülkemizde 5 yılda bir yapılması önerilmektedir.			
15. Menopoz döneminde rahim ağzı kanseri tarama testi yaptırmaya gerek yoktur.			
16. Dul ya da boşanmış kadınların rahim ağzı kanseri tarama testi yaptırmasına gerek yoktur.			
17. Rahim ağzı kanseri tarama testini sadece rahim ağzı kanserini düşündüren belirtileri olan kadınlar yaptırmalıdır.			
18. Rahim ağzı kanserinin önemli bir bölümüne karşı koruyucu aşı vardır.			
19. Rahim ağzı kanserine yönelik aşı yapılmış kadınlarda rahim ağzı kanseri tarama testi gereksizdir.			
20. Rahim ağzı kanserine yönelik aşı 30 yaşından önce yapılmamalıdır.			

15. Şimdiye kadar hiç rahim ağzı kanseri tarama testi (smear ve/veya HPV testi) yaptırdınız mı?

- a) Evet
b) Hayır

Yanıtınız HAYIR ise; Nedeni/ nedenleri nedir?

a) Test hakkında yeterli bilgim yok	h)Jinekolojik muayeneden utanıyorum
b) Nereye başvurulacağını bilmiyorum	i) Kadın hekim/ sağlık çalışanı tarafından yapılmasını istediğim için
c) Rahim ağzı kanseri riskim yok	i) Pahalı/ücreti karşılayamıyorum
d) Şikayetim yok	j) Kanser teşhisi konmasından korkuyorum
e) Testi gereksiz buluyorum	k) Diğer (yazınız.....)
f) Yeterli vaktim yok	
g) İşlem ağrılı	

Yanıtınız EVET ise; aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

1. Şimdiye kadar kaç kez yaptırdınız?	kez Yanıtınız bir kereden fazla ise; Düzenli aralıklarla yaptırıyor musunuz? a) Düzenli aralıklarla, ortalama yılda bir yaptırıyorum b) Düzensiz aralıklarla yaptırıyorum
2. En son ne zaman yaptırdınız?	a) Son 1 yılda b) 1- 3 yıl önce c) 4-5 yıl önce d) 5 yıldan fazla oldu
3. En son nerede yaptırdınız?	a)Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) b)Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) c)Aile Sağlığı Merkezi (ASM) d)Üniversite hastanesi e)Eğitim araştırma hastanesi-Devlet Hastanesi f)Özel hastane- özel poliklinik g)Diğer (yazınız.....)
4. En son yaptırdığınız tarama testi sonucu nedir?	a) HPV yok ve/veya smear temiz b) HPV var, smear temiz c) HPV var, smear şüpheli d) Bilmiyorum e) Diğer(yazınız.....)
5. En son testi yaptırma nedeni/nedenleriniz nelerdir?	a) Gittiğim kadın doğum uzmanının önerisiyle b) Aile hekimimin önerisiyle c) Aile sağlığı hemşire, ebesinin önerisiyle d) Erken teşhis amaçlı düzenli sağlık kontrolü için e) Şikayetlerim (vajinal sigil, kanama, akıntı, kaşıntı) olduğu için f) Ailede kanser hikayesi gibi risk faktörlerim olduğu için g) Diğer (yazınız.....)

16. Sigara içiyor musunuz?

- a) Hayır, hiç içmedim
b) Evet, ara sıra içiyorum
c) Evet, her gün ortalama adet içiyorum yaşında başladım.
d) Hayır, bıraktım. Her gün ortalama.....adet içiyordum, ...yaşında başladım yaşında bıraktım.

17. Hekim tarafından tanısı konmuş uzun süreli bir hastalığınız var mı? (Yüksek tansiyon, şeker hastalığı, kalp hastalığı, astım.. gibi). Varsa nedir?

- a) Var → Hangi hastalık/hastalıklar yazınız.....
b) Yok

18. Son 15 gün için sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

19. Jinekolojik muayeneye (kadın doğum muayenesine) gitme şeklinizi aşağıdaki seçeneklerden hangisi tanımlamaktadır?

- a) Şikayetim olduğunda muayene olurum
b) Düzenli olarak (.....yılda bir) muayene olurum

20. Aşağıdaki sorular üreme sağlığı ile ilgilidir.

- Gebelik sayısı
Doğum sayısı(canlı doğum sayısı.....Ölü doğum sayısı.....)
İlk doğumunuzdaki yaşı
Kürtaj (isteyerek düşük) sayısı
Kendiliğinden düşük sayısı.....

21. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar HPV (Human papilloma virus), herpes, gonore (bel soğukluğu), klamidya ve HIV/AIDS'tir. Hiç cinsel yolla bulaşan enfeksiyon geçirdiniz mi?

- a) Evet
b) Hayır
c) Bilmiyorum

22. Sizde HPV enfeksiyonu bulunduğu bir sağlık çalışanı tarafından hiç söylendi mi?

- a) Evet
b) Hayır

23. Şimdiye kadar en çok kullandığınız doğum kontrolü yöntemi nedir?

- a) Rahim İçi Araç e) Aylık-3 aylık enjeksiyon
b) Oral Kontraseptif f) Tüp ligasyonu
c) Kondom g) Deri altı implantlar
d) Geleneksel yöntem (Geri çekme) h) Diğer (yazınız.....)

24. Menopoza girdiniz mi? Menopoza girdiyseniz ne tür olduğunu işaretleyiniz.

- a) Evet girdim,..... yaşımdan beri adet görmüyorum ☐ kendiliğinden menopoz
☐ cerrahi menopoz
b) Hayır girmedim ancak menopoz öncesi dönemdeyim, düzensiz adet görüyorum
c) Hayır girmedim

25. Çevrenizde rahim ağzı kanseri olan kişi var mı?

- a) Evet → Cevabımız EVET ise; Kimde/kimlerde? ☐ Arkadaş, komşu v.b.
☐ Aile (yakınlık derecesini yazınız.....)
b) Hayır

26. Ailenizde kanser öyküsü var mı?

- a) Evet
b) Hayır

27. Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (SİMÖ): Aşağıda rahim ağzı kanseri ve Pap smear (simir) testi yaptırmaya yönelik tutum ve inançları içeren ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu nedenle lütfen boş bırakmayınız. Teşekkür ederim.					
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Gelecekte rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
2. Gelecek birkaç yıl içinde rahim ağzı kanseri olma ihtimalim yüksektir					
3. Yaşamımın herhangi bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissediyorum					
4. Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur					
5. Rahim ağzı kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar					
6. Rahim ağzı kanserini düşünmekten korkarım					
7. Rahim ağzı kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım					
8. Rahim ağzı kanseri olmak eşimle, erkek arkadaşım ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaratabilir					
9. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir					
10. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam					
11. Sağlık sorunlarımı erken tespit etmek isterim					
12. Sağlığımı sürdürmek benim için çok önemlidir					
13. Sağlığımı geliştirmek için yeni bilgileri araştırırım					
14. Sağlığımı geliştirecek aktiviteler yapmamın önemli olduğunu düşündürtüm					
15. Sağlığım için dengeli beslenirim					
16. Sağlığım için haftada en az 3 kez egzersiz yaparım					
17. Hasta olmasam dahi düzenli olarak sağlık kontrolüne giderim					
18. Simir/HPV testi yaptırmak, rahim ağzındaki değişikliklerin kansere dönüşmeden önce tespit edilmesini sağlayacaktır					
19. Düzenli olarak yaptırdığım simir testinde rahim ağzı kanseri tespit edilirse tedavisi çok kötü olmayabilir					
20. Bana göre simir testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinin erken tanısı için en iyi yoldur					
21. Düzenli olarak simir testi yaptırmak, rahim ağzı kanserinden ölme riskimi azaltacaktır					
22. Kötü bir sonuç çıkabileceği endişesiyle simir testi yaptırmaktan korkarım					
23. Ne yapılacağını bilmediğim için simir testi yaptırmaktan korkarım					
24. Simir testi yaptırmak için nereye gidileceğini bilmiyorum					
25. Simir testi yaptırmak için muayene masasına yatıp mahrem yerlerimin görünmesinden utanırım					
26. Simir testi yaptırmak çok fazla zaman alır					
27. Simir testi yaptırmak çok ağırlıdır					
28. Sağlık personeli simir/HPV testi yaptırırken kaba davranır					
29. Yıllık olarak simir testi yaptırmayı ihmal ederim ya da hatırlayamam					
30. Yaşamımda simir testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var					
31. Belirli aralıklarla simir testi yaptırmak için çok yaşlıyım					
32. Simir testi yaptırabileceğim evime yakın veya uygun bir sağlık merkezi yok					
33. Eğer kaderimde rahim ağzı kanseri gelişmesi varsa, simir testi yaptırmak bunu engellemez					
34. Simir testini yapan doktorun kadın olmasını tercih ederim					
35. Simir testi için ücret ödemem gerekirse asla yaptırmam					

28. Şu andan itibaren rahim ağzı kanseri tarama testini (smear ve/veya HPV testi) yaptırmayı/ yaptırmışsanız devam etmeyi düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Kararsızım

Yanıtınız HAYIR veya KARARSIZIM ise; Nedeni/nedenlerini işaretleyiniz.

a) Test hakkında yeterli bilgin yok	h) Jinekolojik muayeneden utanıyorum
b) Nereye başvurulacağını bilmiyorum	i) Kadın hekim/ sağlık çalışanı tarafından yapılmasını istediğim için
c) Rahim ağzı kanseri riskim yok	j) Pahalı/ücreti karşılayamıyorum
d) Şikayetim yok	k) Kanser teşhisi konmasından korkuyorum
e) Testi gereksiz buluyorum	l) Diğer (yazınız.....)
f) Yeterli vaktim yok	
g) İşlem ağrılı	

29. Rahim ağzı kanseri ve erken tanı ile ilgili bilgi almak ister misiniz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Kararsızım

Yanıtınız EVET ise;

1. nereden/ nerelerden bilgi sahibi olmak istersiniz?	a) Aile hekimi	e) Televizyon
	b) Kadın doğum uzmanı	f) İnternet
	c) Aile sağlığı hemşire, ebesi	g) Basılı materyaller (afiş, broşür, poster)
	d) Diğer (yazınız.....)	

30. Aşağıdaki aşı sorularını yanıtlayınız.

1. Daha önce rahim ağzı kanserinden korunmayı sağlayan HPV (Human Papilloma Virüs) aşısını duydunuz mu?	a) Evet b) Hayır
2. HPV aşısı oldunuz mu?	a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum
3. Aşı için uygun yaşta kızınız olsa HPV aşısı yaptırmayı düşünür müydünüz?	a) Evet b) Hayır c) Kararsızım

Bu araştırmada incelediğimiz değişkenler için aşağıda yer alan soruların doldurulması son derece önemlidir. Soruları yanıtladıktan sonra kutu içine atınız.

31. Yaşam boyu cinsel eş (cinsel birliktelik yaşanılan kişi) sayınız nedir?

- a) 1
- b) 2-5
- c) 6 ve daha fazla

32. İlk cinsel ilişki yaşıınız nedir?

- a) 16 yaş altı
- b) 16 yaş veya üstü

ANKETİMİZE KATILDIĞINIZ İÇİN
TEŞEKKÜR EDERİZ

Ek 3. Serviks Kanseri Ve Erken Tanı İle İlgili Broşür

RAHİM AĞZI (SERVİKS) KANSERİ



Rahim ağzı, rahmin doğum sırasında genişleyerek bebeğin çıkmasını sağlayan kısmıdır. Rahim ağzı kanseri ise, bu bölgede bulunan hücrelerin kanserleşmesidir.

Rahim Ağzı Kanseri İçin Risk Faktörleri:

- Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonu. Serviks Kanseri için bilinen en önemli risk faktörüdür.
- Erken yaşta (16 yaştan önce) ilk cinsel ilişki
- Birden fazla cinsel partner varlığı
- Sigara içmek
- Yüksek doğurganlık sayısı
- Özellikle 5 yıldan daha uzun süreli doğum kontrol hapı kullanımı
- HIV(AIDS) enfeksiyonu gibi bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlar
- Clamidy Enfeksiyonu



- Rahim ağzı kanserinde HPV veya PAP SMEAR TESTİ yapılarak erken tanı KÖNULABİLİR. Bu sayede ÖNLENEBİLİR ve erken tedavi EDİLEBİLİR.
- Rahim ağzı kanseri yavaş gelişim göstermektedir ve bu nedenle de erken evrede teşhis ve tedavi edildiği takdirde çoğu kişide tam iyileşme sağlanabilmektedir.
- HPV testi ve smear alınması son derece basit ve ağrısız işlemlerdir.
- Ülkemizde ulusal kanser tarama standartlarına göre 30-65 yaş grubundaki her kadın 5 yılda bir HPV testi ile taramakta, pozitif çıkan olgular Pap smear ile tekrar değerlendirilmektedir.
- Serviksteki değişiklikler, Pap-smear/HPV DNA testi ile tespit edilerek kanser gelişmeden tedavi edilebilir.
- Düzenli Pap-smear testi/HPV-DNA testi yaptırmayan kadınlarda rahim ağzı kanseri riski artmaktadır.
- Ülkemizde rahim ağzı kanseri taramaları ÜCRETSİZ olarak Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) ve Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yapılmaktadır.



Başvuru: Konyaaltı Şehit Muhammet Oğuz Kılınç Sağlıklı Hayat Merkezi Adres: Toros Mahallesi Atatürk Bulvarı No: 38/1 Konyaaltı. Tel: 0242 229 82 91 / 8610

*T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü web sayfasından kaynak olarak yararlanılmıştır.

Ek 4. Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi

Konu: Yürürlüğe Giren Proje Öneriniz

Tarih
09.08.2018

Sayın Doç.Dr. YONCA SÖNMEZ

Aşağıda bilgileri özetlenen proje önerinize yönelik değerlendirme süreci tamamlanmış ve BAP Komisyonu tarafından desteklenmesi uygun görülen projeniz, proje sözleşmesinin Rektörlük Makamı tarafından onaylanmasıyla yürürlüğe girmiş bulunmaktadır.

Tebrik eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Saygılarımla,

İsmet Ülkü YALÇIN
Koordinatör V.

Proje Başlığı: ANTALYA İLİ KONYAALTI İLÇESİNDE YAŞAYAN 30-65 YAŞ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ ERKEN TANISINA YÖNELİK DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Proje No: TTU-2018-3984

Proje Türü: T.Uzmanlık

Süresi: 12 ay

Başlama Tarihi: 09.08.2018

Onaylanan Bütçesi: 24.580,21 TL

Proje Yürütücüsü: Doç.Dr. YONCA SÖNMEZ

Araştırmacı(lar): ARŞ.GÖR. NEŞE BULUT KISAOĞLU

Ek 5. Etik Kurul Onayı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

18.10.2018

Sayı : 70904504/ 221

Konu :

Sayın

Doç.Dr.Yonca SÖNMEZ
Halk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Antalya ili Konyaaltı İlçesinde Yaşayan 30-65 Yaş Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına Yönelik Davranışları ve İlişkili Faktörler" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2018

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Yonca SÖNMEZ
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Antalya ili Konyaaltı İlçesinde Yaşayan 30-65 Yaş Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına Yönelik Davranışları ve İlişkili Faktörler
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 352	Tarih: 16.05.2018
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Ayda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye

Prof.Dr.Selahattin KUMRU
Üye (İzinli)

Prof.Dr.Bilge KARSLI
Üye

Prof.Dr.Veli YAZISIZ
Üye

Prof.Dr.Oğuz DÜRSÜN
Üye

Doç.Dr.Gülşüm Özge BAYKAL
Üye

Doç.Dr.Dijle KIPMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr.Banu NUR
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Mehtap TÜRKAY
Üye (İzinli)

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (İzinli)

Turgut ALTUN
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye

Ek 6. Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/08/2018-48862


T.C. Sağlık Bakanlığı

**T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü**

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANTALYA İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
10/08/2018 11:41 - 12394646 - 771 - E.4414
00074764117

Sayı : 12394646/771
Konu : Dr.Neşe BULUT KISAOĞLU Tez
Çalışması

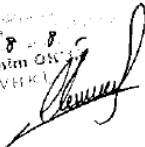
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 11.07.2018 tarihli ve E.23277sayılı yazı

İlgi tarih ve sayıya istinaden Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma görevlilerinden Dr. Neşe BULUT KISAOĞLU'nun özlük ve mali hakları kendi kurumunda saklı kalması kaydıyla 01.10.2018 - 30.11.2018 tarihleri arasında Konyaaltı İlçesi Bölge sınırları içerisinde "30-35 Yaş Kadınların Serviks Kanseri Erken Tanısına Yönelik Davranışlar" konulu tez çalışmasını yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hacer NUR YÜCE
Başkan

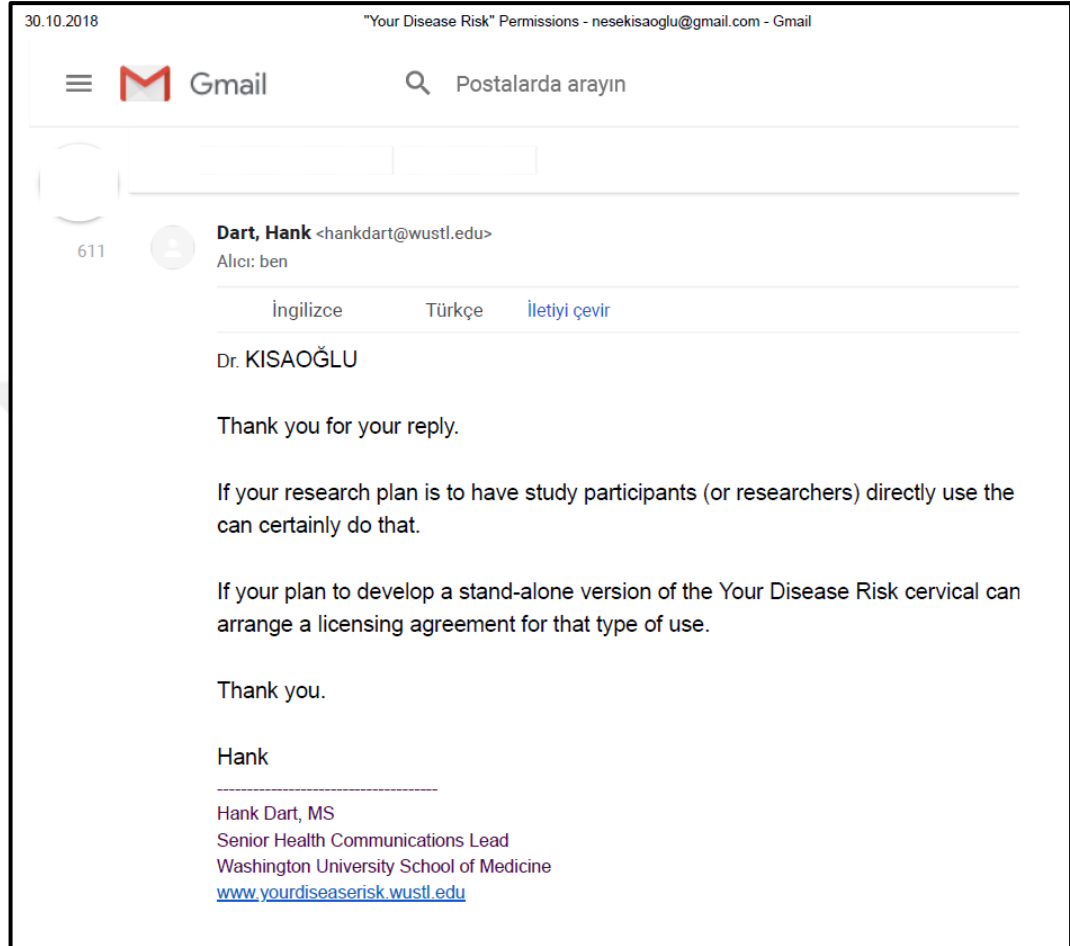

13.08.2018
İl Sağlık Müdürü
VERGİLİ

Toros mah. Atatürk bulvarı n.38/ A Konyaaltı/ANTALYA
Faks No:02422285234
e-Posta:fatma.guven1@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
İletişim:F.GÜVEN; (322)4000303/3439 Fax: 3223441608 İlk 6 Ay Saduce Anne
Sütü

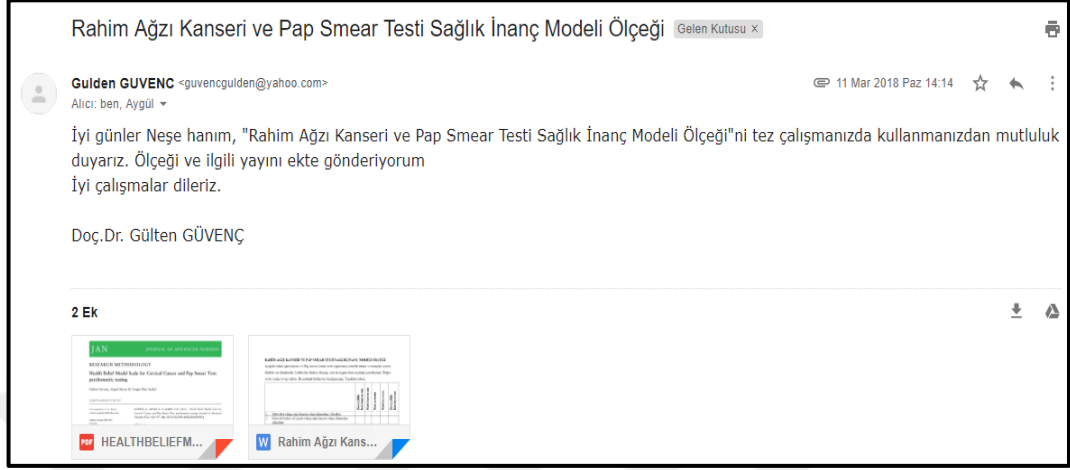
Bilgi için:FATMA GÜVEN
Unvan:EBE
Telefon No:02422284848/1524

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3ee605ab-18e4-45de-9dbb-a172e7f9cc76 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 7. Harvard Kanser Risk İndeksi Web Sitesi Kullanım İzni



Ek 8. Ölçek Kullanım İzin Belgesi



Ek 9. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

6	
ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	
Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:	
1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:	
Araştırmanın Adı: ANTALYA İLİ KONYAALTI İLÇESİNDE YAŞAYAN 30-65 YAŞ KADINLARIN SERVİKS KANSERİ ERKEN TANISINA YÖNELİK DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	
a. Araştırmanın İçeriği:	
Serviks kanseri (Rahim ağzı kanseri), kadınlarda en sık görülen dünyada dördüncü, ülkemizde onuncu kanser türü olup kadın sağlığını tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunudur. Serviks kanseri, pre-kanser (kansere öncesi) aşaması invaziv kanser olmadan önce yıllarca süren ve bu dönemde hastaların taramalarla yakalanarak erken tanısını ve etkin olarak tedavi edilebilmesini sağlayan çok az kanserden biridir. Ülkemizde serviks kanserini önlemek için ulusal serviks kanseri tarama programı yürütülmektedir. Genellikle asemptomatik olan prekanseröz lezyonları saptamak için ulusal standartlara göre belirlenen yaşlarda tüm kadınlara tarama ile erken tanı konulması ve invaziv kansere ilerlemeden önce tespit edilen pre-kanseröz lezyonların tedavisiyle servikal kanser insidansı, prevalansı ve buna bağlı mortalite azaltılabilir. Çalışmamızda düzenlenen anket aracılığıyla Antalya ili Konyaaltı ilçesinde yaşayan 30-65 yaş grubundaki kadınların düzenli serviks kanseri tarama testlerini yaptırma durumları ve ilişkili faktörler incelenecektir. Sosyo-demografik özellikler, serviks kanseri ve erken tanı ile ilgili farkındalık düzeyleri, Harvard kanser risk indeksine göre serviks kanseri risk düzeyi, serviks kanseri bilgi düzeyi, pap smear testi yaptırmaya ilişkin özellikler, servikal kanser duyarlılık algısı, servikal kanser ciddiyet/önemseme algısı, pap smear testi yarar algısı ve sağlık motivasyonu, sağlık motivasyonu, pap smear engel algısı belirlenecek ve bu faktörlerin serviks kanseri tarama testlerini düzenli yaptırma durumlarına etkisi değerlendirilecektir.	
b. Araştırmanın Amacı:	
Çalışmamızda 30-65 yaş grubundaki kadınların düzenli serviks kanseri taramalarına katılım durumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi hedeflenmektedir.	
c. Araştırmanın Nedeni:	
☐ Bilimsel araştırma	
☒ Tez çalışması	
d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 15 ay	
e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 730	
f. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: YOK	

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim: **Herhangi bir işlem ve risk YOKTUR**

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Anket doldurma işlemi sonrasında kişiye serviks kanseri ve pap smear testi hakkında bilgi içeren kısa bir broşür dağıtılacaktır. Serviks kanseri ve pap smear testi hakkında bilgi düzeyi ve farkındalığın artması sağlanarak riskli davranışların minimum düzeye inmesi ve tarama testlerine katılımın artmasına katkı sağlanması beklenmektedir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarını konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: **Neşe BULUT KISAOĞLU** Telefon: **0 533 240 19 49**

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın **Yonca SÖNMEZ** tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularına doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı: Neşe BULUT KISAOĞLU

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih: