

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**RAHİM AĞZI KANSERİ TARAMASI İNANÇ ÖLÇEĞİ'NİN (RAKTİ ÖLÇEĞİ)  
TÜRKÇE'YE UYARLANMASI VE ANKARA'DA BİR ÜNİVERSİTENİN 30 YAŞ  
VE ÜZERİ KADIN İDARİ PERSONELİNİN ULUSAL RAHİM AĞZI KANSERİ  
TARAMA PROGRAMINA KATILIMI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zehra GÜREL

UZMANLIK TEZİ

Olarak hazırlanmıştır

Ankara

2020

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

**RAHİM AĞZI KANSERİ TARAMASI İNANÇ ÖLÇEĞİ'NİN (RAKTI  
ÖLÇEĞİ) TÜRKÇE'YE UYARLANMASI VE ANKARA'DA BİR  
ÜNİVERSİTENİN 30 YAŞ VE ÜZERİ KADIN İDARİ PERSONELİNİN  
ULUSAL RAHİM AĞZI KANSERİ TARAMA PROGRAMINA KATILIMI  
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Zehra GÜREL**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Olarak hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Doç. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR**

**Ankara**  
**2020**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi ve tez çalışma sürecimin her aşamasında değerli bilgi ve deneyimleriyle bana rehberlik eden, beni destekleyen değerli tez danışmanı hocam Doç. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR'a

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime bilgi ve deneyimleriyle katkı veren Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üye/görevlilerine,

Araştırmanın yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde katkı sunan ve her seferinde bana vaktini ayıran değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülşen TAŞDELEN TEKER'e,

Çalışmalarım sırasında deneyim ve bilgilerinden yararlandığım değerli hocam Prof. Dr. Sevgi TURAN'a,

Tezimin her aşamasında desteğini eksik etmeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli çalışma arkadaşım Uzm. Dr. Zeynep DEVRAN MUHARREMOĞLU'na,

Araştırmanın dil geçerliğinin sağlanmasında katkı sunan arkadaşlarım Dr. Ali Can KORKMAZ, Dr. Tülin ÇOBAN ve Dr. Damla ÖZYÜREK'e,

Desteklerinden dolayı Personel İşleri Başkanlığı Başkan Vekili Mustafa ALTAY'a,

Araştırmaya katılmayı kabul edip, sabırla ve içtenlikle anket sorularını yanıtlayan tüm katılımcılara,

Tüm yaşamım boyunca ve eğitimim süresince beni destekleyen, maddi manevi hep yanımda olan her zaman sevgilerini hissettiğim kıymetli aileme,

Her zaman yanımda, her konuda destekçim olan ve hayatımı güzelleştiren değerli eşim Yusuf'a,

Her zaman olduğu gibi tez sürecimde de yanımda olan, desteğini benden esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma, dostlarıma çok teşekkür ederim.

Dr. Zehra GÜREL

## ÖZET

**Gürel Z., Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Ankara'da Bir Üniversitenin 30 Yaş ve Üzeri Kadın İdari Personelinin Ulusal Rahim Ağzı Kanseri Tarama Programına Katılımı ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2020.** Bu araştırmada; Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi ve Hacettepe Üniversitesi'nde görevli 30 yaş ve üzeri kadın idari personelin rahim ağzı kanseri taraması yaptırma durumlarının, tarama davranışlarını etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. İki aşamalı olarak yapılan bu araştırmanın ilk aşaması metodolojik tipte, ikinci aşama ise kesitsel tipte yürütülmüştür. Araştırmanın ilk aşaması için veriler Hacettepe Üniversitesi ile çeşitli il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde görevli 629 personelin katılımıyla çevrimiçi ve gözlem altında toplanmıştır. Yapılan geçerlik ve güvenirlik analizi sonuçlarına göre RAKTİ Ölçeği'nin, 30 yaş ve üzeri idari personel için jinekolojik muayene ve rahim ağzı kanseri taramasına yönelik tutum ve inançları değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olmadığı sonucuna varılmıştır. Araştırmanın ikinci aşaması için veriler Hacettepe Üniversitesi'nde görevli 330 personelin katılımıyla gözlem altında toplanmıştır. İkinci aşamada; personelin rahim ağzı kanser taraması yaptırma durumları ve tarama davranışlarını etkileyen faktörler araştırılmıştır. Katılımcıların %96,4'ü pap smear testini, %57,9'u HPV testini duymuştur. Katılımcıların %76,1'i rahim ağzı kanserine yönelik tarama testi yaptırmıştır. Araştırmada halen evli olanlar ile önceden evlenmiş olanların, ileri yaşta olanların, halen aile planlaması yöntemi kullananların ve menopoza girmiş olanların tarama testi yaptırma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Katılımcıların özellikle risk faktörleri başta olmak üzere rahim ağzı kanseri ve taramasına ilişkin yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda HPV testini duyma durumu ve gebelik sayısının rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordadığı saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların jinekolojik muayene ilişkin bazı tutum ve davranışlarının olumlu sağlık davranışlarını (örneğin düzenli kadın doğum kontrol muayenesi olma ve tarama testi yaptırma durumu gibi) etkilediği saptanmıştır. Araştırmanın bulguları üniversite personelinde rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi düzeylerinin artırılması, olumlu tutum ve sağlık davranışı kazanmalarını sağlamak amacıyla hizmet içi eğitimleri de içeren geniş kapsamlı müdahalelerin gerekliliğine işaret etmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kanser, Kanser Taraması, Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği, Pap Smear, HPV Testi

## ABSTRACT

**Gürel Z. Pap Smear Belief Questionnaire to Turkish and Participation of 30 Years and Older Female Administrative Personnel of a University in Ankara to the National Cervical Cancer Screening Program and evaluation of related factors, Hacettepe University Faculty of Medicine Department of Public Health Specialty thesis, Ankara, 2020.** In this study; It was aimed to determine the validity and reliability of the Pap Smear Belief Questionnaire (PSBQ) and to investigate the cervical cancer screening status and the factors affecting screening behaviors of female administrative staff at the age of 30 or older at Hacettepe University. This study was conducted in two stages. The first stage of this study was methodological and the second stage was cross-sectional. For the first stage of the study, the data were collected online and under observation from 629 people who were working at Hacettepe University or various provincial and district health directorates. After the the results of the validity and reliability analysis, it was concluded that the PSBQ is not a valid and reliable measurement tool that evaluates attitudes and beliefs towards gynecological examination and cervical cancer screening for administrative personnel aged 30 and older. For the second phase of the study, the data were collected under observation with the participation of 330 personnel from Hacettepe University. In the second phase; status of cervical cancer screening and the factors affecting screening behaviors were investigated. 96.4% of the participants heard the pap smear test, 57.9% of them heard the HPV test. 76.1% of the participants had a screening test for cervical cancer. In this study, It was found that the rate of getting screening test done was higher in those who are currently married and those who have been married before, those who are of advanced age, those who are still using family planning methods and those who have gone through menopause. It was found that the participants did not have enough knowledge about cervical cancer, especially its risk factors, and screening. As a result of the multiple linear regression analysis, it was determined that the status of knowing the HPV test and the number of pregnancies significantly and positively predicted the knowledge score of cervical cancer and screening. In addition, it was found that some attitudes and behaviors of the participants regarding gynecological examination affect their positive health behaviors (such as having regular gynecological contraception and screening tests). The findings of the study emphasize the necessity of comprehensive interventions, including in-service trainings, in order to increase the knowledge level about cervical cancer and screening, and to develop them with positive health behaviors among them.

**Keywords:** Cancer, Cancer Screening, Pap Smear Belief Questionnaire, Pap Smear, HPV Testing

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
ŞEKİLLER .....	xii
TABLolar.....	xiii
<b>1. GİRİŞ VE GEREKÇE.....</b>	<b>1</b>
<b>2. AMAÇLAR .....</b>	<b>5</b>
<b>3. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1. Rahim Ağzının (Serviks) Anatomik Yapısı .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2. Rahim Ağzı Kanseri.....</b>	<b>7</b>
3.2.1. Rahim Ağzı Kanserinin Epidemiyolojisi.....	7
3.2.2. Rahim Ağzı Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .....	9
3.2.3. Rahim Ağzı Kanserin Belirtileri .....	11
3.2.4. Rahim Ağzı Kanserinden Korunma .....	11
<b>3.3. Tarama Programları .....</b>	<b>15</b>
3.3.1. Tarama Programlarının Genel Özellikleri.....	15
3.3.2. Dünyada Önerilen Kanser Tarama Programları .....	18
3.3.3. Ulusal Kanser Tarama Programı.....	20
<b>3.4. Rahim Ağzı Kanseri Tarama Testleri .....</b>	<b>24</b>
3.4.1. Pap Smear Testi .....	24
3.4.2. HPV Testi .....	25
3.4.3. Diğer Testler .....	26
<b>3.5. Dünyada ve Türkiye’de Rahim Ağzı Kanseri Tarama Programına Katılım Durumu.....</b>	<b>27</b>
<b>3.6. Rahim Ağzı Kanseri Tarama Programına Katılımı Etkileyen Faktörler.....</b>	<b>29</b>
3.6.1. Sağlık sisteminden kaynaklanan engeller .....	29
3.6.2. Hizmet sunucularından kaynaklanan engeller .....	30
3.6.3. Hedef toplum ve bireyden kaynaklanan engeller .....	30
3.6.4. Tarama testinden kaynaklanan engeller .....	31

<b>4. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>33</b>
<b>4.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2. Araştırmanın Evreni ve Örnek Seçimi .....</b>	<b>33</b>
4.2.1. Örnek Büyüklüğünün Hesaplanması .....	34
4.2.2. Araştırmanın Örnekleme Yöntemi .....	35
<b>4.3. Araştırmanın Tipi .....</b>	<b>39</b>
<b>4.4. Araştırmanın Değişkenleri.....</b>	<b>39</b>
4.4.1. Bağımsız Değişkenler.....	41
4.4.2. Ara Değişkenler.....	42
4.4.3. Bağımlı Değişkenler.....	42
<b>4.5. Araştırma İle İlgili Tanımlar ve Araştırmada Kullanılacak Ölçekler .....</b>	<b>42</b>
4.5.1. Pap smear Testi.....	42
4.5.2. HPV DNA testi.....	42
4.5.3. Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği .....	43
4.5.4. Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği (Pap Smear Belief Questionnaire-PSBQ)44	
<b>4.6. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı .....</b>	<b>47</b>
<b>4.7. Araştırmanın Ön Denemesi .....</b>	<b>47</b>
<b>4.8. Araştırmanın İnsan Gücü.....</b>	<b>47</b>
<b>4.9. Verilerin Analizi.....</b>	<b>48</b>
4.9.1. Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) Uyarlanma Aşamaları .....	48
4.9.2. Prevalans Belirlenmesi .....	54
<b>4.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları .....</b>	<b>55</b>
<b>4.11. Etik Konular ve Kurumsal İzinler.....</b>	<b>56</b>
<b>4.12. Araştırmanın Bütçesi.....</b>	<b>57</b>
<b>4.13. Araştırmanın İş Akış Şeması .....</b>	<b>57</b>
<b>4.14. Araştırmanın Zaman Çizelgesi .....</b>	<b>58</b>
<b>5. BULGULAR .....</b>	<b>59</b>
<b>5.1. RAKTİ Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Bulguları.....</b>	<b>60</b>
5.1.1. RAKTİ Ölçeği'nin Geçerlik Analiz Sonuçları .....	60
5.1.2. RAKTİ Ölçeği'nin Güvenirlik Analiz Sonuçları .....	69

5.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri .....	73
5.3. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli bileşenleri ile kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testi ile ilgili özellikleri arasındaki bazı ilişki bulguları .....	96
5.4. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri, kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testiyle ilgili özellikleri ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik tutum ve inançlarına ilişkin bulgular .....	129
5.5. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri, kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testiyle ilgili özellikleri ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanlarına ilişkin bulgular .....	153
5.6. Çoklu Regresyon Analizi İle Elde Edilen Modele İlişkin İleri Analiz Bulguları .	156
<b>6. TARTIŞMA.....</b>	<b>159</b>
6.1. Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerinin Verilerine İlişkin Tartışma .....	159
6.2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, kanser taraması, rahim ağzı kanseri, pap smear ve HPV testi ile ilgili özelliklerine ilişkin tartışma .....	162
6.3. Katılımcıların Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli bileşenlerine göre kanser taraması, rahim ağzı kanseri, Pap smear ve HPV testi ile ilgili bazı sağlık sonuçlarına ilişkin tartışma .....	165
6.4. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri, kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testiyle ilgili özellikleri ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanlarına ilişkin tartışma .....	170
6.5. Katılımcıların bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik tutum ve inançlarına ilişkin tartışma.....	172
<b>7. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>175</b>
7.1. RAKTİ Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Sonuç ve Öneriler.....	175
7.1.1. Sonuçlar.....	175
7.2.2. Öneriler .....	176
7.2. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile Rahim Ağzı Kanseri Ve Kanser Taramasına İlişkin Sonuç ve Öneriler .....	177
7.2.1. Sonuçlar .....	177



7.2.2. Öneriler .....	180
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>183</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>201</b>
<b>EK-1: Veri Toplama Formu .....</b>	<b>201</b>
<b>EK-2: Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin Kullanım İzni.....</b>	<b>211</b>
<b>EK-3: Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin Düzeltme İzni .....</b>	<b>212</b>
<b>EK-4: Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Ciddiyet Alt Boyutunun Ölçüt Geçerliği İçin Kullanılabilirliğine İlişkin Ölçek Sahibinin Görüş Ve İzni .....</b>	<b>213</b>
<b>EK-5: Uyarlanmış PSBQ .....</b>	<b>214</b>
<b>EK-6: Aydınlatılmış Onam Formu .....</b>	<b>216</b>
<b>EK-7: Personel İşleri Daire Başkanlığı Araştırma İzin Belgesi .....</b>	<b>217</b>
<b>EK-8: Etik Kurul Onayı .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>AFA</b>	Açımlayıcı Faktör Analizi
<b>AGFI</b>	Adjusted Goodness of Fit Index (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)
<b>AIDS</b>	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
<b>ASM</b>	Aile Sağlığı Merkezi
<b>AUA</b>	American Urological Association (Amerikan Üroloji Derneği)
<b>BKİ</b>	Beden Kütle İndeksi
<b>CFI</b>	Comperative Fit Index (Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi)
<b>CIN</b>	Cervical intraepithelial neoplasia
<b>Cm</b>	Santimetre
<b>DES</b>	Dietilstilbestrol
<b>DFA</b>	Doğrulayıcı Faktör Analizi
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EUA</b>	European Urological Association (Avrupa Üroloji Derneği)
<b>FDA</b>	U.S. Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)
<b>FİT</b>	Fekal immünohistokimyasal test
<b>GFI</b>	Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
<b>GGK</b>	Gaitada gizli kan
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
<b>HPV</b>	Human Papilloma Virus
<b>IARC</b>	The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)
<b>IFI</b>	Incremental Fit Index (Artan Uyum İndeksi)
<b>IMCHB</b>	İnteraction Model of Client Health Behavior (Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli)
<b>KETEM</b>	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
<b>KEU</b>	Kabul edilebilir uyum
<b>Kg</b>	Kilogram
<b>KMO</b>	Kaiser-Mayer-Olkin

<b>KU</b>	Kötü uyum
<b>NFI</b>	Normed Fit Index (Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi)
<b>NHIS</b>	National Health Interview Survey (Ulusal Sağlık Görüşme Anketi)
<b>NNFI</b>	Non-normed Fit Index Ölçeklendirilmemiş Uyum İndeksi
<b>NNS</b>	Number Needed to Screen
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
<b>PGFI</b>	Parsimonious Goodness of Fit Index (Tutarlı Uyum İndeksi)
<b>PNFI</b>	Parsimony Normed Fit Index (Tutarlı Standart Uyum İyiliği İndeksi)
<b>PSBQ</b>	Pap Smear Belief Questionnaire
<b>QALYs</b>	Quality-Adjusted Life Year (Kaliteye Göre Ayarlanmış Yaşam Yılları)
<b>RAKTİ Ölçeği</b>	Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği
<b>RIA</b>	Rahim içi araç
<b>RMSA</b>	Root Mean Square Error of Approximation (Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması)
<b>Sd</b>	Serbestlik derecesi
<b>SDEM</b>	Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli
<b>SHM</b>	Sağlıklı Hayat Merkezi
<b>SİM</b>	Sağlık İnanç Modeli
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SRMR</b>	Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması)
<b>SS</b>	Standart sapma
<b>TSM</b>	Toplum Sağlığı Merkezi
<b>USPSTF</b>	United States Preventive Services Task Force (Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü)
<b>VIA</b>	Visual Inspections with Acetic Acid (Asetik Asitle Görsel Muayene)
<b>VILI</b>	Visual Inspections with Lugol's Iodine (Lügol iyotu ile görsel muayene)
<b><math>\bar{X}</math></b>	Ortalama

## ŞEKİLLER

<b>Şekil 3.1.</b> Serviksin anatomisi.....	<b>6</b>
<b>Şekil 4.1.</b> Araştırmanın örnek seçme aşamaları (Ankara, 2020).....	<b>35</b>
<b>Şekil 4.2.</b> Araştırmaya dâhil edilme durumlarına göre prevalans çalışmasına ilişkin katılımcı sayıları (Ankara, 2020). ....	<b>37</b>
<b>Şekil 4.3.</b> Araştırmaya dâhil edilme durumlarına göre ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına ilişkin katılımcı sayıları (Ankara, 2020). ....	<b>38</b>
<b>Şekil 4.4.</b> Cox'un Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (Ankara, 2020). ....	<b>40</b>
<b>Şekil 4.5.</b> Araştırmanın iş akış şeması (Ankara, 2020).....	<b>57</b>
<b>Şekil 5.1.</b> Yamaç eğim grafiği (Ankara, 2020). ....	<b>64</b>
<b>Şekil 5.2.</b> RAKTİ Ölçeği'nin Türkçe formunun üç alt boyutlu doğrulayıcı faktör analizi (DFA) modeli (Ankara, 2020).....	<b>67</b>
<b>Şekil 5.3.</b> Rahim Ağzı Kanseri ve Pap smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin ciddiyet alt boyutu ve RAKTİ Ölçeği'nin puanları arasındaki ilişkiye yönelik saçılım grafiği (Ankara, 2020).....	<b>68</b>
<b>Şekil 5.4.</b> Araştırmaya katılan personelin beden kitle indeksi gruplarının dağılımı (Ankara, 2020).....	<b>78</b>
<b>Şekil 5.5.</b> Rahim ağzı kanserine yönelik bilgi önermelerini doğru yanıtlayan katılımcıların dağılımı (Ankara, 2020).....	<b>90</b>

## TABLULAR

<b>Tablo 3.1.</b> Rahim ağzı kanserine ilişkin dünya geneli, batı Asya ve Türkiye’de bazı göstergelerin karşılaştırması (2018).....	<b>8</b>
<b>Tablo 3.2.</b> Rahim ağzı kanseri risk faktörleri.....	<b>9</b>
<b>Tablo 3.3.</b> HPV aşısı içerikleri, kullanım şekli ve uygulanabilirlikleri. ....	<b>12</b>
<b>Tablo 4.1.</b> Prevalans çalışması ve ölçek geçerlik güvenirlik çalışması için araştırmaya dahil edilen çalışma grupları (Ankara, 2020).....	<b>39</b>
<b>Tablo 4.2.</b> Cox’un Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli kuramsal çerçevesi zemininde araştırmanın bağımsız değişkenleri (Ankara, 2020).....	<b>41</b>
<b>Tablo 4.3.</b> Ciddiyet alt boyutu kullanılarak elde edilen ölçümlerin güvenirliğine ve maddelerin faktör yüklerine ilişkin elde edilen bulgular (Ankara, 2020). ....	<b>44</b>
<b>Tablo 4.4.</b> RAKTİ Ölçeği'nin alt boyutlarına göre madde dağılımları (Ankara, 2020). ...	<b>45</b>
<b>Tablo 4.5.</b> Eksik ölçek maddesi doldurulan ve analiz dışında bırakılan veri toplama formları ve ölçek maddeleri (Ankara, 2020).....	<b>49</b>
<b>Tablo 4.6.</b> RAKTİ Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayıları (Ankara, 2020). .....	<b>52</b>
<b>Tablo 4.7.</b> DFA’da kullanılan standart Uyum İndeksi değerleri (Ankara, 2020). ....	<b>53</b>
<b>Tablo 4.8.</b> Araştırmanın bütçesi (Ankara, 2020). ....	<b>57</b>
<b>Tablo 4.9.</b> Araştırmanın zaman çizelgesi (Ankara, 2020). ....	<b>58</b>
<b>Tablo 5.1.</b> Rakti Ölçeği'nin dil geçerliği, çeviri ve ölçek anlaşılabilirliği değerlendirme süreci (Ankara, 2020).....	<b>60</b>
<b>Tablo 5.2.</b> Döndürme işlemi sonucundaki faktör yapısı, faktör yükleri, ve açıklanan varyans değerleri (Ankara, 2020).....	<b>63</b>
<b>Tablo 5.3.</b> Faktör analizinden elde edilen özdeğerler ile paralel analizden elde edilen kritik değerlerin karşılaştırılması (Ankara, 2020). ....	<b>64</b>
<b>Tablo 5.4.</b> İncelenen uyum indekslerine ilişkin mükemmel ve kabul edilebilir uyum ölçütleri ile DFA’dan elde edilen uyum indeksi değerleri (Ankara, 2020).....	<b>65</b>
<b>Tablo 5.5.</b> DFA sonucu elde edilen üç faktörlü modele ilişkin t-testi değerleri (Ankara, 2020).....	<b>66</b>

<b>Tablo 5.6.</b> Ciddiyet alt boyutu ile RAKTİ Ölçeği ve alt boyutlarının puanları arasındaki korelasyon analizi (Ankara, 2020). .....	<b>68</b>
<b>Tablo 5.7.</b> RAKTİ Ölçeği'nin tamamı ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alfa Değerleri (Ankara, 2020) .....	<b>69</b>
<b>Tablo 5.8.</b> Araştırmaya katılan personelin RAKTİ Ölçeği ilk test ve tekrar test uygulaması sonucunda elde edilen puanların dağılımı (Ankara, 2020). .....	<b>70</b>
<b>Tablo 5.9.</b> Araştırmaya katılan personelin RAKTİ Ölçeği ve alt boyutlarına ait ilk test ve tekrar testi puanları arasındaki korelasyon analizi (Ankara, 2020). .....	<b>70</b>
<b>Tablo 5.10.</b> RAKTİ Ölçeği alt boyutları alt üst grup ortalamaları için t-testi sonuçları (Ankara, 2020). .....	<b>71</b>
<b>Tablo 5.11.</b> RAKTİ Ölçeği'nin madde analizi sonuçları (Ankara, 2020). .....	<b>72</b>
<b>Tablo 5.12.</b> Araştırmaya katılan personelin bazı sosyo-demografik özellikleri (Ankara, 2020). .....	<b>74</b>
<b>Tablo 5.13.</b> Araştırmaya katılan personelin sağlık durumu, sağlıklı yaşam davranışları ve alışkanlıkları ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020). .....	<b>76</b>
<b>Tablo 5.14.</b> Araştırmaya katılan personelin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020). .....	<b>79</b>
<b>Tablo 5.15.</b> Araştırmaya katılan personelin çalışma hayatı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020). .....	<b>80</b>
<b>Tablo 5.16.</b> Araştırmaya katılan personelin kanser ve rahim ağzı kanseri ve tarama testi ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020). .....	<b>81</b>
<b>Tablo 5.17.</b> Araştırmaya katılan personelin pap smear ve HPV testi ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020). .....	<b>83</b>
<b>Tablo 5.18.</b> Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri tarama programı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020). .....	<b>85</b>
<b>Tablo 5.19.</b> Araştırmaya katılan personelin kadın sağlığı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020). .....	<b>87</b>
<b>Tablo 5.20.</b> Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanserine yönelik bazı bilgi önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı (Ankara, 2020). .....	<b>89</b>
<b>Tablo 5.21.</b> Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanserine yönelik bilgi puanları (Ankara, 2020). .....	<b>91</b>

<b>Tablo 5.22.</b> Araştırmaya katılan personelin Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'ne (RAKTİ Ölçeği) verdikleri cevaplar (Ankara, 2020). .....	<b>93</b>
<b>Tablo 5.23.</b> Araştırmaya katılan personelin medeni durumuna göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>97</b>
<b>Tablo 5.24.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı ile düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>97</b>
<b>Tablo 5.25.</b> Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>98</b>
<b>Tablo 5.26.</b> Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>99</b>
<b>Tablo 5.27.</b> Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>100</b>
<b>Tablo 5.28.</b> Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>101</b>
<b>Tablo 5.29.</b> Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>102</b>
<b>Tablo 5.30.</b> Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>103</b>
<b>Tablo 5.31.</b> Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>104</b>
<b>Tablo 5.32.</b> Araştırmaya katılan personelin medeni durumuna göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>105</b>
<b>Tablo 5.33.</b> Araştırmaya katılan personelin HPV testini duyma durumu ile yaşı arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>105</b>

<b>Tablo 5.34.</b> Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>106</b>
<b>Tablo 5.35.</b> Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>107</b>
<b>Tablo 5.36.</b> Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>107</b>
<b>Tablo 5.37.</b> Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>108</b>
<b>Tablo 5.38.</b> Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>109</b>
<b>Tablo 5.39.</b> Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>110</b>
<b>Tablo 5.40.</b> Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>111</b>
<b>Tablo 5.41.</b> Araştırmaya katılan personelin medeni durumuna göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıрма durumu (Ankara, 2020). .....	<b>112</b>
<b>Tablo 5.42.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı ile bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıрма durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>112</b>
<b>Tablo 5.43.</b> Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıрма durumu (Ankara, 2020). .....	<b>113</b>
<b>Tablo 5.44.</b> Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu (Ankara, 2020). .....	<b>114</b>
<b>Tablo 5.45.</b> Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıрма durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>115</b>
<b>Tablo 5.46.</b> Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıрма durumu (Ankara, 2020). .....	<b>116</b>



<b>Tablo 5.47.</b> Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>117</b>
<b>Tablo 5.48.</b> Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>119</b>
<b>Tablo 5.49.</b> Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>120</b>
<b>Tablo 5.50.</b> Araştırmaya katılan personelin medeni durumuna göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>120</b>
<b>Tablo 5.51.</b> Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu ile yaşı arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>121</b>
<b>Tablo 5.52.</b> Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>122</b>
<b>Tablo 5.53.</b> Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>123</b>
<b>Tablo 5.54.</b> Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>123</b>
<b>Tablo 5.55.</b> Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>124</b>
<b>Tablo 5.56.</b> Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>125</b>
<b>Tablo 5.57.</b> Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020). .....	<b>127</b>

<b>Tablo 5.58.</b> Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (Ankara, 2020).....	<b>128</b>
<b>Tablo 5.59.</b> Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu (Ankara, 2020).....	<b>130</b>
<b>Tablo 5.60.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu (Ankara, 2020). ....	<b>131</b>
<b>Tablo 5.61.</b> Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumu (Ankara, 2020). ....	<b>132</b>
<b>Tablo 5.62.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumu (Ankara, 2020).....	<b>134</b>
<b>Tablo 5.63.</b> Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünme durumu (Ankara, 2020). ....	<b>135</b>
<b>Tablo 5.64.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünme durumu (Ankara, 2020).....	<b>137</b>
<b>Tablo 5.65.</b> Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumu (Ankara, 2020). ....	<b>138</b>
<b>Tablo 5.66.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumu (Ankara, 2020). ..	<b>140</b>
<b>Tablo 5.67.</b> Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu (Ankara, 2020). ....	<b>141</b>
<b>Tablo 5.68.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu (Ankara, 2020).....	<b>142</b>

<b>Tablo 5.69.</b> Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumu (Ankara, 2020). .....	<b>143</b>
<b>Tablo 5.70.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumu (Ankara, 2020). .....	<b>145</b>
<b>Tablo 5.71.</b> Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testinin nasıl yaptırıldığını bilme durumu (Ankara, 2020). .....	<b>147</b>
<b>Tablo 5.72.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testinin nasıl yaptırıldığını bilme durumu (Ankara, 2020). .....	<b>148</b>
<b>Tablo 5.73.</b> Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>150</b>
<b>Tablo 5.74.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu (Ankara, 2020). .....	<b>152</b>
<b>Tablo 5.75.</b> Rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi önermelerinin Cronbach Alfa değeri (Ankara,2020). .....	<b>153</b>
<b>Tablo 5.76.</b> Araştırmaya katılan personelin bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanı dağılımı (Ankara, 2020). .....	<b>154</b>
<b>Tablo 5.77.</b> Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve gebelik sayısı ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanı arasındaki korelasyon analizi (Ankara, 2020). .....	<b>156</b>
<b>Tablo 5.78.</b> Çok değişkenli doğrusal regresyon analizine ilişkin sonuçlar (Ankara, 2020). .....	<b>157</b>

## 1. GİRİŞ VE GEREKÇE

Rahim ağzı kanseri dünyada kadınlar arasında hem görülme sıklığı hem de mortalite açısından dördüncü sırada yer almaktadır. Dünya genelinde 2018 yılında rahim ağzı kanserine bağlı 570 000 yeni tanı ve 311 000 ölüm olduğu tahmin edilmektedir (1, 2). Ülkemizde, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 2015 yılı verilerine göre, rahim ağzı kanserinin kadınlarda görülen tüm kanserler içindeki insidansı 100 000 kişide 4,5'tir. Tüm yaş grupları arasında kadınlarda en sık görülen kanserler içinde dokuzuncu sırada yer alan rahim ağzı kanseri, 25-49 yaş grubu kadınlar arasında en sık görülen kanserler içerisinde dördüncü sıradadır (3, 4). Uluslararası Kanser Araştırma Merkezi'nin (IARC) raporuna göre ülkemizde 2018 yılında rahim ağzı kanserine yakalanan kadın sayısı 2356'dır (5). Başlıca etkeni Human Papilloma Virüs (HPV) olan bu kanser ülkemizde düşük sıklıkta görülmesine rağmen, IARC tarafından yapılan değerlendirmede HPV'ye bağlı kanserler erkeklerde görülen kanserlerin %1'i, kadınlarda ise %5-10'undan sorumludur. Ülkemizdeki kanser verileri incelendiğinde, benzer şekilde kadınlarda erkeklerin beş katı HPV ilişkili kanser olduğu tahmin edilmektedir (4).

Rahim ağzı kanserinin bilinen en önemli risk faktörü HPV enfeksiyonu olmakla birlikte sigara içiciliği, HIV enfeksiyonu gibi bağışıklık sisteminin baskılandığı durumlar, klamidya enfeksiyonu ve rahim ağzı kanserine yönelik aile öyküsünün bulunması bilinen diğer önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır (6).

Rahim ağzı kanseri olgularının %99,7'sinin HPV ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (7). Bu nedenle rahim ağzı kanserinden birincil korunmada 9-26 yaş arasındaki kadınların HPV aşısı ile aşılması önemlidir. Aşılamaya 6 aylık bir süre boyunca uygulanan 3 doz aşı ile yapılmaktadır (8). HPV aşısı ülkemiz için ulusal aşı takviminde yer almamakta ve bireyin isteğine bağlı olarak ücretli uygulanmaktadır (9). Rahim ağzı kanserine yönelik aşının koruyucu etkisi fazla olmakla birlikte rutin aşı takviminde yer almaması, belirli HPV tiplerini içermesi nedeniyle tüm tiplerden korumaması, cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklara karşı koruma sağlamaması gibi nedenler rahim ağzı kanserine yönelik düzenli jinekolojik muayene ve tarama yaptırmanın gerekliliğini ortadan kaldırmamaktadır.

Rahim ağzı kanseri, tarama testi ile erken dönemde tanı konularak önlenilebilen bir jinekolojik kanserdir (9). Erken dönemde saptanan rahim ağzı kanserli kadınların tanı konduktan sonraki 5 yıllık sağ kalımları %92 gibi yüksek düzeydedir. Rahim ağzı kanseri uzun pre-invaziv döneme sahip olması, etkinliği kanıtlanmış tarama testlerinin varlığı, öncü lezyonların etkili bir şekilde tedavi edilebilir olması ile tarama ve erken tanıya olanak sağlaması nedeniyle özel önem taşımaktadır (9, 10). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) rahim ağzı kanseri taramasının hedef yaş grubundaki (30-49) tüm kadınlara en az bir kere yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. DSÖ taramanın Pap smear (sitoloji) testi, HPV testi veya asetik asitle görsel muayene (VIA) ile yapılmasını önermektedir (1). HPV testi ve eş zamanlı yapılan Pap smear testi ile sitolojik değerlendirmeye "co-test" adı verilmektedir. Co-test günümüzde en çok kabul gören tarama yöntemidir (9). Ülkemizde rahim ağzı kanseri, DSÖ önerileri doğrultusunda 1992 yılından beri Pap smear ile taranmakta, 2004 yılından bu yana ise Pap smear ile toplum tabanlı tarama programı uygulanmaktadır. Bu dönemde daha çok fırsatçı tarama şeklinde yürütülen rahim ağzı kanser taraması için toplum tabanlı taramanın kapsayıcılığı yıllık %1-2 seviyesinde kalmıştır. Ancak 2012 yılı Aralık ayında bilimsel komisyon toplantısı ile alınan karar doğrultusunda rahim ağzı kanser taramasının beş yılda bir uygulanacak HPV testi ile yapılması, sadece pozitif çıkan olgularda eş zamanlı yapılan Pap smear testi ile hücre sitolojisinin incelenmesi karara bağlanmıştır. Bu kararın ardından 2014 yılında beş yılda bir HPV DNA ve Pap smear ile toplum tabanlı tarama uygulanmaya başlamıştır (11, 12). Tarama programı ile kadınlarda 30 yaşında başlayan ve 65 yaşında biten (30 ve 65 yaşlar dâhil edilmektedir) toplum tabanlı tarama hedeflenmektedir. Taramalar Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmektedir. Taranacak nüfus aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak belirlenmektedir. İlgili tarama testleri çeşitli davet yöntemleri (mektup, telefon) ile beş yılda bir tekrarlanmaktadır (13). HPV testinin negatif olması veya Pap smear testinin normal olarak raporlanması durumunda, kişi beş yıl sonra testin tekrarlanması gerektiği hususunda bilgilendirilmektedir. HPV testinin pozitif olması durumunda HPV tipine göre sürece karar verilmektedir. HPV tip 16 ve HPV 18'in pozitif olması durumunda Pap smear testi normal olsun veya olmasın kişi uzman hekime yönlendirilerek tedavi ve kontrol planına karar verilir. HPV testinde HPV tip 16-

18 dışındaki diğer tiplerin pozitif gelmesi durumunda Pap smear test sonucu değerlendirilmektedir. Pap smear testinin normal olması durumunda bir yıl sonra test tekrarlanır. Pap smear testinin anormal olması durumunda kişi uzman hekime yönlendirilmektedir (14). Son iki HPV testi veya Pap smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama sonlandırılmaktadır (13). Ülkemizde Kanser Daire Başkanlığı tarafından 2016 yılında yayınlanan “Türkiye Kanser Kontrol Programı” raporunda uzun yıllardır devam eden ve Pap smear tabanlı yürütülen taramaların çeşitli sebeplerle arzu edilen %70 kapsayıcılığın çok gerisinde kaldığı, hedef nüfusun ancak %20’sinin tarama programı kapsamında taranabildiği ifade edilmektedir (11). Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı’nda 15 yaş üzeri kadınların yaklaşık %69,3’ünün hiç Pap smear testi yaptırmadığı açıklanmıştır (15). 2014 yılında başlayan toplum tabanlı tarama programının ilk yıl verilerine göre tarama için yıllık hedeflenen 30-65 yaş arası kadın nüfusun %36,5’i aile hekimleri tarafından yapılan tarama davetini kabul etmiştir (12).

Rahim ağzı kanseri tarama programlarının istendik başarıyı sağlamasının önünde bazı engeller bulunmaktadır. Bu engeller sağlık sisteminden, hizmet sunuculardan ve kadınlardan kaynaklanabilmektedir (16). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında kayıtlı bireylerin elektronik ortamda kayıtlı tarama geçmişlerinin yer almaması, iletişim bilgilerinin güncel olmaması, taramaya davet veya tarama sonrası ileri tetkik için yapılan üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk ile randevu arasındaki zaman aralığının fazla olması, klinikte bekleme süresinin uzun olması, taramanın yapılacağı zamanın uygun olmayışı (özellikle çalışan bireyler için bir sorun), çeşitli hastalıklara yönelik tarama ve teşhis süreçlerinde aile hekimlerine verilen sorumluluğun yetersizliği, taramayı yapan kadın sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması gibi faktörler sağlık sisteminden kaynaklanan başlıca engellerdir (16, 17). Öte yandan sağlık çalışanları tarafından katılımı artırma ve kaygıyı azaltmaya yönelik hastaya yeterli bilgilendirmenin yapılmaması, sağlık çalışanı ile hasta arasındaki iletişimin kalitesi, bireysel tercihlerin, sağlık inançlarının ve hasta memnuniyetinin göz ardı edilmesi gibi nedenler ise hizmet sunucularından kaynaklanan engellerdir. Kadınların taramaya ilişkin bilgi eksiklikleri, yaş, medeni durum, etnik köken, eğitim ve gelir düzeyi, toplumdaki üreme alışkanlıkları, risk algısı, duyarlılık, dini inanç gibi sosyokültürel ve demografik faktörler ile utanma, korku ve anksiyete gibi

psikolojik faktörler rahim ağzı kanseri tarama programına katılmama nedenleri arasındadır (16, 18, 19).

Bireyin hasta olmadan önce sağlığının korunması ve geliştirilmesi halk sağlığı anlayışında önemlidir. Sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamaların başarıya ulaşması için bireylerin olumlu sağlık davranışlarını edinmeleri ve sürdürmeleri gerektirmektedir. Bu davranışların kazandırılabilmesi için öncelikle bireylerin bilgi, tutum ve inançları saptanmalıdır (20). Ülkemizde kadınların rahim ağzı kanserine ilişkin taramaya katılımlarının gereken düzeyde olmaması, bu konunun her boyutuna yönelik araştırmalar yapılmasını gerektirmektedir. Kadınların taramaya yönelik bilgi, tutum ve inançları da incelenmesi gereken konulardan biridir.

Rahim ağzı kanserine yönelik ulusal tarama programının kapsadığı yaş grubu olan 30 yaş ve üzeri kadınlar arasında tarama sıklığının belirlenmesi, rahim ağzı kanseri taraması konusundaki tutum ve inançlarını değerlendirmek için geliştirilmiş ölçeklerin dilimize kazandırılıp, bu ölçeklerin geçerli ve güvenilir olup olmadığının değerlendirilmesi önemlidir.

Bu nedenlerle Hacettepe Üniversitesi'nde görevli 30 yaş ve üzeri kadın idari personelin rahim ağzı kanseri taraması yaptırma durumlarının, tarama davranışlarını etkileyen faktörlerin ve Ackerson ve arkadaşları tarafından 18 yaş ve üzeri kadınlar için geliştirilmiş olan Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) geçerlik ve güvenilirliğini ortaya koymak için bu çalışma planlanmıştır.

## 2. AMAÇLAR

Bu çalışma ile Hacettepe Üniversitesi'nde görevli 30 yaş ve üzeri kadın idari personel arasında,

1. Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin geçerlik analizleri için dil geçerliği, yüzey geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt geçerliğini güvenilirlik analizleri için iç tutarlılık analizi, test-tekrar test güvenilirlik analizi ve madde analizini yapmak,
2. HPV testi ve/veya Pap smear testi yaptırma durumunu belirlemek,
3. HPV testi ve/veya Pap smear testi yaptırma durumu ile ilişkili bazı faktörleri belirlemek,
4. Rahim ağzı kanseri tarama programına katılma durumunu belirlemek,
5. Rahim ağzı kanseri tarama programına katılma durumu ile ilişkili bazı faktörleri belirlemek,
6. Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği (RAKTİ Ölçeği) aracılığı ile rahim ağzı kanseri taraması konusundaki tutum ve inançlarını değerlendirmek,

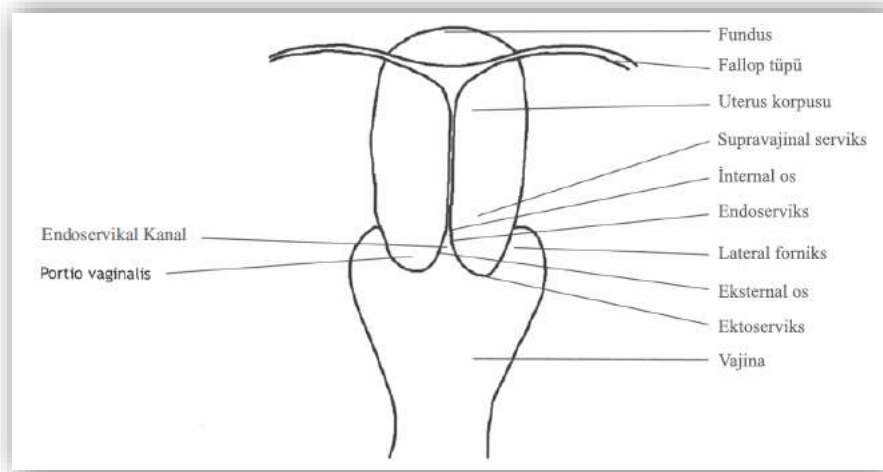
amaçlanmıştır.



### 3. GENEL BİLGİLER

#### 3.1. Rahim Ağzının (Serviks) Anatomik Yapısı

Serviks, uterusun alt bölümünü oluşturan 3-4 cm uzunluğunda 2-3 cm çapında silindirik şekilli bir yapıdır. Büyüklüğü ve şekli yaş, hormonal durum ve doğum sayısına bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Portio vaginalis olarak da adlandırılan aşağı yarısı vajinaya doğru çıkıntı yapmaktadır. Serviks vajinaya eksternal os ile açılmakta, uterusun gövdesine internal os ile bağlanmaktadır. Spekulum ile inceleme esnasında kolayca görülebilen eksternal osun dışında kalan serviks bölümüne ektoserviks, eksternal osun yukarısındaki serviks bölümüne ise endoserviks adı verilmektedir. Endoserviksi boydan boya geçen endoservikal kanal internal os ile uterusu ve eksternal os ile vajinaya açılarak uterus ile vajeni birbirine bağlar (Şekil 3.1) (21).



**Şekil 3.1.** Serviksin anatomisi.

#### Mikroskopik anatomi

Serviks skuamokolumnar birleşkede birleşen çok katlı skuamoz epitel ile kolumnar epitel olmak üzere iki tip epitel ile örtülüdür. Ektoserviks çoğunlukla bol glikojen içeren ve lügol solüsyonu uygulaması ile kahverengiye boyanan (glikojen iodinle kolayca boyandığından) skuamoz epitel ile örtülü iken endoserviks mukus salgılayan kolumnar epitel ile örtülüdür. Kolumnar epitel yukarıda uterusu örten endometrial epitel ile aşağıda skuamokolumnar bileşkede skuamoz epitel ile kaynaşır.

Skuamokolumnar epitel keskin bir sınır olarak görülmekle birlikte skuamokolumnar bileşkenin eksternal ostan uzaklığı bazı fizyolojik durumlara göre farklılık göstermektedir. Çocukluk döneminde eksternal osa yakınken ilerleyen dönemde östrojen etkisi ile büyüyerek eksternal ostan uzakta yerleşir. Yaşın ilerlemesi ile östrojen etkisi ortadan kalkar ve yeniden eksternal osa yaklaşır. Kolumnar epitel vajendeki asidik ortam ile karşılaştığında kolumnar hücrelerin ürettiği mukusun koruyucu etkisi azalır ve immatür skuamoz metaplastik epitele dönüşür. Bu epitel tipinde glikojen üretilmez ve lügol ile boyanma olmaz. Sonraki süreçte çoğu kadında bu immatür hücreler gelişerek ekstoserviksi örten skuamoz epitele benzeyen glikojen sentezleyebilen ve lügol ile boyanabilen matür skuamoz metaplastik epitele dönüşür. Nadiren ise bazı HPV tipleri ile gelişen enfeksiyon neticesinde prekanseröz hücresel değişiklikler gösteren displastik skuamoz epitele dönüşürler. Kolumnar epitelin metaplastik skuamoz epitele dönüşeceği, skuamokolumnar bileşkede yer alan bu alana “transformasyon zonu” adı verilir. Servikal neoplazilerin hemen tamamı bu alanda gelişmektedir (21, 22).

### **3.2. Rahim Ağzı Kanseri**

#### **3.2.1. Rahim Ağzı Kanserinin Epidemiyolojisi**

Dünyada pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de kanser bildirim zorunlu bir hastalıktır. Bu nedenle kanser verileri düzenli olarak toplanarak raporlanmaktadır. Bu veriler her ne kadar düzenli olarak toplanıp raporlansa da kanser sörveyans sisteminin iyi olduğu ülkeler de dâhil çoğu yerde halen hekime ulaşmayan kanser vakaları ile birlikte veri toplamadaki bir takım eksiklikler, tanıda ve kodlamada yapılan bazı hatalar, duplikasyonların ayırt edilememesi, farklı veri tabanlarındaki aynı verilerin birleştirilememesi gibi nedenlerle toplumlardaki tüm kanser vakaları tam olarak ve doğru bir şekilde tespit edilememektedir (23).

Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)’nın bir projesi olan GLOBOCAN dünya genelinde 185 ülkede 36 kanser türünün yaş ve cinsiyete göre insidans, mortalite ve prevalansına ilişkin güncel verileri kullanarak ülke ve kıta özelinde karşılaştırılabilir istatistiksel tahminler sunmaktadır. GLOBOCAN 2018 yılı verilerine göre tüm dünyada kadınlar arasında prevalans, insidans ve mortalite açısından dördüncü sırada yer alan rahim ağzı kanseri, gelişmekte olan bazı ülkelerde günümüzde kadınlar

arasında en sık görülen kanser türü olmaya devam etmektedir. Dünya genelinde ise yaşa göre kontrol edildikten sonra insidans hızı her yüzbin kadında 13,1'dir. Özellikle Afrika'nın güney ve doğu bölgelerindeki ülkeler ile Güney-Doğu Asya ülkelerinde en yüksek değerler görülürken Kuzey Amerika ve Batı Asya ülkelerinde serviks kanseri sıklığı oldukça düşüktür. Bu nedenle serviks kanseri sıklığı bakımından ülkeler arasında yaklaşık 50 kat farklılık söz konusudur (24, 25).

Türkiye serviks kanseri insidansının en düşük olduğu Batı Asya grubu ülkeler içerisinde yer almaktadır. 2018 yılı verilerine göre Türkiye'de rahim ağzı kanseri kadınlarda en sık rastlanan kanser türleri arasında 13. sırada yer alırken 15-44 yaş arası kadınlarda 4. sıradadır. Yine kadınlarda kansere bağlı ölümlerde 10. sırada yer alırken 15-44 yaş arası kadınlarda 8. sıradadır. Rahim ağzı kanserine ilişkin dünya geneli, Batı Asya ve Türkiye'de bazı göstergelerin karşılaştırması Tablo 3.1'deki gibidir. Yaşa göre kontrol edildikten sonra rahim ağzı kanseri insidans hızı dünya genelinde her yüzbin kadında 13,1, batı Asya'da 4,1 ve Türkiye'de 4,8'dir. Benzer şekilde yaşa göre kontrol edildikten sonra rahim ağzı kanseri mortalite hızı ise dünya genelinde her yüzbin kadında 6,9, batı Asya'da ve Türkiye'de 2,5'dir (26).

**Tablo 3.1.** Rahim ağzı kanserine ilişkin dünya geneli, batı Asya ve Türkiye'de bazı göstergelerin karşılaştırması (2018).

Gösterge	Türkiye	Batı Asya	Dünya
Yeni vaka sayısı	2 356	5 092	569 847
Kaba insidans hızı *	5,7	3,9	15,1
Yaşa standardize insidans hızı *	4,8	4,1	13,1
Kümülatif (insidans ) risk (75 yaşında)**	0,5	0,4	1,4
Yıllık ölüm sayısı	1 280	2 993	311 365
Kaba mortalite hızı *	3,1	2,3	8,2
Yaşa standardize mortalite hızı *	2,5	2,5	6,9
Kümülatif (mortalite) risk (75 yaşında)**	0,3	0,3	0,8

\* Yılda yüzbin kadın başına hız

\*\* Bireylerin 75 yaşına kadar hastalığa yakalanma/ hastalıktan ölme olasılığı/riskidir.

DSÖ'nün rahim ağzı kanserine yönelik histolojik sınıflandırmasına göre en sık epiteltal tümörlerine rastlanmakta ve olguların çoğunu skuamoz hücreli karsinom (olguların yaklaşık %70'i) ile adenokarsinom (olguların yaklaşık %25'i) oluşturmaktadır (27-29). Kansere yirmi yaşından önce nadir rastlanırken bu yaştan itibaren sıklığı giderek artmakta ve 50'li yaşlarda en yüksek değere ulaşmaktadır (23).

### 3.2.2. Rahim Ağzı Kanserinin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Pek çok kanser türünde olduğu gibi rahim ağzı kanserinde de etiyolojik nedenler kesin olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte HPV virüslerinin E6 ve E7 olarak bilinen iki proteini sayesinde p53 ve Rb gibi bazı tümör baskılayıcı genleri kapatarak bu virüslerin rahim ağzını döşeyen hücrelerde düzensiz büyümeye neden olduğu ve bazı durumlarda kansere yol açabilecek genlerde değişiklikler geliştirdiği saptanmıştır (30). Ancak HPV enfeksiyonu olan çoğu kadında rahim ağzı kanseri gelişmemektedir. HPV DNA rahim ağzı kanseri olgularının hemen hepsinde mevcut olmasına rağmen, bir kadının rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığını etkileyen başka risk faktörleri bulunmaktadır (29). Bu risk faktörlerini “değiştirilebilen risk faktörleri” ve “değiştirilemeyen risk faktörleri” olarak iki gruba ayırabiliriz. Değiştirilebilen risk faktörleri olumsuz sağlık davranışlarını içermektedir. Değiştirilemeyen risk faktörlerinden (yaş, aile öyküsü gibi) ziyade değiştirebilen/önlenebilen faktörlere (tütün, HPV enfeksiyonu gibi) odaklanmak kanserden korunmaya yardımcı olacaktır. Değiştirilemeyen risk faktörlerini bilmek ise bu faktörlere sahip kadınların rahim ağzı kanserini erken dönemde saptamak amacıyla tarama testi yaptırmaları açısından oldukça önemlidir. Bilinen önemli risk faktörleri Tablo 3.2’deki gibidir.

**Tablo 3.2.** Rahim ağzı kanseri risk faktörleri.

Risk Faktörü	Açıklama
<b><i>Değiştirilebilen risk faktörleri</i></b>	
<b>HPV enfeksiyonu</b>	HPV DNA rahim ağzı kanseri olgularının %99’unda mevcuttur (31). Çoğu servikal HPV enfeksiyonu geçici olup 6 ile 24 ay içerisinde vücuttan atılmaktadır. Rahim ağzı kanseri olgularında saptanan tip 16, 18, 31, 33, 45, 52 gibi yüksek riskli HPV türleri kalıcı enfeksiyon oluşturabilmektedir. HPV tip 16 ve 18 rahim ağzı kanseri olgularının yaklaşık %70’inden sorumludur (32, 33). Bu kanserin gelişimi için HPV enfeksiyonunun gerekli olduğu ancak tek başına yeterli olmadığı düşünülmektedir (29)
<b>Cinsel aktivite</b>	Erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak (özellikle 18 yaşın altında), çok eşli cinsel yaşam veya çok eşli cinsel yaşamı olan biri ile cinsel ilişkide bulunulması rahim ağzı kanseri riskini artırmaktadır (34-36).
<b>İlk menstürasyon yaşı</b>	İlk menstürasyon yaşının erken olması (özellikle 15 yaşın altında) ve ilk menstürasyon yaşı ile cinsel ilişkiye başlama yaşının birbirine yakın olması rahim ağzı kanseri için risk faktörü olarak belirtilmektedir (35, 37).
<b>Gebelik sayısı ve doğurganlık</b>	İlk gebeliğin 20 yaşından önce olması, ilk doğumun erken yaşta yapılması (özellikle 18 yaş altında), beş ve daha fazla gebeliğin olması, iki ve üzeri kürtaj ve üçten fazla vajinal doğumun rahim ağzı kanseri riskini artırdığı gösterilmiştir (35, 38-41). Fazla doğum, düşük, kürtaj sırasında serviks olan travmatik etkinin, gebelik sırasında oluşan hormonal değişikliklerin kadınları HPV enfeksiyonu ve kanser gelişimine duyarlı hale getirdiği veya gebelik sırasında zayıflayan bağışıklık sisteminin rahim ağzı kanseri gelişimine zemin hazırladığı düşünülmektedir (29, 42)

Tablo 3.2. Rahim ağzı kanseri risk faktörleri (devamı)

<b>Risk Faktörü</b>	<b>Açıklama</b>
<b>Eşlik eden viral enfeksiyonlar</b>	HPV enfeksiyonu olan kadınlarda beraberinde eşlik eden HIV, Herpes Simplex Virüs Tip-2 veya Chlamydia Trachomatis enfeksiyonunun rahim ağzı kanseri riskini artırdığı çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (38, 43-46).
<b>İmmün yetmezlik durumları</b>	Bağışıklık sisteminin zayıfladığı HIV/AIDS, otoimmün hastalıklar, organ nakli veya herhangi bir nedenle steroid gibi immünsüpresif ajanları uzun süreli kullananlar rahim ağzı kanseri gelişimi açısından risk altındadır (32, 44, 47).
<b>Sigara içme</b>	Sigara içen kadınlarda rahim ağzı kanserine yakalanma olasılığının sigara içmeyenlere göre iki kat fazla olduğu saptanmıştır (48, 49). Servikal mukozada tespit edilen kotinin, nikotin ve diğer tütün yan ürünlerinin serviks hücrelerinde lokal immünolojik hasar oluşturarak bu bölgeyi enfeksiyonlara yatkın hale getirdiği böylece kanser riskini artırdığı üzerinde durulmaktadır (29, 50, 51).
<b>Oral kontraseptif kullanımı</b>	Uzun süreli oral kontraseptif kullanımının rahim ağzı kanserini artırdığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Rahim ağzı kanseri riski oral kontraseptif kullanım süresiyle orantılı olarak artmakta ve kullanımın kesilmesiyle azalmaktadır. Özellikle beş yıldan daha uzun süre kullanımda her beş yılda bir riskin 1,9 kat arttığı belirtilmektedir (35, 44, 52, 53). HPV enfeksiyonu olan kadınlarda 10 yıldan daha uzun süre oral kontraseptif kullanımının rahim ağzı kanseri riskini 4 kat artırdığı saptanmıştır (54).
<b>Sosyo-ekonomik durum</b>	Sosyo-ekonomik durum rahim ağzı kanserinin toplumlar arasında orantısız dağılımı üzerinde etkili olan faktörlerin başında gelmektedir. Ulusal ve uluslararası eğitim, maddi yaşam koşulları, cinsiyet eşitsizliği, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sosyal eşitsizlikler rahim ağzı kanserinin görülme sıklığında farklılıklara neden olmaktadır (55). Düşük sosyoekonomik statüdeki kadınların düzenli tarama yaptırma olasılığının daha düşük olduğu bu nedenle rahim ağzı kanserinin preinvazif dönemde saptanması ve tedavi edilmesinin daha az olası olduğu ve dolayısıyla invaziv kanser tanısı alma riskinin arttığı vurgulanmaktadır (29).
<b>Kötü genital hijyen</b>	Özellikle menstürasyon dönemi başta olmak üzere kadınların genital hijyeni doğru ve yeterli biçimde uygulamaması enfeksiyon açısından risk oluşturmaktadır. Erken dönemde müdahale edilmeyip ihmal edildiğinde ilerleyerek infertiliteye ve rahim ağzı kanseri gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir (56).
<b>Diyet</b>	Rahim ağzı kanseri riskinde beslenmenin rolü üzerine mevcut kanıtlar yeterli değildir. Meyve ve sebzedeki düşük diyetle beslenmenin rahim ağzı kanseri için risk oluşturabileceği belirtildiği gibi beslenmenin rahim ağzı kanseri riski üzerine herhangi bir rolü olmadığını ifade eden çalışmalar da vardır (40, 43, 47, 57, 58). Rahim ağzı kanseri üzerine beslenmenin etkisini araştıran 33 çalışmanın değerlendirildiği sistematik bir incelemede folat, retinol, vitamin E, C vitamini ve B12 yönünden zengin diyet, alfa-beta karoten, likopen, lutein/zeaksantin ve kriptoksantin ile meyve ve sebzedeki zengin beslenmenin rahim ağzı kanserine karşı olası koruyucu faktörler olduğu vurgulanmıştır (59).
<b>Değiştirilemeyen Faktörler</b>	
<b>Yaş</b>	Rahim ağzı kanserine yirmi yaşından önce nadir rastlanırken görülme sıklığı 35-44 yaşları arasında artmaktadır. Olguların ortalama tanı yaşı 50'dir (60).
<b>Aile öyküsü</b>	Ailede rahim ağzı kanseri öyküsünün olması rahim ağzı kanseri riskinde artışla ilişkilendirilmiştir (32, 61, 62). Rahim ağzı kanseri için bir risk faktörü olarak ailede kanser öyküsünü değerlendiren 19 çalışmanın dâhil edildiği bir sistematik incelemede birinci derece akraba (örneğin anne, kız kardeş) arasındaki ilişkiden bağımsız olarak ailede rahim ağzı kanseri riskini iki kat artırdığı saptanmıştır (63).
<b>Dietilstilbestrol (DES) maruz kalımı</b>	1971 yılından önce gebelerde düşüğü önlemek amacıyla kullanılan DES'in vajen ve servikte adenokarsinom riskinde artış ve daha pek çok olumsuz sağlık sonucu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (29, 47, 64).

Aile planlaması yöntemi olarak rahim içi araç (RİA) kullanımının rahim ağzı kanseri gelişiminde koruyucu bir rolü olduğu belirtilmektedir. Vücudun HPV enfeksiyonu ile mücadelesine katkıda bulunan ve RİA tarafından indüklenen hücresel bağışıklığın bulguları açıklayabilecek mekanizmalardan biri olduğu düşünülmektedir (65, 66). Ayrıca aile planlaması yöntemi olarak düzenli kondom kullanımının HPV enfeksiyonu ve servikal neoplazilerin gerilemesi üzerine koruyucu bir etkisi olduğu saptanmıştır (67-70).

### **3.2.3. Rahim Ağzı Kanserin Belirtileri**

Rahim ağzının prekanseröz lezyonlarının varlığında veya rahim ağzı kanserinin erken döneminde kadınlarda genellikle belirti görülmemektedir. İlerlemiş rahim ağzı kanseri olgularında postkoital kanama, menopoz sonrası dönemde veya adetler arası kanama ve lekelenme, normalden daha uzun süreli ve daha yoğun kanamaların olduğu adet dönemleri, anormal (sulu, kötü kokulu) vajinal akıntı, ağrılı cinsel ilişki ve pelvik bölgede ağrı meydana gelebilmektedir. Daha ileri olgularda bacaklarda şişme, bağırsak hareketlerinde veya idrar yapmada sorun ve idrarda kan görülebilmektedir. Ancak bu belirtilere rahim ağzı kanseri dışındaki başka hastalıklar da neden olabilmektedir (56, 71).

### **3.2.4. Rahim Ağzı Kanserinden Korunma**

Rahim ağzı kanseri erken dönemde teşhis edildiğinde ve etkili bir şekilde yönetildiğinde önlenilebilir, tedavi edilebilir bir hastalıktır. Bu nedenle rahim ağzı kanserinden korunmada öncelikli olarak kansere neden olduğu düşünülen faktörlerin bilinmesi ve bu faktörlerin ortadan kaldırılması (birincil korunma), kansere ilerleyen süreçte kanser öncesi lezyonların taranması ve uygun şekilde tedavisi (ikincil korunma) ile invaziv rahim ağzı kanseri geliştikten sonra uygun şekilde tedavi ve yaşam kalitesini artıracak rehabilitasyon ve palyatif bakımın sağlanması (üçüncül korunma) önemlidir (72).

#### **3.2.4.1. Birincil Korunma**

Birincil korunmada kanserle ilişkili olduğu bilinen faktörlerin henüz kanser gelişmeden önce önlenmesi esastır (73). Rahim ağzı kanserinin doğal seyri hastalığın önlenmesi için çeşitli fırsatlar sunmaktadır. Rahim ağzında yüksek riskli HPV tiplerinin

neden olduğu kalıcı enfeksiyonun rahim ağzı kanseri gelişimi için gerekli olduğu artık kabul edilmektedir. Bu nedenle henüz cinsel aktivite başlamadan önce bireylerin HPV'ye karşı aşılması rahim ağzı kanserinin önlenmesinde önemli bir halk sağlığı stratejisidir (74, 75). Tablo 3.3'te görüldüğü üzere günümüzde kullanım için onay alan ikili (bivalent), dördü (quadrivalent) ve dokuzlu (nonavalent) HPV aşısı mevcuttur. İkili aşı HPV tip 16 ve 18'e, dördü aşı HPV tip 6, 11, 16 ve 18'e, dokuzlu aşı ise HPV tip 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45 52 ve 58'e karşı koruma sağlamaktadır (76). Dördü aşının FDA tarafından kabul edilen üç endikasyonu vardır;

1) 9-26 yaş arası kız çocukları ve kadınlar için HPV tip 6, 11, 16, ve 18'in neden olduğu bazı pre-kanseröz lezyonların önlenmesi ve dolaylı olarak rahim ağzı, vulva ve vajen kanserinden korunma,

2) 9-26 yaş arası kız ve erkek çocuklar, kadın ve erkeklerde genital siğillerin önlenmesi,

3) 9-26 yaş arası kadın ve erkeklerde anal kanser ile ilişkili prekanseröz lezyonların önlenmesi ve vajinal kanserden korunmadır. İkili aşının tek endikasyonu ise 9-25 yaş arası kız çocuklar ve kadınlarda HPV tip 16, 18'in neden olduğu bazı prekanseröz lezyonların önlenmesi ve rahim ağzı kanserinden korunma şeklindedir (77).

Dokuzlu aşı Türkiye'de bulunmamaktadır.

**Tablo 3.3.** HPV aşısı içerikleri, kullanım şekli ve uygulanabilirlikleri.

	<b>Bivalent</b>	<b>Quadrivalent</b>	<b>Nonavalent</b>
<b>HPV içeriği</b>	HPV 16, 18	HPV 6, 11, 16, 18	HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58
<b>Aşı Takvimi</b>	0, 1, 6 ay (İM)*	0, 2, 6 ay (İM)*	0, 2, 6 ay (İM)*
<b>Uygulanabilirlik</b>	Kız (9-25 yaş)	Kız ve erkek (9-26 yaş) (Amerika)	Kız ve erkek (9-45 yaş) (Amerika)

\*İM: intramusküler

Aşılar 6 ay süresince 3 kürlük tam doz verildiğinde aşı içerisinde yer alan HPV tipinin neden olduğu HPV enfeksiyonunu önlemede %95'in üzerinde etkilidir (75). DSÖ dördü aşının 9-13 yaş arası kız ve erkek çocuklarına iki doz halinde uygulanmasını önerirken aynı şekilde ikili aşının da 9-14 yaş arası kız ve erkek çocuklarına iki doz

şeklinde yapıldığı rejimi önermektedir. Her üç aşı da dünya çapında rahim ağzı kanseri vakalarının yaklaşık % 70'inden sorumlu olan virüs tipleri 16 ve 18 ile enfeksiyonu önlemede oldukça etkilidir (78). Dörtlü ve dokuzlu aşı aynı zamanda anogenital siğillerden sorumlu HPV tip 6 ve 11 'e karşı da koruma sağlar (74). Literatürde aşılar da yer almayan bazı HPV türlerine karşı çapraz reaksiyon ile antikor oluşumu tanımlanmış olmakla birlikte gelişen antikorların koruyuculuk etki ve süresi tartışmalıdır (76, 79). Rahim ağzı kanserinin önlenmesi için cinsel aktivite başlamadan önce 9-14 yaş grubundaki kızlara yapılacak aşı, DSÖ tarafından temel hedef olarak önerilmekle birlikte kız çocukları arasında %80'nin üzerinde kapsayıcılığa ulaşıldığında erkekler arasında da HPV enfeksiyonu gelişme riski azalmaktadır. HPV aşısı dünya genelinde 71 ülkede kız çocuklarını ve 11 ülkede de erkek çocuklarını kapsayacak şekilde ulusal aşı takvimlerinde yer almaktadır (80). Türkiye'de HPV aşısı ulusal aşı programında yer almamaktadır.

HPV aşılması aktif HPV pozitif olan bireylerde virüsü temizlememekte, HPV ile hiç karşılaşmamış veya önceden HPV pozitif şu an HPV DNA negatif bireylerde koruma sağlamaktadır (76). Dahası mevcut aşılar bütün yüksek riskli HPV türlerine ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklara karşı koruma sağlamamakta ve aşıya uygun gruptan daha ileri yaşta olan kadınlarda sınırlı etkiye sahip olacağından HPV aşısı rahim ağzı kanserinin erken tanı ve tedavisine olanak sağlayan uygun tarama testleri ile tarama ihtiyacını ortadan kaldırmamaktadır (80).

Aşılama dışında yaşa ve kültüre uygun şekilde tasarlanmış kız ve erkek çocukları için cinsel sağlık eğitimi, bireylere risk faktörlerine yönelik eğitim ve danışmanlık verilmesi, cinsel aktiviteye başlamanın geciktirilmesi, yüksek riskli cinsel davranışların azaltılması (birden çok eş ile cinsel birliktelik, korunmasız cinsel aktivite gibi), düzenli kondom kullanımı ve bununla birlikte erkek sünneti HPV enfeksiyonu ile karşılaşma riskini azaltmaya yönelik diğer birincil korunma stratejilerindedir (69, 75, 81).

#### **3.2.4.2. İkincil Korunma**

İkincil korunma asemptomatik hastalarda öncü lezyonların taranması ile erken tanı ve uygun şekilde tedavinin yapılması yaklaşımıdır (82). Rahim ağzı kanserinde kanser öncesi evreden invaziv kansere ilerlemeyi durdurarak rahim ağzı kanseri sıklığı, insidans ve mortalitesini azaltmak önemli halk sağlığı müdahaleleri arasında yer alır. Pre-kanseröz



lezyonları saptamak amacıyla ulusal standartlara göre belirlenmiş bütün kadınları taramak, tarama ile saptanan olgulara danışmanlık hizmeti vererek bilgi paylaşımında bulunmak tanımlanmış kanser öncesi lezyonların uygun şekilde tedavi ve takibini sağlamak bu müdahaleler arasındadır (83).

Rahim ağzı kanseri uzun preinvaziv döneme sahip olması, etkinliği kanıtlanmış tarama testlerinin varlığı ve pre-kanseröz lezyonların etkili bir şekilde tedavi edilebilir olması nedeniyle erken tanı ve tedaviye olanak sağlamaktadır (9). Rahim ağzı kanserinin taranmasında çeşitli testler uygulanabilmektedir. Bunlar pap smear (veya sitoloji) ve sıvı bazlı sitoloji, Asetik asit (VIA) veya lügol iyot (VILI) ile görsel inceleme ve HPV testidir (69). Pap smear testi 30 yıldan uzun süredir toplum tabanlı taramalarda kullanılmaktadır. Bu süreçte taramalar sayesinde rahim ağzı kanserine bağlı morbidite ve mortalitede önemli bir azalma olmuştur Ancak düşük ve orta gelirli ülkelerde laboratuvar olanakları ve vasıflı insan gücü kaynakları dâhil olmak üzere yeterli sağlık altyapısı olmadığından toplum tabanlı sitoloji taraması ile hedeflenen düzeye ulaşamamıştır. Kaynakların kısıtlı olduğu yerlerde rahim ağzı kanseri taraması için daha uygulanabilir ve DSÖ tarafından onaylı bir başka yöntem asetik asitle (VIA) veya lügol iyotu (VILI) ile görsel incelemedir. Asetik asit veya lügol iyotunun spekulum yardımıyla doğrudan rahim ağzına uygulanması ile kanser öncesi ve kanserli lezyonların beyaza dönerek çıplak gözle görülebilir hale gelmesi söz konusudur (69, 75). HPV testi ise vajen ve/veya serviksten fırça yardımıyla alınan hücre örneklerinde yüksek riskli HPV tiplerine ait DNA tespitine dayanmaktadır. Yüksek riskli HPV tipleri ile oluşan bir enfeksiyon 30 yaşından önce vücutta kendiliğinden temizlendiği için 30 yaşın altındaki kadınlarda HPV testi ile tarama önerilmemektedir (83)

### **3.2.4.3. Üçüncül Korunma**

Rahim ağzı kanserinde üçüncül korunmada invaziv kanserin uygun tedavisi ile rahim ağzı kanserine bağlı ölümlerin sayısını azaltmak ve hastaların yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahalelerde bulunmak amaçlanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularından kanser teşhis ve tedavisinin yapıldığı sağlık tesislerine bir sevk mekanizması geliştirmek, kanserin yaygınlığını saptayarak doğru ve zamanında kanser teşhisi koymak, teşhise dayalı kanser aşamasına uygun tedavi, kanser rahim ağzı ve pelvik bölge ile sınırlı ise en uygun tedavi ile tam iyileşmenin sağlanması, metastazların olduğu ilerlemiş kanser olgularında acıyı en aza indirmek üzere üçüncü basamak sağlık

kuruluşlarında ve toplum düzeyinde mevcut en etkili tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakımı sağlayarak yaşam kalitesini artırmak üçüncül korunmada yer alan müdahaleler arasındadır (75, 81, 83).

### **3.3. Tarama Programları**

Tarama görünüşte sağlam olan kişilere hızlı ve kolay bir şekilde uygulanabilen bazı testler, muayeneler veya diğer yöntemler aracılığıyla henüz tanısı konulmamış, bilinmeyen hastalık veya bozuklukların tahmini olarak belirlenmesidir. Başka bir ifade ile hastalık şüphesi olan bireylerin sağlam kişilerden ayrılmasıdır. Taramanın amacı görünüşte sağlam olan kişiler arasında bir sağlık sorunu açısından daha yüksek risk altında olan kişileri tespit ederek erken tedavi veya müdahale önerisi ile morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır (84, 85). Tarama programı bir sağlık sorununa yönelik toplumların sağlık kaynakları, altyapı ve sağlık sistemlerine uygun olarak hedef nüfusun taramaya katılma daveti ile başlayan uygun tarama testleri ile riskli bireylerin saptanması ve sonrasında ileri tanı testleri ile hastalık tanısı konan bireylerin etkili tedaviye ulaşmasına kadar tüm bileşenleri içeren bir süreçtir (85). Türkiye’de yürütülen tarama programlarından bazıları; Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı, Yenidoğan İşitme Taraması Programı, Yenidoğan Görme Taraması, Gelişimsel Kalça Displazisi Tarama Programı, Okul Çağı Çocuklarda İşitme Taraması Programı, Okul Öncesi ve Okul Çağı Çocuklarda Görme Taraması Programları, Hemoglobinoziti Kontrol Programı ile Meme, Rahim Ağzı ve Kolorektal Kanseri Tarama Programları’dır (86, 87).

#### **3.3.1. Tarama Programlarının Genel Özellikleri**

Bir tarama programında programı tasarlamak ve etkinliğini değerlendirmek için programın amacı açıkça belirtilmelidir. Bir sağlık sorununun erken tanı ve tedavisi ile mortalitesini azaltmak, hastalık öncüllerini belirleyip tedavi ederek sağlık sorununun insidansını azaltmak, sağlık sorunu olan kişileri belirleyip tedavi ederek hastalığın ciddiyetini azaltmak, seçeneklerin mevcut olduğu yaşam sürecinin erken bir döneminde hastalığı ve risk faktörlerini belirleyerek bireylerin seçim yapabilecekleri seçenekleri artırmak tarama programlarının amaçları arasındadır. Örneğin rahim ağzı kanseri tarama programı ile kanser öncesi evrelerin tanımlanması ve tedavi edilmesi yoluyla kansere bağlı insidans ve mortaliteyi azaltmak, doğum öncesi tarama programı ile fetüsün durumunu tespit ederek ebeveynlere gebeliğe devam etme veya sonlandırma

konusunda bilinçli bir seçim yapabilmeleri için bilgi sağlamak amaçlanmaktadır (84). Bir tarama programı yürütülürken tarama sürecindeki tüm olası sonuçlar dikkatle değerlendirilmelidir. Örneğin tarama ile bir hastalığa özgü mortalite, morbidite ve insidansta önemli bir azalma sağlanabilir ve erken tanı ile uzun vadeli yeti kayıpları önlenerek bireylere sunulacak yaşam boyu desteğin maliyeti önlenebilirken yaşamları boyunca bireysel bir zarara neden olmayacak bazı hastalıkların gereksiz yere tanılanması (overdiagnosis) ve gerekmediği halde tedavisine (overtreatment), yanlış pozitif sonuçlar nedeniyle bireylerin psikososyal sorunlar yaşamasına, gereksiz araştırma ve komplikasyonlara maruz kalmasına, yanlış negatif sonuçlar nedeniyle semtopların önemsenmemesi ve tanıda gecikmeye yol açabilir. Yanlış sonuçların yasal boyutu da tarama brogramları için maddi yük oluşturabilir dahası yanlış sonuçlar nedeniyle toplumun tarama programına güveni azalabilir (84, 88, 89).

Tarama programlarının değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken bir diğer konu ise hedef toplum, hastalık veya tarama yönteminden kaynaklanabilen bazı taraf tutmalardır (örneğin; tanı zamanıyla ilgili taraf tutma-lead time bias, aynı hastalığa sahip kişilerin hastalık sürelerine ilişkin taraf tutma-length time bias) (88, 90). Bu çeşitli taraf tutma kaynaklarının karmaşık ve öngörülemez doğası nedeniyle bir tarama programının etkinliğini değerlendirirken en ideal yaklaşım randomize kontrollü çalışmalar ile taranmamış bireylere kıyasla taranan bireylerde taramanın etkinliğini göstermektir (89). Etkinliği değerlendirirken çeşitli ölçütlerden de yararlanılabilir. Taramanın etkinliğini ölçmede yararlanılabilen bazı ölçütler şunlardır (88);

Göreceli risk (relative risk) ve göreceli risk azalması (relative risk reduction)

Yaşam umudunda kazanç (gain in life expectancy)

Saptanan hasta başı maliyet (cost per case detected)

Kurtarılan yaşam başı maliyet (cost per life saved)

Kaliteye göre düzeltilmiş yaşam yılı kazanımı (Gain in quality-adjusted life years-QALYs)

Taranan hastalığa bağlı bir ölümün önlenmesi için belli bir sürede taranması gereken kişi sayısı (Number needed to screen-NNS)

Ancak her tarama programı bu yüksek kanıt standardını karşılamayabilir. Dahası taramanın yürütüldüğü ülkelerde sunulan hizmetin kalitesi, kullanılan teknoloji ile testin özellikleri (duyarlılığı, özgüllüğü gibi) ve sağlık sistemine uygun olması da kanıt kalitesini etkilemektedir (84, 88).

Sonuç olarak tarama programları her sağlık sorunu için uygun bir yöntem olmayıp tarama programının etkili bir şekilde uygulanabilmesi için çeşitli koşulların sağlanması gerektiği düşünülmektedir (91). DSÖ tarafından 1968 yılında ideal bir tarama programında olması gereken özellikler şu şekilde belirlenmiştir;

- Hastalık hedef toplum için önemli bir sağlık sorunu olmalı,
- Hastalığa ait tanı koymak için yeterli bir latent veya erken semptomatik dönem olmalı,
- Programa dahil edilecek hastalığın doğal seyri çok iyi bilinmeli,
- Tarama için uygun test veya muayene olmalı,
- Uygulanacak test toplum tarafından kabul edilebilir olmalı,
- Tanı ve tedavi için uygun tesisler olmalı,
- Tanı alan hastalar için hastalığın uygun ve etkili bir tedavisi olmalı,
- Kimin hasta olarak kabul edileceği konusunda fikir birliği olmalı,
- Programın devamlılığı olmalı, hastalığın özelliğine göre belli aralıklarla tekrarlanabilmeli, bir kere uygulanıp bırakılmamalı,
- Tarama programı için harcanacak maddi kaynaklar makul düzeyde olmalı, programa harcanacak maddi kaynaklar ile erken tanıyla belirlenen hastaların tedavisi sonucu sağlanacak yarar birbirini dengelemeli (84).

Aradan geçen 40 yılı aşkın sürede tarama programlarında olması gereken özelliklere yeni kriterlerin eklenmesi önerilmiştir. Andermann ve arkadaşları bu önerileri sentezleyerek şu şekilde özetlemiştir;

- Tarama programı bilinen bir ihtiyaca cevap vermeil,
- Taramanın hedefleri başlangıçta tanımlanmalı,
- Tanımlanmış bir hedef kitle olmalı,
- Tarama programının etkililiğine dair bilimsel kanıt bulunmalı,

- Tarama programı entegre bir eğitim, test, klinik hizmet ve program yönetimi içermeli,
- Taramaya bağlı olası riskleri en aza indirecek kalite kontrol mekanizmaları olmalı,
- Program, bilinçli tercih, mahremiyet ve özerkliğe saygı gösterilmesini sağlamalı,
- Program eşitliği ve hedef nüfusun tamamı için taramaya erişimi desteklemeli,
- Programın nasıl değerlendirileceği baştan planlanmalı,
- Genel olarak taramanın faydaları zararından çok olmalıdır (92).

### **3.3.2. Dünyada Önerilen Kanser Tarama Programları**

Kanser taramasına ilişkin öneriler ülkeden ülkeye farklılık gösterebileceği gibi, tavsiyede bulunan kuruluşa bağlı olarak ülke içinde de değişebilmektedir (93-96). 21 OECD ülkesinin kanser tarama önerilerinin değerlendirildiği bir çalışmada meme kanserine yönelik önerilerin oldukça benzer olduğu görülmektedir. Bu ülkeler arasında en yaygın tarama yaşı aralığı 50-69 yaş ve ülkelerin çoğunda 2 yılda bir mamografi ile tarama önerilmektedir. Benzer şekilde çoğu ülke 21-30 yaşları arasında başlayan ve 65-70 yaşları arasında sonlanan rahim ağzı kanseri taramasını önermektedir. Tarama testi olarak bazı ülkeler hala sadece sitolojiyi önerirken bazı ülkeler sadece HPV testi veya co-test önermektedir. Yine çoğu ülke kolorektal kanser taramasının 50-55 yaşları arasında başlamasını ve 75 yaşında durdurulmasını tavsiye ederken dört ülke (İzlanda, Birleşik Krallık, İsveç ve Finlandiya) 60 yaşından önce kolorektal kanser taraması önermemektedir. Kolorektal kanser taraması için önerilen test de ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Yaygın olarak fekal immünohistokimyasal test (FİT) tavsiye edilirken Almanya ve Avusturya FİT ile birlikte kolonoskopi de önermektedir. ABD, Lüksemburg, İsviçre, Almanya, Avusturya, Belçika ve İzlanda prostat kanserinin taranmasını önerirken sadece beş ülkenin (ABD, Kanada, Japonya, Birleşik Krallık ve Avustralya) akciğer kanseri taraması ile ilgili tavsiyesi mevcuttur. Düşük doz bilgisayarlı tomografi veya göğüs radyografisi önerilen tarama testidir. Dahil edilen çoğu ülke cilt kanseri taramasına ilişkin bir tavsiyede bulunmaz iken Almanya (35 yaşından itibaren 2 yılda bir doktor tarafından görsel cilt muayenesi), Avusturya (yılda iki kez kendi kendine

muayene) ve Fransa (doktorlara risk değerlendirmeye yönelik hastalara sorması için yedi soru önerir) cilt kanseri taramasını önermektedir (97).

Çoğu gelişmiş ülkede proje olarak düşük doz bilgisayarlı tomografi ile akciğer taraması üzerine araştırmalar başlatılmış olsa da henüz hiçbirinde ülke çapında organize bir akciğer kanseri tarama programı oluşturulmamıştır (98-106). Akciğer kanserinin BT ile taranmasındaki kısıtlılıkların başında yüksek yanlış pozitiflik oranı, benign nodüllerin ayırt edilememesi nedeniyle invaziv tanı yöntemlerinin kullanımı (biyopsi gibi), benign kalsifiye olmayan nodüllerin rezeksiyonu (overdiagnosis, over treatment), takip BT taramaları ile ilişkili riskler ve artan maliyet gelmektedir (107, 108). Benzer şekilde bazı çalışmalarda prostat kanseri taramasının mortalite üzerine olumlu etkisi olduğuna dair kanıtlar olsa da prostat kanseri taraması halen tartışma konusudur (109, 110). Ayrıca tarama için çeşitli meslek örgütleri farklı görüşler belirtmektedir. Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Gücü (U.S. Preventive Services Task Force-USPSTF) taramanın zararlarının yararlarından fazla olacağını ve tarama yapılmamasını belirtirken, Amerikan Üroloji Derneği (AUA) 40 yaş altında ve pozitif aile öyküsü olan veya siyah ırk dışındaki 40-54 yaş arası bireylerde taramayı önermemekte, 55-69 yaş arası erkeklerde taramaya klinisyen ve hastanın ortak karar vermesi gerektiğini belirtmektedir. Avrupa Üroloji Derneği (EUA) 10 yıldan uzun yaşam beklentisi olan erkeklerde tarama yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. 40-45 yaş arasındaki tüm erkeklerde bazal PSA bakılmasını ve <1 ng/dl ise 8 yıl sonra tekrarlanmasını, >1 ng/dl olan bireylerde ise tarama aralıklarının 2-4 yıl olmasını, 75 yaşında taramanın sonlandırılmasını önermektedir (111-113). Prostat kanserinin bazı türlerinin ömür boyu kişiye zarar vermeyecek kadar yavaş ilerlediği bazı türlerinin ise kısa sürede semptomatik hale gelerek hızlı ilerlediği ve ölümcül olduğu belirtilmektedir. Bu iki kanser türünde de tarama ile erken tanının fayda sağlamadığı bunların dışındaki kanser türleri için taramanın faydalı olabileceği ve bu ayrımı yapmanın zor olduğu belirtilmektedir (114). Ayrıca PSA ile taramada PSA'nın prostata değil organa spesifik olması nedeniyle anormal PSA değerlerinin daha çok benign prostat hiperplazisi, prostatit, sistit gibi benign nedenlerden kaynaklanabileceği, kesin tanı için biyopsinin gerekmesi ve olası yan etkileri, gereksiz tanı ve tedavi ve bu tedavilerin neden olacağı bazı yan etkiler (erektile disfonksiyon, inkontinans gibi)

nedeniyle taramanın yarar ve zararlarının dikkatle değerlendirilmesi, taramaya klinisyen ve hastanın birlikte karar vermesi gerektiği vurgulanmaktadır (115-119).

### **3.3.3. Ulusal Kanser Tarama Programı**

Kanser taramaları bir toplumda fırsatçı tarama, organize tarama programı veya iki seçeneğin kombinasyonu olarak uygulanabilmektedir. Fırsatçı taramalar bireylerin taramayı talep etmesi veya sağlık hizmeti sunucusunun taramayı önermesi ile yapılan kimlerin taranacağı ve tarama aralıklarına ilişkin resmi standartların ve hizmetin kalitesini değerlendirecek bir sistemin olmadığı tarama şeklidir. Organize tarama programları ise belirlenmiş bir hedef kitlede, kimlerin taramaya davet edileceği, bunların ne sıklıkta taranması gerektiği ve taramada saptanan anormalliklerin yönetiminin ne şekilde olacağı hazırlanan ulusal kılavuzlarla belirlenmiş ve programın etkinliğinin izlenebildiği yüksek kalite standardına sahip programlardır (120, 121).

Ulusal kanser kontrol programı kanser vakaları ve kansere bağlı ölümleri azaltmak, kanser vakalarının yaşam kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir halk sağlığı programıdır. Bu programda ülkelerin mevcut kaynakları en iyi şekilde kullanılarak önleme, erken tanı, tedavi ve palyasyon için sistematik, eşitlikçi ve kanıta dayalı stratejiler uygulanır (122). Programın istenen başarıya ulaşabilmesi için risk altındaki nüfusunun tamamını kapsayacak şekilde organize bir tarama programı yürütülmelidir (123).

Bazı kanser türleri (örneğin meme kanseri, kolorektal kanser, rahim ağzı kanseri ve prostat kanseri gibi) için tarama programı önerilirken bazı kanser türleri (örneğin pankreas kanseri, akciğer kanseri, tiroid kanseri gibi) için önerilmemektedir. Hangi kanser türlerinde tarama programının uygulanabileceği hususunda tarama programları için belirlenen DSÖ'nün kriterlerini dikkate almanın yanısıra uygulanacak olan tarama programının ülkedeki kanser yükünü azaltacağı gösterilmiş olmalıdır. DSÖ bütüncül bir kanser kontrol programının parçası olmak kaydıyla ülkelere meme, rahim ağzı ve kolorektal kansere yönelik toplum tabanlı organize tarama programları önermektedir (84, 124). Türkiye'de DSÖ'nün önerdiği şekilde meme kanseri, rahim ağzı kanseri ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütülmektedir (87). Kanser taramaları, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Aile Sağlığı Merkezleri

(ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri ve Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) tarafından yapılmaktadır (125). Ülke genelinde her ilde en az bir tane olmak üzere 183 KETEM mevcuttur (126). Bu merkezlerde toplum tabanlı yürütölen tarama programları ile meme, rahim ağzı ve kolorektal kansere erken dönemde tanı konulması, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması, mevcut imkânlar çerçevesinde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanması ve kanser tanısı alan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme ve tedavi merkezlerine sevklerinin sağlanması hedeflenmekte sağlık personeli ve halkı kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitim faaliyetleri yürütölmektedir (127).

### **3.3.3.1. Meme Kanseri Tarama Programı**

Meme kanseri, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de kadınlar arasında en sık görölen ve en fazla ölüme neden olan kanser türüdür (128). GLOBOCAN 2018 verilerine göre Türkiye’de yaşa göre kontrol edildikten sonra insidans hızı her yüzbin kadında 45,6 ve mortalite hızı her yüzbin kadında 10,5’tir (5).

Bu bilgilere dayanarak meme kanserinin Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu aşıkârdır. Meme kanserinde erken tanı, sağ kalımı artırma ve tedavi başarısında oldukça önemlidir. Meme kanserine yönelik yürütölecek tarama programları ile erken tanı ve tedavi mümkündür (129).

Ulusal düzeyde meme kanserine yönelik farkındalığın artırılması ve taramanın alt yapısının oluşturulması amacıyla ilk kez 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Daire Başkanlığı tarafından meme kanseri tarama standartları yayınlanmış, bu çerçevede 50-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir düzenli aralıklarla çift yönlü mamografi taraması ve fizik muayene önerilmiştir. 2007-2008 yıllarında KETEM’lerde fırsatçı tarama olarak yapılan kanser taramaları 2009 yılından itibaren toplum tabanlı organize tarama programı olarak yürütölmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2014 yılında toplum tabanlı meme kanseri tarama programına yönelik standartlar revize edilerek ‘Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları’ başlığı ile yayınlanmıştır (130-132). Bu kapsamda aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak 40-69 yaş arasındaki kadınlara (40 ve 69 yaşları dâhil) 2 yılda bir düzenli aralıklarla mamografi ile tarama, taramaya katılan her kadına klinik meme muayenesi yapılmaktadır. Ayrıca toplumda farkındalığı



artırmak amacıyla 20 yaşından itibaren her kadına ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapması için danışmanlık hizmeti verilmektedir. Taramaya katılan bireye en geç 20 gün içerisinde sonuç verilmekte ve bundan sonraki süreç hakkında bilgilendirme yapılmaktadır. Sonucun normal gelmesi durumunda 2 yıl sonra tarama tekrarlanmaktadır. Mamografi raporunda bir patoloji olduğu raporlanan bireyler kesin tanı ve tedavi için uzman hekime yönlendirilmektedir (133).

### **3.3.3.2. Rahim Ağzı Kanseri Tarama Programı**

Rahim ağzı kanseri Türkiye’de 1992-2003 yılları arasında fırsatçı tarama yaklaşımı ile taranmıştır. Bu taramalar için Pap smear testi kullanılmıştır. İlk olarak 2004 yılında Pap smear kullanılarak toplum tabanlı bir tarama programı yürütülse de kaynakların yetersizliği nedeniyle bu dönemde daha çok fırsatçı tarama yaklaşımı uygulanmıştır. 2012 yılı Aralık ayında bilimsel komisyon toplantısı ile alınan karar doğrultusunda rahim ağzı kanser taramasının beş yılda bir uygulanacak HPV testi ile yapılması, sadece pozitif çıkan olgularda eş zamanlı yapılan Pap smear testi ile hücre sitolojisinin incelenmesi (HPV testi-refleks sitoloji) karara bağlanmıştır. Bu kararın ardından 2014 yılında beş yılda bir HPV DNA ve Pap smear ile toplum tabanlı tarama uygulanmaya başlamıştır (11, 12). Bu kapsamda aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak 30-65 yaş arası kadınlara (30 ve 65 yaşları dâhil) beş yılda bir HPV testi ve pap smear testi ile tarama yapılmaktadır. HPV testinin negatif olması veya Pap smear testinin normal olarak raporlanması durumunda, kişi beş yıl sonra testin tekrarlanması gerektiği hususunda bilgilendirilmektedir. HPV testinin pozitif olması durumunda HPV tipine göre sürece karar verilmektedir. HPV tip 16 ve HPV 18’in pozitif olması durumunda Pap smear testi normal olsun veya olmasın kişi uzman hekime yönlendirilerek tedavi ve kontrol planına karar verilir. HPV testinde HPV tip 16-18 dışındaki diğer tiplerin pozitif gelmesi durumunda Pap smear test sonucu değerlendirilmektedir. Pap smear testinin normal olması durumunda bir yıl sonra test tekrarlanır. Pap smear testinin anormal olması durumunda kişi uzman hekime yönlendirilmektedir. Yetersiz örnek alımı durumunda bireylerin tarama testleri tekrarlanır. Son iki HPV testi veya Pap smear testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama sonlandırılmaktadır. Benign nedenlerle total histerektomi yapılmış olgularda da takip gerekmeyp tarama sonlandırılırken CIN II, III nedeniyle histerektomi yapılan bireylerde üç dökümanente edilebilen (raporlanmış), teknik

olarak yeterli negatif sitoloji ve son 10 yılda anormal sonuç yokluğunda tarama sonlandırılmaktadır (13, 14).

### **3.3.3.3. Kolorektal Kanser Tarama Programı**

Kolorektal kanserler en sık görülen kanser türleri içinde dünya genelinde hem kadınlarda hem erkeklerde üçüncü sırada iken Türkiye’de erkeklerde ikinci, kadınlarda üçüncü sırada yer almaktadır (25). GLOBOCAN 2018 verilerine göre Türkiye’de yaşa göre kontrol edildikten sonra insidans hızı ve mortalite hızı her yüzbin kişide sırasıyla 21,0 ve 10,2’dir (5). Kolorektal kanser erken evrede saptandığında büyük ölçüde tedavi edilebilen bir kanser türüdür. Etkili tarama programları ile asemptomatik dönemde saptanan hastalıkta insidans ve mortalitede önemli azalma olduğunu gösteren randomize kontrollü çalışmalar mevcuttur (134-137).

Türkiye’de 2009 yılında “Kolorektal Kanser Taraması Ulusal Standartları” yayınlanmış ve 2013 yılında kolorektal kanser tarama programı başlatılmıştır (138). Bu kapsamda aile hekimlerine kayıtlı bireyler esas alınarak 50 yaşında başlayan 70 yaşında biten (50 ve 70 yaş dâhil) tüm erkek ve kadınlara her iki yılda bir gaitada gizli kan testi (GGK testi) ve her 10 yılda bir kolonoskopi yapılmaktadır. Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip, ülseratif kolit, Crohn Hastalığı, kalıtsal polipozis veya polipozis dışı sendrom öyküsü varsa bu kişiler yüksek riskli olarak değerlendirilmekte ve 40 yaşından itibaren tarama prosedürüne başlanmaktadır. GGK testi negatif olan kişilerde test 2 yıl sonra tekrarlanır. GGK testinin pozitif olması sonucun anormal olduğu anlamına gelmekte ve dışkıda kan olduğunu göstermektedir. Tedavi gerektiren bir sorun olup olmadığının belirlenmesi için kişi ileri merkeze yönlendirilmekte ve bu amaçla kolonoskopi yapılması gerekmektedir. GGK testinde belirsiz sonuç alınan örnek, kan olup olmadığının net olarak değerlendirilmediği anlamına gelmektedir. Bu durumda birkaç gün ara ile en fazla iki kere daha GGK testi yapılır. Tarama programına katılan bireylerin tüm testleri negatif olsa dahi 10 yılda bir kolonoskopi yapılmak üzere (51 ve 61 yaşında) davet gönderilmektedir. Birey ilgili sağlık merkezine örneğin 55 yaşında gelmişse ve hiç kolonoskopi yaptırmamış ise kolonoskopi hemen istenir ve 10 yıl sonra tekrarlanır. Son iki GGT negatif olan 70 yaşındaki bireylerde tarama sonlandırılmaktadır (139).

### **3.4. Rahim Ağzı Kanseri Tarama Testleri**

Rahim ağzı kanserine bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla çeşitli tarama testleri kullanılarak kanser taraması yapılmaktadır. İdeal bir tarama testi invaziv kansere ilerleyebilecek prekanseröz lezyonları saptayabilmelidir. Ancak kesin tanı için biyopsi gerekmektedir (140).

#### **3.4.1. Pap Smear Testi**

İlk kez 1928 yılında George Papanicolaou tarafından geliştirilen ve 1941 yılında etkinliği kanıtlanan Pap smear testi rahim ağzı kanserinin taranmasında birçok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır (141). Pap smear testleri servikal sitoloji olarak da ifade edilmektedir. Pap smear testleri konvansiyonel ve sıvı bazlı olarak ikiye ayrılmaktadır. Konvansiyonel sitolojide fırça yardımıyla alınan örnek lam üzerine yayılır ardından fiksatif spreyle sabitlenerek mikroskop altında incenir. Sıvı bazlı sitolojide ise örnek alınan fırça özel sıvıda güçlü bir şekilde döndürülerek hücrelerin dökülmesi sağlanır. Ayrıştırılan hücreler mikroskop altında incelenmek üzere lama yayılır (140). Her iki testin de prekanseröz lezyonları tespit etme oranları benzer iken sıvı bazlı sitolojide alınan materyalden HPV'nin moleküler analizleri yapılabilmektedir (142). Smear testinin değerlendirilmesinde eskiden Papanicolaou sınıflaması kullanılırken günümüzde sonuçlar Bethesda sistemine göre raporlanmaktadır. Pap smear ile tarama yaygın olarak hastanın risk değerlendirmesine göre yıllık veya üç yıllık aralıklarla yapılabilmektedir (143).

Pap smear testi yapılırken hasta jinekolojik masaya yatırılır ve litotomi pozisyonu verilir. Hastaya gevşemesi ve hafifçe kınması söylenerek spekulum vajenden içeri doğru aşağı ve içe doğru saat yönünde çevrilerek itilir ve açılır. Spekulum valvleri anterior ve posterior fornikte olacak şekilde sabitlenir. Daha sonra bir fırça yardımıyla transformasyon zonundan örnek alınır. Sıvı bazlı sitolojide alınan örnek özel bir sıvıda 10 kez döndürülerek hücrelerin dökülmesi sağlanır ve ayrıştırılan hücreler mikroskop altında incelenmek üzere lama yayılır. Konvansiyonel sitolojide ise fırça yardımıyla alınan örnek lama yayılır. Lamın kurummasına izin vermeden fiksatif spreyle 20-25 cm mesafeden lamın üzerine sıkılır ve lam taşıma kabına yerleştirilerek oda ısısında güneş görmeyen kapalı bir dolapta ilgili kurum/birim tarafından toplanıncaya kadar muhafaza edilir. Tüm işlem birkaç dakika sürmektedir (140, 144, 145).

### 3.4.2. HPV Testi

Onkojenik HPV tipleri ile rahim ağzı kanseri ve prekanseröz lezyonları arasındaki kuvvetli nedensel ilişkinin gösterilmesi ayrıca sitoloji testlerinde ortaya çıkabilen yanlış negatiflik ve yetersiz materyal nedeniyle test tekrarı gerekmesi tarama kalitesini artırmaya yönelik yeni teknolojilerin geliştirilmesini gündeme getirmiştir (146). Sitolojiye dayalı tarama yöntemlerinin aksine HPV testi morfolojik yoruma bağlı olmayıp HPV DNA, HPV mRNA veya diğer viral belirteçlerin saptanmasına dayanmaktadır (147). HPV testlerinde amaç yüksek riskli HPV tiplerini tespit etmektir. Bu amaçla geliştirilmiş 2 çeşit HPV testi vardır. Biri rahim ağzı kanseri ile ilişkili 13-14 yüksek riskli HPV subtipini tespit etmektedir. Diğer test ise rahim ağzı kanseri ile en çok ilişkisi olan HPV 16 ve HPV 18'in var olup olmadığını raporlamaktadır. HPV testi tek başına, sitoloji ile birlikte (co-test) veya sitoloji ile HPV testinin herhangi birinde anormallik saptandığında diğerine bakılması (refleks HPV testi- refleks sitoloji testi) şeklinde uygulanabilmektedir (140). HPV testi tekrarlanabilir ve objektif olması, negatif prediktif değerinin yüksek olması ve yüksek verimli tarama kapasitesi nedeniyle yakın zamanda DSÖ tarafında birincil tarama testi olarak önerilmiştir (83). Finlandiya, Almanya, İtalya, Hollanda, İsveç, Birleşik Krallık, Norveç ve Türkiye bölgesel veya ulusal düzeyde rahim ağzı kanseri taramasında birincil test olarak HPV testini kullanan ülkeler arasındadır (147, 148). 30 yaşın altındaki HPV enfeksiyonlarının kendiliğinden iyileşme potansiyeli yüksek olduğundan gereksiz kolposkopiye önlemek için 30 yaşın altında HPV testi önerilmemektedir (140).

HPV testi yapılırken Pap smear testinde olduğu gibi hasta jinekolojik masaya yatırılarak litotomi pozisyonu verilir. Hasta yapılacak işlem hakkında bilgilendirilerek spekulum uygun pozisyonda yerleştirilir. HPV testi fırçası koruyucu sıvı içeren transport tüpü poşet içerisinden çıkarılır. Fırça servikal os içerisine 1-1,5 cm ilerletilerek saat yönünün tersine üç tur çevrilir. İşlem sonrası fırça hiçbir yere değdirilmeden transport tüpünün dibine kadar itilir. Fırça gövdesinde bulunan çentik çizgisinden kırılarak fırça ucu tüp içerisinde kalacak şekilde tüpün kapağı kapatılır. Alınan numune laboratuvara ulaşana kadar uygun koşullarda muhafaza edilir (144).

**Kendi kendine HPV testi (self-sample HPV tests):** Son yıllarda düzenli rahim ağzı kanseri tarama programına katılmayan kadınlar için taramaya katılımı artırmaya yönelik alternatif bir tarama yöntemi olarak kendi kendine HPV testi (self-sample HPV tests)

gündeme gelmektedir. Kendi kendine HPV testi kişinin sağlık merkezinde veya evine gönderilen servikovajinal örnek toplama kiti ile fırça yardımıyla vajenden aldıkları örneklerin incelenmesine dayanmaktadır. Taramaya katılmayanlarda alternatif olarak kendi kendine HPV testi uygulamasının etkinliğini değerlendiren ve rahim ağzı kanseri tarama programına katılımı önemli ölçüde artıracaklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (149-161). Ayrıca klinisyen tarafından yapılan örnekleme ile kendi kendine örnekleme arasındaki uyumun değerlendirildiği çalışmalarda orta-iyi ve yüksek uyum saptanmıştır (0,24-0,96 arasında değişen kappa katsayısı) (162-166). Hollanda kadınlara pap smear testi için kliniğe gitmek yerine HPV testi için kendi kendine örnek alma imkânı sunan ilk ülke olmuştur. Avustralya, Finlandiya, Norveç, Danimarka ve İsveç de kendi kendine HPV testini uygulamaya başlayan ülkeler arasındadır (167).

### 3.4.3. Diğer Testler

Kaynakların sınırlı olduğu ülkelerde rahim ağzı kanseri taramasında prekanseröz lezyonların saptanması amacıyla asetik asit (VİA) ve lugol solüsyonu (VİLİ) ile görsel muayene rahim ağzının çıplak gözle değerlendirilmesine dayalı metotlar düşük maliyetli yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir. Bu testlerin prekanseröz lezyonları saptamada sitoloji ile duyarlılığının benzer, seçiciliğinin ise daha düşük olduğu gösterilmiştir (168, 169). Rahim ağzına %5'lik asetik asit uygulanmakta bir dakika bekledikten sonra skuamokolumnar bileşkeye uzanan beyaz dens alanların varlığı biyopsi için şüpheli alanlar olarak değerlendirilmektedir. Asetik asit hücrede dehidratasyona yol açmaktadır. Displastik hücreler daha büyük ve daha yoğun çekirdek içerdiğinden ışığı yansıtarak beyaz görünmektedir. Lugol solüsyonu ile görsel muayene glikojen içeren hücrelerin iyotu tutma esasına dayanmaktadır. %5'lik lugol solüsyonu uygulaması sonrası uygun ışık altında rahim ağzı incelenir. Displastik hücreler glikojeni tükettiğinden iyot hücre tarafından tutulamaz ve parlak açık sarı renkte görülür. İyot tutan kısımlar ise koyu renklidir (140). Postmenopozal dönemde rahim ağzı mukozasındaki non glikojenize atrofik hücreler iyotu iyi tutmadığından sarı renkte görülebilmektedir. Bu nedenle postmenopozal dönemdeki kadınlarda VILI testinin yorumlanması güçtür (170).

Smear preparatlarının bilgisayar destekli okuma sistemleri ile değerlendirilmesi üzerine araştırmalar devam etmekte olup henüz rutin kullanımı yoktur. Diğer bir yöntem olan Truscreen, epitel hücre değişikliklerini otomatik olarak saptamak amacıyla

jinekolojik muayene sırasında rahim ağzına tutulan düşük düzey elektrik ve ışık yardımıyla floresan optik görüntüleme ve empedans ölçümüne dayanmaktadır. Işık yansımalarına göre şüpheli görülen alandan smear veya biyopsi alınabilmektedir. Ancak günümüzde rutin kullanımı yoktur (140, 171, 172).

### **3.5. Dünyada ve Türkiye’de Rahim Ağzı Kanseri Tarama Programına Katılım Durumu**

DSÖ tarafından Mayıs 2018 tarihinde gündeme gelen ve 2020 Dünya Sağlık Asamblesi’nde değerlendirilmesi planlanan ‘Rahim Ağzı Kanserinin Bir Halk Sağlığı Sorunu Olarak Ortadan Kaldırılmasına Yönelik Küresel Strateji’ nin mevcut taslağında bunu başarmak için belirlenen yaşa göre kontrol edildikten sonra rahim ağzı kanseri insidans hızı eşik değerinin her yüzbin kadında 4’ün altında olması gerektiği vurgulanmıştır. İnsidans hızları yüksek riskli ülkelerde her yüzbin kadında 80 düzeyinde olabilirken, düşük riskli ülkelerde her yüzbin kadında 4’ün altına düşmektedir. Bunu başarmak için DSÖ 2030 yılına kadar ulaşılması gereken üç küresel hedef belirlemiştir. Bu hedefler şunlardır:

- 15 yaşına kadar kız çocuklarının %90’nın HPV aşısı ile aşılması,
- 35 ve 45 yaşındaki kadınların %70’inin en az iki kez yüksek performanslı bir testle taranması,
- Rahim ağzında prekanseröz lezyon veya invaziv kanseri olan kadınların %90’ının tedavi ve bakım almasının sağlanması

Belirlenen bu 90-70-90 hedeflerine ulaşmanın rahim ağzı kanseri insidans hızını 2030 yılına kadar %10 azaltacağı ve yüzyılın sonunda 70 milyon vakayı önleyebileceği öngörülmektedir (173, 174).

Ülkeler tarafından yürütülen kanser tarama programlarının kapsamının ve hedef toplumun istenen düzeyde taramaya katılımının kansere bağlı insidans ve mortaliteyi azaltmada kilit rol oynadığı bilinmektedir (175). Küresel düzeyde rahim ağzı kanserine yönelik taramada kapsam açısından ülkeler arasında ve ülke içerisinde önemli eşitsizlikler bulunmaktadır (176). Ayrıca rahim ağzı kanserine yönelik fırsatçı taramaların yürütüldüğü ülkelerde tarama kapsamını belirlemek zordur. Bununla birlikte ABD’de Ulusal Sağlık Görüşmeleri Anketi’nden (NHIS) elde edilen bilgilere göre 21-65 yaş arası

kadınların %80'inin yakın zamanda pap smear testi yaptırdığı saptanmıştır (177). Dünya geneline bakıldığında organize ve toplum tabanlı tarama programlarının yürütüldüğü ülkelerde taramaya katılımın daha yüksek olduğu görülmektedir. Organize tarama programının yürütüldüğü Avrupa ülkelerinde rahim ağzı kanseri taramasına katılım durumuna bakıldığında genel olarak katılımın %40-80 arasında değiştiği görülmektedir. Katılım sıklığı Kuzey Avrupa ülkelerinde (Danimarka, Finlandiya, İzlanda, Norveç İsveç) yüksek düzeyde (%60-80) iken Güney Avrupa'da (İtalya) ise daha düşük düzeyde (%40)'dir (178). Katılım sıklığı diğer gelişmiş ülkeler içerisinde İngiltere'de %78, Kanada'da %62, Japonya'da %32 ve Avustralya'da %80'dir (175, 179-181). Bölgeler arasındaki rahim ağzı kanser yükünde var olan eşitsizlikleri azaltmak amacıyla 2009 yılında kırsal alanlarda yaşayanlar için ulusal rahim ağzı kanseri tarama programını hayata geçiren Çin'de 18 yaş ve üzeri kadınlar arasında taramanın kapsamı %20,7'dir (182, 183). Dört körfez ülkesinin değerlendirildiği ulusal temsili bir örnekte yapılan çalışmada yaşa göre tavsiye edilen aralıklarda pap smear yaptırma sıklığı Birleşik Arap Emirlikleri'nde %28, Kuveyt'te %17,7, Umman'da %10,6 ve Suudi Arabistan'da %7,6 saptanmıştır (184). Taramaya yönelik ulusal klavuzların var olduğu Hindistan'da tarama kapsamı %3,1 ile oldukça düşük düzeydedir (185, 186). Kaynakların sınırlı olduğu Afrika'da ise 55 ülke içerisinde sadece dokuzunda ulusal rahim ağzı kanseri tarama programının yürürlükte olduğu bilinmektedir (187). Sahra Altı Afrika ülkelerinde yapılan çalışmalarda kadınların %1-27'sinin rahim ağzı kanseri taramasına katıldığı bildirilmiştir (95, 188-196). Bir çalışmada Sahra Altı Afrika'da kaydedilen en yüksek tarama kapsamının Kongo'da (kentsel ve kırsal alanda sırasıyla %20,2 ve %14,0) en düşük kapsam düzeyinin ise Etiyopya'da (kentsel ve kırsal alanda sırasıyla %1,6 ve %0,4) olduğu bildirilmiştir (196).

Türkiye'de 2014 yılında başlayan toplum tabanlı tarama programının ilk yıl verilerine göre tarama için yıllık hedeflenen 30-65 yaş arası kadın nüfusun %36,5'i tarama davetini kabul etmiş ve bunların %82,8'i taramaya katılmıştır (12). Ancak 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre 15 yaş üzeri kadınların %69,3'ü hiç pap smear testi yaptırmamıştır (15).

### **3.6. Rahim Ağzı Kanseri Tarama Programına Katılımı Etkileyen Faktörler**

Ülkelerde mevcut olan tarama programları veya taramaya ilişkin ulusal standartların varlığına rağmen taramada hedeflenen başarının sağlanmasının önünde bazı engeller mevcuttur. Taramaya katılımın önündeki engeller kabaca sağlık sisteminden kaynaklanan engeller, hizmet sunucularından kaynaklanan engeller, hedef toplum ve bireyden kaynaklanan engeller ile tarama testinden kaynaklanan engeller olarak sınıflandırılabilir (16, 197-202).

#### **3.6.1. Sağlık sisteminden kaynaklanan engeller**

Rutin tarama programının dışında gerçekleşen fırsatçı taramalardan elde edilen verilerin toplanmaması, paylaşılmaması ve organize tarama programları ile aynı kanıta dayalı tarama politikasını uygulamaması, mevcut tarama programlarının yetersiz kapasitesi (mali kaynak, insan gücü, test ve laboratuvar olanakları) başarılı ve sürdürülebilir bir tarama programı yürütülmesinin önündeki önemli engellerdir (203, 204). Öte yandan tarama protokollerinin ve yasal çerçevenin oluşturulması ile ilgili organizasyonel sorunlar, birinci basamak sağlık kuruluşlarında kayıtlı bireylerin elektronik ortamda kayıtlı tarama geçmişlerinin yer almaması, nüfus kaydı, adres değişikliği ve iletişim bilgilerinin güncellenmemesi, ilk tarama davetinden sonra yanıt vermeyenlerin takip edilmemesi, taramaya davet veya tarama sonrası ileri tetkik için yapılan üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk ile randevu arasındaki zaman aralığının fazla olması, klinikte bekleme süresinin uzun olması, taramanın yapılacağı zamanın uygun olmayışı (özellikle çalışan bireyler için bir sorun) ve çocuk bakımının olmaması (küçük çocuklu kadınlar için bir sorun), tarama programlarının kabul edilebilirlik ve sonuçların takibi açısından izleme ve değerlendirmesinin yetersiz olması, karmaşık idari prosedürler nedeniyle protokol değişikliklerinin gecikmesi ve düzenli olarak güncellenmemesi, programın izlenebilirliğini sağlayan yetersiz bilgi teknolojisi sistemleri, klinikler arası veri paylaşımında yaşanan zorluklar, sağlık profesyonelleri için yeterli organizasyon ve yönetim desteğinin olmaması, uygun davet ve hatırlatma sisteminin olmaması, tarama merkezlerine erişim (özellikle kırsal kesimlerde bir sorun) ve ulaşım masraflarını karşılayacak finansman eksikliği, göçmen bireyler için nitelikli tercüman eksikliği, sağlık sigortasının olmaması, tarama ve tedaviye ait mali kısıtlılıklar,



sağlık profesyonellerinin ağır iş yükü nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerine yeteri kadar vakit ayıramaması, çeşitli hastalıklara yönelik tarama ve teşhis süreçlerinde aile hekimlerine verilen sorumluluğun yetersizliği, taramayı yapan kadın sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması, tarama hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin sürekliliğinin olmaması nedeniyle oluşan tıbbi güvensizlik ve tarama programlarının topluma yeterince tanıtılmaması da sistem kaynaklı engeller arasındadır (16, 17, 196, 202-207).

### **3.6.2. Hizmet sunucularından kaynaklanan engeller**

Hizmet sunucularının koruyucu sağlıktan ziyade sadece bireylerin mevcut sağlık sorununa (varolan hastalıklarının tedavisine) odaklanması ve dolayısıyla kanser riski, taramanın yararları ve ilgili prosedürleri net bir şekilde açıklamaması, kaygıyı azaltmaya yönelik hastaya yeterli bilgilendirmenin yapılmamasının yanı sıra kadınların duygularını göz ardı edilmesi, taramanın önemi hakkında 'karışık mesajlar' verilmesi, hasta ile aktif diyalog yerine kolayla göz ardı edilebilecek (broşür gibi) pasif bilgilendirme yöntemleri kadınların taramaya katılma isteğini azaltmaktadır (19, 208, 209) Sağlık çalışanı ile hasta arasındaki iletişimin kalitesi, bireysel tercihlerin, sağlık inançlarının ve hasta memnuniyetinin göz ardı edilmesi, tarama programları hakkında bilgi ve beceri sahibi eğitimli personel yetersizliği, önceki sağlık kontrollerinde yaşanan olumsuz deneyimler (sağlık çalışanının kaba ve sert davranması, muayene sırasında hastanın canını acıtması gibi) nedeniyle oluşan güvensizlik de tarama başarısını olumsuz etkilemektedir. Öte yandan tarama hizmeti sunan personelin tarama klavuzlarından habersiz olması ya da yönerge ve protokollere zayıf uyumu, klinisyenlerin tutumları ve yerleşik uygulama kalıplarının takibi zorlaştırması, pek çok aile hekiminin genellikle aile planlaması danışmanlığı veya gebe takibi sırasında fırsatçı tarama yapması nedeniyle postmenopozal kadınların göz ardı edilmesi, sadece erkek hizmet sunucularının olması, muayene sırasında aceleci davranılması ve mahremiyetin sağlanmaması, düzenli bir hekime sahip olmamak da bireylerin taramaya katılmamama nedenleri arasındadır (16, 198, 201, 202, 205, 206, 208, 210, 211).

### **3.6.3. Hedef toplum ve bireyden kaynaklanan engeller**

Kadınların kanser taramaları konusundaki bilgi eksiklikleri, taramanın hastalık belirtisi olduğunda yapılması gerektiği, taramanın invaziv olduğu ve üreme yeteneğini tehdit edebileceği, bekar, evlenmemiş, boşanmış veya yaşlı kadınlar dışındakilerin riskli

grup olduğuna dair yanlış düşüncelere yol açmaktadır. Yaş, medeni durum, etnik köken, eğitim ve gelir düzeyi, toplumdaki üreme alışkanlıkları, risk algısı, kadercilik, dini inanç gibi sosyokültürel ve demografik faktörler ile taramaya ilişkin utanç, korku ve anksiyete gibi psikolojik faktörler de tarama davranışını etkilemektedir. Taramaya ilişkin bazı duygular (korku gibi) belirsizlik ve riskten kaçınmak için bireyi tarama yaptırmaya motive edebileceği gibi taramanın kanseri ortaya çıkaracağından korkarak bilmemeyi tercih etmeye (cehalet mutluluktur düşüncesi) itmekte ve taramadan kaçınmalarına neden olabilmektedir. Ayrıca genç yaşta ve ileri yaşta bireyler, eğitim seviyesi düşük bireyler ve çalışmayan bireyler de bilgi ve farkındalık eksikliğinin bir sonucu olarak taramaya daha az katılma eğilimindedirler. Çalışan bireylerde de tarama için zaman ayırmak ve işten izin almak sorun olabilmektedir. Yakın çevrede (anne, kardeş, akraba, komşu gibi) taramaya katılan, tanı veya tedavi alan birinin olumlu veya olumsuz tarama deneyimi de tarama davranışını etkilemektedir. Etnik azınlıkta olmak, düşük sosyoekonomik durum, sağlık sigortasının olmaması, eğitim seviyesinin düşük olması taramaya erişimi olumsuz etkilemektedir. Rahim ağzı kanserine yönelik tarama testi yaptırmamanın cinsel olarak aktif olmayı gerektirdiği ve sadece evli kadınların yaptırabileceği algısı, kansere yönelik damgalanma ve yaratıcının bir tür cezası olarak görülmesi, cinsel sağlık ve üreme sağlığının tabu bir konu olarak tanımlanması, cinsel organların utanç verici olarak algılanması ve saklanması gerektiğine dair bazı toplumsal algı ve sosyo-kültürel normlar da taramaya katılımın önünde önemli engellerdir. Bunun yanısıra erkek egemen toplumlarda kadınların karar verme yetkisinden yoksun olmaları ve tarama için eş desteğinin/izninin olmaması, toplumsal cinsiyet rolleri gereği kadınların ev işlerinden sorumlu olması nedeniyle zamanlarının olmaması gibi ataerkil normlar da tarama hizmetlerine erişimi engellemektedir (16, 196, 198, 200, 201, 205, 208, 210, 212-215).

#### **3.6.4. Tarama testinden kaynaklanan engeller**

Pekçok kültürde kadın vücudu ve cinsel organlar 'mahrem' olarak algılanmakta ve özel olduğu düşünülmektedir. Rahim ağzı kanseri taramasında kullanılan testler jinekolojik muayene masasında kıyafetlerin çıkarılması ve genital organın muayenesini içerdiğinden kadınlar muayene edenin erkek olması, mahremiyete dikkat edilmemesi, işlem sırasında soyunma ve genital bölgenin çıplak olması nedeniyle utanma, muayene pozisyonunu rahatsız edici bulma, kişisel temizlik hakkında endişe, muayene

deneyiminin olmaması, olumsuz muayene deneyimleri, cinselliğin olumsuz algılanması, pelvik muayeneyi aşağılayıcı bulma gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu çekinceler genç ve ileri yaştaki kadınlarda taramaya katılımı daha olumsuz etkilemektedir. Özellikle cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda doktorun genital bölgeyi görüp dokunmasına karşı duyulan isteksizlik bu bireylerde tarama testi yaptırmanın önünde önemli bir engeldir. Kadınlar ayrıca spekulumun soğukluğu ve yerleştirilirken el becerisine bağlı işlem sırasında acı ve ağrı hissi oluşması, kısırlık veya enfeksiyon riski endişesi taşımaktadır. Öte yandan pelvik muayenenin eş tarafından kabul edilebilirliği de tarama testi yaptırmanın önünde önemli bir engeldir (167, 201, 202, 206, 214-216).

## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın yeri, Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye Yerleşkesi ve Beytepe Yerleşkesi'dir. Hacettepe Üniversitesi resmi olarak 8 Temmuz 1967 yılında kurulmuştur. Üniversitenin birimleri Sıhhiye ve Beytepe olmak üzere iki ana yerleşkede eğitim ve öğretim faaliyetini sürdürmektedir. Ankara şehir merkezinde olan Sıhhiye yerleşkesi 210 238 m<sup>2</sup>'lik, Beytepe Yerleşkesi ise 5 877 628 m<sup>2</sup>'lik alan üzerinde kurulmuştur. Üniversite birimleri 15 Fakülte, 15 Enstitü, 2 Yüksekokul, 1 Konservatuar, 4 Meslek Yüksekokulu, 98 Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden oluşmaktadır (217).

Araştırma 1 Ocak 2019 –28 Aralık 2020 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Veri toplama aşamasının ilk kısmı etik kurul onayının ardından 1 Temmuz 2020 – 30 Ağustos 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veri toplamadan 15-30 gün sonra test-tekrar test güvenilirlik analizi için aynı örnekte yer alan ve takma adları belli olan 66 personele tekrar ulaşılarak RAKTİ Ölçeği uygulanmıştır.

Ulaşılan kişi sayısının ölçek analizi için yetersiz olması nedeniyle Rakti Ölçeği çeşitli il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde görevli 30 yaş ve üzeri 327 kadın idari personele 20-30 Kasım 2020 tarihleri arasında çevrimiçi olarak uygulanmıştır.

### 4.2. Araştırmanın Evreni ve Örnek Seçimi

Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye ve Beytepe Yerleşkesi'nde görevli 2613 30 yaş ve üzeri kadın idari personel bulunmaktadır. İdari personel avukatlık hizmetleri, eğitim öğretim hizmetleri, genel idare hizmetleri, sağlık hizmetleri, teknik hizmetler ve yardımcı hizmetler olmak üzere altı farklı hizmet sınıfında görev almaktadırlar. Araştırma evrenini sağlık hizmetleri dışında diğer hizmet sınıflarında görevli 30 yaş ve üzeri 1227 kadın idari personel oluşturmaktadır. (Bu veri Kasım 2019 tarihine aittir).

#### 4.2.1. Örnek Büyüklüğünün Hesaplanması

Araştırma evrenindeki personel sayısı bilindiğinden örnek büyüklüğü hesaplamasında kullanılan formül;

$$n = \frac{Nt^2pq}{(N-1)d^2 + t^2pq} \text{ 'dur.}$$

$$N = 1227$$

$$t = 1,96$$

$$p = 0,365$$

$$q = (1-p) = 0,635$$

$$d = 0,05$$

- **Ölçek uyarlaması için önerilen optimal sayılar;**

Metodolojik çalışmaların analizlerinde araştırmaya alınacak optimal katılımcı sayısı için farklı görüşler bulunmaktadır. Bryman ve arkadaşları tarafından ölçekteki madde sayısının 5-10 katı kadar katılımcının çalışmaya dâhil edilmesi önerildiği gibi, Hair ve arkadaşlarının görüşlerine göre 20 katı kadar katılımcının çalışma grubunda yer alması da önerilmektedir. Cattell'a göre 200 katılımcının kabul edilebilir, 500 katılımcının ise oldukça iyi bir sayı olduğu ifade edilmektedir. Kline ise 200 katılımcının genellikle yeterli olacağını, faktör yapısının açık ve az sayıda olduğu durumlarda katılımcı sayısının 100'e kadar inebileceği belirtmektedir. Ayrıca faktör analizi için 100 katılımcının yetersiz, 200 katılımcının ortalama, 300'ün iyi, 500'ün çok iyi ve 1000 katılımcının ise mükemmel olduğu da farklı görüşler arasındadır (218, 219).

Araştırmada uyarlanacak olan RAKTİ Ölçeği, dört alt faktör olmak üzere toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Bu araştırmada literatürde öngörülen sayılar içerisinde 500 katılımcı optimum örnek büyüklüğü olarak belirlenmiştir.

- **Rahim ağzı kanseri tarama sıklığı için;**

Araştırmaya dâhil edilecek minimum örnek büyüklüğü; Epi-info programı kullanılarak hesaplanmıştır (220). Rahim ağzı kanseri tarama sıklığına ilişkin sınırlı az sayıda çalışma vardır. 2014 yılında başlayan rahim ağzı kanserine yönelik toplum tabanlı tarama programının ilk yıl verilerinin sunulduğu 2016 yılında yayınlanan bir çalışmada bu sıklık %36,5'tir (12).

Çalışmada örnek büyüklüğünü belirlemek için prevalans %36,5 olarak kabul edilmiştir ve en küçük örnek büyüklüğü 277 olarak hesaplanmıştır. Katılımcının araştırmaya katılmayı reddetmesi, raporlu veya izinli olması gibi mazeretler nedeniyle

işe devamsızlık olması, ölçek sorularının tam olarak yanıtlanmaması, ölçek sorularının tutarsız yanıtlanması gibi nedenlere bağlı veri toplama aşamasında kayıp olabilmektedir. Ayrıca ölçek uyarlaması için önerilen optimum örnek büyüklüğü 500 olarak belirlenmiştir. Bu nedenle çalışmada örnek büyüklüğü hesaplanan en küçük örnek büyüklüğünün üzerinde bir rakam olarak 500 alınmıştır (Şekil 3.1).



**Şekil 4.1.** Araştırmanın örnek seçme aşamaları (Ankara, 2020).

#### 4.2.2. Araştırmanın Örneklem Yöntemi

Araştırma örneğinin belirlenmesinin ardından sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Personel İşleri Daire Başkanlığı'nın ilgili biriminden 30-65 yaş arası idari personelin listesi edinilerek örneğe dâhil edilecek kişiler belirlenmiştir. Bu kişilerin belirlenmesi için kura ile başlangıç numarası saptanmış, başlangıç numarasındaki kişiden başlayarak örnek aralığının 2,45 olması nedeniyle listede yer alan her üç kişiden biri örneğe seçilmiştir.

#### 4.2.3. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri ve araştırma grubu

Araştırmanın her iki aşaması dikkate alındığında araştırmaya dâhil edilme kriterleri şunlardır:

*1-Hem prevalans çalışması hem de geçerlik ve güvenirlik çalışması için;*

- Araştırmaya katılan personelin kadın olması ve 30 yaş ve üzerinde olması
- Araştırmaya katılımın personel tarafından kabul edilmiş olması

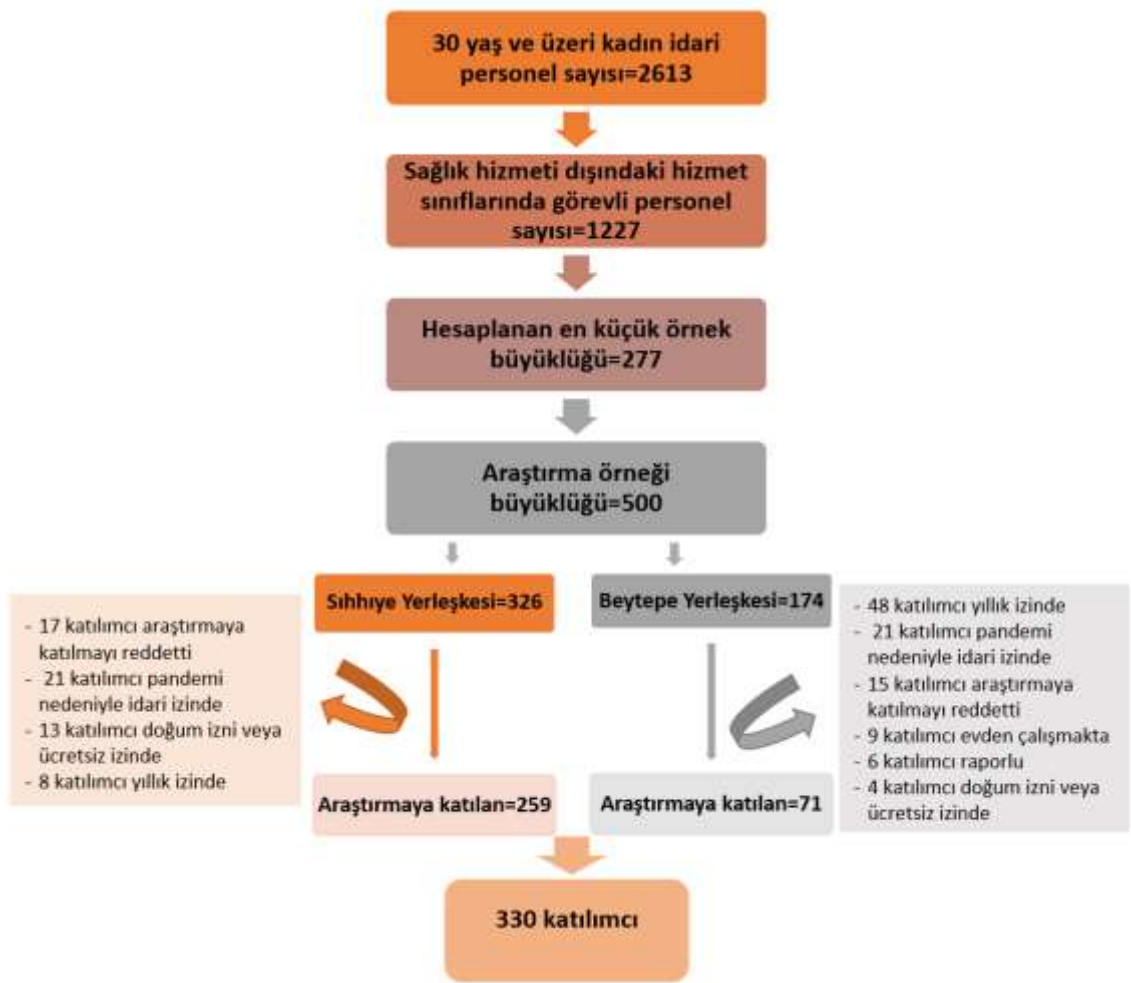
*2-Prevalans alışması için;*

- Araştırmaya katılan personelin sağlık hizmetleri dışındaki diğer hizmet sınıflarında görev alması
- Verilen cevapların tutarlı ve akla yatkın olması

*3-Geçerlik ve güvenirlik çalışması için;*

- Araştırmaya katılan personelin herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile histerektomi ameliyatı olmamış olması
- Ölçek maddelerinde %5-10'dan fazla kayıp veri olmaması

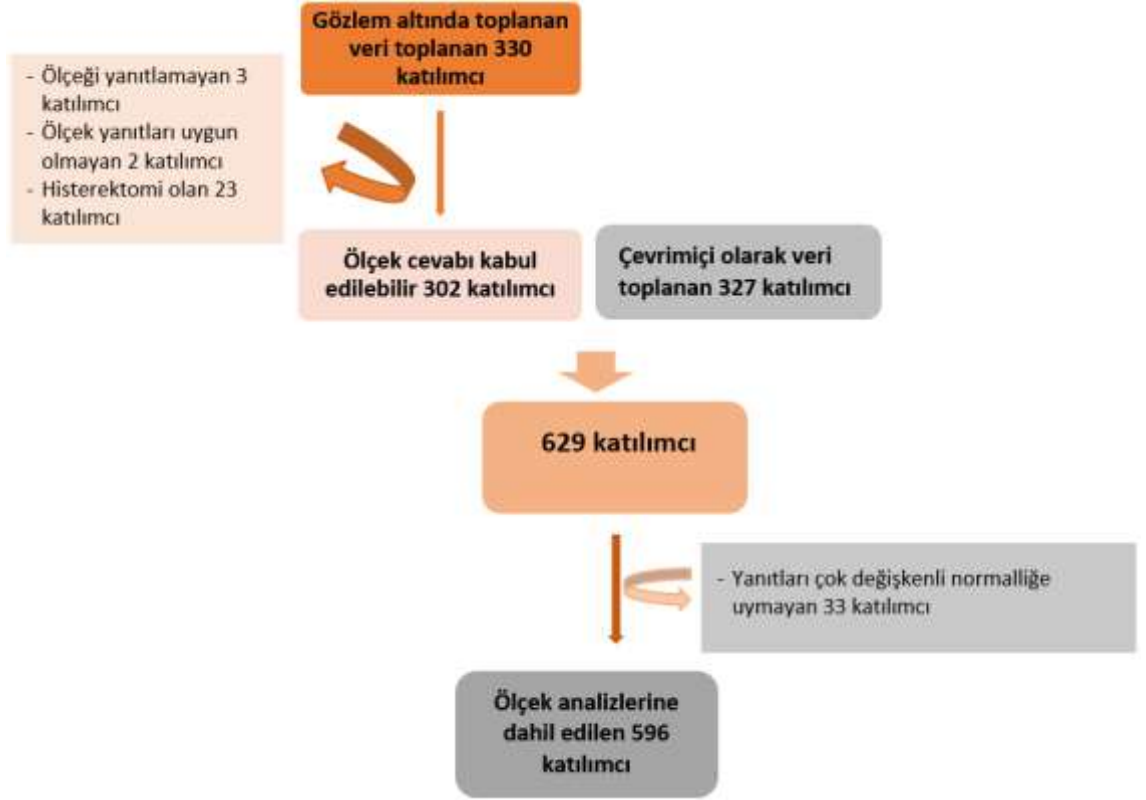
Araştırmaya dâhil edilme durumlarına göre prevalans çalışmasına ilişkin katılımcı sayıları şekil 4.2'de verilmiştir. rneğe seçilen 500 personelin 326'sı Sıhhiye yerleşkesinde 174' Beytepe yerleşkesinde görevlidir. Sonuç olarak Sıhhiye yerleşkesinde görevli 326 personelin 259'u (%79,5), Beytepe yerleşkesinde görevli 174 personelin 71'i (%45,4) araştırmaya katılarak toplam 330 katılımcı prevalans çalışması analizlerine dâhil edilmiştir.



**Şekil 4.2.** Araştırmaya dâhil edilme durumlarına göre prevalans çalışmasına ilişkin katılımcı sayıları (Ankara, 2020).

Araştırmaya dâhil edilme durumlarına göre ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına ilişkin katılımcı sayıları Şekil 4.3'te verilmiştir. Ölçek cevabı kabul edilebilir 302 katılımcıya ulaşılmış olması ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışması için yeterli bir sayı olmadığından ve COVID-19 pandemisi nedeniyle kişilere gidilerek gözlem altında veri toplamanın sakıncalı olması nedeniyle çeşitli il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde görevli 30 yaş ve üzeri 327 kadın idari personele RAKTİ Ölçeği çevrimiçi olarak yeniden uygulanmıştır. Böylece ölçek geçerlik ve güvenilirlik analizleri için toplam 629 kişiye ulaşılmıştır. Ölçek analizi için yanıtları çok değişkenli normalliğe uymayan 33 katılımcı araştırma dışı bırakılmış ve analizler 596 katılımcının yanıtları üzerinden gerçekleştirilmiştir.





**Şekil 4.3.** Araştırmaya dâhil edilme durumlarına göre ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına ilişkin katılımcı sayıları (Ankara, 2020).

Prevalans çalışması ve ölçek geçerlik güvenilirlik çalışması için araştırmaya dâhil edilen çalışma grupları Tablo 4.1’de verilmiştir. RAKTİ Ölçeği’nin yüzey geçerliğinin (anlaşılabilirliği) değerlendirilmesi amacıyla son hali oluşturulan ölçek, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü’nde görevli 14 idari personele uygulanarak değerlendirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Sıhhiye ve Beytepe yerleşkelerinde görevli ve araştırma örneğine dahil edilen 500 katılımcıdan ulaşılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, gözlem altında veri toplama işlemi gerçekleştirilen 330 katılımcı ile prevalans çalışması yürütülmüştür. Test-tekrar test güvenilirlik analizi için 330 katılımcıdan 66’sına yeniden ulaşılarak RAKTİ Ölçeği’nin ilk test ve tekrar testinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon hesaplanmıştır. 330 katılımcı içerisinde ölçek cevabı kabul edilebilir olan 302 katılımcının yanıtları üzerinden ölçüt geçerliğinin (uyum geçerliği) değerlendirilmesi amacıyla RAKTİ Ölçeği ile Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin ciddiye alt boyutundan alınan puanlar arasındaki korelasyon hesaplanmıştır. Hacettepe’de görevli 30 yaş ve üzeri kadın idari personelde gözlem altında toplanan ölçek cevabı kabul

edilebilir olan 302 katılımcı ile ölçeğin çeşitli il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde görevli 30 yaş ve üzeri 327 kadın idari personele çevrimiçi uygulanması ile elde edilen veriler birleştirilmiştir. Normallığe aykırı uç değerler uygun istatistiksel yöntemle çıkarıldıktan sonra geriye kalan 596 katılımcı üzerinden Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı ve madde analizleri hesaplanmıştır. Alanyazında yapı geçerliği değerlendirilirken AFA ve DFA'nın farklı örneklere uygulanması daha doğru bir yaklaşım olarak nitelendirildiğinden 596 katılımcıya ait veriler veri seti üzerinden rasgele seçilerek 316 katılımcıya ait veriler üzerinden AFA, geriye kalan 280 katılımcıya ait veriler üzerinden DFA uygulanmıştır (221).

**Tablo 4.1.** Prevalans çalışması ve ölçek geçerlik güvenilirlik çalışması için araştırmaya dahil edilen çalışma grupları (Ankara, 2020).

Çalışma Grupları	Gerçekleştirilen İşlemler	
Birinci çalışma grubu	Yüzey Geçerliği'nin (Anlaşılabilirliği) değerlendirilmesi (14 katılımcı)	
İkinci çalışma grubu	Prevalans çalışması (330 katılımcı) Ölçüt geçerliği (302 katılımcı) Test tekrar test güvenilirliği (66 katılımcı)	
Üçüncü çalışma grubu	Yapı geçerliği için AFA'nın uygulanması (316 katılımcı)	Üçüncü ve dördüncü çalışma grubunun birleştirilmesiyle elde edilen veri seti üzerinden Cronbach Alfa güvenilirliği ve madde analizlerinin hesaplanması (596 katılımcı)
Dördüncü çalışma grubu	Yapı geçerliği için DFA'nın uygulanması (280 katılımcı)	

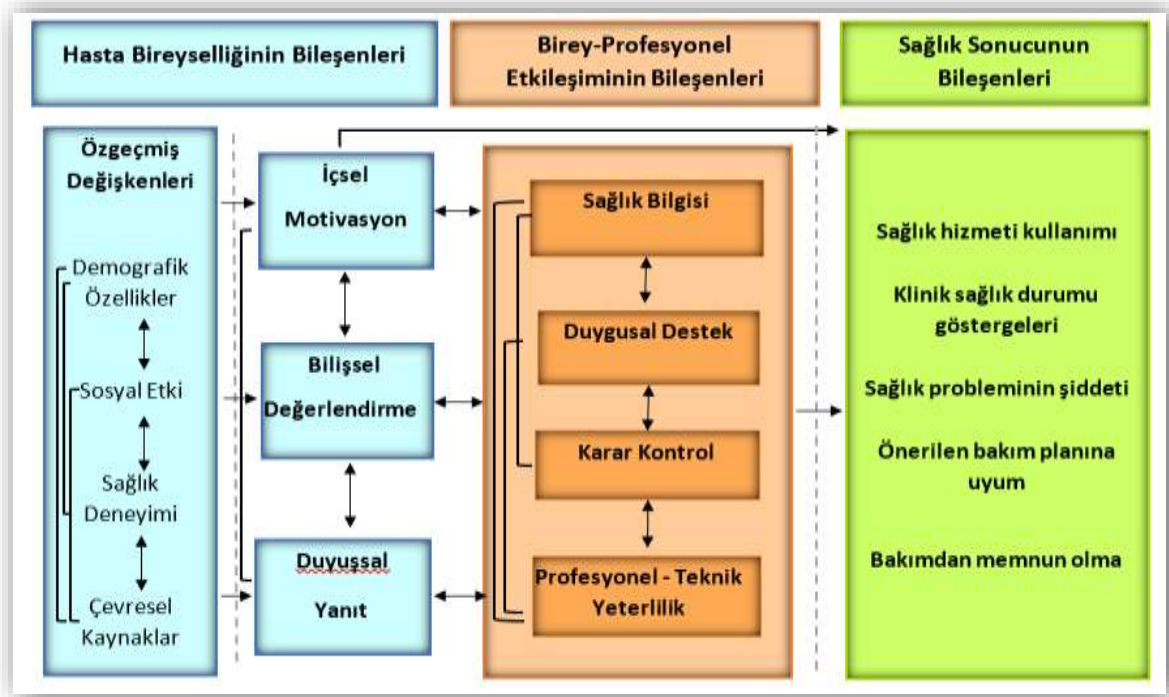
#### 4.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma iki aşamalı olarak planlanmıştır. Birinci aşama metodolojik tipte olup RAKTİ Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. İkinci aşama ise kesitsel bir araştırma olarak yürütülmüş; rahim ağzı kanseri taraması yaptırma durumu ve ilişkili faktörler incelenmiştir.

#### 4.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın değişkenleri riskli davranışlar ve sağlığı geliştirme ile ilişkili olabilecek tüm önemli kavramları açıklamayı hedefleyen Cox'un Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM) (IMCHB-Interaction Model of Client Health Behavior) kuramsal çerçevesi zemininde oluşturulmuştur (Tablo 4.2). Sağlık davranışlarının tek boyutlu ve statik olmadığını savunan bu model sağlık davranışını fiziksel, sosyal, bilişsel, motivasyonel,

duyuşsal ve çevresel bileşenlerle birleştirmektedir. Model bireye özgü özellikler, birey-profesyonel etkileşimi ve sağlık sonucu olmak üzere üç ana bileşenden oluşmaktadır (222). Bireye Özgü Özellikler; zamanla kolay değişmeyen görece durağan kabul edilen *özgeçmiş değişkenleri* ve zamanla değiştirilebilir dış etkenlere karşı duyarlı olan *dinamik değişkenler* olmak üzere iki değişken setinden oluşmaktadır. Birey-Profesyonel Etkileşimi hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki etkileşimi oluşturan unsurları ve bu unsurların sağlık davranışına yansımaları üzerindeki rolü tanımlamaktadır. Bağımlı değişken olan Sağlık Sonucu ise bireye özgü özellikler ile birey-profesyonel etkileşiminden kaynaklanan olumlu/olumsuz sağlık davranışı ve bu davranış sonucunda ortaya çıkan sağlık durumudur (Şekil 4.4). Sağlık sonucuna etki eden faktörlerin belirlenmesinde bireye özgü değişkenlerinin ağırlığının konuya bağlı olarak değişebileceği vurgulandığı gibi ele alınan konunun derinliğine bağlı olarak modeldeki üç ana kategoriden herhangi biri, ikisi veya üçünün uygulamaya aktarılabilmesi de belirtilmektedir (222, 223).



Şekil 4.4. Cox'un Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (Ankara, 2020).

#### 4.4.1. Bağımsız Değişkenler

**Tablo 4.2.** Cox'un Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli kuramsal çerçevesi zemininde araştırmanın bağımsız değişkenleri (Ankara, 2020).

<b>Bireye özgü özellikler</b>	
<b><u>Özgeçmiş değişkenleri</u></b>	
• Demografik özellikler	Yaş Medeni durum
• Sosyal etkiler	Çalışma süresi Halen çalıştığı birim Geçmişte çalıştığı birim/kurum Çalışma arkadaşlarının cinsiyete göre dağılımı Yakın çevresinde kanser tanısı alan bireyin olma durumu
• Sağlık deneyimi	Sigara içme durumu Alkol içme durumu Egzersiz yapma durumu Boy uzunluğu Vücut ağırlığı İlk adet görme yaşı İlk evlenme yaşı Gebelik/doğum öyküsü Menopoz öyküsü Halen/ geçmişte aile planlaması yöntemi kullanma durumu Kronik hastalık varlığı Rahim ağzı kanseri tanısı alma durumu Tarama yaptırdığı yer/yerler Histerektomi öyküsü Mamografi yaptırma durumu
• Çevresel kaynaklar	Öğrenim durumu Özel sağlık sigortasının olma durumu Ekonomik durum
<b><u>Dinamik değişkenler</u></b>	
• Bilişsel değerlendirme	Kadın sağlığı ve doğumla ilişkili hizmetlerin niteliğine dair görüşü Rahim ağzı kanserine ilişkin risk algısı Tarama testi yöntemine ilişkin tercihi Tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanserinin tedavi edilme oranını bilme durumu Rahim ağzı kanserine yönelik bazı bilgileri bilme durumu
• Duyuşsal yanıt	Kadın doğum muayene masasından rahatsız olma durumu
<b><u>Birey – Profesyonel Etkileşimi</u></b>	
• Sağlık bilgisi	Çalıştığı kurumda tarama programlarına yönelik eğitim alma durumu Aile hekimini bilme/görüşme durumu Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı Pap smear testini kimden/nereden duyduğu HPV testini kimden/nereden duyduğu Rahim ağzı kanseri tarama programını kimden/ nereden duyduğu Bir sonraki tarama testini yaptırma zamanını bilme durumu
• Karar kontrol	Tarama programına davet edilme durumu

Tablo 4.2. Cox'un Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli kuramsal çerçevesi zemininde araştırmanın bağımsız değişkenleri (devamı).

<b>Sağlık Sonucu</b>	
Sağlık hizmeti kullanımı	Düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu* Pap smear testini duyma durumu* HPV testini duyma durumu* Pap smear ve/veya HPV testi yaptıрма durumu* Pap smear ve/veya HPV testi yaptıрма sayısı* Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu* Tarama programına katılma durumu* Tarama programına katılma sayısı*

\* Araştırmanın bağımlı değişkenidir.

#### **4.4.2. Ara Değişkenler**

- Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'ne ilişkin puanları

#### **4.4.3. Bağımlı Değişkenler**

- Düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu
- Pap smear testini duyma durumu
- HPV testini duyma durumu
- HPV testi ve/veya Pap smear testi yaptıрма durumu
- HPV testi ve/veya Pap smear testi yaptıрма sayısı
- Tarama programına katılma durumu
- Tarama programına katılma sayısı

### **4.5. Araştırma İle İlgili Tanımlar ve Araştırmada Kullanılacak Ölçekler**

#### **4.5.1. Pap smear Testi**

İlk kez George Nicholas Papanicolaou tarafından tanımlanması nedeniyle Pap smear testi olarak anılan, rahim ağzı (servikal) bölgesindeki dökülen hücrelerin incelenmesine dayanan sitolojik inceleme testidir (224, 225).

#### **4.5.2. HPV DNA testi**

HPV virüsünün rahim ağzı kanseri için yüksek riske sahip tiplerinin tespit edilmesi amacıyla spekulum yardımıyla serviksten alınan örneğin laboratuvar ortamında incelenmesi yöntemidir (226).

#### 4.5.3. Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ölçeğin içeriği Champion tarafından 1997 yılında meme kanserine ilişkin inançları değerlendirmek amacıyla geliştirilen Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'ne (SİM) dayanarak rahim ağzı kanserinin erken tanısına yönelik tutumları değerlendirmek üzere 2004 yılında Özmen tarafından, rahim ağzı kanseri ve taramasına ilişkin inançları değerlendirmek üzere 2007 yılında Güvenç ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (227-229). Bu araştırmada kullanılan Güvenç ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek; Pap smear **yararlar ve sağlık motivasyonu, engel, ciddiyet, duyarlılık ve sağlık motivasyonu** olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. 35 maddeden oluşan ölçekte maddelerin yanıtlanması ve değerlendirilmesinde beşli Likert (1=kesinlikle katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) tipi ölçekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmada katılımcıların rahim ağzı kanseri tarama davranışına ilişkin tutum ve inançları değerlendirilmektedir. Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin de engel algısı dışındaki alt boyutları Pap smear tarama davranışı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Ölçeğin her boyutu ayrı ayrı değerlendirilmekte olup toplam bir puan elde edilememekte; yalnızca alt boyutlardan alınan puanlar üzerinden işlem yapılmaktadır. Her birey için alt boyut sayısı kadar puan elde edilmekte ve alınan puan her boyut için ayrı değerlendirilmektedir. Alınan puanlar ilgili alt boyut için algının yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ciddiyet alt boyutundan alınan yüksek puanlar ciddiyet algısının yüksek olduğuna işaret etmekte ve pap smear tarama davranışına yönelik olumlu tutum ve inancı ifade etmektedir. Araştırmada ölçüt geçerliğinin değerlendirilmesi için başka bir ölçeğin kullanılması veri toplama formundaki madde sayısını çok artırmakta ve veri toplama formunun eksiksiz yanıtlanması zor olabilmektedir. Bu nedenle bu araştırmada ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla katılımcılara 35 maddeden oluşan Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin tamamı yerine 7 maddeden oluşan ve pap smear tarama davranışı ile pozitif yönde ilişkili olan ciddiyet alt boyutu uygulanmıştır. Ciddiyet alt boyutundaki 7 madde ölçeğin orijinalinde olduğu gibi beşli Likert tipi bir derecelendirme ile katılımcılara uygulanmıştır. Ölçeğin orijinalinde ciddiyet alt boyutunun AFA sonuçlarına göre madde faktör yükleri .42 ile .77 arasında sıralanmaktadır ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,78'dir (229). Bu araştırmada ciddiyet alt boyutu kullanılarak elde edilen ölçümlerin

güvenirliğine ve maddelerin faktör yüklerine ilişkin elde edilen bulgular Tablo 4.3'te sunulmuştur.

**Tablo 4.3.** Ciddiyet alt boyutu kullanılarak elde edilen ölçümlerin güvenilirliğine ve maddelerin faktör yüklerine ilişkin elde edilen bulgular (Ankara, 2020).

Ciddiyet alt boyutu maddeleri	Faktör yükü	Cronbach Alfa
1. Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur.	.76	
2. Rahim ağzı kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.	.85	
3. Rahim ağzı kanserini düşünmekten korkarım.	.86	
4. Rahim ağzı kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım.	.75	0,812
5. Rahim ağzı kanseri olmak eşimle, erkek arkadaşımın ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaratabilir.	.42	
6. Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir.	.68	
7. Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam.	.43	

#### 4.5.4. Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği (Pap Smear Belief Questionnaire-PSBQ)

Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği Ackerson ve arkadaşları tarafından 2017 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, cevapları "1=kesinlikle katılmıyorum", "5=kesinlikle katılıyorum" şeklinde beşli likert tipi seçenekleri olan 28 maddeden oluşmaktadır. Temel Bileşenler Analizi ile Yamaç-birikinti grafiğinin yorumlanması sonucu "muayene ile ilişkili faktörler (exam-related factors)", "yararlar (benefits)", "abartılı kaygı (exaggerated risk)" ve "riskler ve engeller (risks and barriers)"den oluşan dört alt boyutu olan ölçeğin orijinali, uyarlama çalışması yapılan Türkçe hali ve alt boyutlara göre madde dağılımları Tablo 4.4'deki gibidir. Ölçekten alınacak en düşük puan 28, en yüksek puan 140'dır. Ölçeğin kesim noktası belirlenmemiş olup ölçekten alınacak toplam puanda yüksek puanlar jinekolojik muayene ve rahim ağzı kanserine karşı daha olumlu tutum ve inançları temsil etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0,84'tür. Ölçeğin madde faktör yükleri .53 ile .83 arasında sıralanmaktadır (230).

**Tablo 4.4.** RAKTİ Ölçeği'nin alt boyutlarına göre madde dağılımları (Ankara, 2020).

<b>Pap Smear Belief Questionnaire (PSBQ)</b>
<b>Exam Related Factors</b>
1. When the provider performs the female exam it makes me feel on edge.
2. I feel like I am being violated when the provider performs the female exam.
3. I feel like I am being violated when the provider does not explain to me what they are doing during the exam.
4. Having a Pap smear is too embarrassing.
5. My provider asks me personal questions that I don't want to think about.
6. When I am lying on the exam table, I remember distressing things that happened to me.
7. I do not trust health care providers.
8. People doing Pap smears are rude.
9. When the provider rushes through the exam it makes me feel on edge.
10. I do not trust health care providers unless I know them.
11. I only want to see female providers.
12. Having a Pap smear takes too much time.
13. I am afraid to have a Pap smear because I don't understand what will be done.
14. I am afraid to have a Pap smear because I might find out something is wrong.
<b>Exaggerated Risk</b>
15. I feel I will get cervical cancer sometime during my life.
16. It is likely that I will get cervical cancer.
17. My chances of getting cervical cancer in the next few years are great.
<b>Benefits</b>
18. Having a Pap smear is the best way for me to find early abnormal cervical cell changes.
19. Having a Pap smear will help me find abnormal cervical cells early.
20. If I find cervical cancer cells through a Pap smear, my treatment for cervical cancer may not be as bad.
21. Having a Pap smear will decrease my chances of dying from cervical cancer.
<b>Risks and Barriers</b>
22. I am not at risk for cervical cancer because it does not run in my family.
23. If I take good care of my health by exercising and eating right, I am not at risk for cervical cancer.
24. I am not at risk for cervical cancer because I use protection when I have sex.
25. I am too old to need a routine Pap smear.
26. I don't know how to go about getting a Pap smear.
27. I have other problems more important than getting a Pap smear.
28. I cannot remember to schedule a Pap smear.



Tablo 4.4. RAKTİ Ölçeği'nin alt boyutlarına göre madde dağılımları (devamı).

<b>Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği (RAKTİ Ölçeği)</b>
<b>Muayene ile ilişkili Faktörler</b>
1. Sağlık çalışanı aşağıdan muayene ederken kendimi gergin hissedirim.
2. Sağlık çalışanı aşağıdan muayene ederken kendimi hakları ihlal edilmiş hissedirim. (Yapılan muayene nedeniyle)
3. Muayene sırasında işlemi yapan sağlık çalışanı <u>ne yaptığını açıklamadığında</u> kendimi hakları ihlal edilmiş hissedirim.
4. Tarama testi yaptırmak çok utanç vericidir.
5. Sağlık çalışanı, muayene sırasında üzerinde düşünmek istemediğim kişisel sorular sorar.
6. Muayene masasına yattığımda başıma gelen üzücü olayları hatırlarım.
7. Sağlık çalışanlarına güvenmem.
8. Tarama testi yapan kişiler kabadır.
9. Sağlık çalışanı muayene süresince aceleci davrandığında kendimi gergin hissedirim.
10. Sağlık çalışanlarını tanıımıyorsam onlara güvenmem.
11. Sadece kadın sağlık çalışanlarını görmek isterim. (Tarama testi yaptırırken)
12. Tarama testi yaptırmak çok fazla zaman alır.
13. Tarama testi yaptırmaktan korkarım çünkü ne yapılacağını bilmiyorum.
14. Tarama testi yaptırmaktan korkarım çünkü olumsuz bir sonuçla karşılaşabilirim.
<b>Abartılı kaygı</b>
15. Hayatımın bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissedirim.
16. Rahim ağzı kanserine yakalanmam mümkündür.
17. Önümüzdeki birkaç yıl içinde rahim ağzı kanserine yakalanma ihtimalim yüksektir.
<b>Yararlar</b>
18. Tarama testi yaptırmak erken dönemdeki anormal rahim ağzı hücresi değişikliklerini tespit etmenin benim için en iyi yoludur.
19. Tarama testi yaptırmak anormal rahim ağzı hücrelerinin erkenden saptanmasında bana yardımcı olacaktır.
20. Tarama testi vasıtasıyla bende rahim ağzı kanseri hücreleri saptanırsa, bu kanserin tedavisi benim için o kadar zor olmayabilir.
21. Tarama testi yaptırmak rahim ağzı kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.
<b>Riskler ve Engeller</b>
22. Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü bu hastalık ailemde hiç görülmez.
23. Egzersiz yaparak ve doğru beslenerek sağlığıma dikkat edersem rahim ağzı kanseri için risk altında olmam.
24. Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü cinsel ilişki sırasında korunurum.
25. Düzenli olarak tarama testi yaptırmak için çok yaşıyım.
26. Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum.
27. Tarama testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var.
28. Tarama testi yaptırmak için planlama yapmak aklıma gelmiyor.

#### 4.6. Veri Toplama Yöntemi ve Aracı

Veriler ilk aşamada araştırmacı tarafından soru formlarının örneğe dahil edilen katılımcıların çalıştığı birimlere gidilerek dağıtılması ve gözlem altında doldurulması yoluyla toplanmıştır.

Sorular araştırmacı ve danışmanı tarafından, literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır. Ayrıca Rahim Ağzı Kanseri ve Pap smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin *ciddiyet* alt boyutu ve Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği (RAKTİ Ölçeği) soru formuna eklenmiştir.

Soru formu 47 soru ve 92 bileşen olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır (**EK-1**). Sorular aşağıdaki başlıklar altında sıralanmıştır:

1. "Sosyodemografik Özellikler": 24 Soru

2. "Kanser Taraması, Rahim Ağzı Kanseri, Pap Smear ve HPV Testi ile İlgili Özellikler": 23 Soru

İkinci aşamada 28 maddeden oluşan Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği (RAKTİ Ölçeği) katılımcılara çevrimiçi olarak uygulanmıştır.

#### 4.7. Araştırmanın Ön Denemesi

Araştırmanın ön denemesi, veri toplama formunun anlaşılabilirliği ve uygulanma süresinin belirlenmesi amacıyla Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ndeki 30 yaş ve üzeri 12 kadın idari personel ile yapılmıştır. Cevaplama süresi ortalama 15 dakikadır. Formun ilerleyen sorularında katılımcılardaki motivasyon kaybı ve yanıt kalitesi göz önüne alınarak ve az anlaşılan yerlerin düzenlenmesi sonucu veri toplama formuna son hali verilmiştir.

#### 4.8. Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırma etkinliklerinin tamamı, tez danışmanı tarafından yönetilmiş ve koordine edilmiştir. Veri toplama formunun hazırlanması, ön denemesi ve veri toplama süreçlerinin yönetilmesi, verilerin girilmesi, temizlenmesi, analiz ve raporlanması süreçleri araştırmacı tarafından yapılmıştır.

## 4.9. Verilerin Analizi

### 4.9.1. Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) Uyarlanma Aşamaları

RAKTİ Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik analizinde katılımcıların ölçek maddelerini eksiksiz bir şekilde doldurması beklenmektedir. Ölçek maddelerinin eksik doldurulduğu durumlarda ilgili ölçeğin analize dahil edilip edilemeyeği ile ilgili orijinal ölçeğin yazarından görüş alınmış ve yanıtlanmayan ölçek maddeleri tutarlılık açısından değerlendirilerek karar verilmiştir. Ayrıca ölçek maddelerinin eksik doldurulduğu durumlarda literatürde ölçek maddelerinden %5-10'unun boş bırakılması durumunda da ölçeğin analize dâhil edilebileceği ve eksik maddelerin aritmetik ortalama ile doldurulabileceğine ilişkin görüşler bulunmaktadır (231, 232). Çevrimiçi olarak uygulanan veri toplama formlarında herbir madde "gerekli" olarak belirtildiğinden katılımcılar tarafından doldurulan formlar eksik yanıt olması halinde ölçek maddelerinin tamamı yanıtlanmadan iletilmemektedir. Bu nedenle çevrimiçi uygulanan veri toplama formlarında yanıtız ölçek maddesi bulunmamaktadır. Yukarıda bahsedilen bilgiler ışığında gözlem altında uygulanan veri toplama formunda cinsel yaşamına ilişkin soruları ve bununla ilgili iki ölçek maddesini yanıtlamayan bir katılımcı ile 24 ölçek maddesini eksik dolduran bir katılımcı analiz dışı bırakılmıştır. Ve 28 maddelik RAKTİ Ölçeği'nin geçerlik güvenirlik analizinde en fazla 2 sorunun boş bırakıldığı veri toplama formları analize dâhil edilmiştir. Eksik ölçeklerin tamamlanması, katılımcıların o maddeden aldıkları puan ortalaması yazılarak yapılmış ve ölçek puanları hesaplanmıştır. Eksik ölçek maddesi doldurulan ve analiz dışında bırakılan veri toplama formlarının numarası ve ölçek maddeleri Tablo 4.5'te verilmiştir.

**Tablo 4.5.** Eksik ölçek maddesi doldurulan veya analiz dışında bırakılan veri toplama formlarının numarası ve ölçek maddeleri (Ankara, 2020).

<b>Doldurulan veri toplama formu</b>	<b>Doldurulan ölçek maddesi</b>
315	9. ölçek maddesi
5	13. ölçek maddesi
196	14. ölçek maddesi
76	22. ölçek maddesi
1, 157	24. ölçek maddesi
66,120, 157	26. ölçek maddesi
<b>Analiz dışında bırakılan veri toplama formu</b>	<b>Eksik ölçek maddeleri</b>
3, 186, 324	Tüm maddeler
233	5-28. maddeler
25	22. ve 24. ölçek maddesi

### ***RAKTİ Ölçeği'nin Adaptasyon Çalışması İçin Gereken İzinlerin Alınması***

Uyarlanacak ölçeğin kullanımı için ve ölçeğin bazı maddelerinde yer alan “Pap smear” kelimesi yerine “Tarama testi” kelimesinin yazılması konusunda ölçeği geliştiren Kelly Ackerson’dan izin alınmıştır (**EK-2, EK-3**). Rahim Ağzı Kanseri ve Pap smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin *ciddiyet* alt boyutunun ölçüt geçerliği için kullanılabilirliğine ilişkin ölçek sahibinden görüş ve izin alınmıştır (**EK-4**).

### ***RAKTİ Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması***

#### ***Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği (RAKTİ Ölçeği) Geçerlik Aşamaları***

Bu araştırmada RAKTİ Ölçeği'nin geçerlik analizleri için dil geçerliği, yüzey geçerliği, yapı geçerliği ve ölçüt geçerliği analizleri yapılmıştır.

#### **a. RAKTİ Ölçeği'nin Dil Geçerliği**

Ackerson ve arkadaşları tarafından geliştirilen RAKTİ Ölçeği'nin Türkçe formunun oluşturulması ve dil geçerliğinin değerlendirilmesi aşamaları bulgular bölümünde ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

#### **b. RAKTİ Ölçeği'nin Yüzey Geçerliği (Anlaşılabilirliği)**

RAKTİ Ölçeği'nin yüzey geçerliğinin (anlaşılabilirliği) değerlendirilmesi amacıyla çeviri aşamaları tamamlanan ve Türkçe formunun son hali oluşturulan ölçek, 14 idari personele uygulanarak değerlendirilmiştir. Ölçeğe son hali verilmiştir (**EK-5**).

### c. RAKTİ Ölçeği'nin Yapı Geçerliği

Ölçek uyarlama çalışmalarında ölçeğin orjinal formunda yer alan varsa kesme noktası ve faktör yapısı uyarlanmak istenilen dil veya kültürde farklı çıkabilmektedir. Örneğin orjinal formunda madde ve alt boyut sayısı başka bir dil ve kültüre uyarlandığında farklı çıkabilmektedir. Bu durum orjinal dil yapısının ve kültürel yapının uyarlanan dil ve kültür ile birebir örtüşmediğini göstermektedir. Çünkü bir kültürde geliştirilmiş olan bir ölçek başka bir kültür ile birebir uyuşmayabilmektedir (218). Bu nedenle bu çalışmada ölçeğin yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde ilk olarak örtük yapının yeniden belirlenmesi amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulanmıştır. AFA gerçekleştirilmeden önce veri setinde yer alan ve çok değişkenli normalliğe aykırı uç değerler Mahalonobis uzaklığı hesaplanarak veri setinden çıkarılmıştır. Ayrıca veri setinin faktör analizine uygun olup olmadığı örneklem büyüklüğünün değerlendirilmesi için Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) değeri ve veri setinin çok değişkenli normalliğe sahip olduğunu belirlemek için Bartlett testi değerinin anlamlılığı ile incelenmiştir. KMO değerinin .60'tan yüksek ve Bartlett testinin istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,05$ ) olması verilerin faktör analizine uygun olduğuna işaret etmektedir (233).

AFA uygulanırken temel bileşenler analizi, maksimum olasılık faktör analizi, alfa faktör analizi, imaj faktör analizi, ağırlıklandırılmış en küçük kareler analizi ve genelleştirilmiş en küçük kareler analizi gibi çeşitli faktörleştirme yöntemleri kullanılabilir (234). Diğer faktörleştirme yöntemlerine kıyasla temel bileşenler analizinin psikometrik açıdan daha güçlü matematiksel olarak daha basit ve olası faktör belirsizliği sorunları ile baş etmede daha etkili olduğu belirtilmektedir (235). Bu özellikler göz önüne alınarak bu çalışmada faktörleştirme tekniği olarak temel bileşenler analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki temel ilişkiyi en iyi tanımlayan faktörlerin sayısına karar verirken mümkün olan en az faktör ile mümkün olan en fazla varyansı açıklama gereksinimi dikkate alınarak ikisi arasında denge kurulmaya çalışılmıştır. Korunması gereken faktör sayısına karar verirken Kaiser kriteri (öz değer kuralı), Catell yamaç testi (scree plot) ve Horn paralel analiz tekniğinden yararlanılmıştır. Kaiser kriterine göre özdeğeri (eigenvalue)  $\geq 1,0$  olan faktörler daha fazla inceleme yapmak için tutulmaktadır. Catell yamaç testinde faktörlerin özdeğerleri grafik üzerinde gösterilmektedir. Grafikteki eğrinin hangi noktada yön değiştirerek yataya döndüğü

incelenmektedir. Catell, grafikteki kırılmanın üzerinde kalan faktörlerin varyansın açıklanmasına en fazla katkısı yapan faktörler olduğu gerekçesiyle tutulması gerektiğini ifade etmektedir. Paralel analiz ise mevcut veri setindeki özdeğerlerin rasgele yaratılmış aynı büyüklükte olan başka veri setindeki özdeğerlerle karşılaştırılmasını içermektedir. Bu analizde faktör analizi ile elde edilen ilk özdeğer paralel analiz tarafından oluşturulan rasgele sonuçlardan ona karşılık gelen ilk değer ile sistematik bir biçimde kıyaslanmaktadır. Faktör analizinden elde edilen özdeğer paralel analizden ona karşılık gelen özdeğerden büyükse bu faktör tutulmaktadır, küçükse reddedilmektedir. Hem Kaiser kriteri hem de Catell yamaç testi bileşen sayısını abartma eğiliminde olduğundan bileşen sayısının belirlenmesinde en doğru yaklaşımın paralel analiz yöntemi olduğu ifade edilmektedir (236). Faktörlerin belirlenmesi sonrası yorumlanmasına yardımcı olması amacıyla “döndürme” işlemi yapılmaktadır. Faktör döndürme işlemi için iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar dik açılı (orthogonal) ve eğik (oblique) döndürmedir. “Varimax”, “Quartimax” ve “Equamax” dik açılı döndürme teknikleri arasında yer alırken, “Direct Oblimin” ve “Promax” eğik döndürme tekniklerindedir. Dik açılı döndürme teknikleri ölçek faktörlerinin birbirleri ile ilişkisiz olduğu varsayımına dayanırken, eğik döndürme teknikleri bileşenler arasında bir dereceye kadar korelasyon olduğu varsayımına dayanmaktadır (234, 237). Tablo 4.6’da görüldüğü gibi ölçekte yer alan alt boyutlar arasında yeterli korelasyonun olmaması nedeniyle bu çalışmada AFA’da Varimax döndürme tekniği kullanılmıştır. AFA sonuçlarının yorumlanmasında herhangi bir maddenin ölçekte kalabilmesi için kuramsal olarak yer alması beklenen boyuttaki faktör yükünün .30’un üzerinde olması kuralı dikkate alınmıştır (233). Bazı maddeler birden fazla boyutta bu kriteri karşıladığında bu maddelerin binişik madde olabileceği akla gelmelidir. Bir madde birden fazla boyutta .30 ve üzerinde yük değerine sahip olması durumunda faktörlerden birindeki yük değerinin diğerinden en az .10 değerinden daha büyük olması maddenin tutulması kararında ölçüt olarak benimsenmiştir. Ancak bu koşul sağlandığında maddenin binişik madde olmadığı düşünülebilir (218, 233, 238). Ayrıca ölçekte kalması gereken maddelere karar verirken madde analizinde yer alan maddelerin ayırt ediciliğine ilişkin bilgi veren alt üst gruplar madde analizi, düzeltilmiş madde toplam kolerasyonu ve madde çıkarıldığında ölçek Cronbach alfası dikkate alınmıştır. Faktör analizi sonucunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse

ölçeğin faktör yapısı o kadar kuvvetli olacağından hem özdeğeri %1'in üzerinde olan hem de açıkladığı varyans değeri toplam varyansın %5'inden fazla olan faktörler alt boyut olarak belirlenmiştir (218, 238). Aynı zamanda bu çalışmada ölçüt olarak belirlenen faktör yüklerinin toplam varyansı açıklama yüzdesinin 40'ın üzerinde olması göz önüne alınmıştır (239).

**Tablo 4.6.** RAKTİ Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayıları (Ankara, 2020).

Alt boyutlar	Muayene ile ilişkili faktörler	Abartılı kaygı	Yararlar	Riskler ve Engeller
Muayene ile ilişkili faktörler	-			
Abartılı kaygı	-0,21*	-		
Yararlar	0,20*	-0,01**	-	
Riskler ve Engeller	0,45*	0,40**	0,30*	-

Not: Normal dağılım nedeniyle Pearson korelasyonu yapılmıştır.

\* $p < 0,001$

\*\* $p > 0,05$

AFA sonuçlarını doğrulamak amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi'nden (DFA) yararlanılmıştır. Var olan veya kurgulanan bir modelin test edilmesine olanak sağlayan DFA analizi ile belirlenen faktörlerin birbiriyle yeterli düzeyde ilişkili olup olmadığı, faktörlerin birbirlerinden bağımsız olup olmadığı ve modeli yeterince açıklayıp açıklamadıkları, hangi değişkenlerin hangi faktörlerle ilişkili olduğu değerlendirilmektedir. Araştırmalarda en çok sunulan uyum indeksi ki kare değeridir. DFA sonucunda hesaplanan ki kare değerinin anlamlı olması teorik olarak kurgulanan modelin veriler tarafından doğrulanmadığı anlamına gelmektedir. Ancak ki kare değeri örneklem büyüklüğüne oldukça duyarlıdır ve büyük örneklerde pratikte anlamlı olmayan ki kare değerleri istatistiksel olarak anlamlı çıkabilmektedir. Bu nedenle ki karenin örneklem büyüklüğüne göre standardize edilmiş değerine yani ki kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesiyle elde edilen değere ( $\chi^2/sd$ ) ve diğer uyum indekslerine bakılması gerekmektedir. DFA'da sınanan modelin yeterliliğini ortaya koymak amacıyla pek çok uyum indeksi kullanılmaktadır. DFA'da kullanılan standart uyum ölçüleri Tablo 4.7'de verilmiştir (219, 240, 241). Bu çalışmada da tabloda yer alan uyum indeksleri incelenmiştir.

**Tablo 4.7.** DFA’da kullanılan standart Uyum İndeksi değerleri (Ankara, 2020).

Uyum İndeksleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
$\chi^2/sd$	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$
RMSEA	$0,00 \leq RMSA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSA \leq 0,08$
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$
CFI	$0,95 \leq CFI \leq 1,00$	$0,90 \leq CFI \leq 0,95$
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$0,90 \leq NFI < 0,95$
NNFI	$0,95 \leq NNFI \leq 1,00$	$0,90 \leq NNFI \leq 0,95$
IFI	$0,95 \leq IFI < 1,00$	$0,90 \leq IFI \leq 0,95$
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI < 0,95$
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$
PNFI	$0,95 \leq PNFI \leq 1,00$	$0,50 \leq 0,95$
PGFI	$0,95 \leq PGFI \leq 1,00$	$0,50 \leq PGFI \leq 0,95$

$\chi^2$ : Ki-kare, **Sd**: Serbestlik derecesi, **RMSA**: Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması, **SRMR**: Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması, **CFI**: Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi, **NFI**: Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi, **NNFI**: Ölçeklendirilmemiş Uyum İndeksi **IFI**: Artan Uyum İndeksi, **GFI**: Uyum İyiliği İndeksi, **AGFI**: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi, **PNFI**: Tutarlı Standart Uyum İyiliği İndeksi, **PGFI**: Tutarlı Uyum İndeksi

#### **d. RAKTİ Ölçeği'nin Ölçüt Geçerliği**

RAKTİ Ölçeği ile Rahim Ağzı Kanseri ve Pap smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin *ciddiyet* alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki ilişki, korelasyon katsayısı bakılarak değerlendirilmiş, bu şekilde RAKTİ Ölçeği'nin ölçüt geçerliği saptanmıştır. Sonuçlara bulgular bölümünde yer verilmiştir.

#### **Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) Güvenirlik Çalışması**

Bu araştırmada RAKTİ Ölçeği'nin güvenirlik analizleri için iç tutarlılık analizi, test-tekrar test güvenirlik analizi ve madde analizi yapılmıştır.

#### **a. RAKTİ Ölçeği'nin İç Tutarlılık Analizleri**

Bu araştırmada RAKTİ Ölçeği'nin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplaması yapılmıştır. Güvenirlik katsayısının;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$  ise ölçeğin güvenilir olmadığı,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$  ise ölçeğin düşük güvenirlikte olduğu,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$  ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu,



$0.80 \leq \alpha < 1.00$  ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirtilmektedir (242, 243).

#### **b. RAKTİ Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Güvenirlik Analizi**

RAKTİ Ölçeği'nin test tekrar test güvenirlik analizinde, aynı örnek içerisinde yer alan 66 personele aynı veri toplama formuyla alanyazında en ideal zaman aralığı olarak belirtilen 15-30 gün ara ile ölçek tekrar uygulanmıştır (218). İlk ve ikinci uygulama toplam puanları arasındaki tutarlılığı değerlendirmek için sayısal verilerin normal dağılıma uygun olması nedeniyle Pearson korelasyon analizi yapılmış ve korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Cohen'e göre korelasyon katsayısı "0,10-0,29=düşük, 0,30-0,49=orta ve 0,50-1,0=yüksek" korelasyonu göstermekteyken; Büyüköztürk'ün sınıflandırmasına göre "0,0-0,29=düşük, 0,30-0,69=orta, 70-1,00=yüksek" korelasyonu göstermektedir (244, 245).

#### **d. Madde Analizi**

Ölçekte yer alan maddelerin ayırt edicilik düzeylerini saptamak amacıyla, düzeltilmiş madde toplam korelasyonu hesaplanmış ve Edwards tarafından önerilen alt üst gruplar madde analizi uygulanmıştır (246). Madde toplam korelasyonun hesaplanmasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu, %27'lik alt üst grup karşılaştırmalarında ise bağımsız gruplar t-testinden yararlanılmıştır.

Araştırmada; AFA, ölçüt geçerliği, Cronbach Alfa ve test-tekrar test güvenirliliği ile madde analizleri için SPSS 23.0 programı, Paralel analiz için Monte Karlo PCA programı, DFA ile ilgili hesaplamalar için LISREL 8.54 programından yararlanılmıştır.

#### **4.9.2. Prevalans Belirlenmesi**

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS v.23 ile değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularının analizinde tanımlayıcı özellikleri incelemek amacıyla yüzde dağılımları alınarak, sürekli değişken karakterindeki verilerin merkezi eğilim ve yaygınlık ölçütleri (ortalama, ortanca, tepe değeri, standart sapma, en küçük en büyük değer) hesaplanmıştır.

Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi (Pearson ve Fisher'in kesin testi) kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (çarpıklık (Skewness), basıklık

(Kurtosis) değerleri, Shapiro Wilk testi ve varyasyon katsayısı) ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan sayısal verilerin karşılaştırılması için Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Sürekli değişkenler arasındaki uyumu test etmek için normal dağılıma uygunlukları değerlendirildikten sonra Pearson ya da Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanını yordayan faktörler çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir.

Yapılan analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri %95 güven aralığında  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

#### **4.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Araştırma örneğine seçilen 500 personelden 330'una ulaşılabilmıştir. Araştırmaya katılımın düşük olmasında COVID-19 pandemisi nedeniyle bazı bireylerin veri toplama formu üzerinden dolaylı temas aracılığıyla bulaş riski olacağını düşünmesi ve katılımı reddetmesi, 60 yaş ve üzeri, kronik hastalığı olan personelin idari izinli olması, veri toplama zamanının yaz dönemine denk gelmesi nedeniyle bazı bireylerin yıllık izinde olması etkili olmuştur.

Örneğe seçilen ancak araştırmaya çeşitli nedenlerle katılmayan veya ulaşılamayan personelin sosyodemografik özellikleri ile ilgili bilgi yalnızca yaş ile sınırlıdır. Dolayısıyla araştırmaya katılan ve katılmayan personelin yaşlarına ilişkin karşılaştırma yapılmış ve araştırmaya katılmayan personelin daha ileri yaşta olduğu saptanmıştır. Bu durum bulguların yorumlanmasında seçime bağlı taraf tutmaya neden olmuş olabilir.

Veri toplama formlarında eksik verilerin olması analizi etkilemeyecek boyutta olsa da istenmeyen bir durumdur. Ayrıca ölçek maddelerinin kabul edilebilir sınırdan daha fazla boş bırakılması az da olsa veri kaybına neden olmuştur.

Araştırmaya katılımın ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışması için yeterli sayıda olmaması nedeniyle yeniden veri toplanmıştır. Ancak COVID-19 pandemisi nedeniyle kişilere gidilerek gözlem altında veri toplamanın sakıncalı olması nedeniyle RAKTİ Ölçeği katılımcılara çevrimiçi olarak uygulanmıştır. İki farklı veri toplama yönteminin kullanılması ölçek geçerlik güvenirliliğinin sağlanamamasında etkili olmuş olabilir.

Ölçekte yer alan “Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü cinsel ilişki sırasında korunurum” maddesi cinsel yönden aktif olmayan bireylerde tereddüte neden olmuştur ve personelin yanıtlamasını zorlaştırmıştır. Ölçek geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin yeniden çalışma planlandığında ilgili maddenin tekrar gözden geçirilerek yeniden yazılması veya araştırmaya yalnızca evli katılımcıların dahil edilmesi faydalı olacaktır.

Ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçüt geçerliğinin değerlendirilmesi için başka bir ölçeğin kullanılması veri toplama formundaki madde sayısını çok artıracığı ve veri toplama formunun eksiksiz yanıtlanmasını zorlaştıracığından benzer ölçeğin bir alt boyutu uygulanmıştır. Bu durum ölçüt geçerliğinin sağlanamamasında etkili olmuş olabilir. Ölçek geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin yeniden çalışma planlandığında ayrı bir çalışma grubunda veri toplama formundaki katılımcıların özelliklerine ilişkin sorular dahil edilmeden uyarlanan ölçek ve belirlenen benzer ölçeğin tamamı uygulanarak ölçüt geçerliği yeniden değerlendirilebilir.

#### **4.11. Etik Konular ve Kurumsal İzinler**

- RAKTİ Ölçeği’ni geliştiren araştırmacıdan Türkçe geçerliliğinin ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi çalışması için izin alınmıştır **(EK-2)**.
- Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan etik kurul izni alınmıştır.
- Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Personel İşleri Başkanlığı’ndan araştırma izni alınmış, araştırma örneğinin seçilebilmesi için idari personelin listesi talep edilmiştir **(EK-8)**.
- Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmış olup, katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır **(EK-6)**. Katılımcıların kimlik bilgileri alınmamıştır. Bilgi vermeyi reddetme ve araştırma konusunda bilgilendirilme hakları oldukları katılımcılara yazılı ve sözel olarak belirtilmiştir.
- Gözlem altında toplanan verilere ilişkin veri toplama süreci sonunda tüm katılımcılara bilgi sorularının doğru cevapları verilmiş ve katılımcıların konu ile ilgili soruları yanıtlanmıştır.
- Araştırma sonucu Personel İşleri Başkanlığı ile paylaşılacaktır.

#### 4.12. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi Tablo 4.8'deki gibidir.

**Tablo 4.8.** Araştırmanın bütçesi (Ankara, 2020).

Kalem	Bütçe
<u>Veri toplama formu</u>	
-Ön deneme (12 kişi)	
-Yüzey geçerliği (14 kişi)	325 TL
-Araştırma (330 kişi)	
-Test-tekrar test (66kişi)	
<u>Ön sunum hazırlıkları</u>	50 TL
<u>Yol masrafı</u>	
-Beytepe kampüsüne ulaşım	110 TL
<u>Raporun basılması</u>	400 TL
<b>TOPLAM</b>	<b>885 TL</b>

#### 4.13. Araştırmanın İş Akış Şeması

Araştırmanın iş akış şeması Şekil 4.5'teki gibidir.



**Şekil 4.5.** Araştırmanın iş akış şeması (Ankara, 2020).

#### 4.14. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

**Tablo 4.9.** Araştırmanın zaman çizelgesi (Ankara, 2020).

Yapılacak Çalışmalar	Tarih							
	2019				2020			
	Ocak-Mart	Nisan-Haziran	Temmuz-Eylül	Ekim-Aralık	Ocak-Mart	Nisan-Haziran	Temmuz-Eylül	Ekim-Aralık
Araştırma Konusu Belirleme								
Literatür Tarama								
Ölçeğin Belirlenmesi ve İzin Alınması								
Dil Geçerliğinin Yapılması								
Yüzey Geçerliğinin Yapılması								
Ölçüt Geçerliği İçin Kullanılacak Ölçeğin Belirlenmesi								
Evren-Örnek Belirleme								
Tez Önerisi Hazırlama ve Sunma								
Ön Deneme ve Düzeltme								
Etik Kurul Başvurusu								
Kurum İzni Alma								
Veri Toplama								
Verilerin Analizi (Geçerlik-Güvenirlik)								
Test-Tekrar Test Yapılması								
Raporun Yazılması								
Raporun Sunulması								

## 5. BULGULAR

Hacettepe Üniversitesi'nde görevli 30 yaş ve üzeri kadın idari personel arasında Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi ve bu ölçekle personelin rahim ağzı kanseri taraması konusundaki tutum ve inançlarının değerlendirilmesi amacıyla Temmuz-Ağustos 2020 tarihleri arasında yapılan bu kesitsel araştırmaya 330 personel katılmıştır. Kayıp veriler olsa da analizler araştırmaya dâhil edilen 330 katılımcı ile yapılmıştır. Histerektomi olan ve ölçek yanıtları kabul edilmeyen katılımcılar hariç tutulduğunda ölçek analizlerine 302 katılımcı dahil edilmiştir. Sayının ölçek geçerlik ve güvenilirlik analizleri için yetersiz olması nedeniyle yalnızca RAKTİ Ölçeği 327 idari personele 20-30 Kasım 2020 tarihleri arasında çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Toplam 629 katılımcı yanıtları içerisinde çok değişkenli normalliğe aykırı uç değerlerin çıkarılması sonucu toplam 596 katılımcının yanıtları ölçek analizlerine dahil edilmiştir.

Araştırmanın bulguları beş alt başlıkta sunulmuştur.

- Birinci bölümde Türkçe'ye uyarlama çalışması yapılan Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) geçerlik ve güvenilirlik analizine ait bulgular,
- İkinci bölümde katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular,
- Üçüncü bölümde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli bileşenleri ile kanser taraması, rahim ağzı kanseri, pap smear ve HPV testi ile ilgili özellikleri arasındaki bazı ilişkilere ait bulgular,
- Dördüncü bölümde katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri, kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testi ile ilgili özellikleri ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik tutum ve inançlarına ilişkin bulgular
- Beşinci bölümde katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri, kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testi ile ilgili özellikleri ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanlarına ilişkin bulgular
- Altıncı bölümde çoklu regresyon analizine ilişkin ileri analiz bulguları yer almaktadır.

## 5.1. RAKTİ Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Bulguları

Bu bölümde RAKTİ Ölçeği'nin geçerlik (dil, yüzey, yapı ve ölçüt geçerliği) ve güvenirlik (iç tutarlık, test-tekrar test, bileşik güvenirlik ve madde analizi) analizlerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

### 5.1.1. RAKTİ Ölçeği'nin Geçerlik Analiz Sonuçları

#### 5.1.1.1. RAKTİ Ölçeği'nin Dil Geçerliği Analiz Sonuçları

RAKTİ Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin değerlendirilmesi için gerekli izinler alındıktan sonra ölçeğin çeviri sürecine başlanmıştır. Dil geçerliğinin değerlendirilmesi aşamaları Tablo 5.1'de sunulmuştur.

**Tablo 5.1.** Rakti Ölçeği'nin dil geçerliği, çeviri ve ölçek anlaşılabilirliği değerlendirme süreci (Ankara, 2020).

Basamaklar	Amaç/Gerekenler	Personel	Süreç
<b>Hazırlık</b>	Ölçeği geliştiren yazardan izin alınması	Sorumlu araştırmacı	Ölçeği geliştiren kişi ile e-posta yoluyla iletişime geçilmesi
<b>Uyarlanacak dile çeviri</b>	Ölçeğin iki farklı kişi tarafından Türkçe'ye çevirisinin yapılması/ Ana dildeki asıl anlamın korunması için basit bir anlatım kullanılması	Ana dili Türkçe olan ve İngilizce'ye hâkim olan iki farklı kişi	Çeviri yapacak kişilerin ölçeğin amacı ve kavramsal yapısı hakkında bilgilendirilmesi
<b>Uzlaşma</b>	Her bir madde için yapılan iki farklı çeviriden hangisinin daha uygun olduğuna karar vermek ve eğer iki çeviri arasında anlam olarak çok fark varsa gerekli görüldüğünde tekrar çevirinin yapılması	Ana dili Türkçe olan ve hem Türkçe'ye hem İngilizce'ye hâkim olan en az bir kişi	Her bir madde için iki farklı çevirinin farklılıkların azaltılması ve uygun çeviriye karar verilmesi
<b>Orijinal dile tekrar çeviri</b>	Ölçeğin Türkçe'ye çevirisinin tekrar orijinal diline çevirisinin yapılması/ Basit ve sade bir dilin kullanılması	Ana dili Türkçe olan ve İngilizce'ye hâkim olan bir kişi	Orijinal dile çeviride çeviri yapan kişinin yorumunu katmadan, ölçekte yer alan maddelerin doğrudan, olduğu gibi çevirisinin yapılması. Çeviriyi yapan kişi ölçeğin kavramsal yapısını bilmemeli ve orijinalini görmemeli

Tablo 5.1. Rakti Ölçeği'nin dil geçerliği, çeviri ve ölçek anlaşılabilirliği değerlendirme süreci (devamı).

Basamaklar	Amaç/Gerekenler	Personel	Süreç
<b>Tekrar çevirinin incelenmesi</b>	Tekrar çevirinin son halinin oluşturulması için, yapılan çevirinin orijinalinde bulunan ölçek maddeleri ile kavramsal olarak karşılaştırılması	Dile hâkim 3-4 kişi	Tekrar çevirinin son halinin oluşturulması ve çevirinin gözden geçirilmesi
<b>Çevirinin uygunluğunun değerlendirilmesi/ Çevirilerin sentesi</b>	Her bir maddenin tekrar çeviri kalitesinin, ölçeğin Türkçe versiyonunun orijinal hali ile aynı anlamı taşıyıp taşımadığının değerlendirilmesi amacı ile karşılaştırılması	Her iki dile hâkim iki uzman	Uzman kişiler tarafından çevirinin orijinal hali ile aynı anlamı taşıyıp taşımadığının uzmanlar tarafından değerlendirilmesi ve ölçeğin uyarlanması yapılacak dilde son halinin verilmesi
<b>Bilişsel sorgulama/ ölçek maddelerinin anlaşılabilirliği</b>	Ölçeğin anlaşılabilirliğinin ve kabul edilirliliğinin değerlendirilmesi	Araştırmacılar, iki dil bilimci ve ana dili Türkçe olan en az 10 idari personel	Çevirisi yapılarak son hali oluşturulan ölçeğin, bir Türkçe dil bilimciye ve 14 idari personele gösterilerek daha fazla revizyona ihtiyaç olup olmadığının belirlenmesi
<b>Bilişsel inceleme</b>	Uyarlamanın yapılacağı dildeki çevirinin son halinin oluşturulması. Çevirisi yapılan maddelerin ölçeğin orijinal diline tam olarak uygunluğuna, uygulanacağı kişiler için de aynı anlamı verdiği karar verilmesi ve uygulamada kullanmak üzere ölçeğin son halinin oluşturulması - Ölçekte yer alan "pap smear" kelimesi yerine "tarama testi" kelimesinin yazılması	Sorumlu araştırmacı	Bilişsel inceleme sonuçlarının araştırmacılar tarafından değerlendirilmesi
<b>Son rapor</b>	Ölçeğin Türkçe versiyonuna son halinin elde edilmesi	Sorumlu araştırmacı	Ölçeğe son halinin verilmesi



### **5.1.1.2. RAKTİ Ölçeği'nin Yüzey Geçerliliği (Anlaşılabilirliği) Analiz Sonuçları**

RAKTİ Ölçeği'nin yüzey geçerliliğinin (anlaşılabilirliği) değerlendirilmesi amacıyla çeviri aşamaları tamamlanan ve Türkçe formunun son hali oluşturulan ölçek, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nde görevli 14 idari personele uygulanarak değerlendirilmiştir. Birebir görüşmelerle, anlaşılmayan bir yerin olup olmadığı araştırmacı tarafından personele sorulmuş, görüşler dikkate alınarak ölçeğe son hali verilmiştir **(EK-4)**.

### **5.1.1.3. RAKTİ Ölçeği'nin Yapı Geçerliliği Analiz Sonuçları**

RAKTİ Ölçeğinden elde edilen ölçümlerin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla AFA ve DFA uygulanmıştır.

#### **AFA**

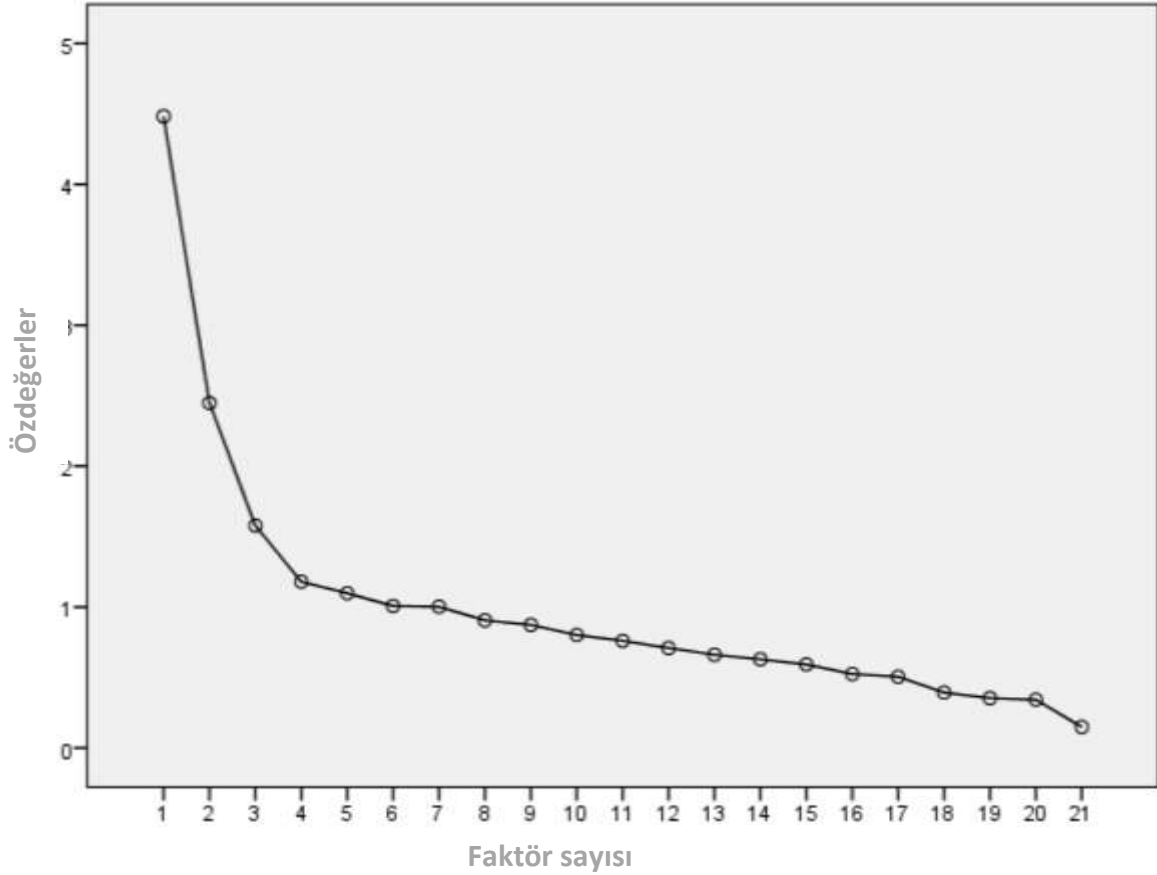
Araştırmada KMO değeri 0,781 bulunmuş ve Bartlett testinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (ki kare=2412,084, sd=378,  $p<0,001$ ) belirlenmiştir. Bu sonuca göre verilerin faktör analizine uygun olduğu söylenebilmektedir. Bu tespitin ardından AFA'da temel bileşenler faktörleştirme tekniği sonucunda özdeğeri  $>1$  olan ve toplam varyansın %57,7'sini açıklayan 8 faktörlü yapı bulunmuştur. Bu faktörlerden özdeğeri  $>1$  olan ve aynı zamanda her biri varyansın en az %5'ini açıklayan 4 faktörlü yapı toplam varyansın %40,8'ini açıklamaktadır. Ölçeğin çok boyutlu bir yapı ortaya koyduğunun anlaşılması üzerine rotasyon işlemi yapılmıştır. Orijinal ölçeğin 4 faktörlü olması ve özdeğeri  $>1$  olan varyansın en az %5'ini açıklayan 4 faktörün ortaya konması nedeniyle 4 faktörlü yapı üzerinde Varimax döndürme işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu işlem sonucunda "Abartılı kaygı" boyutunda yer alan 15, 16 ve 17. maddelerin aynı faktör altında ve negatif madde yüküne sahip olduğu görüldüğünden ölçeğin bütünü ile uyumsuz oldukları değerlendirilmiştir. Aynı zamanda madde analizinde bu maddelerin düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının .30'un altında olması, ilgili maddeler çıkarıldığında ölçek Cronbach alfasının artması ve alt üst gruplar madde analizinde madde ayırt ediciliklerinin düşük veya anlamlı olmaması nedeniyle ilgili maddelerin ve "Abartılı kaygı" alt boyutunun ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Geriye kalan 3 faktörlü yapı ve 25 madde üzerinde AFA tekrarlanmıştır. Bu işlem sonucunda madde yükleri incelendiğinde 25. maddenin hiçbir faktörde yüklenmediği, 26. ve 28. maddelerin yüklendikleri faktördeki diğer maddeler ile anlam olarak uyumsuz oldukları ve 12. madde ile 14. maddelerin ise binişik madde olduğu görülmüştür. Bu durumda madde ayırt edicilikleri

de göz önüne alınarak sırasıyla 25. madde, 28. madde ve 26. madde çıkarılarak her seferinde döndürme işlemi sonucunda madde yükleri yeniden incelenmiştir. Bu aşamada 12. madde binişik madde olması nedeniyle ölçekten çıkarılmıştır. Son durumda 15, 16, 17, 25, 26, 28 ve 12. maddelerin çıkarılması ile oluşan 21 madde ve 3 faktörden oluşan yapının döndürme işlemi sonucundaki faktör yapısı, faktör yükleri ve açıklanan varyans değerleri Tablo 5.2’de verilmiştir.

**Tablo 5.2.** Döndürme işlemi sonucundaki faktör yapısı, faktör yükleri, ve açıklanan varyans değerleri (Ankara, 2020).

	<b>Faktör 1</b>	<b>Faktör 2</b>	<b>Faktör 3</b>
<b>Faktör 1: Muayene ile ilişkili faktörler</b>			
8	.636		
10	.609		
7	.591		
13	.573	.340	
2	.555		
9	.544		
5	.511	.338	
6	.502		
11	.485		
4	.470		
14	.467	.311	
3	.455		
1	.440		
<b>Faktör 2: Yararlar</b>			
18		.832	
19		.825	
21		.685	
20		.618	
<b>Faktör 3: Riskler ve engeller</b>			
23			.759
22			.696
27			.507
24			.489
<b>Açıkladığı Varyans</b>	<b>21.347</b>	<b>11.661</b>	<b>7.514</b>
<b>AÇIKLANAN TOPLAM VARYANS</b>		<b>40.522</b>	

AFA sonucu belirlenen yapının yamaç testi sonucu elde edilen yamaç eğim grafiği Şekil 5.1’de gösterilmiştir. Grafikte eğrinin 3 faktörlü yapıyı desteklediği görülmektedir.



**Şekil 5.1.** Yamaç eğim grafiği (Ankara, 2020).

Tablo 5.3’te görüldüğü gibi AFA sonucu belirlenen yapı paralel analiz yöntemi ile oluşturulan rasgele veri setinden elde edilen sonuçlar ile kıyaslanmıştır. Paralel analiz yöntemi ile elde edilen sonuçlar 3 faktörlü yapıyı desteklemektedir.

**Tablo 5.3.** Faktör analizinden elde edilen özdeğerler ile paralel analizden elde edilen kritik değerlerin karşılaştırılması (Ankara, 2020).

Faktör numarası	Faktör analizinden elde edilen özdeğer	Paralel analizden elde edilen kritik değer	Karar
1	4.483	1.487	<b>Kabul</b>
2	2.449	1.406	<b>Kabul</b>
3	1.578	1.334	<b>Kabul</b>
4	1.180	1.277	Red
5	1.098	1.232	Red

## DFA

Üçüncü çalışma grubundan (n=316) toplanan verilerin AFA sonucunda elde edilen 21 madde ve üç faktörden oluşan yapıyı doğrulayıp doğrulamadığını test etmek için 280 kişiden oluşan dördüncü çalışma grubuna DFA uygulanmıştır. Sınanan modelin yeterliğini saptamak amacıyla incelenen uyum indekslerine yönelik kabul edilebilir ve mükemmel uyum ölçütleri ile DFA'dan elde edilen uyum indeksi değerleri ve bu doğrultuda ortaya çıkan sonuçlar Tablo 5.4'te gösterilmiştir.

**Tablo 5.4.** İncelenen uyum indekslerine ilişkin mükemmel ve kabul edilebilir uyum ölçütleri ile DFA'dan elde edilen uyum indeksi değerleri (Ankara, 2020).

Uyum İndeksleri	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri	Elde Edilen Uyum İndeksleri	Sonuç
$\chi^2/sd$	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$	2,68	KEU
RMSEA	$0,00 \leq RMSA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSA \leq 0,08$	0,08	KEU
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$	0,09	KEU
CFI	$0,95 \leq CFI \leq 1,00$	$0,90 \leq CFI \leq 0,95$	0,86	KU
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$0,90 \leq NFI < 0,95$	0,80	KU
NNFI	$0,95 \leq NNFI \leq 1,00$	$0,90 \leq NNFI \leq 0,95$	0,85	KU
IFI	$0,95 \leq IFI < 1,00$	$0,90 \leq IFI \leq 0,95$	0,86	KU
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI < 0,95$	0,85	KU
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI \leq 0,90$	0,82	KU
PNFI	$0,95 \leq PNFI \leq 1,00$	$0,50 \leq 0,95$	0,71	KEU
PGFI	$0,95 \leq PGFI \leq 1,00$	$0,50 \leq PGFI \leq 0,95$	0,69	KEU

$\chi^2 = 499,01$ ,  $sd = 186$ ,  $p < 0,001$       **KEU:** Kabul edilebilir uyum      **KU:** Kötü uyum

Tablo 5.4'te görüldüğü gibi 21 madde ve üç faktörden oluşan yapının ki kare değeri 499,01 serbestlik derecesi (sd) 186 ve  $p < 0,001$  bulunmuştur. Bu yapı  $\chi^2/sd$ , RMSA, SRMR, PNFI, PGFI uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde **kabul edilebilir uyum**, CFI, NFI, NNFI, IFI, GFI, AGFI uyum indeksleri ile değerlendirildiğinde **kötü uyum** göstermiştir. Bu sonuçlar DFA'dan elde edilen modelin uyum düzeyinin yeterli olmadığını ortaya koymaktadır.

DFA sonucu elde edilen üç faktörlü modele ilişkin t-testi değerleri Tablo 5.5'de sunulmuştur.

**Tablo 5.5.** DFA sonucu elde edilen üç faktörlü modele ilişkin t-testi değerleri (Ankara, 2020).

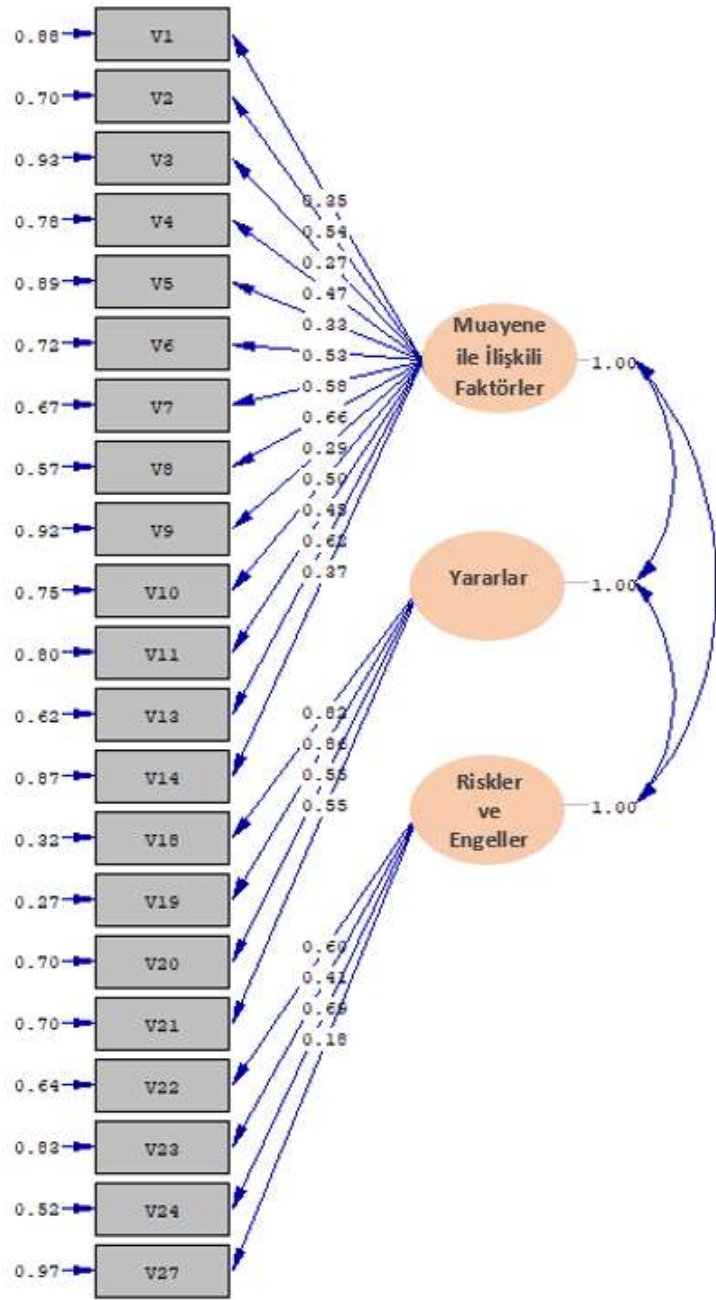
Muayene ile ilişkili faktörler		Yararlar		Riskler ve engeller	
Madde	t	Madde	t	Madde	t
1	5,42*	18	14,96*	22	7,65*
2	8,89*	19	15,72*	23	5,62*
3	4,13*	20	9,17*	24	8,35*
4	7,44*	21	9,17*	27	2,42**
5	5,07*				
6	8,58*				
7	9,52*				
8	11,19*				
9	4,43*				
10	8,10*				
11	7,20*				
13	10,33*				
14	5,72*				

\*p<0,01

\*\*p<0,05

Tablo 5.5’de yer alan bulgular incelendiğinde t-testi değerlerinin muayene ile ilişkili faktörler alt boyutu için 4,43 ile 11,19 arasında, yararlar alt boyutu için 9,17 ile 15,72 arasında, riskler ve engeller alt boyutu için 2,42 ile 7,65 arasında değiştiği belirlenmiştir. Hesaplanan t değerlerinin 1,96’dan büyük olması 0,05 düzeyinde; 2,58’den büyük olması ise 0,01 düzeyinde anlamlı olduğunu göstermektedir (247, 248). Anlamlı olmayan t değerleri, bu değerlere ilişkin maddelerin modelden çıkarılması gerektiğine işaret etmekte veya araştırmadaki katılımcı sayısının faktör analizi için yeterli olmadığını göstergesi olarak değerlendirilmektedir (249). Bu çalışmada DFA sonucu elde edilen t değerlerinin tamamı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

DFA sonucunda elde edilen 21 maddeden oluşan üç boyutlu modele ilişkin faktör yükleri Şekil 5.2’de yer almaktadır. Şekilde görüldüğü üzere faktör yükleri muayene ile ilişkili faktörler boyutu için .27 ile .62 arasında, yararlar boyutu için .55 ile .86 arasında, riskler ve engeller boyutu için .18 ile .69 arasında değişmektedir.



**Şekil 5.2.** RAKTİ Ölçeği'nin Türkçe formunun üç alt boyutlu doğrulayıcı faktör analizi (DFA) modeli (Ankara, 2020).

#### 5.1.1.4. RAKTİ Ölçeği'nin Ölçüt Geçerliği Analiz Sonuçları

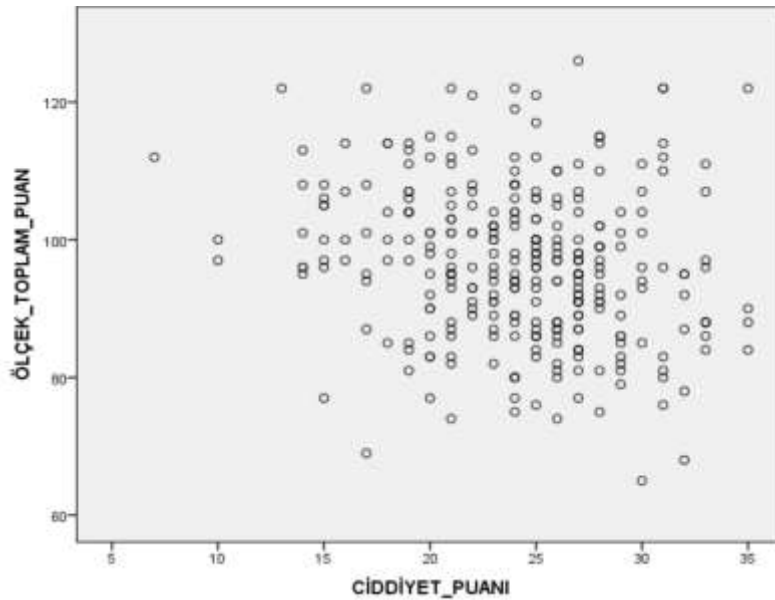
Rahim Ağız Kanseri ve Pap smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin ciddiyet alt boyutu ve RAKTİ Ölçeği ve alt boyutlarının puanları arasındaki ilişki Tablo 5.6'da verilmiştir. Ciddiyet alt boyutu ve RAKTİ Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye yönelik saçılım grafiği şekil 5.3'de sunulmuştur. Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin ciddiyet

alt boyutu toplam puanı normal dağılıma uymadığından puanlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Ciddiyet alt boyutu ve RAKTİ Ölçeği puanları arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ( $r=-0,22$ ,  $p<0,001$ ). Ciddiyet alt boyutu ve muayene ile ilişkili faktörler alt boyutu arasında negatif yönde ve zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki ( $r=-0,25$ ,  $p<0,001$ ) varken, abartılı kaygı alt boyutu arasında pozitif yönde ve zayıf bir ilişki ( $r=0,16$ ,  $p=0,005$ ) vardır. Ciddiyet alt boyutu ile yararlar alt boyutu ( $r=0,04$ ,  $p=0,538$ ) ve riskler ve engeller alt boyutu ( $r=-0,08$ ,  $p=0,178$ ) arasında ise anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 5.6.** Ciddiyet alt boyutu ile RAKTİ Ölçeği ve alt boyutlarının puanları arasındaki korelasyon analizi (Ankara, 2020).

Ölçekler (n=302)	r*	p
Ciddiyet alt boyut puanı RAKTİ Ölçeği puanı	-0,22	<0,001
Ciddiyet alt boyut puanı Muayene ile ilişkili faktörler alt boyut puanı	-0,25	<0,001
Ciddiyet alt boyut puanı Abartılı kaygı alt boyut puanı	0,16	0,005
Ciddiyet alt boyut puanı Yararlar alt boyut puanı	0,04	0,538
Ciddiyet alt boyut puanı Riskler ve engeller alt boyut puanı	-0,08	0,178

\* Çarpık dağılım nedeniyle Spearman Korelasyonu yapılmıştır.



**Şekil 5.3.** Rahim Ağzı Kanseri ve Pap smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin ciddiyet alt boyutu ve RAKTİ Ölçeği'nin puanları arasındaki ilişkiye yönelik saçılım grafiği (Ankara, 2020).

RAKTİ Ölçeği ile ciddiyet alt boyutu arasındaki korelasyonlara ilişkin değerler ölçüt geçerliğinin sağlanmadığını göstermektedir.

### 5.1.2. RAKTİ Ölçeği'nin Güvenirlik Analiz Sonuçları

Bu araştırmada RAKTİ Ölçeği'nin güvenilirlik analizleri için iç tutarlılık analizi, test-tekrar test güvenilirlik analizi ve madde analizi yapılmıştır.

#### İç Tutarlılık Analizleri

**Cronbach alfa katsayısı:** AFA sonrası örtük yapısı belirlenen 21 madde 3 alt boyuttan oluşan RAKTİ Ölçeği'nin tamamı ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri Tablo 5.7'de verilmiştir. Ölçeğin tamamı için hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0,780'dir. Muayene ile ilişkili faktörler alt boyutu için hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0,774, yararlar alt boyutu için hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0,746 ve riskler ve engeller alt boyutu için hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0,520'dir.

**Tablo 5.7.** RAKTİ Ölçeği'nin tamamı ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alfa değerleri (Ankara, 2020)

Ölçek ve Alt Boyutları	Madde sayıları	Cronbach Alfa Değeri
RAKTİ Ölçeği	21	0,780
Muayene ile ilişkili faktörler	13	0,774
Yararlar	4	0,746
Riskler ve engeller	4	0,520

Alanyazında alfa katsayısının;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$  ise ölçeğin güvenilir olmadığı,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$  ise ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğu,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$  ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu,

$0.80 \leq \alpha < 1.00$  ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu belirtilmektedir

(242, 243). Buna göre RAKTİ Ölçeği'nin tamamı, muayene ile ilişkili faktörler ve yararlar alt boyutlarının **oldukça güvenilir**, riskler ve engeller alt boyutunun ise **düşük güvenilirlikte** olduğu saptanmıştır.



### Test-Tekrar Test Güvenirliği

RAKTİ Ölçeği'nin test-tekrar test güvenirlik analizi için ulaşılan 66 personelin ilk test ve tekrar test uygulaması sonucunda elde edilen puanların dağılımı Tablo 5.8 ve RAKTİ Ölçeği'nin ilk test ve tekrar testinden puanları arasındaki korelasyon analizi sonucu Tablo 5.9'da verilmiştir. Tekrar test uygulamasında Cronbach Alfa değerisi 0,857'dir. 66 personelin ilk test toplam ölçek puanı ortalaması 96,14±11,99 ve tekrar test toplam ölçek puanı ortalaması 97,83±12,51 olup, ilk ve tekrar test toplam puanları arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,74$ ,  $p<0,001$ ). Muayene ile ilişkili faktörler alt boyutu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,805, abartılı kaygı alt boyutu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,586, yararlar alt boyutu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,422 ve riskler ve engeller alt boyutu için hesaplanan korelasyon katsayısı 0,523'tür. Muayene ile ilişkili faktörler, abartılı kaygı ve riskler ve engeller alt boyutları yüksek düzeyde korelasyon, yararlar alt boyutu orta düzeyde korelasyon göstermiştir. Bu sonuç RAKTİ Ölçeği'nin zamana karşı tutarlı sonuçlar verdiğini göstermektedir.

**Tablo 5.8.** Araştırmaya katılan personelin RAKTİ Ölçeği ilk test ve tekrar test uygulaması sonucunda elde edilen puanların dağılımı (Ankara, 2020).

Özellikler	İlk test	Tekrar test
Ortalama	96,14	97,83
Standart sapma	11,99	12,51
En küçük puan	68	68
En büyük puan	126	129
Ortanca	96,0	99,0
Skewness	0,175	0,152
Kurtosis	-0,091	-0,316
Shapiro-Wilk p değerisi	0,977	0,805

**Tablo 5.9.** Araştırmaya katılan personelin RAKTİ Ölçeği ve alt boyutlarına ait ilk test ve tekrar testi puanları arasındaki korelasyon analizi (Ankara, 2020).

Ölçek ve alt boyutları (n=66)	r	p
RAKTİ Ölçeği*	0,734	$p<0,001$
Muayene ile ilişkili faktörler*	0,805	$p<0,001$
Abartılı kaygı**	0,586	$p<0,001$
Yararlar**	0,422	$p<0,001$
Riskler ve engeller**	0,523	$p<0,001$

\* Normal dağılım nedeniyle Pearson Korelasyonu yapılmıştır.

\*\*Çarpık dağılım nedeniyle Spearman Korelasyonu yapılmıştır.

## Madde Analizi

RAKTİ Ölçeği'nde yer alan alt boyutlar ve her bir maddenin kişileri ayırt etme gücünü belirlemek için madde analizi yapılmıştır. Bu amaçla ölçeğin alt boyutlarının ve her bir maddenin toplam ölçek puanlarına göre belirlenen alt % 27 ve üst % 27'lik grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi bağımsız örneklem t-testi ile yapılmıştır. Alt boyutlara ait elde edilen değerler Tablo 5.10'da yer almaktadır.

**Tablo 5.10.** RAKTİ Ölçeği alt boyutları alt üst grup ortalamaları için t-testi sonuçları (Ankara, 2020).

Alt boyut	Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Muayene ile ilişkili faktörler	Üst%27	56,57	4,86	29,46	p<0,001
	Alt%27	41,34	4,87		
Abartılı kaygı	Üst%27	8,06	2,28	1,12	<b>0,264</b>
	Alt%27	7,81	1,87		
Yararlar	Üst%27	17,69	2,27	12,67	p<0,001
	Alt%27	14,65	2,25		
Riskler ve engeller	Üst%27	28,11	2,75	22,07	p<0,001
	Alt%27	21,37	3,00		

Not: sd=352

Analiz sonucunda Tablo 5.10'da görüldüğü gibi muayene ile ilişkili faktörler, yararlar, riskler ve engeller alt boyut toplam puanları açısından %27'lik alt ve üst gruplar arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $p<0,05$ ). Başka bir deyişle bu alt boyutlar ölçek toplam puanlarına göre belirlenen %27'lik alt ve üst grupta bulunan bireyleri ayırt etmektedir. Ancak abartılı kaygı alt boyut toplam puanı açısından %27'lik alt ve üst gruplar arasında anlamlı bir farklılık yoktur ( $p=0,345$ ). Yani abartılı kaygı alt boyutu ölçek toplam puanlarına göre belirlenen %27'lik alt ve üst grupta bulunan bireyleri ayırt etmemektedir. Ayrıca ölçekte yer alan her bir maddenin ölçtüğü özellik açısından kişileri ayırt etmede ne kadar yeterli olduğunu belirlemek amacıyla yapılan %27'lik alt üst grup farkına dayalı madde analizi sonuçları Tablo 5.11'de yer almaktadır.

**Tablo 5.11.** RAKTİ Ölçeği'nin madde analizi sonuçları (Ankara, 2020).

Madde	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Alfası	Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	t	p
1	.248	.787	Üst%27	2,70	1,33	9,13	<0,001
			Alt%27	1,67	0,71		
2	.460	.776	Üst%27	4,45	0,57	12,59	<0,001
			Alt%27	3,24	1,16		
3	.196	.789	Üst%27	2,59	1,31	5,61	<0,001
			Alt%27	1,93	0,85		
4	.390	.780	Üst%27	4,61	0,70	11,06	<0,001
			Alt%27	3,56	1,06		
5	.342	.782	Üst%27	4,24	0,87	9,48	<0,001
			Alt%27	3,31	0,96		
6	.366	.781	Üst%27	4,40	0,85	10,54	<0,001
			Alt%27	3,33	1,06		
7	.396	.780	Üst%27	4,78	0,51	12,77	<0,001
			Alt%27	3,79	0,90		
8	.451	.778	Üst%27	4,64	0,64	13,25	<0,001
			Alt%27	3,53	0,91		
9	.235	.788	Üst%27	2,86	1,32	7,44	<0,001
			Alt%27	1,99	0,82		
10	.376	.781	Üst%27	4,40	0,70	10,19	<0,001
			Alt%27	3,48	0,98		
11	.373	.780	Üst%27	4,03	1,18	11,64	<0,001
			Alt%27	2,59	1,15		
12	.454	.778	Üst%27	4,34	0,84	12,00	<0,001
			Alt%27	3,31	0,77		
13	.553	.770	Üst%27	4,48	0,68	17,89	<0,001
			Alt%27	2,80	1,04		
14	.372	.780	Üst%27	4,03	1,07	11,39	<0,001
			Alt%27	2,80	0,96		
15	-1,63	.803	Üst%27	2,23	1,02	-1,95	<b>0,053</b>
			Alt%27	2,43	0,84		
16	.107	.792	Üst%27	3,43	0,96	4,60	<0,001
			Alt%27	2,98	0,90		
17	-0,66	.798	Üst%27	2,39	1,01	-0,13	<b>0,898</b>
			Alt%27	2,40	0,79		
18	.286	.785	Üst%27	4,51	0,84	8,53	<0,001
			Alt%27	3,77	0,79		
19	.291	.784	Üst%27	4,60	0,73	8,47	<0,001
			Alt%27	3,93	0,74		
20	.264	.786	Üst%27	4,13	0,82	8,15	<0,001
			Alt%27	3,38	0,90		
21	.357	.782	Üst%27	4,46	0,66	10,75	<0,001
			Alt%27	3,57	0,89		
22	.290	.784	Üst%27	3,89	0,93	8,19	<0,001
			Alt%27	3,09	0,90		
23	162	.790	Üst%27	3,34	1,08	5,37	<0,001
			Alt%27	2,78	0,87		
24	.235	.787	Üst%27	3,66	0,98	6,29	<0,001
			Alt%27	3,08	0,76		

Tablo 5.11. RAKTİ Ölçeği'nin madde analizi sonuçları (devamı).

Madde	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Alfası	Gruplar	Ortalama	Standart Sapma	t	p
25	.307	.784	Üst%27	4,52	0,63	9,09	<0,001
			Alt%27	3,79	0,86		
26	.460	.775	Üst%27	4,49	0,84	14,96	<0,001
			Alt%27	2,88	1,16		
27	.420	.778	Üst%27	4,47	0,74	11,88	<0,001
			Alt%27	3,35	1,01		
28	.395	.779	Üst%27	3,74	1,15	12,16	<0,001
			Alt%27	2,39	0,92		

Not: sd=352

Tablo 5.11'de görüldüğü üzere madde 15 ve madde 17 dışındaki maddelere ilişkin ölçek toplam puanına göre belirlenen %27'lik alt ve üst grupların ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardır ( $p < 0,05$ ). Buna göre madde 15 ve madde 17 ölçtükleri özellik açısından kişileri ayırt etmede yetersiz iken diğer her bir madde ölçtükleri özellik açısından kişileri yeterli düzeyde ayırt etmektedir.

## 5.2. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan personelin sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumu, sağlıklı yaşam davranışları, alışkanlıkları, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bazı özellikleri, çalışma hayatı ile ilgili özellikleri, kanser ve rahim ağzı kanseri ile ilgili bazı özellikleri, pap smear ve HPV testi ile ilgili bazı özellikleri, rahim ağzı kanseri tarama programı ile ilgili bazı özellikleri, kadın sağlığı ile ilgili bazı özellikleri, rahim ağzı kanserine yönelik bilgi puanları, Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'ne (RAKTİ Ölçeği) verdiği yanıtları sunulmuştur.

Araştırmaya katılan personelin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 5.12'de verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması  $45,22 \pm 7,41$  yıldır. Katılımcıların %77,3'ü ( $n=255$ ) yüksekokul/üniversite mezunu %50,9'u ( $n=228$ ) evlidir. Halen evli olanlar veya önceden evlenmiş olanların ilk evlenme yaşı ortalaması  $24,86 \pm 4,90$  yaştır. Katılımcıların %30,3'ü Çankaya ilçesinde ikamet etmektedir. Katılımcıların %72,7'si ( $n=240$ ) ekonomik durumunun orta düzeyde olduğunu, %93,3'ü ( $n=308$ ) ise özel sağlık sigortasının olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %35,8'i yakın çevresinde sağlık çalışanı olduğunu ifade etmiştir. Belirtilen meslek grupları içerisinde yarıya yakını hemşiredir (%46,3,  $n=69$ ).

**Tablo 5.12.** Araştırmaya katılan personelin bazı sosyo-demografik özellikleri (Ankara, 2020).

Özellik	n	%
<b>Yaş (n=330)</b>		
30-34	28	8,5
35-39	55	16,7
40-44	67	20,3
45-49	67	20,3
50-54	85	25,8
55-59	23	7,0
>60	5	1,5
$\bar{X} \pm SS = 45,22 \pm 7,41$ Ortanca=46,00 En küçük=30,00 En büyük=64,00		
<b>Öğrenim durumu (n=330)</b>		
İlkokul mezunu	6	1,8
Ortaokul mezunu	15	4,5
Lise mezunu	54	16,4
Yüksekokul/Üniversite mezunu	255	77,3
<b>Medeni durum (n=330)</b>		
Evli	228	50,9
Eşi vefat etmiş	14	20,8
Boşanmış	43	16,8
Hiç evlenmemiş	45	13,6
<b>İlk evlenme yaşı (n=285)</b>		
$\bar{X} \pm SS = 24,86 \pm 4,90$ Ortanca=25,00 En küçük=13,00 En büyük=45,00		
<b>İkamet edilen ilçe (n=327)</b>		
Çankaya	99	30,3
Yenimahalle	61	18,7
Mamak	53	16,2
Keçiören	45	13,8
Etimesgut	38	11,6
Altındağ	13	4,0
Sincan	8	2,4
Gölbaşı	7	2,1
Pursaklar	1	0,3
Çubuk	1	0,3
Diğer*	1	0,3
<b>Ekonomik durum algısı (n=330)</b>		
Çok iyi	4	1,2
İyi	72	21,8
Orta	240	72,7
Kötü	12	3,6
Çok kötü	2	0,6
<b>Özel sağlık sigortası varlığı (n=330)</b>		
Var	22	6,7
Yok	308	93,3
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=330)</b>		
Var **	118	35,8
Yok	212	64,2

Tablo 5.12. Araştırmaya katılan personelin bazı sosyo-demografik özellikleri (devamı).

Özellik	n	%
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı olanların belirttiği meslekler***</b>		
Hemşire	69	46,3
Hekim	38	25,5
Tıbbi sekreter	13	8,7
Sağlık bakım teknisyeni	12	8,0
Tıbbi laboratuvar teknisyeni	4	6,0
Eczacı	3	2,0
Diş hekimi	2	1,3
Fizyoterapist	2	1,3
Ebe	1	0,6
Radyoterapi teknikeri	1	0,6
Acil tıp teknikeri	1	0,6
Tıbbi laboratuvar teknisyeni	1	0,6
Biyolog	1	0,6
Psikolog	1	0,6
Anestezi teknisyeni	1	0,6

\* Kırıkkale ilinde ikamet ettiğini belirtmiştir.

\*\* Yakın çevresinde sağlık çalışanı olan 118 kişiden 117'si mesleğini belirtmiştir.

\*\*\*Bir kişi birden fazla meslek belirtebilmektedir. Toplam 149 meslek belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan personelin sağlık durumu, sağlıklı yaşam davranışları ve alışkanlıkları ile ilgili bazı özellikleri Tablo 5.13'te verilmiştir. Katılımcıların %2,2'si zayıf, %46,7'si normal kilolu, %34,4'ü fazla kilolu ve %16,7'si şişmandır (Şekil 5.4). Katılımcıların %51,2'si (n=169) spor/egzersiz yapmamaktadır. Spor egzersiz yaptığını belirten katılımcıların, %20,0'si (n=66) haftada 2-3 kere spor/egzersiz yaptığını belirtmiştir. Katılımcıların %49,7'si (n=164) hiç sigara içmediğini, %14,8'i (n=49) içip bıraktığını, %35,5'i (n=117) ise halen içtiğini ifade etmiştir. Eskiden içenlerin ortalama içme süresi 12,29±9,52 yıl ve ortalama içme miktarı 9,84±8,64 adet iken halen içenlerin ortalama içme süresi 19,39±8,29 yıl ve ortalama içme miktarı 10,28±6,59 adettir. Katılımcıların %68,5'i (n=226) hiç alkol içmemiş, %6,4'ü (n=21) içip bırakmış ve %25,2'si (n=83) halen içmektedir. Eskiden içenlerin ortalama içme süresi 11,48±7,83 yıl olup yaklaşık yarısı yılda 1-2 kere içtiğini belirtirken halen içenlerin ortalama içme süresi 17,38±8,26 yıl olup yaklaşık üçte birinden fazlası ayda 1-2 kere içtiğini belirtmiştir. Katılımcıların %33,9'unun (n=112) düzenli ilaç kullanmayı gerektirecek kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Hastalık gruplarına göre bakıldığında %53,1'inin (n=68) endokrin sistem hastalığı, %14,8'inin (n=19) alerjik-immünolojik hastalığı, %9,4'ünün (n=12) kardiyovasküler hastalığı, %8,6'sının (n=11) romatolojik hastalığı, %4,7'sinin (n=6) gastrointestinal hastalığı, %2,3'ünün jinekolojik hastalığı, %1,6'sının (n=2) nörolojik hastalığı, %1,6'sının (n=2)

psikiyatrik hastalığı ve %1,6'sının (n=2) göz hastalığı, %0,8'inin (n=1), göğüs hastalığı, %0,8'inin (n=1) kas-iskelet sistemi hastalığı ve %0,8'inin (n=1) hematolojik hastalığı bulunmaktadır. Katılımcıların %73,9'u (n=244) aile hekimini bilmektedir. Aile hekimini bilenlerin %16,8'i (n=44) son bir ayda aile hekimi veya aile sağlığı merkezinden bir görevli ile görüştüğünü belirtmiştir.

**Tablo 5.13.** Araştırmaya katılan personelin sağlık durumu, sağlıklı yaşam davranışları ve alışkanlıkları ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020).

Özellik	n	%
<b>BKİ (n=323)</b>		
<18,5	7	2,2
18,50-24,99	151	46,7
25-29,99	111	34,4
≥30	54	16,7
$\bar{X} \pm SS = 25,72 \pm 4,64$ Ortanca=25,10 En küçük=16,61 En büyük=40,09		
<b>Spor/egzersiz yapma durumu (n=330)</b>		
Hayır	169	51,2
Evet	161	48,8
<b>Sıklık</b>		
Her gün	30	9,1
Haftada 4-6 kere	17	5,2
Haftada 2-3 kere	66	20,0
Haftada 1 kere	22	6,7
Ayda 2-3 kere	14	4,2
Yılda birkaç kere veya daha az	12	3,6
<b>Sigara içme durumu (n=330)</b>		
Hiç içmeyen	164	49,7
Eskiden içen	49	14,8
<b>Süre (yıl)</b> $\bar{X} \pm SS = 12,29 \pm 9,52$ Ortanca=10,0 En küçük=1 En büyük=40		
<b>Miktar (adet)</b> $\bar{X} \pm SS = 9,84 \pm 8,64$ Ortanca=6,0 En küçük=1 En büyük=30		
Halen içen	117	35,5
<b>Süre (yıl)</b> $\bar{X} \pm SS = 19,39 \pm 8,29$ Ortanca=20,0 En küçük=1 En büyük=54		
<b>Miktar (adet)</b> $\bar{X} \pm SS = 10,28 \pm 6,59$ Ortanca=10,0 En küçük=1 En büyük=40		

Tablo 5.13. Araştırmaya katılan personelin sağlık durumu, sağlıklı yaşam davranışları ve alışkanlıkları ile ilgili bazı özellikleri (devamı).

Özellik	n	%
<b>Alkol içme durumu (n=330)</b>		
Hiç içmeyen	226	68,5
Eskiden içen	21	6,4
<b>Sıklık</b>		
Ayda 1-2	5	23,8
Yılda 3-4	6	28,6
Yılda 1-2	10	47,6
<b>Süre (yıl)</b> $\bar{X} \pm SS = 11,48 \pm 7,83$ Ortanca=10,0 En küçük=2 En büyük=30		
Halen içen	83	25,2
<b>Sıklık</b>		
Haftada 3-4	3	3,6
Haftada 1-2	8	9,6
Ayda 1-2	30	36,1
Yılda 3-4	23	27,7
Yılda 1-2	19	22,9
<b>Süre (yıl) (n=80)</b> $\bar{X} \pm SS = 17,38 \pm 8,26$ Ortanca=20,0 En küçük=2 En büyük=40		
<b>Kronik hastalık varlığı (n=330)</b>		
Yok	218	66,1
Var <sup>1</sup>	112	33,9
<b>Kronik hastalık türü <sup>2</sup></b>		
Endokrin hastalıklar	68	53,1
Allerjik-immünolojik hastalıklar	19	14,8
Kardiyovasküler hastalıkları	12	9,4
Romatolojik hastalıklar	11	8,6
Gastrointestinal hastalıklar	6	4,7
Jinekolojik hastalıklar	3	2,3
Nörolojik hastalıklar	2	1,6
Psikiyatrik hastalıklar	2	1,6
Göz hastalıkları	2	1,6
Göğüs hastalıkları	1	0,8
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	1	0,8
Hematolojik hastalıklar	1	0,8
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=330)</b>		
Hayır	86	26,1
Evet	244	73,9
<b>Aile hekimi ile son bir ayda görüşme durumu</b>		
Hayır	203	83,2
Evet	41	16,8

<sup>1</sup> Kronik hastalığı olan 112 kişiden 111'i hastalık türünü belirtmiştir.

<sup>2</sup> Bir kişi birden fazla hastalık belirtebilmektedir. Toplam 128 hastalık grubu belirtilmiştir.

Katılımcıların belirttiği hipertansiyon hiperlipidemi, diyabetes mellitus, insülin direnci, osteoporoz, addison hastalığı, tiroid hastalıkları endokrin hastalıklar başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği astım, kronik ürtiker, alerjik rinit hastalıkları alerjik-immünolojik hastalıklar başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği kalp ritm bozukluğu, kalp kapak hastalıkları, derin ven trombozu ve venöz yetmezlik hastalıkları kardiyovasküler hastalıklar başlığı altında gruplandırılmıştır.



Katılımcıların belirttiği romatoid artrit, ankilozan spondilit, sjögren sendromu, psöriazis, ailevi akdeniz ateşi, akut romatizmal ateş ve fibromiyalji hastalıkları romatolojik hastalıklar başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği gastroözofageal reflü, kronik gastrit, Budd-Chiari Sendromu, ülseratif kolit ve crohn hastalıkları gastrointestinal hastalıklar başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği polikistik over sendromu, endometriozis ve endometrial hiperplazi hastalıkları jinekolojik hastalıklar başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği migren ve parkinson hastalıkları nörolojik hastalıklar başlığı altında gruplandırılmıştır.

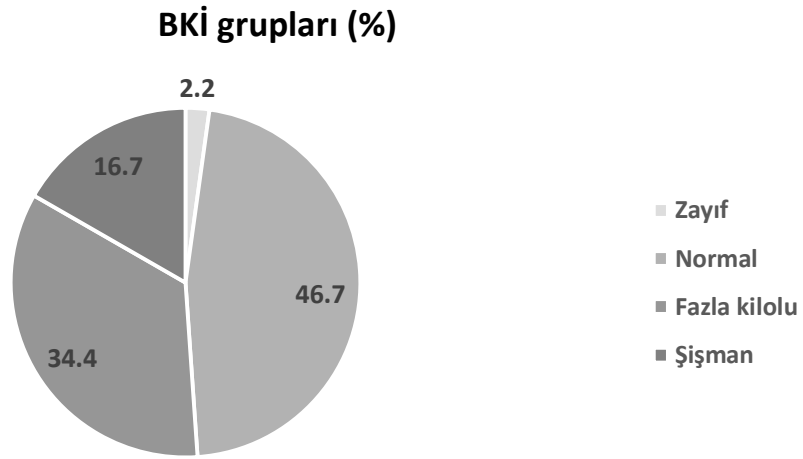
Katılımcıların belirttiği obsesif-kompulsif bozukluk hastalığı psikiyatrik hastalıklar başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği glokom hastalığı göz hastalıkları başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği kronik obstruktif akciğer hastalığı göğüs hastalıkları başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği boyun fıtığı hastalığı kas-iskelet sistemi hastalıkları başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği talasemi hastalığı hematolojik hastalıklar başlığı altında gruplandırılmıştır.



**Şekil 5.4.** Araştırmaya katılan personelin beden kitle indeksi gruplarının dağılımı (Ankara, 2020).

Araştırmaya katılan personelin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bazı özellikleri Tablo 5.14'te verilmiştir. Katılımcıların ilk adet görme yaşı ortalaması  $13,41 \pm 1,62$  yaştır. Gebe kalma durumuna bakıldığında katılımcıların %81,2'si (n=267) gebe kaldığını belirtmiştir. Gebe kalanların ilk gebelik yaşı ortalaması  $26,14 \pm 5,09$  yaş, gebelik sayısı ortalaması  $2,06 \pm 1,24$  ve toplam doğum sayısı ortalaması  $1,58 \pm 0,71$ 'dir. Katılımcıların %35,0'i (n=115) menopoza girmiştir ve menopoza girdiğini belirtenlerin menopoza girme yaşı ortalaması  $46,45 \pm 4,96$  yaştır. Menopoza girmeyen katılımcıların %40,8'i (n=87) halen gebelikten koruyucu bir yöntem kullandığını belirtmiştir. Kullanılan yöntemler arasında %50,0'si (n=44) erkek kondomu, %27,3'ü (n=24) hormonlu RiA, %12,5'i (n=11) geri çekme, %4,5'i (n=4) takvim yöntemi, %3,4'ü (n=3) hap ve %2,3'ü (n=2) tüp ligasyonudur. Katılımcıların %62,5'i (n=205) geçmişte gebelikten koruyucu

yöntem kullandığını ifade etmiştir. Kullanılan yöntemler arasında %30,9'u (n=94) hormonlu RİA, %22,7'si (n=69) erkek kondomu, %20,4'ü (n=62) hap, %17,1'i (n=52) geri çekme, %4,3'ü (n=13) takvim yöntemi, %3,0'ü (n=9) tüp ligasyonu ve %1,6'sı (n=5) deri altı implant/enjeksiyondur.

**Tablo 5.14.** Araştırmaya katılan personelin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020).

Özellik	n	%
<b>İlk adet görme yaşı (n=279) <sup>1</sup></b>		
$\bar{X} \pm SS = 13,41 \pm 1,62$ Ortanca=13,0 En küçük=9 En büyük=21		
<b>Gebe kalma durumu (n=329)</b>		
Hayır	62	18,8
Evet	267	81,2
<b>İlk gebelik yaşı (n=266)</b>		
$\bar{X} \pm SS = 26,14 \pm 5,09$ Ortanca=26,0 En küçük=14 En büyük=43		
<b>Gebelik sayısı (n=266)</b>		
$\bar{X} \pm SS = 2,06 \pm 1,24$ Ortanca=2,0 En küçük=1 En büyük=12		
<b>Toplam doğum sayısı (n=266)</b>		
$\bar{X} \pm SS = 1,58 \pm 0,71$ Ortanca=2,0 En küçük=0 En büyük=4		
<b>Menopoza girme durumu (n=329)</b>		
Hayır	214	65,0
Evet	115	35,0
<b>Menopoza girme yaşı (n=115)</b>		
$\bar{X} \pm SS = 46,45 \pm 4,96$ Ortanca=47,0 En küçük=30 En büyük=58		
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanımı (n=213)</b>		
Hayır	126	59,2
Evet	87	40,8
<b>Kullanılan yöntem <sup>2</sup></b>		
Erkek kondomu	44	50,0
Hormonlu RİA	24	27,3
Geri çekme	11	12,5
Takvim yöntemi	4	4,5
Hap	3	3,4
Tüp ligasyonu	2	2,3
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanımı (n=328)</b>		
Hayır	123	37,5
Evet	205	62,5
<b>Kullanılan yöntem <sup>3</sup></b>		
Hormonlu RİA	94	30,9
Erkek kondomu	69	22,7
Hap	62	20,4
<b>Süre (yıl)</b>		
$\bar{X} \pm SS = 3,22 \pm 3,22$ Ortanca=2,0 En küçük=3 ay En büyük=15 yıl		
Geri çekme	52	17,1
Takvim yöntemi	13	4,3
Tüp ligasyonu	9	3,0
Deri altı implant/enjeksiyon	5	1,6

<sup>1</sup> Katılımcılardan birinin primer overyeni yetmezliği olduğu için tabloya dahil edilmemiştir. 50 katılımcı ilk adet görme yaşını hatırlamadığını belirtmiştir.

<sup>2</sup> Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanan 87 kişiden biri kullandığı yöntemi belirtmemiştir. Bu soruda birden fazla yöntem belirtilebilmekteydi, Toplam 88 yöntem belirtilmiştir.

<sup>3</sup> Bu soruda birden fazla yöntem işaretlenebilmekteydi. Toplam 304 yöntem belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan personelin çalışma hayatı ile ilgili bazı özellikleri Tablo 5.15’de verilmiştir. Katılımcıların ortalama çalışma süresi  $20,95 \pm 7,94$  yıldır. Katılımcıların %78,5’i (n=259) Sıhhiye Yerleşkesinde, %21,5’i (n=71) Beytepe Yerleşkesinde çalışmaktadır. Çalışılan ortamda çalışma arkadaşlarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında katılımcıların %64,2’sinin (n=212) çalıştığı ortamda kadın sayısı daha fazla iken %29,4’ünün (n=64) çalıştığı ortamda erkek sayısı daha fazla ve %16,4’ünün (n=54) çalıştığı ortamda kadın ve erkek sayısı birbirine yakın/eşittir. Katılımcıların %55,8’i daha önce farklı bir birim/yerde çalıştığını belirtmiştir.

**Tablo 5.15.** Araştırmaya katılan personelin çalışma hayatı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020).

Özellik (n=330)	n	%
<b>Çalışılan süre (yıl)</b>		
$\bar{X} \pm SS = 20,95 \pm 7,94$ Ortanca=22,00 En küçük=2,00 En büyük=42,00		
<b>Çalışılan yer</b>		
Sıhhiye	259	78,5
Beytepe	71	21,5
<b>Çalışma arkadaşlarının cinsiyete göre dağılımı</b>		
Kadın sayısı daha fazla	212	64,2
Erkek sayısı daha fazla	64	19,4
Kadın ve erkek sayısı birbirine yakın/eşit	54	16,4
<b>Daha önce farklı bir birim/yerde çalışma durumu</b>		
Hayır	146	44,2
Evet	184	55,8

Araştırmaya katılan personelin kanser ve rahim ağzı kanseri ve tarama testi ile ilgili bazı özellikleri Tablo 5.16’da verilmiştir. Katılımcıların %1,2’si (n=4) rahim ağzı kanseri tanısı almıştır. Katılımcıların %47’si (n=155) yakın çevresinde herhangi bir kanser tanısı alan birey olduğunu belirtmiştir. Tanı alanların yakınlığına bakıldığında %58,5’i (n=147) akrabası, %27,1’i (n=68) aile bireyi, %8,4’ü (n=21) arkadaşı, %4,8’i (n=12) komşusu ve %1,2’si ise kendisidir. Tanı konulan kanser türüne bakıldığında %26,0’sını (n=65) meme kanseri, %20,4’ünü (n=51) gastrointestinal sistem kanseri, %16,4’ünü (n=41) solunum sistemi kanseri, %14,8’ini (n=37) jinekolojik kanser, %7,2’sini (n=18) hematolojik sistem kanseri, %6,0’sını (n=15) genitoüriner sistem kanseri, %4,0’ünü

(n=10) cilt kanseri %2,8'ini (n=7) merkezi sinir sistemi kanseri, %1,2'sini (n=3) kemik ve yumuşak doku kanseri ve %1,2'sini (n=3) tiroid kanseri oluşturmaktadır. Katılımcıların %43,6'sı (n=142) kendini rahim ağzı kanseri açısından hiç risk altında görmez iken %1,5'i (n=5) kesinlikle rahim ağzı kanseri olma riski taşıdığını belirtmiştir. Tarama testi ile tanı konulduğunda rahim ağzı kanserinin tedavi edilebilir oranı sorulduğunda katılımcıların %28,8'i (n=95) %76-100 oranında tedavi edilebilir yanıtını vermiştir. Katılımcıların %50,9'u (n=168) rahim ağzı kanserine yönelik tarama testinin muayene masasında sağlık çalışanı tarafından yapılmasını, %20,9'u (n=69) nasıl yapılacağı kendisine anlatıldığında sağlık merkezinde veya evde kendi kendine yapmayı tercih edeceğini belirtirken katılımcıların %24,8'i (n=82) her iki şekilde de tarama testi yaptırabileceğini, %3,3'ü (n=11) ise her iki şekilde de tarama testi yaptırmayı istemediğini belirtmiştir.

**Tablo 5.16.** Araştırmaya katılan personelin kanser ve rahim ağzı kanseri ve tarama testi ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020).

<b>Özellik (n=330)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Rahim ağzı kanseri tanısı alma durumu (n=330)</b>		
Hayır	326	98,8
Evet	4	1,2
<b>Yakın çevresindekilerin kanser tanısı alma durumu (n=330)</b>		
Hayır	175	53,0
Evet	155	47,0
<b>Yakınlığı <sup>1</sup></b>		
Akraba	147	58,5
Aile	68	27,1
Arkadaş	21	8,4
Komşu	12	4,8
Diğer <sup>2</sup>	3	1,2
<b>Kanser türü <sup>3</sup></b>		
Meme kanseri	65	26,0
Gastrointestinal sistem kanseri	51	20,4
Solunum sistemi kanseri	41	16,4
Jinekolojik kanser	37	14,8
Hematolojik sistem kanser	18	7,2
Genitoüriner sistem kanseri	15	6,0
Cilt kanseri	10	4,0
Merkezi sinir sistemi kanseri	7	2,8
Kemik ve yumuşak doku tümörü	3	1,2
Tiroid kanseri	3	1,2
<b>Kendini rahim ağzı kanseri açısından risk altında görme durumu (n=326) <sup>4</sup></b>		
Hiç risk altında görmeyen	142	43,6
Biraz risk altında gören	149	45,7
Oldukça risk altında gören	25	7,7
Çok yüksek düzeyde risk altında gören	5	1,5
Kesinlikle rahim ağzı kanseri olma riski taşıdığını belirten	5	1,5

Tablo 5.16. Araştırmaya katılan personelin kanser ve rahim ağzı kanseri ve tarama testi ile ilgili bazı özellikleri (devamı).

Özellik (n=330)	n	%
<b>Tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanseri tedavi oranı (n=330)</b>		
% 0-24	14	4,2
% 25-50	65	19,7
% 51-75	129	39,1
% 76-100	95	28,8
Fikri olmayan	27	8,2
<b>Rahim ağzı kanserine yönelik tarama testi tercihi (n=330)</b>		
Muayene masasında sağlık çalışanı tarafından yapılmasını tercih eden	168	50,9
Nasıl yapılacağı anlatıldığında kendi kendine yapmayı tercih eden	69	20,9
Her iki şekilde de testi yaptırabileceğini belirten	82	24,8
Her iki şekilde de testi yaptırmayı istemeyen	11	3,3

<sup>1</sup> Yakın çevresinde herhangi bir kanser tanısı alan olduğunu belirten 155 kişiden ikisi tanı alan kişinin yakınlığını ve kanser türünü belirtmemiştir, bir kişi ise yakınlığını belirtmiş ancak kanser türünü belirtmemiştir. Tanı alan kişinin yakınlığı ve kanser türü sorusuna birden fazla kişi/kanser türü belirtilebilmekteydi. Toplam 251/250 kişi/kanser türü belirtilmiştir.

<sup>2</sup> Yakın çevresinde herhangi bir kanser tanısı alan olduğunu belirten 155 kişiden üçü kendisinin meme kanseri olduğunu belirtmiştir.

<sup>3</sup> Katılımcıların belirttiği ağız kanseri, mide kanseri, kolon kanseri, rektum kanseri karaciğer kanseri, safra kanalı kanseri ve pankreas kanseri gastrointestinal sistem kanserleri başlığı altında gruplandırılmıştır. Katılımcıların belirttiği larinks kanseri, nazofarinks kanseri ve akciğer kanseri solunum sistemi kanserleri başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği over kanseri, rahim kanseri ve rahim ağzı kanseri jinekolojik kanserler başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği lösemi, lenfoma ve multipl miyelom hematolojik sistem kanserleri başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği böbrek kanseri, mesane kanseri ve prostat kanseri genitoüriner sistem kanserleri başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği malign melanom cilt kanserleri başlığı altında gruplandırılmıştır.

Katılımcıların belirttiği beyin tümörü ve omurilik tümörü merkezi sinir sistemi kanserleri başlığı altında gruplandırılmıştır.

<sup>4</sup> Daha önce rahim ağzı kanseri tanısı alan dört kişi dahil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan personelin pap smear ve HPV testi ile ilgili bazı özellikleri Tablo 5.17’de verilmiştir. Katılımcıların %96,4’ü (n=318) simir testini duyduğunu belirtmiştir. Simir testini kimden/nereden duyduğunu belirten katılımcıların %45,9’u (n=271) sağlık personelinden, %17,0’si (n=100) arkadaş/akrabadan, %14,4’ü (n=85) televizyon/radyodan, %12,5’i (n=74) internetten, %8,8’i (n=52) gazete/broşürden, %1,2’si (n=7) hizmet içi eğitimden ve %0,2’si (n=1) akademik yayınlardan duyduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %57,9’u (n=191) HPV testini duyduğunu belirtmiştir. HPV testini kimden/nereden duyduğunu belirten katılımcıların %46,4’ü (n=154) sağlık personelinden, %14,5’i (n=48) televizyon/radyodan, %14,2’si (n=47) internetten, %13,2’si (n=44) arkadaş/akrabadan, %9,6’sı (n=32) gazete/broşürden, %1,5’i (n=5) ise hizmet içi eğitimden duyduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %0,6’sı (n=2) ise diğer seçeneğini işaretlemiş olup biri akademik yayınlardan diğeri KETEM’den duyduğunu

belirtmiştir. Katılımcıların %76,1'i (n=251) rahim ağzı kanserine yönelik herhangi bir zamanda simir testi ve/veya HPV testi yaptığını belirtmiştir. Simir ve/veya HPV testi yaptıran katılımcıların %19,9'u bir kere, %24,7'si (n=62) iki kere, %14,7'si (n=37) üç kere, %6,4'ü (n=16) dört kere, %5,2'si (n=13) beş kere ve %29,1'i (n=73) altı ve daha fazla kere yaptırdığını belirtmiştir.

**Tablo 5.17.** Araştırmaya katılan personelin pap smear ve HPV testi ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020).

<b>Özellik (n=330)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Simir testini duyma durumu</b>		
Hayır	12	3,6
Evet	318	96,4
<b>Kimden/nereden duyduğu <sup>1</sup></b>		
Sağlık personeli <sup>2</sup>	271	45,9
Hekim	233	66,4
Hemşire	98	27,9
Ebe	20	5,7
Arkadaş/akraba	100	17,0
Televizyon/radyo	85	14,4
İnternet	74	12,5
Gazete/broşür	52	8,8
Hizmet içi eğitim	7	1,2
Akademik yayınlar	1	0,2
<b>HPV testini duyma durumu</b>		
Hayır	139	42,1
Evet	191	57,9
<b>Kimden/nereden duyduğu <sup>3</sup></b>		
Sağlık personeli	154	46,4
Hekim	133	66,5
Hemşire	60	30,0
Ebe	7	3,5
Televizyon/radyo	48	14,5
İnternet	47	14,2
Arkadaş/akraba	44	13,2
Gazete/broşür	32	9,6
Hizmet içi eğitim	5	1,5
Diğer <sup>4</sup>	2	0,6
<b>Simir ya da HPV testi yaptıırma durumu</b>		
Hayır	79	23,9
Evet	251	76,1
<b>Yaptırma sayısı <sup>5</sup></b>		
1	50	19,9
2	62	24,7
3	37	14,7
4	16	6,4
5	13	5,2
6 ve daha fazla	73	29,1

<sup>1</sup> Bugüne kadar simir testini duyduğunu belirten 318 kişiden biri kimden/nereden duyduğunu hatırlamadığını belirtmiştir. Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.

<sup>2</sup> Sağlık personelinin duyduğunu belirten katılımcılar birden fazla sağlık personeli seçeneğini işaretleyebilmekteydi.

<sup>3</sup> Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.

<sup>4</sup> HPV testini kimden/nereden duyduğu sorusuna diğer seçeneğini işaretleyen iki kişiden biri akademik yayınlardan biri de KETEM'den bilgi edindiğini belirtmiştir.

<sup>5</sup> Bir kere test yaptırdığını belirten 50 kişiden 44'ü testi herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde yaptırdığını, dört kişi KETEM'de yaptırdığını, bir kişi ASM 'de yaptırdığını belirtmiştir.

İki kere test yaptırdığını belirten 62 kişiden 58'i tüm testleri herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde yaptırdığını, 2 kişi testlerden birini herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde diğerini ASM'de yaptırdığını, 1 kişi testlerden birini herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde diğerini KETEM'de yaptırdığını, 1 kişi tüm testleri ASM 'de yaptırdığını belirtmiştir.

Üç kere test yaptırdığını belirten 37 kişiden 34'ü tüm testleri herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde yaptırdığını, 1 kişi testlerden ikisini herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde, birini KETEM'de yaptırdığını, 1 kişi testlerden ikisini herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde, birini ASM'de yaptırdığını, 1 kişi tüm testleri ASM'de yaptırdığını belirtmiştir.

Dört kere test yaptırdığını belirten 16 kişiden 13'ü tüm testleri herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde yaptırdığını, 3 kişi testlerden üçünü herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde, birini ASM'de yaptırdığını belirtmiştir.

Beş kere test yaptırdığını belirten 13 kişiden 12'i tüm testleri herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde yaptırdığını, 1 kişi testlerden dördünü herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde, birini KETEM'de yaptırdığını belirtmiştir.

Altı ve daha fazla kere test yaptırdığını belirten 73 kişiden 70'i tüm testleri herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde yaptırdığını, 1 kişi testlerden birini KETEM'de diğer tüm testleri herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde yaptırdığını, 1 kişi testlerden birini TSM'de diğer tüm testleri herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde yaptırdığını, 1 kişi testlerden birini ASM'de diğer tüm testleri herhangi bir hastanenin kadın doğum polikliniğinde yaptırdığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri tarama programı ile ilgili bazı özellikleri Tablo 5.18'de verilmiştir. Katılımcıların %45,8'i (n=151) Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen rahim ağzı kanseri tarama programını duyduğunu belirtmiştir. Rahim ağzı kanseri tarama programını duyduğunu belirtenlerin %45,8'i (n=76) sağlık personeli/sağlık kurumundan, %23,5'i (n=39) televizyondan, %14,5'i (n=24) yakın çevresinden, %13,8'i (n=23) internet/sosyal medyadan ve %2,4'ü (n=4) afiş/broşürden duymuştur. Rahim ağzı kanseri tarama programını duyan katılımcıların %85,4'ü (n=129) kendisine ulaşılarak taramaya davet edilmediğini, %9,9'u taramaya davet edildiğini fakat daveti kabul etmediğini ve %4,6'sı (n=7) taramaya davet edildiğini ve daveti kabul ettiğini belirtmiştir. Rahim ağzı kanseri tarama programını duyan katılımcılar arasında %91,4'ü (n=138) rahim ağzı kanseri için KETEM, Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi veya Sağlıklı Hayat Merkezi'nde tarama yaptırmadığını belirtmiştir. İlgili yerlerde tarama yaptırmamış olanların yaklaşık yarısı (%49,3, n=68) kadın doğum polikliniğine gittiği için buralarda tarama yaptırmadığını ifade etmiştir ve %76,1'i (n=105) tarama testini kendi kendine yapabileceği bir olanak sağlansa taramasını yaptıracağını belirtmiştir. Rahim ağzı kanseri tarama programını duyan katılımcılar arasında %8,6'sı (n=13) rahim ağzı kanseri için KETEM, Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi veya Sağlıklı Hayat

Merkezi'nde tarama yaptırdığını belirtmiştir. İlgili yerlerde tarama yaptırmış olanların hepsi bir kere bu yerlerde tarama yaptırmış ve ortalama  $2,15 \pm 2,54$  yıl önce yaptırmıştır. Ayrıca %53,8'i (n=7) ASM'de, %46,2'si (n=6) KETEM'de tarama yaptırmıştır ve bu katılımcıların %76,9'u (n=10) bir sonraki tarama testini ne zaman yaptırması gerektiğini bilmektedir. Tüm katılımcılar arasında (n=330) %6,1'i (n=20) KETEM, Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi veya Sağlıklı Hayat Merkezi'nde tarama yaptırdığını belirtmiştir.

**Tablo 5.18.** Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri tarama programı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020).

Özellik	n	%
<b>Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (n=330)</b>		
Hayır	179	54,2
Evet	151	45,8
<b>Nereden/nerelerden duyduğu <sup>1</sup></b>		
Sağlık personeli/sağlık kurumu <sup>2</sup>	76	45,8
Televizyon	39	23,5
Yakın çevre <sup>3</sup>	24	14,5
İnternet/sosyal medya	23	13,8
Afiş/broşür	4	2,4
<b>Taramaya davet edilme durumu</b>		
Davet edilmeyen	129	85,4
Davet edilen fakat daveti kabul etmeyen	15	9,9
Davet edilen ve daveti kabul eden	7	4,6
<b>KETEM, TSM, ASM veya SHM'nde tarama yaptırma durumu <sup>4</sup></b>		
<b>Hayır</b>	138	91,4
<b>Yaptırmama nedeni</b>		
Kadın doğum polikliniğinde yaptırdığım için	68	49,3
Herhangi bir şikayetim olmadığı için	16	11,6
Fırsatım/zamanım olmadığı için	15	10,9
Evli olmadığım/bekar olduğum için	8	5,8
Davet edilmediğim için	7	5,1
İhmalkar davrandığım/önemsemediğim için	6	4,3
İlgili yerlerde tarama yapıldığını bilmediğim için	5	3,6
TAH-BSO olduğum için	1	0,7
<b>Olanak sağlansa kendi kendine tarama yaptırma durumu</b>		
Evet	105	76,1
Hayır	33	23,9



Tablo 5.18. Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri tarama programı ile ilgili bazı özellikleri (devamı).

Özellik	n	%
<b>KETEM, TSM, ASM veya SHM'nde tarama yaptırma durumu</b> <sup>4</sup>		
<b>Evet</b>	13	8,6
<b>Zamanı (yıl önce)</b>		
$\bar{X} \pm SS = 2,15 \pm 2,54$ Ortanca=1,00    En küçük=1,00    En büyük=10,00		
<b>Sayısı</b>		
Bir kere	13	100,0
<b>Yaptırılan yer</b>		
ASM	7	53,8
KETEM	6	46,2
<b>Bir sonraki tarama testinin yapılma zamanını bilme durumu</b>		
Hayır	3	23,1
Evet	10	76,9
<b>KETEM, TSM, ASM veya SHM'nde tarama yaptırma durumu (n=330)</b> <sup>5</sup>		
Yaptıran	20	6,1
Yaptırmayan	310	93,9

<sup>1</sup> Rahim ağzı kanseri tarama programını duyduğunu belirten 151 kişiden biri nereden duyduğunu hatırlamadığını belirtmiştir. Bu soruda birden fazla yer belirtilebilmekteydi.

<sup>2</sup> Katılımcıların belirttiği hastane, ASM, KETEM, aile hekimi, hekim ve hemşire sağlık kurumu/sağlık personeli başlığı altında gruplandırılmıştır.

<sup>3</sup> Katılımcıların belirttiği aile, akraba, arkadaş ve komşu yakın çevre başlığı altında gruplandırılmıştır.

<sup>4</sup> Rahim ağzı kanseri tarama programını duyduğunu belirten 151 katılımcı yanıtlamıştır.

<sup>5</sup> Tüm katılımcılar yanıtlamıştır

Araştırmaya katılan personelin kadın sağlığı ile ilgili bazı özellikleri Tablo 5.19'da verilmiştir. Katılımcıların %37,0'ı (n=122) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran katılımcılar arasında %85'i (n=103) üniversite hastanesinde, %10,8'i (n=13) ise özel hastane/klinikte muayene yaptırmaktadır. Türkiye'de kadınlara sunulan özellikle kadın hastalıkları ve doğumla ilişkili hizmetlerin niteliğine dair görüşleri sorulduğunda katılımcıların %2,4'ü (n=8) çok iyi, %23,0'ü (n=76) iyi, %48,2'si (n=159) orta, %20,6'sı (n=68) kötü ve %5,8'i (n=19) çok kötü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %7,0'si (n=23) herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle histerektomi ameliyatı olmuştur.

**Tablo 5.19.** Araştırmaya katılan personelin kadın sağlığı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2020).

<b>Özellik (n=330)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма</b>		
Hayır	208	63,0
Evet	122	37,0
<b>Muayene yapılan sağlık kurumu <sup>1</sup></b>		
Üniversite hastanesi	103	85,1
Özel hastane/klinik	13	10,8
Eğitim ve araştırma hastanesi	2	1,7
Şehir hastanesi	1	0,8
Devlet hastanesi	1	0,8
Aile sağlığı merkezi	1	0,8
<b>Kadın hastalıkları ve doğumla ilişkili hizmetlerin niteliğine dair görüş</b>		
Çok iyi	8	2,4
İyi	76	23,0
Orta	159	48,2
Kötü	68	20,6
Çok kötü	19	5,8
<b>Histerektomi olma durumu</b>		
Hayır	307	93,0
Evet	23	7,0
<b>Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu (n=303) <sup>2</sup></b>		
Kesinlikle katılmıyorum	59	19,5
Katılmıyorum	77	25,4
Kararsızım	60	19,8
Katılıyorum	76	25,1
Kesinlikle katılıyorum	31	10,2

<sup>1</sup> Düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran 122 kişiden biri muayene olduğu sağlık kurumunu belirtmemiştir.

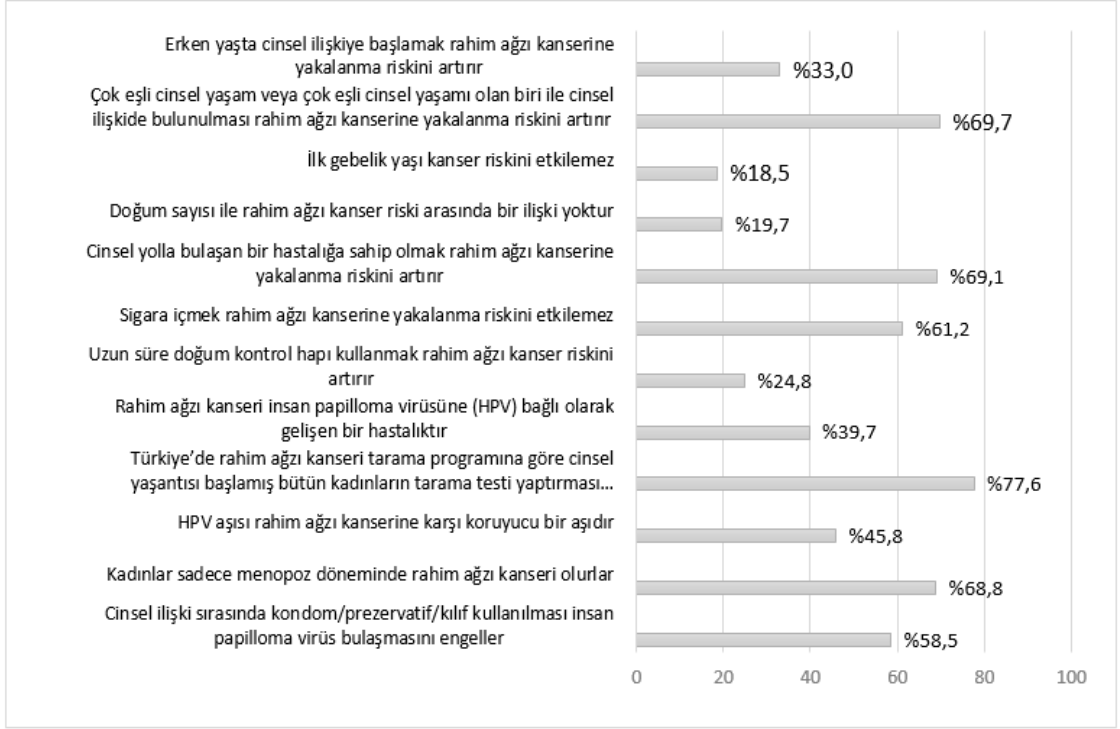
<sup>2</sup> Histerektomi olan katılımcılar dahil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanserine yönelik bazı bilgi önermelerine verdikleri yanıtlar Tablo 5.20'de gösterilmiştir. "Erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır" önermesini katılımcıların %33,0'ı (n=109) doğru olarak yanıtlamıştır. "Çok eşli cinsel yaşam veya çok eşli cinsel yaşamı olan biri ile cinsel ilişkide bulunulması rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır" önermesine katılımcıların % 69,7'si (n=230) doğru cevabı vermiştir. "İlk gebelik yaşı kanser riskini etkilemez" önermesine katılımcıların %18,5'i (n=61) doğru cevabı vermiştir. "Doğum sayısı ile rahim ağzı kanser riski arasında bir ilişki yoktur" önermesine katılımcıların %19,7'si (n=65) doğru cevabı vermiştir. "Cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olmak rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır" önermesine katılımcıların %69,1'i (n=228) doğru cevabı vermiştir. "Sigara içmek rahim ağzı kanserine yakalanma

riskini etkilemez “ önermesine katılımcıların %61,2’si (n=202) doğru cevabı vermiştir. “Uzun süre doğum kontrol hapi kullanmak rahim ağzı kanser riskini artırır” önermesine katılımcıların %24,8’i (n=82) doğru cevabı vermiştir. “Rahim ağzı kanseri insan papilloma virüsüne (HPV) bağlı olarak gelişen bir hastalıktır” önermesine katılımcıların %39,7’si (n=131) doğru cevabı vermiştir. “Türkiye’de rahim ağzı kanseri tarama programına göre cinsel yaşantısı başlamış bütün kadınların tarama testi yaptırması gerekmektedir” önermesine katılımcıların %77,6’sı (n=256) doğru cevabı vermiştir. “HPV aşısı rahim ağzı kanserine karşı koruyucu bir aşıdır” önermesine katılımcıların %45,8’i (n=151) doğru cevabı vermiştir. “Kadınlar sadece menopoz döneminde rahim ağzı kanseri olurlar” önermesine katılımcıların %68,8’i (n=227) doğru cevabı verirken, “Cinsel ilişki sırasında kondom/prezervatif/kılıf kullanılması insan papilloma virüs bulaşmasını engeller” önermesine katılımcıların %58,5’i (n=193) doğru cevabı vermiştir. Rahim ağzı kanserine yönelik bazı bilgi önermelerine doğru yanıt veren katılımcıların yüzdesi Şekil 5.5’de gösterilmektedir.

**Tablo 5.20.** Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanserine yönelik bazı bilgi önermelerine verdikleri yanıtların dağılımı (Ankara, 2020).

Önermeler  (n=330)	Yanıtların Dağılımı					
	Doğru		Yanlış		Fikri olmayan	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır <b>(D)</b>	109	33,0	44	13,3	177	53,6
Çok eşli cinsel yaşam veya çok eşli cinsel yaşamı olan biri ile cinsel ilişkide bulunulması rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır <b>(D)</b>	230	69,7	7	2,1	93	28,2
İlk gebelik yaşı kanser riskini etkilemez <b>(Y)</b>	61	18,5	74	22,4	195	59,1
Doğum sayısı ile rahim ağzı kanser riski arasında bir ilişki yoktur <b>(Y)</b>	65	19,7	79	23,9	186	56,4
Cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olmak rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır <b>(D)</b>	228	69,1	9	2,7	93	28,2
Sigara içmek rahim ağzı kanserine yakalanma riskini etkilemez <b>(Y)</b>	202	61,2	34	10,3	94	28,5
Uzun süre doğum kontrol hapı kullanmak rahim ağzı kanser riskini artırır <b>(D)</b>	82	24,8	36	10,9	212	64,2
Rahim ağzı kanseri insan papilloma virüsüne (HPV) bağlı olarak gelişen bir hastalıktır <b>(D)</b>	131	39,7	8	2,4	191	57,9
Türkiye’de rahim ağzı kanseri tarama programına göre cinsel yaşantısı başlamış bütün kadınların tarama testi yaptırması gerekmektedir <b>(D)</b>	256	77,6	11	3,3	63	19,1
HPV aşısı rahim ağzı kanserine karşı koruyucu bir aşıdır <b>(D)</b>	151	45,8	5	1,5	174	52,7
Kadınlar sadece menopoz döneminde rahim ağzı kanseri olurlar <b>(Y)</b>	227	68,8	4	1,2	99	30,0
Cinsel ilişki sırasında kondom/prezervatif/kılıf kullanılması insan papilloma virüs bulaşmasını engeller <b>(D)</b>	193	58,5	26	7,9	111	33,6



**Şekil 5.5.** Rahim ağzı kanserine yönelik bilgi önermelerini doğru yanıtlayan katılımcıların dağılımı (Ankara, 2020).

Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanserine yönelik bilgi puanları Tablo 5.21'de verilmiştir. Katılımcıların rahim ağzı kanseri hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek için 12 bilgi önermesi hazırlanmıştır. Katılımcıların önermelere verdikleri her bir doğru cevap 1 (bir) puan diğer cevapları 0 (sıfır) puan olarak değerlendirilmiştir. Önermelere verdikleri cevaplara göre rahim ağzı kanserine yönelik toplam bilgi puanları hesaplanmıştır. Toplam bilgi puanlarına göre katılımcıların %5,5'i (n=18) sıfır puan alırken %1,2'si (n=4) 12 puan almıştır. Katılımcıların ortalama bilgi puanı  $5,86 \pm 2,85$  puandır.

**Tablo 5.21.** Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanserine yönelik bilgi puanları (Ankara, 2020).

Puan Dağılımları (n=330)	n	%
0	18	5,5
1	12	3,6
2	18	5,5
3	24	7,3
4	26	7,9
5	37	11,2
6	43	13,0
7	49	14,8
8	47	14,2
9	25	7,6
10	21	6,4
11	6	1,8
12	4	1,2
$\bar{X} \pm SS = 5,86 \pm 2,85$ Ortanca=6,0 En küçük=0 En büyük=12		

Araştırmaya katılan personelin RAKTİ Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar Tablo 5.22'de gösterilmiştir. "Sağlık çalışanı aşağıdan muayene ederken kendimi gergin hissedirim" cümlesinde katılımcıların %86,2'si (n=241) gergin hissettiğini belirtmiştir. "Sağlık çalışanı aşağıdan muayene ederken kendimi hakları ihlal edilmiş hissedirim" cümlesinde katılımcıların % 75,7'si (n=230) hakları ihlal edilmiş hissetmediğini ifade etmiştir. "Muayene sırasında işlemi yapan sağlık çalışanı ne yaptığını açıklamadığında kendimi hakları ihlal edilmiş hissedirim" cümlesinde katılımcıların %67,5'i (n=205) yapılan işlem açıklanmadığında hakları ihlal edilmiş hissettiğini belirtmiştir. "Tarama testi yaptırmak çok utanç vericidir" cümlesinde katılımcıların %79,9'u (n=243) utanç verici olmadığını belirtmiştir. "Sağlık çalışanı, muayene sırasında üzerinde düşünmek istemediğim kişisel sorular sorar" cümlesinde katılımcıların %71,9'u (n=218) üzerinde düşünmek istemediği kişisel sorular sorulmayacağını belirtmiştir. "Muayene masasına yattığımda başıma gelen üzücü olayları hatırlarım" cümlesinde katılımcıların %73,6'sı (n=223) hatırlamadığını belirtmiştir. "Sağlık çalışanlarına güvenmem" cümlesinde katılımcıların %83,2'si (n=252) güvendiğini belirtmiştir. "Tarama testi yapan kişiler kabadır" cümlesinde katılımcıların %80,9'u (n=245) kaba olmadığını belirtmiştir. "Sağlık çalışanı muayene süresince aceleci davrandığında kendimi gergin hissedirim" cümlesinde katılımcıların %62,6'sı (n=189) aceleci davranıldığında gergin hissettiğini belirtmiştir. "Sağlık çalışanlarını tanımiyorsam onlara güvenmem" cümlesinde katılımcıların %73,9'u (n=214) tanımasa da sağlık çalışanlarına güvendiğini belirtmiştir. "Tarama testi

yaptırırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmek isterim” cümlesinde katılımcıların %59,8’i (n=181) bu görüşe katılmadığını (kesinlikle katılmıyorum/katılmıyorum) belirtmiştir. “Tarama testi yaptırmak çok fazla zaman alır “ cümlesinde katılımcıların %68,4’ü (n=207) çok fazla zaman almadığını belirtmiştir. “Tarama testi yaptırmaktan korkarım çünkü ne yapılacağını bilmiyorum” cümlesinde katılımcıların %63,2’si (n=191) ne yapılacağını bilmediği için tarama testi yaptırmaktan korkmadığını belirtmiştir. “Tarama testi yaptırmaktan korkarım çünkü olumsuz bir sonuçla karşılaşabilirim “ cümlesinde katılımcıların %51,0’ı (n=154) olumsuz bir sonuçla karşılaşabileceği endişesi nedeniyle tarama testi yaptırmaktan korkmadığını belirtmiştir. “Hayatımın bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissederim” cümlesinde katılımcıların %58,4’ü (n=177) rahim ağzı kanseri olacağını hissetmediğini belirtmiştir. “Rahim ağzı kanserine yakalanmam mümkündür” cümlesinde katılımcıların %41,5’i (n=126) bunun mümkün olduğunu belirtmiştir. “ Önümüzdeki birkaç yıl içinde rahim ağzı kanserine yakalanma ihtimalim yüksektir” cümlesinde katılımcıların %47,5’i (n=144) bu ihtimalin yüksek olmadığını belirtmiştir. “Tarama testi yaptırmak erken dönemdeki anormal rahim ağzı hücreleri değişikliklerini tespit etmenin benim için en iyi yoludur” cümlesinde katılımcıların %78,9’u (n=239) tarama testinin hücrelerindeki değişiklikleri tespit etmede kendileri için en iyi olduğunu belirtmiştir. “Tarama testi yaptırmak anormal rahim ağzı hücrelerinin erkenden saptanmasında bana yardımcı olacaktır” cümlesinde katılımcıların %83,8’i (n=254) tarama testi yaptırmadan önce anormal hücrelerin erkenden saptanmasında kendisine yardımcı olacağını belirtmiştir. “Tarama testi vasıtasıyla bende rahim ağzı kanseri hücreleri saptanırsa, bu kanserin tedavisi benim için o kadar zor olmayabilir” cümlesinde katılımcıların %57,7’si (n=175) kanser hücrelerinin tarama ile saptanması durumunda tedavinin o kadar zor olmayacağını belirtmiştir. “Tarama testi yaptırmak rahim ağzı kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır” cümlesinde katılımcıların %72,6’sı (n=220) tarama testinin kanserden ölme ihtimalini azaltacağını belirtmiştir. “Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü bu hastalık ailemde hiç görülmez” cümlesinde katılımcıların %46,9’u (n=141) bu görüşe katılmadığını belirtmiştir. “Egzersiz yaparak ve doğru beslenerek sağlığıma dikkat edersem rahim ağzı kanseri için risk altında olmam” cümlesinde katılımcıların %37,3’ü (n=113) kararsız olduğunu belirtmiştir. “Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü cinsel ilişki sırasında korunurum” cümlesinde

katılımcıların %44,7'si (n=134) bu görüşe katılmadığını belirtmiştir. “Düzenli olarak tarama testi yaptırmak için çok yaşıyım” cümlesinde katılımcıların %80,9'u (n=253) tarama yaptırmak için yaşlı olmadığını belirtmiştir. “Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum” cümlesinde katılımcıların %63,4'ü (n=190) bildiğini belirtmiştir. “Tarama testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var” cümlesinde katılımcıların %76,6'sı (n=232) daha önemli sorunları olmadığını belirtmiştir. “Tarama testi yaptırmak için planlama yapmak aklıma gelmiyor” cümlesinde katılımcıların %43,6'sı (n=132) katılmadığını belirtmiştir.

**Tablo 5.22.** Araştırmaya katılan personelin RAKTİ Ölçeği'ne verdikleri cevaplar (Ankara, 2020).

Cümleler	(1) Kesinlikle Katılmıyorum		(2) Katılmıyorum		(3) Kararsızım		(4) Katılıyorum		(5) Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Muayene ile ilişkili faktörler</b>										
1. Sağlık çalışanı aşağıdan muayene ederken kendimi gergin hissederim. (n=304)	24	7,9	25	8,2	14	4,6	126	<b>41,4</b>	115	<b>34,8</b>
2. Sağlık çalışanı aşağıdan muayene ederken kendimi hakları ihlal edilmiş hissederim.(Yapılan muayene nedeniyle) (n=304)	75	<b>24,7</b>	155	<b>51,0</b>	31	10,2	24	7,9	19	6,3
3. Muayene sırasında işlemi yapan sağlık çalışanı <u>ne yaptığını açıklamadığında</u> kendimi hakları ihlal edilmiş hissederim. (n=304)	22	7,2	36	11,8	41	13,5	133	<b>43,8</b>	72	<b>23,7</b>
4. Tarama testi yaptırmak çok utanç vericidir. (n=304)	105	<b>34,5</b>	138	<b>45,4</b>	21	6,9	23	7,6	17	5,6
5. Sağlık çalışanı, muayene sırasında üzerinde düşünmek istemediğim kişisel sorular sorar. (n=303)	61	<b>20,1</b>	157	<b>51,8</b>	47	15,5	33	10,9	5	1,7
6. Muayene masasına yattığımda başıma gelen üzücü olayları hatırlarım. (n=303)	78	<b>25,7</b>	145	<b>47,9</b>	32	10,6	37	12,2	11	3,6
7. Sağlık çalışanlarına güvenmem. (n=303)	125	<b>41,3</b>	127	<b>41,9</b>	40	13,2	7	2,3	4	1,3



Tablo 5.22. Araştırmaya katılan personelin RAKTİ Ölçeği'ne verdikleri cevaplar (devamı).

Cümleler	(1) Kesinlikle Katılmıyorum		(2) Katılmıyorum		(3) Kararsızım		(4) Katılıyorum		(5) Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
8. Tarama testi yapan kişiler kabadır. (n=303)	99	32,7	146	48,2	44	14,5	9	3,0	5	1,7
9. Sağlık çalışanı muayene süresince aceleci davrandığımda kendimi gergin hissederim. (n=302)	29	9,6	48	15,9	36	11,9	137	45,4	52	17,2
10. Sağlık çalışanlarını tanımiyorsam onlara güvenmem. (n=303)	66	21,8	158	52,1	53	17,5	17	5,6	9	3,0
11. Sadece kadın sağlık çalışanlarını görmek isterim. (Tarama testi yaptırmak için) (n=303)	76	25,1	105	34,7	37	12,2	58	19,1	27	8,9
12. Tarama testi yaptırmak çok fazla zaman alır. (n=303)	65	21,5	142	46,9	77	25,4	16	5,3	3	1,0
13. Tarama testi yaptırmaktan korkarım çünkü ne yapılacağını bilmiyorum. (n=302)	68	22,5	123	40,7	48	15,9	45	14,9	18	6,0
14. Tarama testi yaptırmaktan korkarım çünkü olumsuz bir sonuçla karşılaşabilirim. (n=302)	48	15,9	106	35,1	57	18,9	70	23,2	21	7,0
<b>Abartılı kaygı</b>										
15. Hayatımın bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissederim. (n=303)	48	15,8	129	42,6	82	27,1	39	12,9	5	1,7
16. Rahim ağzı kanserine yakalanmam mümkündür. (n=303)	19	6,3	56	18,5	102	33,7	118	38,9	8	2,6
17. Önümüzdeki birkaç yıl içinde rahim ağzı kanserine yakalanma ihtimalim yüksektir. (n=303)	38	12,5	106	35,0	136	44,9	17	5,6	6	2,0
<b>Yararlar</b>										
18. Tarama testi yaptırmak erken dönemdeki anormal rahim ağzı hücreleri değişikliklerini tespit etmenin benim için en iyi yoludur. (n=303)	17	5,6	12	4,0	35	11,6	143	47,2	96	31,7

Tablo 5.22. Araştırmaya katılan personelin RAKTİ Ölçeği'ne verdikleri cevaplar (devamı).

Cümleler	(1) Kesinlikle Katılmıyorum		(2) Katılmıyorum		(3) Kararsızım		(4) Katılıyorum		(5) Kesinlikle Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>19.</b> Tarama testi yaptırmak anormal rahim ağzı hücrelerinin erkenden saptanmasında bana yardımcı olacaktır. (n=303)	15	5,0	12	4,0	22	7,3	154	<b>50,8</b>	100	<b>33,0</b>
<b>20.</b> Tarama testi vasıtasıyla bende rahim ağzı kanseri hücreleri saptanırsa, bu kanserin tedavisi benim için o kadar zor olmayabilir. (n=303)	16	5,3	31	10,2	81	26,7	121	<b>39,9</b>	54	<b>17,8</b>
<b>21.</b> Tarama testi yaptırmak rahim ağzı kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır. (n=303)	11	3,6	21	6,9	51	16,8	144	<b>47,5</b>	76	<b>25,1</b>
<b>Riskler ve engeller</b>										
<b>22.</b> Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü bu hastalık ailemde hiç görülmez. (n=301)	39	<b>13,0</b>	102	<b>33,9</b>	109	36,2	42	14,0	9	3,0
<b>23.</b> Egzersiz yaparak ve doğru beslenerek sağlığıma dikkat edersem rahim ağzı kanseri için risk altında olmam. (n=303)	14	4,6	83	27,4	113	<b>37,3</b>	76	25,1	17	5,6
<b>24.</b> Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü cinsel ilişki sırasında korunurum. (n=300)	20	<b>6,7</b>	114	<b>38,0</b>	113	37,7	45	15,0	8	2,7
<b>25.</b> Düzenli olarak tarama testi yaptırmak için çok yaşlıyım. (n=303)	97	<b>29,4</b>	156	<b>51,5</b>	28	9,2	12	4,0	10	3,3
<b>26.</b> Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum. (n=300)	83	<b>27,7</b>	107	<b>35,7</b>	32	10,7	57	19,0	21	7,0
<b>27.</b> Tarama testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var. (n=303)	92	<b>30,4</b>	140	<b>46,2</b>	38	12,5	24	7,9	9	3,0
<b>28.</b> Tarama testi yaptırmak için planlama yapmak aklıma gelmiyor. (n=303)	49	<b>16,2</b>	83	<b>27,4</b>	51	16,8	100	33,0	20	6,6

### **5.3. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli bileşenleri ile kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testi ile ilgili özellikleri arasındaki bazı ilişki bulguları**

Bu bölümde araştırmaya katılan personelin sosyo-demografik özellikleri ve Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli bileşenleri ile kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testi ile ilgili özellikleri arasındaki bazı ilişkiler sunulmuştur.

Türkiye’de 1992 yılından beri rahim ağzı kanseri pap smear testi ile tarandığından testin kadınlar arasındaki bilinirliği yüksek düzeydedir. Araştırmaya katılan kadın personelin %96,4’ü (n=318) pap smear testini duyduğunu belirtirken sadece %3,6’sı (n=12) testi duymamıştır. Bu nedenle pap smear testini duyma ile ilişkili olabilecek özelliklere dair analiz yapılmamıştır. Ancak HPV testinin ülkemizde uygulanmaya başlaması oldukça yeni olduğundan (2014 yılından beri) ve HPV testinin bilinirliğinin pap smear testine göre daha az olması sebebiyle HPV testini yordayan faktörler incelenmiştir. Benzer şekilde KETEM, ASM, TSM ve SHM’nde katılımcıların yalnızca %6,1’i (n=20) taramasını yaptırdığından tarama programına katılma durumunu yordayan faktörlerle ilgili analize yer verilmemiştir.

Araştırmaya katılan personelin medeni durumlarına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu Tablo 5.23’te karşılaştırılmıştır. Evli olanların %41,2’si (n=94), eşi vefat etmiş veya boşanmış olanların %36,8’i ve hiç evlenmemiş olanların %15,6’sı (n=7) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Katılımcıların medeni durumlarına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,005). Bonferroni düzeltmesi ile bakıldığında bu fark evli olanlar ile hiç evlenmemiş olanlar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır (p=0,002).

**Tablo 5.23.** Araştırmaya katılan personelin medeni durumuna göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmama durumu (Ankara, 2020).

	Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmama durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Medeni durum (n=330)</b>							10,630
Evli	94	41,2	134	58,8	228	69,1	<b>0,005</b>
Eşi vefat etmiş/boşanmış	21	36,8	36	63,2	57	17,3	
Hiç evlenmemiş	7	15,6	38	84,4	45	13,6	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin yaşı ile düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmama durumu arasındaki ilişki Tablo 5.24'te verilmiştir. Düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran katılımcıların yaş ortalaması 46,13±6,55, yaptırmayanların 44,69±7,84'tür. Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,104).

**Tablo 5.24.** Araştırmaya katılan personelin yaşı ile düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmama durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmama durumu		
	Yaptıran	Yaptırmayan	Toplam
<b>Yaş (yıl)</b>			
n	122	208	330
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	46,13±6,55 (46,0)	44,69±7,84 (44,5)	45,22±7,41 (46,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	41,0-51,0	38,0-51,0	39,0-51,0
Test			u=11329,5* p=0,104

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmama durumu Tablo 5.25'te karşılaştırılmıştır. Öğrenim düzeyi lise ve altı olan katılımcıların %41,3'ü (n=31) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmama durumu, yüksekokul/üniversite mezunu katılımcıların %35,7'si (n=91) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,373). Özel sağlık sigortası olan katılımcıların %36,4'ü (n=8)

düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırırken, özel sağlık sigortası olmayan katılımcıların %54,7'si (n=41) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Katılımcıların özel sağlık sigortası olma durumuna göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,951). Katılımcıların ekonomik durum algılarına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumları incelendiğinde ekonomik durumunu çok iyi/iyi olarak değerlendiren katılımcıların %28,9'u (n=22), orta olarak değerlendirenlerin %39,2'si (n=94) ve kötü/çok kötü olarak değerlendiren katılımcıların %42,9'u (n=6) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Katılımcıların ekonomik durum algılarına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,246).

**Tablo 5.25.** Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (Ankara, 2020).

	Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=330)</b>							0,793
Lise ve altı	31	41,3	44	58,7	75	22,7	0,373
Yüksekokul/üniversite	91	35,7	164	64,3	255	77,3	
<b>Özel sağlık sigortası varlığı (n=330)</b>							0,004
Evet	8	36,4	14	63,6	22	6,7	0,951
Hayır	41	54,7	194	63,0	308	93,3	
<b>Ekonomik durum algısı (n=330)</b>							2,804
Çok iyi/iyi	22	28,9	54	71,1	76	23,0	0,246
Orta	94	39,2	146	60,8	240	72,7	
Kötü/çok kötü	6	42,9	8	57,1	14	4,2	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu Tablo 5.26'da karşılaştırılmıştır. Çalışma ortamında çalışma arkadaşları arasında kadın sayısının daha fazla olduğunu belirten katılımcıların %38,2'si (n=81), erkek sayısının daha fazla olduğunu belirten katılımcıların %34,4'ü (n=22) ve kadın ve erkek sayısının birbirine

yakın/eşit olduğunu belirten katılımcıların %35,2'si (n=19) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Çalışma arkadaşlarının cinsiyete göre dağılımları ile düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,820). Daha önce farklı bir birim/yerde çalışmış olan katılımcıların %37,5'i (n=69) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırırken, çalışmamış olan katılımcıların %36,3'ü (n=53) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Önceden başka bir birim/yerde çalışma durumlarına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,823). Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi/kişiler olduğunu belirten katılımcıların %43,9'u (n=68) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırırken, yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi/kişiler olmadığını belirten katılımcıların %30,9'u (n=54) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Katılımcıların yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,015).

**Tablo 5.26.** Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (Ankara, 2020).

	Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Çalışma arkadaşlarının cinsiyete göre dağılımı (n=330)</b>							0,398 0,820
Kadın sayısı daha fazla	81	38,2	131	61,8	212	64,2	
Erkek sayısı daha fazla	22	34,4	42	65,6	64	19,4	
Birbirine yakın/eşit	19	35,2	35	64,8	54	16,4	
<b>Önceden başka birim/yerde çalışma durumu (n=330)</b>							0,050 0,823
Çalışan	69	37,5	115	62,5	184	55,8	
Çalışmayan	53	36,3	93	63,7	146	44,2	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=330)</b>							5,974 0,015
Var	68	43,9	87	56,1	155	47,0	
Yok	54	30,9	121	69,1	175	53,0	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu arasındaki ilişki Tablo 5.27’de verilmiştir. Düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran katılımcıların ortalama çalışma süresi 21,99±7,55 yıl iken, düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmayan katılımcıların ortalama çalışma süresi 20,34±8,12 yıldır. Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,062$ ).

**Tablo 5.27.** Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu		
	Yaptıran	Yaptırmayan	Toplam
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	122	208	330
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	21,99±7,55 (23,0)	20,34±8,12 (20,0)	20,95±7,94 (22,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	16,75-27,0	14,0-26,0	15,0-26,2
Test			u=11130,0* p=0,062

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu Tablo 5.28’de karşılaştırılmıştır. Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların %42,5’i (n=37) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıırken, kullanmayan katılımcıların %29,4’ü (n=37) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Katılımcıların halen gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumlarına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,047$ ). Bugüne kadar memenin kanser açısından kontrol edilmesini sağlamak amacıyla mamografi yaptırdığını belirten katılımcıların %47,5’i (n=86) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıırken, mamografi yaptırmadığını belirten katılımcıların %24,2’si (n=16) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Katılımcıların mamografi yaptırdığı durumlarına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,001$ ).

**Tablo 5.28.** Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıırma durumu (Ankara, 2020).

	Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıırma durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sigara içme durumu (n=330)</b>							0,182
Hiç içmeyen	59	36,0	105	64,0	164	49,7	0,913
İçip bırakan	18	36,7	31	63,3	49	14,8	
Halen içen	45	38,5	72	61,5	117	35,5	
<b>Alkol içme durumu (n=330)</b>							0,919
Hiç içmeyen	83	36,7	143	63,3	226	68,5	0,632
İçip bırakan	6	28,6	15	71,4	21	6,4	
Halen içen	33	39,8	50	60,2	83	25,2	
<b>Spor/egzersiz yapma durumu (n=330)</b>							0,012
Yapan	60	37,3	101	62,7	161	48,8	0,913
Yapmayan	62	36,7	107	63,3	169	51,2	
<b>Gebe kalma durumu (n=285) <sup>1</sup></b>							1,276
Kalan	105	39,5	161	60,5	266	93,3	0,259
Kalmayan	10	52,6	9	47,4	19	6,7	
<b>Menopoza girme durumu (n=329)</b>							1,643
Giren	48	41,7	67	58,3	115	35,0	0,200
Girmeyen	74	34,6	140	65,4	214	65,0	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=213)</b>							3,933
Kullanan	37	42,5	50	57,5	87	40,8	<b>0,047</b>
Kullanmayan	37	29,4	89	70,6	126	59,2	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=328)</b>							2,537
Kullanan	83	40,5	122	59,5	205	62,5	0,111
Kullanmayan	39	31,7	84	68,3	123	37,5	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=330)</b>							1,815
Var	47	42,0	65	58,0	112	33,9	0,178
Yok	75	34,4	143	65,6	218	66,1	
<b>Mamografi çektirme (n=247) <sup>2</sup></b>							10,804
Evet	86	47,5	95	52,5	181	73,3	<b>0,001</b>
Hayır	16	24,2	50	75,8	66	26,7	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

<sup>1</sup> Hiç evlenmemiş olanlar dahil edilmemiştir.

<sup>2</sup> 40 yaş ve üzerinde olanlar dahil edilmiştir.



Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu arasındaki ilişki Tablo 5.29’da verilmiştir. Düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran katılımcıların ilk evlenme yaşı ortalaması  $25,70\pm 5,31$ , düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmayan katılımcıların ilk evlenme yaşı ortalaması  $24,30\pm 4,52$  yıldır. Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ilk evlenme yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,039$ ).

**Tablo 5.29.** Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu		
	Yaptıran	Yaptırmayan	Toplam
<b>İlk evlenme yaşı (yıl)</b>			
N	115	170	285
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	25,70 $\pm$ 5,31 (25,0)	24,30 $\pm$ 4,52 (24,0)	24,86 $\pm$ 4,90 (25,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,0-28,0	22,0-27,0	22,0-27,0
Test			u=8369,0* <b>p=0,039</b>
<b>İlk gebelik yaşı (yıl)</b>			
N	105	161	266
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	26,51 $\pm$ 5,50 (26,0)	25,89 $\pm$ 4,81 (26,0)	26,14 $\pm$ 5,09 (26,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,0-30,0	23,0-29,0	23,0-29,0
Test			u=8127,5* p=0,595
<b>Gebelik sayısı (adet)</b>			
N	105	161	266
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	2,09 $\pm$ 1,17 (2,0)	2,04 $\pm$ 1,28 (2,0)	2,06 $\pm$ 1,24 (2,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	1,0-2,0	1,0-2,0	1,0-2,0
Test			u=8326,0* p=0,827
<b>Doğum sayısı (adet)</b>			
N	105	161	266
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	1,58 $\pm$ 0,68 (2,0)	2,04 $\pm$ 1,28 (2,0)	1,58 $\pm$ 0,71 (2,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	1,0-2,0	1,0-2,0	1,0-2,0
Test			u=8372,0* p=0,885

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu arasındaki ilişki Tablo 5.30’da verilmiştir. “Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyarım” önerisine katıldığını

belirten katılımcıların %25,2'si (n=27), kararsız olduğunu belirten katılımcıların %31,7'si (n=19) ve katılmayan katılımcıların %43,4'ü (n=59) düzenli olarak kadın doğum muayenesi yaptırmaktadır. Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyma durumuna göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,011). Bonferroni düzeltmesi ile bakıldığında bu fark "Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyarım" önerisine katıldığını belirten katılımcılar ve katılmadığını belirten katılımcılar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 5.30.** Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Rahim ağzı kanseri risk algısı (n=326) <sup>1</sup></b>							3,881 0,051
Risk altında gören	75	40,8	109	59,2	184	56,4	
Risk altında görmeyen	43	30,3	99	69,7	142	43,6	
<b>Tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanseri tedavi oranını doğru bilme durumu (n=330) <sup>2</sup></b>							0,285 0,593
Bilen	33	34,7	62	65,3	95	28,8	
Bilmeyen	89	37,9	146	62,1	235	71,2	
<b>Kadın sağlığı hizmetlerinin niteliğine dair görüşü (n=330)</b>							3,865 0,145
Çok iyi/iyi	38	45,2	46	54,8	84	25,5	
Orta	57	35,8	102	64,2	159	48,2	
Kötü/çok kötü	27	31,0	60	69,0	87	26,4	
<b>Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyma (n=303) <sup>3</sup></b>							9,005 <b>0,011</b>
Katılan	27	25,2	80	74,8	107	35,3	
Kararsız	19	31,7	41	68,3	60	19,8	
Katılmayan	59	43,4	77	56,6	136	44,9	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

<sup>1</sup> Rahim ağzı kanseri olduğunu belirten dört katılımcı dahil edilmemiştir.

"Hiç risk altında görmüyorum" seçeneği "risk altında görmeyen", "biraz risk altındayım", "oldukça risk altındayım", "çok yüksek düzeyde risk altındayım" ve "kesinlikle rahim ağzı kanseri olma riski taşıyorum" seçenekleri birleştirilerek "risk altında gören" olarak gruplandırılmıştır.

<sup>2</sup> “Fikrim yok”, “%0-24”, “%25-50” ve “%51-75” bilmeyen olarak “%76-100” bilen olarak gruplandırılmıştır.  
<sup>3</sup> “Kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” birleştirilerek “katılan”, “kesinlikle katılmıyorum” ve “katılmıyorum” birleştirilerek “katılmayan”, “kararsızım” aynı kalarak gruplandırılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu Tablo 5.31’de karşılaştırılmıştır. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olanların %35,6’sı (n=42) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırırken, yakın çevresinde sağlık çalışanı olmayanların %37,7’si (n=80) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olma durumuna göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,699). Aile hekimini bilen katılımcıların %34,4’ü (n=84) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırırken, aile hekimini bilmeyen katılımcıların %44,2’si (n=38) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Katılımcıların aile hekimini bilme durumlarına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,107).

**Tablo 5.31.** Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (Ankara, 2020).

	Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=330)</b>							0,149 0,699
Var	42	35,6	76	64,4	118	35,8	
Yok	80	37,7	132	62,3	212	64,2	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=330)</b>							2,599 0,107
Bilen	84	34,4	160	65,6	244	73,9	
Bilmeyen	38	44,2	48	55,8	86	26,1	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin medeni durumlarına göre HPV testini duyma durumu Tablo 5.32’de karşılaştırılmıştır. Evli olanların %57,5’i (n=131), eşi vefat etmiş veya boşanmış olanların %63,2’si (n=36) ve hiç evlenmemiş olanların %53,3’ü (n=24) HPV testini duymuştur. Katılımcıların medeni durumlarına göre HPV testini duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,592).

**Tablo 5.32.** Araştırmaya katılan personelin medeni durumuna göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020).

	HPV testini duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Medeni durum (n=330)</b>							1,050
Evli	131	57,5	97	42,5	228	69,1	0,592
Eşi vefat etmiş/boşanmış	36	63,2	21	36,8	57	17,3	
Hiç evlenmemiş	24	53,3	21	46,7	45	13,6	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin HPV testini duyma durumu ile yaşı arasındaki ilişki Tablo 5.33'te verilmiştir. HPV testini duyan katılımcıların yaş ortalaması  $45,19 \pm 7,26$ , HPV testini duymayan katılımcıların yaş ortalaması  $45,26 \pm 7,65$ 'tir. HPV testini duyan ve duymayan katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,892$ ).

**Tablo 5.33.** Araştırmaya katılan personelin HPV testini duyma durumu ile yaşı arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

Yaş (yıl)	HPV testini duyma durumu		
	Duyan	Duymayan	Toplam
N	191	139	330
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	$45,19 \pm 7,26$ (45,0)	$45,26 \pm 7,65$ (46,0)	$45,22 \pm 7,41$ (46,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	40,0-51,0	39,0-51,0	39,0-51,0
Test			$u=13158,0^*$ $p=0,892$

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre HPV testini duyma durumu Tablo 5.34'te karşılaştırılmıştır. Öğrenim düzeyi lise ve altı olan katılımcıların %45,3'ü ( $n=34$ ) HPV testini duyarken yüksekokul/üniversite mezunu katılımcıların %61,6'sı ( $n=157$ ) HPV testini duymuştur. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre HPV testini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,012$ ). Özel sağlık sigortası olan katılımcıların %50,0'ı ( $n=11$ ) HPV testini duyarken, özel sağlık sigortası olmayan katılımcıların %58,4'ü ( $n=180$ ) HPV testini duymuştur. Katılımcıların özel sağlık sigortası olma durumuna göre HPV testini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,439$ ). Katılımcıların ekonomik durum algılarına göre HPV testini

duyma durumları incelendiğinde ekonomik durumunu çok iyi/iyi olarak değerlendiren katılımcıların %55,3'ü (n=42), orta olarak değerlendiren katılımcıların %58,8'i (n=141) ve kötü/çok kötü olarak değerlendiren katılımcıların %57,1'i (n=8) HPV testini duymuştur. Katılımcıların ekonomik durum algılarına göre HPV testini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,865).

**Tablo 5.34.** Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020).

	HPV testini duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=330)</b>							6,266
Lise ve altı	34	45,3	41	54,7	75	22,7	<b>0,012</b>
Yüksekokul/üniversite	157	61,6	98	38,4	255	77,3	
<b>Özel sağlık sigortası varlığı (n=330)</b>							0,600
Evet	11	50,0	11	50,0	22	6,7	0,439
Hayır	180	58,4	128	41,6	308	93,3	
<b>Ekonomik durum algısı (n=330)</b>							0,291
Çok iyi/iyi	42	55,3	34	44,7	76	23,0	0,865
Orta	141	58,8	99	41,3	240	72,7	
Kötü/çok kötü	8	57,1	6	42,9	14	4,2	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre HPV testini duyma durumu Tablo 5.35'te karşılaştırılmıştır. Daha önce farklı bir birim/yerde çalışmış olan katılımcıların %59,8'i (n=110) HPV testini duyarken, çalışmamış olan katılımcıların %55,5'i (n=81) HPV testini duymuştur. Önceden başka bir birim/yerde çalışma durumlarına göre HPV testini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,432). Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi/kişiler olduğunu belirten katılımcıların %65,2'si (n=101) HPV testini duyarken, yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi/kişiler olmadığını belirten katılımcıların %51,4'ü (n=90) HPV testini duymuştur. Katılımcıların yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığına göre HPV testini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,012).

**Tablo 5.35.** Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020).

	HPV testini duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Önceden başka birim/yerde çalışma durumu (n=330)</b>							0,618 0,432
Çalışan	110	59,8	74	40,2	184	55,8	
Çalışmayan	81	55,5	65	44,5	146	44,2	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=330)</b>							6,358 <b>0,012</b>
Var	101	65,2	54	34,8	155	47,0	
Yok	90	51,4	85	48,6	175	53,0	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki Tablo 5.36’da verilmiştir. HPV testini duyan katılımcıların ortalama çalışma süresi 21,13±7,57 yıl iken, HPV testini duymayan katılımcıların ortalama çalışma süresi 20,71±8,45 yıldır. HPV testini duyan ve duymayan katılımcıların çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,644$ ).

**Tablo 5.36.** Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	HPV testini duyma durumu		
	Duyan	Duymayan	Toplam
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	191	139	330
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	21,13±7,57 (22,0)	20,71±8,45 (21,0)	20,95±7,94 (22,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	15,0-26,0	14,0-27,0	15,0-26,2
Test			u=12880,0* p=0,644

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre HPV testini duyma durumu Tablo 5.37’de karşılaştırılmıştır. Hiç alkol içmeyen katılımcıların %54,0’ı (n=122), içip bırakan katılımcıların %52,4’ü (n=11) ve halen içen katılımcıların %69,9’u (n=58) HPV testini duymuştur. Katılımcıların alkol içme durumlarına göre HPV testini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,037$ ). Bonferroni düzeltmesi ile bakıldığında bu fark hiç alkol içmeyenler ile halen içenler arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ( $p=0,012$ ). Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların %62,4’ü (n=128) HPV testini duyarken,

kullanmayan katılımcıların %49,6'sı (n=61) HPV testini duymuştur. Katılımcıların geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumlarına göre HPV testini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,023). Düzenli ilaç kullanmayı gerektirecek kronik hastalığı olan katılımcıların %66,1'i (n=74) HPV testini duyarken, kronik hastalığı olmayan katılımcıların %53,7'si (n=117) HPV testini duymuştur. Katılımcıların kronik hastalığı olma durumlarına göre HPV testini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,031).

**Tablo 5.37.** Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020).

	HPV testini duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sigara içme durumu (n=330)</b>							0,756
Hiç içmeyen	98	59,8	66	40,2	164	49,7	0,685
İçip bırakan	29	59,2	20	40,8	49	14,8	
Halen içen	64	54,7	53	45,3	117	35,5	
<b>Alkol içme durumu (n=330)</b>							6,571
Hiç içmeyen	122	54,0	104	46,0	226	68,5	<b>0,037</b>
İçip bırakan	11	52,4	10	47,6	21	6,4	
Halen içen	58	69,9	25	30,1	83	25,2	
<b>Spor yapma durumu (n=330)</b>							1,153
Yapan	98	60,9	63	39,1	161	48,8	0,283
Yapmayan	93	55,0	76	45,0	169	51,2	
<b>Gebe kalma durumu (n=285) <sup>1</sup></b>							0,175
Kalan	155	58,3	111	41,7	266	93,3	0,676
Kalmayan	12	63,2	7	36,8	19	6,7	
<b>Menopoza girme durumu (n=329)</b>							0,009
Giren	66	57,4	49	42,6	115	35,0	0,923
Girmeyen	124	57,9	90	42,1	214	65,0	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=213)</b>							0,046
Kullanan	51	58,6	36	41,4	87	40,8	0,830
Kullanmayan	72	57,1	54	42,9	126	59,2	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=328)</b>							5,195
Kullanan	128	62,4	77	37,6	205	62,5	<b>0,023</b>
Kullanmayan	61	49,6	62	50,4	123	37,5	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=330)</b>							4,668
Var	74	66,1	38	33,9	112	33,9	<b>0,031</b>
Yok	117	53,7	101	46,3	218	66,1	
<b>Mamografi çektirme (n=247) <sup>2</sup></b>							0,006
Evet	106	58,6	75	41,4	181	73,3	0,941
Hayır	39	59,1	27	40,9	66	26,7	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

<sup>1</sup> Hiç evlenmemiş olanlar dahil edilmemiştir.

<sup>2</sup> 40 yaş ve üzerinde olanlar dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki Tablo 5.38’de verilmiştir. HPV testini duyan katılımcıların ilk evlenme yaşı ortalaması 25,26±4,93, HPV testini duymayan katılımcıların ilk evlenme yaşı ortalaması 24,31±4,81 yıldır. HPV testini duyan ve duymayan katılımcıların ilk evlenme yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,097). HPV testini duyan katılımcıların ilk gebelik yaşı ortalaması 26,45±4,95, HPV testini duymayan katılımcıların ilk gebelik yaşı ortalaması 25,69±5,28 yıldır. HPV testini duyan ve duymayan katılımcıların ilk gebelik yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,199). HPV testini duyan katılımcıların ortalama gebelik sayısı 2,03±1,10, HPV testini duymayan katılımcıların ortalama gebelik sayısı 2,11±1,41 yıldır. HPV testini duyan ve duymayan katılımcıların gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,733). HPV testini duyan katılımcıların ortalama doğum sayısı 1,54±0,67, HPV testini duymayan katılımcıların ortalama doğum sayısı 1,62±0,77 yıldır. HPV testini duyan ve duymayan katılımcıların doğum sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,733).

**Tablo 5.38.** Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	HPV testini duyma durumu		Toplam
	Duyan	Duymayan	
<b>İlk evlenme yaşı (yıl)</b>			
n	167	118	285
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	25,26±4,93 (25,0)	24,31±4,81 (24,0)	24,86±4,90 (25,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	23,0-28,0	21,0-27,0	22,0-27,0
Test			u=8720,5* p=0,097
<b>İlk gebelik yaşı (yıl)</b>			
n	156	110	266
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	26,45±4,95 (26,0)	25,69±5,28 (26,0)	26,14±5,09 (26,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	23,0-30,0	22,0-28,0	23,0-29,0
Test			u=7780,0* p=0,199
<b>Gebelik sayısı (adet)</b>			
n	156	110	266
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	2,03±1,10 (2,0)	2,11±1,41 (2,0)	2,06±1,24 (2,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	1,0-2,0	1,0-2,2	1,0-2,0
Test			u=8382* p=0,733



Tablo 5.38. Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki (devamı).

	HPV testini duyma durumu		
	Duyan	Duymayan	Toplam
<b>Doğum sayısı (adet)</b>			
n	156	110	266
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	1,54±0,67 (2,0)	1,62±0,77 (2,0)	1,58±0,71 (2,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	1,0-2,0	1,0-2,0	1,0-2,0
Test			u=8257,0*
			p=0,564

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki Tablo 5.39'da verilmiştir. Tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanserinin tedavi oranını doğru bilen katılımcıların %66,3'ü (n=63) HPV testini duyarken, doğru bilmeyen katılımcıların %54,5'i (n=128) HPV testini duymuştur. Tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanserinin tedavi oranını doğru bilme durumuna göre HPV testini duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,048).

**Tablo 5.39.** Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020).

	HPV testini duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Rahim ağzı kanseri risk algısı (n=326) <sup>1</sup></b>							0,228
Risk altında gören	104	56,5	80	43,5	184	56,4	0,633
Risk altında görmeyen	84	59,2	58	40,8	142	43,6	
<b>Tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanseri tedavi oranını doğru bilme durumu (n=330) <sup>2</sup></b>							3,895
Bilen	63	66,3	32	33,7	95	28,8	<b>0,048</b>
Bilmeyen	128	54,5	107	45,5	235	71,2	
<b>Kadın sağlığı hizmetlerinin niteliğine dair görüşü (n=330)</b>							0,832
Çok iyi/iyi	51	60,7	33	39,3	84	25,5	0,660
Orta	93	58,5	66	41,5	159	48,2	
Kötü/çok kötü	47	54,0	40	46,0	87	26,4	
<b>Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyma (n=303) <sup>3</sup></b>							2,253
Katılan	56	52,3	51	47,7	107	35,3	0,324
Kararsız	37	61,7	23	38,3	60	19,8	
Katılmayan	83	61,0	53	39,0	136	44,9	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

<sup>1</sup> Rahim ağzı kanseri olduğunu belirten dört katılımcı dahil edilmemiştir.

“ Hiç risk altında görmüyorum” seçeneği “risk altında görmeyen”, “biraz risk altındayım”, “oldukça risk altındayım”, “çok yüksek düzeyde risk altındayım” ve “kesinlikle rahim ağzı kanseri olma riski taşıyorum” seçenekleri birleştirilerek “risk altında gören” olarak gruplandırılmıştır.

<sup>2</sup> “Fikrim yok”, “%0-24”, “%25-50” ve “%51-75” bilmeyen olarak “%76-100” bilen olarak gruplandırılmıştır.

<sup>3</sup> “Kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” birleştirilerek “katılan”, “kesinlikle katılmıyorum” ve “katılmıyorum” birleştirilerek “katılmayan”, “kararsızım” aynı kalarak gruplandırılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre HPV testini duyma durumu Tablo 5.40’da karşılaştırılmıştır. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olanların %59,3’ü (n=70) HPV testini duyarken, yakın çevresinde sağlık çalışanı olmayanların %57,1’i (n=121) HPV testini duymuştur. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olma durumuna göre HPV testini duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,692). Aile hekimini bilen katılımcıların %58,6’sı (n=143) HPV testini duyarken, aile hekimini bilmeyen katılımcıların %55,8’i (n=48) HPV testini duymuştur. Katılımcıların aile hekimini bilme durumlarına göre HPV testini duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,652).

**Tablo 5.40.** Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre HPV testini duyma durumu (Ankara, 2020).

	HPV testini duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=330)</b>							0,157 0,692
Var	70	59,3	48	40,7	118	35,8	
Yok	121	57,1	91	42,9	212	64,2	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=330)</b>							0,203 0,652
Bilen	143	58,6	101	41,4	244	73,9	
Bilmeyen	48	55,8	38	44,2	86	26,1	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin medeni durumlarına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıрма durumu Tablo 5.41’de karşılaştırılmıştır. Evli olanların %85,1’i (n=194), eşi vefat etmiş veya boşanmış olanların %80,7’si ve hiç evlenmemiş olanların %24,4’ü (n=11) simir ya da HPV testi yaptırmıştır. Katılımcıların medeni durumlarına göre simir ya da HPV testi yaptıрма durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,001). Bonferroni düzeltmesi ile bakıldığında bu fark evli olanlar ile hiç evlenmemiş

olanlar ( $p<0,001$ ) ve eşi vefat etmiş veya boşanmış olanlar ile hiç evlenmemiş olanlar ( $p<0,001$ ) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 5.41.** Araştırmaya katılan personelin medeni durumuna göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıırma durumu (Ankara, 2020).

	Simir ya da HPV testi yaptıırma durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	N	%	n	%	n	%	
<b>Medeni durum (n=330)</b>							76,721
Evli	194	85,1	34	14,9	228	69,1	<b>p&lt;0,001</b>
Eşi vefat etmiş/boşanmış	46	80,7	11	19,3	57	17,3	
Hiç evlenmemiş	11	24,4	34	75,6	45	13,6	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin yaşı ile bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıırma durumu arasındaki ilişki Tablo 5.42’de verilmiştir. Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların yaş ortalaması  $46,28\pm6,92$ , simir ya da HPV testi yaptırmayan katılımcıların yaş ortalaması  $41,85\pm7,94$ ’tür. Simir ya da HPV testi yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,001$ ).

**Tablo 5.42.** Araştırmaya katılan personelin yaşı ile bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıırma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Simir ya da HPV testi yaptıırma durumu		
	Yaptıran	Yaptırmayan	Toplam
<b>Yaş (yıl)</b>			
n	251	79	330
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	$46,28\pm6,92$ (47,0)	$41,85\pm7,94$ (40,0)	$45,22\pm7,41$ (46,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	41,0-51,0	36,0-48,0	39,0-51,0
Test			$u=6525,5^*$
			<b>p&lt;0,001</b>

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıırma durumu Tablo 5.43’te karşılaştırılmıştır. Öğrenim düzeyi lise ve altı olan katılımcıların %77,3’ü (n=58) simir ya da HPV testi yaptıırken, yüksekokul/üniversite mezunu katılımcıların %75,7’si (n=193) simir ya da HPV testi yaptırmıştır. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,769$ ). Özel sağlık sigortası olan katılımcıların %63,6’sı

(n=14) simir ya da HPV testi yaptırırken, özel sağlık sigortası olmayan katılımcıların %76,9'u (n=237) simir ya da HPV testi yaptırmıştır. Katılımcıların özel sağlık sigortası olma durumuna göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,157). Katılımcıların ekonomik durum algılarına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırma durumları incelendiğinde ekonomik durumunu çok iyi/iyi olarak değerlendiren katılımcıların %69,7'si (n=53), orta olarak değerlendiren katılımcıların %77,5'i (n=186) ve kötü/çok kötü olarak değerlendiren katılımcıların %85,7'si (n=12) simir ya da HPV testi yaptırmıştır. Katılımcıların ekonomik durum algılarına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,265).

**Tablo 5.43.** Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırma durumu (Ankara, 2020).

	Simir ya da HPV testi yaptırma durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=330)</b>							0,086
Lise ve altı	58	77,3	17	22,7	75	22,7	0,769
Yüksekokul/üniversite	193	75,7	62	24,3	255	77,3	
<b>Özel sağlık sigortası varlığı (n=330)</b>							1,998
Evet	14	63,6	8	36,4	22	6,7	0,157
Hayır	237	76,9	71	23,1	308	93,3	
<b>Ekonomik durum algısı (n=330)</b>							2,659
Çok iyi/iyi	53	69,7	23	30,3	76	23,0	0,265
Orta	186	77,5	54	22,5	240	72,7	
Kötü/çok kötü	12	85,7	2	14,3	14	4,2	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırma durumu Tablo 5.44'te karşılaştırılmıştır. Çalışma ortamında çalışma arkadaşları arasında kadın sayısının daha fazla olduğunu belirten katılımcıların %74,5'i (n=158), erkek sayısının daha fazla olduğunu belirten katılımcıların %79,7'si (n=51) ve kadın ve erkek sayısının birbirine yakın/eşit olduğunu belirten katılımcıların %77,8'i (n=42) simir ya da HPV testi yaptırmıştır. Çalışma arkadaşlarının cinsiyete göre dağılımları ile bu zamana kadar simir

ya da HPV testi yaptırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,663$ ). Daha önce farklı bir birim/yerde çalışmış olan katılımcıların %77,2'si ( $n=142$ ) simir ya da HPV testi yaptırırken, çalışmamış olan katılımcıların %74,7'si ( $n=109$ ) simir ya da HPV testi yaptırmıştır. Önceden başka bir birim/yerde çalışma durumlarına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,595$ ). Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi/kişiler olduğunu belirten katılımcıların %80,0'ı ( $n=124$ ) simir ya da HPV testi yaptırırken, yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi/kişiler olmadığını belirten katılımcıların %72,6'sı ( $n=127$ ) simir ya da HPV testi yaptırmıştır. Katılımcıların yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,114$ ).

**Tablo 5.44.** Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaları durumu (Ankara, 2020).

	Simir ya da HPV testi yaptırmaları durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Çalışma arkadaşlarının cinsiyete göre dağılımı (n=330)</b>							0,823 0,663
Kadın sayısı daha fazla	158	74,5	54	25,5	212	64,2	
Erkek sayısı daha fazla	51	79,7	13	20,3	64	19,4	
Birbirine yakın/eşit	42	77,8	12	22,2	54	16,4	
<b>Önceden başka birim/yerde çalışma durumu (n=330)</b>							0,283 0,595
Çalışan	142	77,2	42	22,8	184	55,8	
Çalışmayan	109	74,7	37	25,3	146	44,2	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=330)</b>							2,491 0,114
Var	124	80,0	31	20,0	155	47,0	
Yok	127	72,6	48	27,4	175	53,0	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırmaları durumu arasındaki ilişki Tablo 5.45'de verilmiştir. Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların ortalama çalışma süresi  $22,01 \pm 7,55$  yıl iken, simir ya da HPV testi yaptırmayan katılımcıların ortalama çalışma süresi  $17,58 \pm 8,26$  yıldır. Bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p < 0,001$ ).

**Tablo 5.45.** Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırmama durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Simir ya da HPV testi yaptırmama durumu		Toplam
	Yaptıran	Yaptırmayan	
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	251	79	330
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	22,01 $\pm$ 7,55 (23,0)	17,58 $\pm$ 8,26 (16,0)	20,95 $\pm$ 7,94 (22,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	16,0-27,0	11,0-23,0	15,0-26,2
Test			u=6605,5*
			<b>p&lt;0,001</b>

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ile ilgili bazı özelliklerine göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırmama durumu Tablo 5.46'da karşılaştırılmıştır. Menopoza girdiğini belirten katılımcıların %86,1'i (n=99) simir ya da HPV testi yaptırmama durumu, menopoza girmediğini belirten katılımcıların %71,0'u (n=152) simir ya da HPV testi yaptırmamıştır. Katılımcıların menopoza girme durumlarına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,002). Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların %82,8'i (n=72) simir ya da HPV testi yaptırmama durumu, kullanmayan katılımcıların %62,7'si (n=79) simir ya da HPV testi yaptırmamıştır. Katılımcıların halen gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumlarına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,002). Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların %87,8'i (n=180) simir ya da HPV testi yaptırmama durumu, kullanmayan katılımcıların %56,9'u (n=70) simir ya da HPV testi yaptırmamıştır. Katılımcıların geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumlarına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,001). Bugüne kadar memenin kanser açısından kontrol edilmesini sağlamak amacıyla mamografi yaptırdığını belirten katılımcıların %89,0'u (n=160) simir ya da HPV testi yaptırmama durumu, mamografi yaptırmadığını belirten katılımcıların %68,2'si (n=45) simir ya da HPV testi yaptırmamıştır. Katılımcıların mamografi yaptırmama durumlarına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırmama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,001).

**Tablo 5.46.** Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ile ilgili bazı özelliklerine göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıırma durumu (Ankara, 2020).

	Simir ya da HPV testi yaptıırma durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sigara içme durumu (n=330)</b>							0,707
Hiç içmeyen	123	75,0	41	25,0	164	49,7	0,702
İçip bırakan	36	73,5	13	26,5	49	14,8	
Halen içen	92	78,6	25	21,4	117	35,5	
<b>Alkol içme durumu (n=330)</b>							1,442
Hiç içmeyen	169	74,8	57	25,2	226	68,5	0,486
İçip bırakan	15	71,4	6	28,6	21	6,4	
Halen içen	67	26,7	16	20,3	83	25,2	
<b>Spor yapma durumu (n=330)</b>							0,142
Yapan	121	75,2	40	24,8	161	48,8	0,707
Yapmayan	130	76,9	39	23,1	169	51,2	
<b>Gebe kalma durumu (n=285) <sup>1</sup></b>							1,000*
Kalan	224	84,2	42	15,8	266	93,3	
Kalmayan	16	84,2	3	15,8	19	6,7	
<b>Menopoza girme durumu (n=329)</b>							9,378
Giren	99	86,1	16	13,9	115	35,0	0,002
Girmeyen	152	71,0	62	29,0	214	65,0	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=213)</b>							10,036
Kullanan	72	82,8	15	17,2	87	40,8	0,002
Kullanmayan	79	62,7	47	37,3	126	59,2	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=328)</b>							40,481
Kullanan	180	87,8	25	12,2	205	62,5	p<0,001
Kullanmayan	70	56,9	53	43,1	123	37,5	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=330)</b>							3,445
Var	92	82,1	20	17,9	112	33,9	0,063
Yok	159	72,9	59	27,1	218	66,1	
<b>Mamografi çektirme (n=247) <sup>2</sup></b>							15,069
Evet	161	89,0	20	11,0	181	73,3	p<0,001
Hayır	45	68,2	21	31,8	66	26,7	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

<sup>1</sup> Hiç evlenmemiş olanlar dahil edilmemiştir.

<sup>2</sup> 40 yaş ve üzerinde olanlar dahil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırmama durumu arasındaki ilişki Tablo 5.47’de verilmiştir. Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların ilk evlenme yaşı ortalaması  $24,83 \pm 4,96$ , simir ya da HPV testi yaptırmayan katılımcıların ilk evlenme yaşı ortalaması  $25,04 \pm 4,60$  yıldır. Bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ilk evlenme yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,632$ ). Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların ilk gebelik yaşı ortalaması  $26,13 \pm 5,13$ , simir ya da HPV testi yaptırmayan katılımcıların ilk gebelik yaşı ortalaması  $26,17 \pm 4,99$  yıldır. Bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ilk gebelik yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,925$ ). Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların ortalama gebelik sayısı  $2,08 \pm 1,27$ , simir ya da HPV testi yaptırmayan katılımcıların ortalama gebelik sayısı ortalaması  $1,95 \pm 1,03$  yıldır. Bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,710$ ). Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların ortalama doğum sayısı  $1,58 \pm 0,69$ , simir ya da HPV testi yaptırmayan katılımcıların ortalama doğum sayısı ortalaması  $1,6 \pm 0,86$  yıldır. . Bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların doğum sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,806$ ).

**Tablo 5.47.** Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Simir ya da HPV testi yaptırmama durumu		
	Yaptıran	Yaptırmayan	Toplam
<b>İlk evlenme yaşı (yıl)</b>			
n	240	45	285
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	$24,83 \pm 4,96$ (25,0)	$25,04 \pm 4,60$ (25,0)	$24,86 \pm 4,90$ (25,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,0-27,7	22,5-27,0	22,0-27,0
Test			$u=5157,5^*$ $p=0,632$
<b>İlk gebelik yaşı (yıl)</b>			
n	224	42	266
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	$26,13 \pm 5,13$ (26,0)	$26,17 \pm 4,99$ (26,0)	$26,14 \pm 5,09$ (26,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,0-29,0	23,0-28,2	23,0-29,0
Test			$u=4661,0^*$ $p=0,925$



Tablo 5.47. Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve HPV testini duyma durumu arasındaki ilişki (devamı).

	Simir ya da HPV testi yaptırma durumu		
	Yaptıran	Yaptırmayan	Toplam
<b>Gebelik sayısı (adet)</b>			
n	224	42	266
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	2,08±1,27 (2,0)	1,95±1,03 (2,0)	2,06±1,24 (2,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	1,0-2,0	1,0-2,2	1,0-2,0
Test			u=4544,0*
			p=0,710
<b>Doğum sayısı (adet)</b>			
n	224	42	266
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	1,58±0,69 (2,0)	1,6±0,86 (2,0)	1,58±0,71 (2,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	1,0-2,0	1,0-2,0	1,0-2,0
Test			u=4602,5*
			p=0,806

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırma durumu arasındaki ilişki Tablo 5.48’de verilmiştir. “Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyarım” önerisine katıldığını belirten katılımcıların %67,3’ü (n=72), kararsız olduğunu belirten katılımcıların %66,7’si (n=40) ve katılmayan katılımcıların %87,5’,(n=119) simir ya da HPV testi yaptırmıştır. Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyma durumuna göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p < 0,001$ ). Bonferroni düzeltmesi ile bakıldığında bu fark “Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyarım” önerisine katıldığını belirten katılımcılar ile katılmadığını belirten katılımcılar ( $p < 0,001$ ) ve kararsız olduğunu belirten katılımcılar ile katılmadığını belirten katılımcılar ( $p = 0,001$ ) arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 5.48.** Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıırma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Simir ya da HPV testi yaptıırma durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Rahim ağzı kanseri risk algısı (n=326) <sup>1</sup></b>							2,950 0,086
Risk altında gören	146	79,3	38	20,7	184	56,4	
Risk altında görmeyen	101	71,1	41	28,9	142	43,6	
<b>Tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanseri tedavi oranını doğru bilme durumu (n=330) <sup>2</sup></b>							0,005 0,941
Bilen	72	75,8	23	24,2	95	28,8	
Bilmeyen	179	76,2	56	23,8	235	71,2	
<b>Kadın sağlığı hizmetlerinin niteliğine dair görüşü (n=330)</b>							3,266 0,195
Çok iyi/iyi	66	78,6	18	21,4	84	25,5	
Orta	125	78,6	34	21,4	159	48,2	
Kötü/çok kötü	60	69,0	27	31,0	87	26,4	
<b>Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyma (n=303) <sup>3</sup></b>							17,285 <b>p&lt;0,001</b>
Katılan	72	67,3	35	32,7	107	35,3	
Kararsız	40	66,7	20	33,3	60	19,8	
Katılmayan	119	87,5	17	12,5	136	44,9	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

<sup>1</sup> Rahim ağzı kanseri olduğunu belirten dört katılımcı dahil edilmemiştir.

“ Hiç risk altında görmüyorum” seçeneği “risk altında görmeyen”, “biraz risk altındayım”, “oldukça risk altındayım”, “çok yüksek düzeyde risk altındayım” ve “kesinlikle rahim ağzı kanseri olma riski taşıyorum” seçenekleri birleştirilerek “risk altında gören” olarak gruplandırılmıştır.

<sup>2</sup> “Fikrim yok”, “%0-24”, “%25-50” ve “%51-75” bilmeyen olarak “%76-100” bilen olarak gruplandırılmıştır.

<sup>3</sup> “Kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” birleştirilerek “katılan”, “kesinlikle katılmıyorum” ve “katılmıyorum” birleştirilerek “katılmayan”, “kararsızım” aynı kalarak gruplandırılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıırma durumu Tablo 5.49’da karşılaştırılmıştır. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olanların %76,3’ü (n=90) simir ya da HPV testi yaptıırırken, yakın çevresinde sağlık çalışanı olmayanların %75,9’u (n=161) simir ya da HPV testi yaptıırmıştır. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olma durumuna göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,947). Aile hekimini bilen katılımcıların %75,0’ı (n=183) simir ya da HPV testi yaptıırırken, aile hekimini bilmeyen katılımcıların %79,1’i (n=68) simir ya da HPV testi yaptıırmıştır. Katılımcıların aile hekimini bilme

durumlarına göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıırma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,447$ ).

**Tablo 5.49.** Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre bu zamana kadar simir ya da HPV testi yaptıırma durumu (Ankara, 2020).

	Simir ya da HPV testi yaptıırma durumu						ki kare p değeri
	Yaptıran		Yaptırmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yakın çevrede sağlık çalışanı varlığı (n=330)</b>							0,004 0,947
Var	90	76,3	28	23,7	118	35,8	
Yok	161	75,9	51	24,1	212	64,2	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=330)</b>							0,578 0,447
Bilen	183	75,0	61	25,0	244	73,9	
Bilmeyen	68	79,1	18	20,9	86	26,1	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin medeni durumlarına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu Tablo 5.50’de karşılaştırılmıştır. Evli olanların %49,6’sı ( $n=113$ ), eşi vefat etmiş veya boşanmış olanların %42,1’i ( $n=24$ ) ve hiç evlenmemiş olanların %31,1’i ( $n=14$ ) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Katılımcıların medeni durumlarına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,063$ ).

**Tablo 5.50.** Araştırmaya katılan personelin medeni durumuna göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (Ankara, 2020).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Medeni durum (n=330)</b>							5,525 0,063
Evli	113	49,6	115	50,4	228	69,1	
Eşi vefat etmiş/boşanmış	24	42,1	33	57,9	57	17,3	
Hiç evlenmemiş	14	31,1	31	17,3	45	13,6	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu ile yaşi arasındaki ilişki Tablo 5.51’de verilmiştir. Rahim ağzı kanseri tarama programını duyan katılımcıların yaşi ortalaması  $45,46\pm 7,44$ , rahim ağzı kanseri tarama programını duymayan katılımcıların yaşi ortalaması  $45,02\pm 7,40$ ’tır. Rahim ağzı kanseri

tarama programını duyan ve duymayan katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,655$ ).

**Tablo 5.51.** Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu ile yaşı arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu		
	Duyan	Duymayan	Toplam
<b>Yaş (yıl)</b>			
n	151	179	330
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	45,46 $\pm$ 7,44 (45,0)	45,02 $\pm$ 7,40 (46,0)	45,22 $\pm$ 7,41 (46,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	40,0-51,0	39,0-51,0	39,0-51,0
Test			u=13128,5*
			p=0,655

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu Tablo 5.52’de karşılaştırılmıştır. Öğrenim düzeyi lise ve altı olan katılımcıların %49,3’ü (n=37) rahim ağzı kanseri tarama programını duyarken yüksekokul/üniversite mezunu katılımcıların %44,7’si (n=114) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,480$ ). Özel sağlık sigortası olan katılımcıların %63,6’sı (n=14) rahim ağzı kanseri tarama programını duyarken, özel sağlık sigortası olmayan katılımcıların %44,5’i (n=137) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Katılımcıların özel sağlık sigortası olma durumuna göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,081$ ). Katılımcıların ekonomik durum algılarına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumları incelendiğinde ekonomik durumunu çok iyi/iyi olarak değerlendiren katılımcıların %47,4’ü (n=36), orta olarak değerlendiren katılımcıların %45,0’ı (n=108) ve kötü/çok kötü olarak değerlendiren katılımcıların %50,0’ı (n=7) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Katılımcıların ekonomik durum algılarına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,888$ ).

**Tablo 5.52.** Araştırmaya katılan personelin öğrenim durumu, özel sağlık sigortası varlığı ve ekonomik durum algısına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (Ankara, 2020).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=330)</b>							0,500
Lise ve altı	37	49,3	38	50,7	75	22,7	0,480
Yüksekokul/üniversite	114	44,7	141	55,3	255	77,3	
<b>Özel sağlık sigortası varlığı (n=330)</b>							0,036
Evet	14	63,6	8	36,4	22	6,7	0,081
Hayır	137	44,5	171	55,5	308	93,3	
<b>Ekonomik durum algısı (n=330)</b>							0,236
Çok iyi/iyi	36	47,4	40	52,6	76	23,0	0,888
Orta	108	45,0	132	55,0	240	72,7	
Kötü/çok kötü	7	50,0	7	50,0	14	4,2	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu Tablo 5.53'te karşılaştırılmıştır. Daha önce farklı bir birim/yerde çalışmış olan katılımcıların %51,1'i (n=94) rahim ağzı kanseri tarama programını duyarken, çalışmamış olan katılımcıların %39,0'ı (n=57) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Önceden başka bir birim/yerde çalışma durumlarına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,029$ ).

**Tablo 5.53.** Araştırmaya katılan personelin çalışma yaşamı ve sosyal çevresi ile ilgili bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (Ankara, 2020).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Çalışma arkadaşlarının cinsiyete göre dağılımı (n=330)</b>							0,515 0,773
Kadın sayısı daha fazla	96	45,3	116	54,7	212	64,2	
Erkek sayısı daha fazla	28	43,8	36	56,3	64	19,4	
Birbirine yakın/eşit	27	50,0	27	50,0	54	16,4	
<b>Önceden başka birim/yerde çalışma durumu (n=330)</b>							4,759 0,029
Çalışan	94	51,1	90	48,9	184	55,8	
Çalışmayan	57	39,0	89	61,0	146	44,2	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=330)</b>							0,057 0,812
Var	72	46,5	83	53,5	155	47,0	
Yok	79	45,1	96	54,9	175	53,0	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasındaki ilişki Tablo 5.54'te verilmiştir. Rahim ağzı kanseri tarama programını duyan katılımcıların ortalama çalışma süresi 21,11±7,41 yıl iken, rahim ağzı kanseri tarama programını duymayan katılımcıların ortalama çalışma süresi 20,82±8,39 yıldır. 20,82±8,39 duyan ve duymayan katılımcıların çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,730).

**Tablo 5.54.** Araştırmaya katılan personelin çalışma süresi ve rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu		
	Duyan	Duymayan	Toplam
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	151	179	330
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	21,11±7,41 (22,0)	20,82±8,39 (21,0)	20,95±7,94 (22,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	15,0-26,0	15,0-27,0	15,0-26,2
Test			u=13217,0* p=0,730

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu Tablo 5.55'te karşılaştırılmıştır. Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların %55,2'si (n=48) rahim ağzı kanseri tarama programını duyarken, kullanmayan

katılımcıların %39,6'si (n=50) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Katılımcıların halen gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumlarına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,026). Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların %50,2'si (n=103) rahim ağzı kanseri tarama programını duyarken, kullanmayan katılımcıların %39,0'ı (n=48) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Katılımcıların geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumlarına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,048).

**Tablo 5.55.** Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (Ankara, 2020).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sigara içme durumu (n=330)</b>							0,270
Hiç içmeyen	77	47,0	87	53,0	164	49,7	0,874
İçip bırakan	21	42,9	28	57,1	49	14,8	
Halen içen	53	45,3	64	54,7	117	35,5	
<b>Alkol içme durumu (n=330)</b>							5,672
Hiç içmeyen	108	47,8	118	52,2	226	68,5	0,059
İçip bırakan	13	61,9	8	38,1	21	6,4	
Halen içen	30	36,1	53	63,9	83	25,2	
<b>Spor yapma durumu (n=330)</b>							0,348
Yapan	71	44,1	90	55,9	161	48,8	0,555
Yapmayan	80	47,3	89	52,7	169	51,2	
<b>Gebe kalma durumu (n=285) <sup>1</sup></b>							1,028
Kalan	130	48,9	136	51,1	266	93,3	0,311
Kalmayan	7	36,8	12	63,2	19	6,7	
<b>Menopoza girme durumu (n=329)</b>							0,003
Giren	53	46,1	62	53,9	115	35,0	0,960
Girmeyen	98	45,8	116	54,2	214	65,0	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=213)</b>							4,971
Kullanan	48	55,2	39	44,8	87	40,8	<b>0,026</b>
Kullanmayan	50	39,7	76	60,3	126	59,2	

Tablo 5.55. Araştırmaya katılan personelin sağlıklı yaşam davranışları ve sağlık durumları ilgili bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (devamı).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=328)</b>							3,895 <b>0,048</b>
Kullanan	103	50,2	102	49,8	205	62,5	
Kullanmayan	48	39,0	75	61,0	123	37,5	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=330)</b>							0,167
Var	53	47,3	59	52,7	112	33,9	0,683
Yok	98	45,0	120	55,0	218	66,1	
<b>Mamografi çektirme (n=247) <sup>2</sup></b>							1,858
Evet	89	49,2	92	50,8	181	73,3	0,173
Hayır	26	39,4	40	60,6	66	26,7	

Not: Yüzdeler satır yüzdesidir.

<sup>1</sup> Hiç evlenmemiş olanlar dahil edilmemiştir.

<sup>2</sup> 40 yaş ve üzerinde olanlar dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasındaki ilişki Tablo 5.56'da verilmiştir. Rahim ağzı kanseri tarama programını duyan katılımcıların ortalama gebelik sayısı  $2,24 \pm 1,44$ , rahim ağzı kanseri tarama programını duymayan katılımcıların ortalama gebelik sayısı  $1,89 \pm 0,98$  yıldır. Rahim ağzı kanseri tarama programını duyan ve duymayan katılımcıların gebelik sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,044$ ).

Tablo 5.56. Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu		
	Duyan	Duymayan	Toplam
<b>İlk evlenme yaşı (yıl)</b>			
n	137	148	285
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	24,92 $\pm$ 5,20 (25,0)	24,81 $\pm$ 4,61 (25,0)	24,86 $\pm$ 4,90 (25,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	21,5-28,0	22,0-27,0	22,0-27,0
Test			u=10049,5* p=0,898
<b>İlk gebelik yaşı (yıl)</b>			
n	130	136	266
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	26,15 $\pm$ 5,04 (26,0)	26,12 $\pm$ 5,16 (26,0)	26,14 $\pm$ 5,09 (26,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,7-29,0	23,0-29,0	23,0-29,0
Test			u=8678,5* p=0,796



Tablo 5.56. Araştırmaya katılan personelin evlenme ve gebelik ile ilgili bazı özellikleri ve rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasındaki ilişki (devamı).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu		
	Duyan	Duymayan	Toplam
<b>Gebelik sayısı (adet)</b>			
n	130	136	266
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	2,24 $\pm$ 1,44 (2,0)	1,89 $\pm$ 0,98 (2,0)	2,06 $\pm$ 1,24 (2,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	1,0-3,0	1,0-2,0	1,0-2,0
Test			u=7648,5*
			<b>p=0,044</b>
<b>Doğum sayısı (adet)</b>			
n	130	136	266
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	1,65 $\pm$ 0,73 (2,0)	1,50 $\pm$ 0,69 (1,0)	1,58 $\pm$ 0,71 (2,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	1,0-2,0	1,0-2,0	1,0-2,0
Test			u=7759,5*
			<b>p=0,057</b>

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasındaki ilişki Tablo 5.57’de verilmiştir. Kendini rahim ağzı kanserine yakalanma açısından risk altında gören katılımcıların %45,1’i (n=83) rahim ağzı kanseri tarama programını duyarken, kendini rahim ağzı kanserine yakalanma açısından risk altında görmeyen katılımcıların %45,8’i (n=65) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Katılımcıların rahim ağzı kanserine yönelik risk algılarına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,905). Tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanserinin tedavi oranını doğru bilen katılımcıların %47,4’ü (n=45) rahim ağzı kanseri tarama programını duyarken, doğru bilmeyen katılımcıların %45,1’i (n=106) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanserinin tedavi oranını doğru bilme durumuna göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,709). Ülkemizde kadın hastalıkları ve doğumla ilişkili hizmetlerin niteliğine dair çok iyi/iyi olduğu görüşünde olanların %45,2’si (n=38), orta olduğu görüşünde olanların %50,9’u (n=81) ve kötü/çok kötü olduğu görüşünde olanların %36,8’i (n=32) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Katılımcıların kadın hastalıkları ve doğumla ilişkili hizmetlerin niteliğine dair görüşüne göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,102). “Tarama testinin kadın doğum

muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyarım” önerisine katıldığını belirten katılımcıların %49,5’i (n=53), kararsız olduğunu belirten katılımcıların %35,0’ı (n=21) ve katılmayan katılımcıların %46,3’ü (n=63) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyma durumuna göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,183).

**Tablo 5.57.** Araştırmaya katılan personelin rahim ağzı kanseri, tarama testi ve kadın sağlığı ile ilgili bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasındaki ilişki (Ankara, 2020).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Rahim ağzı kanseri risk algısı (n=326) <sup>1</sup></b>							0,014
Risk altında gören	83	45,1	101	54,9	184	56,4	0,905
Risk altında görmeyen	65	45,8	77	54,2	142	43,6	
<b>Tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanseri tedavi oranını doğru bilme durumu (n=330) <sup>2</sup></b>							0,139
Bilen	45	47,4	50	52,6	95	28,8	0,709
Bilmeyen	106	45,1	129	54,9	235	71,2	
<b>Kadın sağlığı hizmetlerinin niteliğine dair görüşü (n=330)</b>							4,556
Çok iyi/iyi	38	45,2	46	54,8	84	25,5	0,102
Orta	81	50,9	78	49,1	159	48,2	
Kötü/çok kötü	32	36,8	55	63,2	87	26,4	
<b>Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsızlık duyma (n=303) <sup>3</sup></b>							3,400
Katılan	53	49,5	54	50,5	107	35,3	0,183
Kararsız	21	35,0	39	65,0	60	19,8	
Katılmayan	63	46,3	73	53,7	136	44,9	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

<sup>1</sup> Rahim ağzı kanseri olduğunu belirten dört katılımcı dahil edilmemiştir.

“ Hiç risk altında görmüyorum” seçeneği “risk altında görmeyen”, “biraz risk altındayım”, “oldukça risk altındayım”, “çok yüksek düzeyde risk altındayım” ve “kesinlikle rahim ağzı kanseri olma riski taşıyorum” seçenekleri birleştirilerek “risk altında gören” olarak gruplandırılmıştır.

<sup>2</sup> “Fikrim yok”, “%0-24”, “%25-50” ve “%51-75” bilmeyen olarak “%76-100” bilen olarak gruplandırılmıştır.

<sup>3</sup> “Kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” birleştirilerek “katılan”, “kesinlikle katılmıyorum” ve “katılmıyorum” birleştirilerek “katılmayan”, “kararsızım” aynı kalarak gruplandırılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu Tablo 5.58’de karşılaştırılmıştır. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olanların %49,2’si (n=58) rahim ağzı kanseri tarama programını duyarken, yakın çevresinde sağlık çalışanı olmayanların %43,9’u (n=93) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olma durumuna göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,356). Aile hekimini bilen katılımcıların %48,8’i (n=119) rahim ağzı kanseri tarama programını duyarken, aile hekimini bilmeyen katılımcıların %37,2’si (n=32) rahim ağzı kanseri tarama programını duymuştur. Katılımcıların aile hekimini bilme durumlarına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,064).

**Tablo 5.58.** Araştırmaya katılan personelin yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı ve aile hekimini bilme durumuna göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (Ankara, 2020).

	Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu						ki kare p değeri
	Duyan		Duymayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yakın çevrede sağlık çalışanı varlığı (n=330)</b>							0,853 0,356
Var	58	49,2	60	50,8	118	35,8	
Yok	93	43,9	119	56,1	212	64,2	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=330)</b>							3,424 0,064
Bilen	119	48,8	125	51,2	244	73,9	
Bilmeyen	32	37,2	54	62,8	86	26,1	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

#### **5.4. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri, kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testiyle ilgili özellikleri ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik tutum ve inançlarına ilişkin bulgular**

Katılımcıların rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik tutum ve inançları RAKTİ Ölçeği'nde yer alan bazı önemli önermelere katılımcıların verdikleri yanıtlar ile değerlendirilmiştir. Beşli likert tipi yanıtları olan önermelerin ki kare testi ile analiz edilmesinde “kesinlikle katılıyorum” ve “katılıyorum” yanıtları “katılan” olarak, “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” yanıtları “katılmayan” olarak gruplanmıştır. Analizler “katılan” ve “katılmayan” grupları ile yapılmış, “kararsızım” yanıtları analiz dışında bırakılmıştır. Alanyazında Likert tipi sorularla elde edilen verinin parametrik olmayan testler ile analiz edilebileceği, “kararsızım” yanıtlarının analiz dışında bırakılabileceği belirtilmektedir (250, 251). Bu nedenle katılımcıların rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik tutum ve inançlarını değerlendiren önermelerin her biri ile katılımcıların bazı özellikleri arasındaki ilişki değerlendirilirken “kararsızım” yanıtı veren katılımcılar analiz dışında tutulmuştur.

Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu Tablo 5.59'da karşılaştırılmıştır. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olan katılımcıların %75,0'ı (n=75) gergin hissettiğini belirtirken, olmayan katılımcıların %87,4'ü (n=166) gergin hissettiğini belirtmiştir. Katılımcıların yakın çevresinde sağlık çalışanı olma durumuna göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,008). Aile hekimini bilen katılımcıların %86,2'si (n=188) gergin hissettiğini belirtirken, bilmeyenlerin %73,6'sı (n=53) gergin hissettiğini belirtmiştir. Katılımcıların aile hekimini bilme durumlarına göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,013). Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran katılımcıların %74,7'si (n=74) gergin hissettiğini belirtirken, yaptırmayanların %87,4'ü (n=167) gergin hissettiğini belirtmiştir. Katılımcıların düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmama durumlarına göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,006). HPV testini duyan katılımcıların %79,1'i (n=136), duymayanların %89,0'ı (n=105) jinekolojik

muayene sırasında gergin hissettiğini belirtmiştir. Katılımcıların HPV testini duyma durumlarına göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,027). Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların %80,7'si (n=180), yaptırmayanların %91,0'ı (n=61) jinekolojik muayene sırasında gergin hissettiğini belirtmiştir. Katılımcıların simir ya da HPV testi yaptıran durumlarına göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,048).

**Tablo 5.59.** Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu (Ankara, 2020).

	Jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=290)</b>							0,142
Lise ve altı	50	84,7	9	15,3	59	20,3	0,706
Yüksekokul/üniversite	191	82,7	40	17,3	231	79,7	
<b>Medeni durum (n=290)</b>							0,448
Evli	167	82,7	35	17,3	202	69,7	0,799
Eşi vefat etmiş/boşanmış	41	82,0	9	18,0	50	17,2	
Hiç evlenmemiş	33	86,8	5	13,2	38	13,1	
<b>Ekonomik durum algısı (n=290)</b>							0,869
Çok iyi/iyi	54	79,4	14	20,6	68	23,4	0,647
Orta	177	84,3	33	15,7	210	72,4	
Kötü/çok kötü	20	83,3	2	16,7	12	4,1	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=290)</b>							7,138
Var	75	75,0	25	25,0	100	34,5	<b>0,008</b>
Yok	166	87,4	24	12,6	190	65,5	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=290)</b>							6,146
Bilen	188	86,2	30	13,8	218	75,2	<b>0,013</b>
Bilmeyen	53	73,6	19	26,4	72	24,8	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=290)</b>							1,594
Var	109	80,1	27	19,9	136	46,9	0,207
Yok	132	85,7	22	14,3	154	53,1	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=200)</b>							0,048
Kullanan	70	83,3	14	16,7	84	42,0	0,827
Kullanmayan	98	84,5	18	15,5	116	58,0	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=288)</b>							0,113
Kullanan	150	82,4	32	17,6	182	63,2	0,737
Kullanmayan	89	84,0	17	16,0	106	36,8	

Tablo 5.59. Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu (devamı).

	Jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=290)</b>							0,331
Var	79	84,9	14	15,1	93	32,1	0,565
Yok	162	82,2	35	17,8	197	67,9	
<b>Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıırma durumu (n=290)</b>							7,474 <b>0,006</b>
Yaptıran	74	74,7	25	25,3	99	34,1	
Yaptırmayan	167	87,4	24	12,6	191	65,9	
<b>HPV testini duyma durumu (n=290)</b>							4,898 <b>0,027</b>
Duyan	136	79,1	36	20,9	172	59,3	
Duymayan	105	89,0	13	11,0	118	40,7	
<b>Simir ya da HPV testi yaptıırma durumu (n=290)</b>							3,913 <b>0,048</b>
Yaptıran	180	80,7	43	19,3	223	76,9	
Yaptırmayan	61	91,0	6	9,0	67	23,1	

Not: Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu Tablo 5.60'da verilmiştir. Jinekolojik muayene sırasında gergin hissettiğini belirtenlerin ortalama çalışma süresi 20,10±7,92 yıl iken, gergin hissetmeyenlerin ortalama çalışma süresi 22,31±6,18 yıldır. Muayene sırasında gergin hisseden ve hissetmeyen katılımcıların çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,038).

Tablo 5.60. Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu (Ankara, 2020).

	Jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu		
	Katılan	Katılmayan	Toplam
<b>Yaş (yıl)</b>			
n	241	49	290
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	44,44±7,63 (44,0)	45,80±6,22 (46,0)	44,67±7,42 (45,0)
1.çeyrek-3.çeyrek Test	38,0-51,0	41,0-51,0	38,8-51,0
			u=5227,5* p=0,205
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	241	49	290
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	20,10±7,92 (20,0)	22,31±6,18 (23,0)	20,48±7,69 (21,0)
1.çeyrek-3.çeyrek Test	14,0-25,0	19,0-27,0	15,0-26,0
			u=4795,5* <b>p=0,038</b>

Tablo 5.60. Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu (devamı).

	Jinekolojik muayene sırasında kendini gergin hissetme durumu		
	Katılan	Katılmayan	Toplam
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>			
n	236	48	284
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	25,74 $\pm$ 4,58 (25,1)	25,31 $\pm$ 4,55 (24,6)	25,66 $\pm$ 4,57 (25,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,6-28,5	21,9-27,0	22,4-25,0
Test			u=5277,5*
			p=0,456

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumu Tablo 5.61'de karşılaştırılmıştır. Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların %74,9'u (n=149), yaptırmayanların %85,9'u (n=56) muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında kendini hakları ihlal edilmiş hissettiğini belirtmiştir. Katılımcıların simir ya da HPV testi yaptırma durumlarına göre muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,034).

**Tablo 5.61.** Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumu (Ankara, 2020).

	Muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=263)</b>							0,514
Lise ve altı	48	81,4	11	18,6	59	22,4	0,473
Yüksekokul/üniversite	157	77,0	47	23,0	204	77,6	
<b>Medeni durum (n=263)</b>							2,153
Evli	142	78,5	39	21,5	181	68,8	0,341
Eşi vefat etmiş/boşanmış	35	71,4	14	28,6	49	18,6	
Hiç evlenmemiş	28	84,8	5	15,2	33	12,5	
<b>Ekonomik durum algısı (n=263)</b>							0,344
Çok iyi/iyi	50	80,6	12	19,4	62	23,6	0,842
Orta	145	77,1	43	22,9	188	71,5	
Kötü/çok kötü	10	76,9	3	23,1	13	4,9	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=263)</b>							3,439
Var	65	71,4	26	28,6	91	34,6	0,064
Yok	140	81,4	32	18,6	172	65,4	

Tablo 5.61. Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumu (devamı).

	Muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=263)</b>							2,116
Bilen	154	80,2	38	19,8	192	73,0	0,146
Bilmeyen	51	71,8	20	28,2	71	27,0	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=263)</b>							0,130
Var	97	77,0	29	23,0	126	47,9	0,718
Yok	108	78,8	29	21,2	137	52,1	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=176)</b>							0,234
Kullanan	56	77,8	16	22,2	72	40,9	0,629
Kullanmayan	84	80,8	20	19,2	104	59,1	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=261)</b>							0,377
Kullanan	124	76,5	38	23,5	162	62,1	0,539
Kullanmayan	79	79,8	20	20,2	99	37,9	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=263)</b>							3,108
Var	63	71,6	25	28,4	88	33,5	0,078
Yok	142	81,1	33	18,9	175	66,5	
<b>Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu (n=263)</b>							2,547
Yaptıran	62	72,1	24	27,9	86	32,7	0,110
Yaptırmayan	143	80,8	34	19,2	177	67,3	
<b>HPV testini duyma durumu (n=263)</b>							0,413
Duyan	114	76,5	35	23,5	149	56,7	0,521
Duymayan	91	79,8	23	20,2	114	43,3	
<b>Simir ya da HPV testi yaptıрма durumu (n=263)</b>							4,491
Yaptıran	149	74,9	50	25,1	199	75,7	0,034
Yaptırmayan	56	87,5	8	12,5	64	24,3	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumu Tablo 5.62'de verilmiştir. Muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hisseden katılımcıların yaş ortalaması 44,43±7,80 iken, haklarının ihlal edildiğini hissetmeyen katılımcıların yaş ortalaması 46,60±6,46'dır. Önermeye katılan ve katılmayan personelin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır



(p=0,032). Muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hisseden katılımcıların ortalama çalışma süresi 19,95±8,20 yıl iken, haklarının ihlal edildiğini hissetmeyen katılımcıların ortalama çalışma süresi 22,72±7,14 yıldır. Önermeye katılan ve katılmayan personelin çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,008).

**Tablo 5.62.** Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumu (Ankara, 2020).

	Muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında haklarının ihlal edildiğini hissetme durumu		
	Katılan	Katılmayan	Toplam
<b>Yaş (yıl)</b>			
n	205	58	263
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	44,43±7,80 (44,0)	46,60±6,46 (47,5)	44,91±7,57 (45,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	38,0-51,0	43,8-51,0	38,0-51,0
Test			u=4850,5*
			<b>p=0,032</b>
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	205	58	263
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	19,95±8,20 (20,0)	22,72±7,14 (24,0)	20,56±8,05 (22,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	14,0-25,0	20,0-27,3	14,0-26,0
Test			u=4590,0*
			<b>p=0,008</b>
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>			
n	199	58	257
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	25,39±4,61 (24,8)	26,59±4,36 (26,0)	25,66±4,57 (25,1)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,2-28,2	23,3-28,9	22,3-28,3
Test			u=4807,5*
			<b>p=0,053</b>

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testi yaptırmanın utanç verici olduğunu düşünme durumu Tablo 5.63'te karşılaştırılmıştır. Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran katılımcıların %92,0'ı (n=92) tarama testi yaptırmanın utanç verici olduğunu düşünmez iken, yaptırmayanların %82,5'i (n=151) utanç verici olduğunu düşünmemektedir. Katılımcıların düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumlarına göre tarama testi yaptırmanın utanç verici olduğunu düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,029). HPV testini duyan katılımcıların %89,9'u (n=151) tarama testi yaptırmanın utanç verici olduğunu düşünmez iken, duymayanların %80,0'ı

(n=92) utanç verici olduğunu düşünmemektedir. Katılımcıların HPV testini duyma durumlarına göre tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,019).

**Tablo 5.63.** Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünme durumu (Ankara, 2020).

	Tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=283)</b>							0,922
Lise ve altı	10	18,2	45	81,8	55	19,4	0,337
Yüksekokul/üniversite	30	13,2	198	86,8	228	80,6	
<b>Medeni durum (n=283)</b>							0,094
Evli	28	13,9	173	86,1	201	71,0	0,954
Eşi vefat etmiş/boşanmış	7	15,6	38	84,4	45	15,9	
Hiç evlenmemiş	5	13,5	32	86,5	37	13,1	
<b>Ekonomik durum algısı (n=283)</b>							0,348
Çok iyi/iyi	10	14,5	59	85,5	69	24,4	0,840
Orta	29	14,4	173	85,6	202	71,4	
Kötü/çok kötü	1	8,3	11	91,7	12	4,2	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=283)</b>							1,666
Var	23	12,2	165	87,8	188	66,4	0,197
Yok	17	17,9	78	82,1	95	33,6	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=283)</b>							0,005
Bilen	30	14,2	181	85,6	211	74,6	0,945
Bilmeyen	10	13,9	62	86,1	72	25,4	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=283)</b>							1,198
Var	22	16,5	111	83,5	133	47,0	0,274
Yok	18	12,0	132	88,0	150	53,0	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=193)</b>							1,345
Kullanan	15	17,9	69	81,1	84	43,5	0,246
Kullanmayan	13	11,9	96	88,1	109	56,5	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=281)</b>							0,163
Kullanan	24	13,3	157	86,7	181	64,4	0,686
Kullanmayan	15	15,0	85	85,0	100	35,6	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=283)</b>							0,230
Var	11	12,6	76	87,4	87	30,7	0,632
Yok	29	14,8	167	85,2	196	69,3	
<b>Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmama durumu (n=283)</b>							4,795
Yaptıran	8	8,0	92	92,0	100	35,3	0,029
Yaptırmayan	32	17,5	151	82,5	183	64,7	

Tablo 5.63. Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünme durumu (devamı).

	Tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>HPV testini duyma durumu (n=283)</b>							5,492
Duyan	17	10,1	151	89,9	168	59,4	<b>0,019</b>
Duymayan	23	20,0	92	80,0	115	40,6	
<b>Simir ya da HPV testi yaptıрма durumu (n=283)</b>							0,455
Yaptıran	29	13,4	188	86,6	217	76,7	0,500
Yaptırmayan	11	16,7	55	83,3	66	23,3	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünme durumu Tablo 5.64'te verilmiştir. Tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünen katılımcıların yaş ortalaması 44,88±7,16 iken, önermeye katılmayanların yaş ortalaması 45,00±7,38'dir. Önermeye katılan ve katılmayan personelin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,914). Tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünen katılımcıların ortalama çalışma süresi 19,28±8,06 yıl iken, önermeye katılmayanların ortalama çalışma süresi 20,93±7,87 yıldır. Önermeye katılan ve katılmayan personelin çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,197). Tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu düşünen katılımcıların BKİ ortalaması 26,16±4,82, önermeye katılmayanların BKİ ortalaması 25,55±4,43 kg/m<sup>2</sup>'dir. Önermeye katılan ve katılmayan personelin BKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,534).

**Tablo 5.64.** Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testi yaptıranın utanç verici olduğunu düşünme durumu (Ankara, 2020).

	Tarama testi yaptıranın utanç verici olduğunu düşünme durumu		
	Katılan	Katılmayan	Toplam
<b>Yaş (yıl)</b>			
n	40	243	283
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	44,88 $\pm$ 7,16 (45,0)	45,00 $\pm$ 7,38 (45,0)	44,98 $\pm$ 7,34 (45,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	40,0-50,5	39,0-51,0	39,0-51,0
Test			u=4808,0*
			p=0,914
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	40	243	283
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	19,28 $\pm$ 8,06 (19,5)	20,93 $\pm$ 7,87 (22,0)	20,69 $\pm$ 7,90 (21,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	14,3-24,8	15,0-26,0	15,0-26,0
Test			u=4242,0*
			p=0,197
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>			
n	39	237	276
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	26,16 $\pm$ 4,82 (25,6)	25,55 $\pm$ 4,43 (25,0)	25,63 $\pm$ 4,48 (25,1)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,8-28,5	22,5-28,3	22,6-28,3
Test			u=4334,5*
			p=0,534

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumu Tablo 5.65'te karşılaştırılmıştır. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olan katılımcıların %62,5'i (n=55) aceleci davranıldığında kendini gergin hissettiğini belirtirken, olmayan katılımcıların %75,3'ü (n=134) aceleci davranıldığında kendini gergin hissettiğini belirtmiştir. Katılımcıların yakın çevresinde sağlık çalışanı olma durumlarına göre muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,031). Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların %65,2'si (n=107), kullanmayanların %80,0'ı (n=80) muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissettiğini belirtmiştir. Katılımcıların geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumlarına göre muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,011).

**Tablo 5.65.** Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumu (Ankara, 2020).

	Muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=266)</b>							0,458
Lise ve altı	44	74,6	15	25,4	59	22,2	0,499
Yüksekokul/üniversite	145	70,0	62	30,0	207	77,8	
<b>Medeni durum (n=266)</b>							4,991
Evli	124	67,0	61	33,0	185	69,5	0,082
Eşi vefat etmiş/boşanmış	36	78,3	10	21,7	46	17,3	
Hiç evlenmemiş	29	82,9	6	17,1	35	13,2	
<b>Ekonomik durum algısı (n=266)</b>							2,200
Çok iyi/iyi	45	70,3	19	29,7	64	24,1	0,333
Orta	134	70,2	57	29,8	191	71,8	
Kötü/çok kötü	10	90,9	1	9,1	11	4,1	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=266)</b>							4,667
Var	55	62,5	33	37,5	88	33,1	<b>0,031</b>
Yok	134	75,3	44	24,7	178	66,9	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=266)</b>							0,284
Bilen	141	71,9	55	28,1	196	73,7	0,594
Bilmeyen	48	68,6	22	31,4	70	26,3	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=266)</b>							0,303
Var	88	72,7	33	27,3	121	45,5	0,582
Yok	101	69,7	44	30,3	145	54,5	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=184)</b>							3,592
Kullanan	49	65,3	26	34,7	75	40,8	0,058
Kullanmayan	85	78,0	24	22,0	109	59,2	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=264)</b>							6,547
Kullanan	107	65,2	57	34,8	164	62,1	<b>0,011</b>
Kullanmayan	80	80,0	20	20,0	100	37,9	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=266)</b>							0,217
Var	62	72,9	23	27,1	85	32,0	0,642
Yok	127	70,2	54	29,8	181	68,0	
<b>Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (n=266)</b>							1,998
Yaptıran	59	65,6	31	34,4	90	33,8	0,157
Yaptırmayan	130	73,9	46	26,1	176	66,2	
<b>HPV testini duyma durumu (n=266)</b>							0,075
Duyan	109	71,7	43	28,3	152	57,1	0,785
Duymayan	80	70,2	34	29,8	114	42,9	

Tablo 5.65. Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumu (devamı).

	Muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Simir ya da HPV testi yaptırma durumu (n=266)</b>							2,773 0,096
Yaptıran	139	68,5	64	31,5	203	76,3	
Yaptırmayan	50	79,4	13	20,6	63	23,7	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre göre muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumu Tablo 5.66'da verilmiştir. Muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissedenenlerin yaş ortalaması 44,55±7,64, önermeye katılmayanların yaş ortalaması 45,35±6,56'dır. Önermeye katılan ve katılmayan personelin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,294). Muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissettiğini belirtenlerin ortalama çalışma süresi 19,94±7,92 yıl iken, önermeye katılmayanların ortalama çalışma süresi 21,32±7,38 yıldır. Önermeye katılan ve katılmayan personelin çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,108). Muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissettiğini belirtenlerin BKİ ortalaması 25,70±4,60, önermeye katılmayanların BKİ ortalaması 25,54±4,82 kg/m<sup>2</sup>'dir. Önermeye katılan ve katılmayan personelin BKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,624).

**Tablo 5.66.** Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumu (Ankara, 2020).

	Muayene süresince aceleci davranıldığında kendini gergin hissetme durumu		
	Katılan	Katılmayan	Toplam
<b>Yaş (yıl)</b>			
n	189	77	266
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	44,55 $\pm$ 7,64 (44,0)	45,35 $\pm$ 6,56 (46,0)	44,78 $\pm$ 7,34 (44,5)
1.çeyrek-3.çeyrek	38,0-51,0	40,5-51,0	39,0-51,0
Test			u=6679,5* p=0,294
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	189	77	266
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	19,94 $\pm$ 7,92 (20,0)	21,32 $\pm$ 7,38 (23,0)	20,34 $\pm$ 7,78 (21,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	14,0-25,0	16,0-27,0	15,0-25,0
Test			u=6364,0* p=0,108
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>			
n	184	76	260
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	25,70 $\pm$ 4,60 (25,1)	25,54 $\pm$ 4,82 (24,5)	25,66 $\pm$ 4,66 (24,9)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,5-28,3	22,0-29,1	22,3-28,5
Test			u=6722,0* p=0,624

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu Tablo 5.67'de karşılaştırılmıştır. Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların %74,3'ü (n=124), kullanmayanların %57,7'si (n=56) önermeye katılmamaktadır. Katılımcıların geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumlarına göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,005). Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran katılımcıların %80,7'si (n=71), yaptırmayanların %61,8'i (n=110) önermeye katılmamaktadır. Katılımcıların düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran durumlarına göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,002). HPV testini duyan katılımcıların %74,4'ü (n=116), duymayanların %59,1'i (n=65) önermeye katılmamaktadır. Katılımcıların HPV testini duyma durumlarına göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,009). Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların %74,0'ı (n=148),

yaptırmayanların %50,0'ı (n=33) önermeye katılmamaktadır. Katılımcıların simir ya da HPV testi yaptıрма durumlarına göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0,001).

**Tablo 5.67.** Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu (Ankara, 2020).

	Tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=266)</b>							0,617
Lise ve altı	21	36,2	37	63,8	58	21,8	0,432
Yüksekokul/üniversite	64	30,8	144	69,2	208	78,2	
<b>Medeni durum (n=266)</b>							2,997
Evli	60	32,4	125	67,6	185	69,5	0,233
Eşi vefat etmiş/boşanmış	10	22,7	34	77,3	44	16,5	
Hiç evlenmemiş	15	40,5	22	59,5	37	13,9	
<b>Ekonomik durum algısı (n=266)</b>							0,032
Çok iyi/iyi	20	31,3	44	68,8	64	24,1	0,984
Orta	61	32,3	128	67,7	189	71,1	
Kötü/çok kötü	4	30,8	9	69,2	13	4,9	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=266)</b>							0,332
Var	27	29,7	64	70,3	91	34,2	0,564
Yok	58	33,1	117	66,9	175	65,8	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=266)</b>							1,202
Bilen	66	33,8	129	66,2	195	73,3	0,273
Bilmeyen	19	26,8	52	73,2	71	26,7	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=266)</b>							1,289
Var	35	28,5	88	71,5	123	46,2	0,256
Yok	50	35,0	93	65,0	143	53,8	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=180)</b>							1,216
Kullanan	30	39,0	47	61,0	77	42,8	0,270
Kullanmayan	32	31,1	71	68,9	103	57,2	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=264)</b>							7,719
Kullanan	43	25,7	124	74,3	167	63,3	<b>0,005</b>
Kullanmayan	41	42,3	56	57,7	97	36,7	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=266)</b>							0,804
Var	31	35,6	56	64,4	87	32,7	0,370
Yok	54	30,2	125	69,8	179	67,3	



Tablo 5.67. Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu (devamı).

	Tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıırma durumu (n=266)</b>							9,658 <b>0,002</b>
Yaptıran	17	19,3	71	80,7	88	33,1	
Yaptırmayan	68	38,2	110	61,8	178	66,9	
<b>HPV testini duyma durumu (n=266)</b>							6,916 <b>0,009</b>
Duyan	40	25,6	116	74,4	156	58,6	
Duymayan	45	40,9	65	59,1	110	41,4	
<b>Simir ya da HPV testi yaptıırma durumu (n=266)</b>							13,146 <b>p&lt;0,001</b>
Yaptıran	52	26,0	148	74,0	200	75,2	
Yaptırmayan	33	50,0	33	50,0	66	24,8	

Not: Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu Tablo 5.68'de verilmiştir. Tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi istediğini belirtenlerin ortalama çalışma süresi 18,15±8,16 yıl iken, önermeye katılmayanların ortalama çalışma süresi 21,60±7,89 yıldır. Önermeye katılan ve katılmayan personelin çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,003).

**Tablo 5.68.** Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu (Ankara, 2020).

	Tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu		
	Katılan	Katılmayan	Toplam
<b>Yaş (yıl)</b>			
n	85	181	266
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	43,75±7,95 (43,0)	45,50±7,34 (46,0)	44,94±7,57 (45,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	37,0-51,0	40,0-51,0	39,0-51,0
Test	u=6622,0* p=0,067		
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	85	181	266
$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	18,15±8,16 (18,0)	21,60±7,89 (23,0)	20,50±8,13 (21,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	11,0-24,5	16,0-26,5	15,0-26,0
Test	u=5938,5* <b>p=0,003</b>		

Tablo 5.68. Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu (devamı).

	Tarama testi yapılırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmeyi isteme durumu		
	Katılan	Katılmayan	Toplam
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>			
n	84	178	262
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	25,93 $\pm$ 4,69 (25,4)	25,70 $\pm$ 4,58 (25,0)	25,78 $\pm$ 4,60 (25,1)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,8-28,6	22,6-28,5	22,6-28,5
Test			u=7276,5* p=0,727

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumu Tablo 5.69'da karşılaştırılmıştır. Yakın çevresinde sağlık çalışanı olan katılımcıların %61,7'si (n=37), olmayan katılımcıların %46,2'si (n=60) önermeye katılmamaktadır. Katılımcıların yakın çevresinde sağlık çalışanı olma durumlarına göre egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,047). Düzenli ilaç kullanmayı gerektirecek kronik hastalığı olan katılımcıların %63,6'sı (n=42), olmayanların %44,4'ü (n=55) önermeye katılmamaktadır. Katılımcıların kronik hastalığı olma durumlarına göre egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,011).

**Tablo 5.69.** Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumu (Ankara, 2020).

	Egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=190)</b>							0,027
Lise ve altı	23	47,9	25	52,1	48	25,3	0,869
Yüksekokul/üniversite	70	49,3	72	50,7	142	74,7	
<b>Medeni durum (n=190)</b>							0,901
Evli	62	47,0	70	53,0	132	69,5	0,637
Eşi vefat etmiş/boşanmış	18	56,3	14	43,8	32	16,8	
Hiç evlenmemiş	13	50,0	13	50,0	26	13,7	

Tablo 5.69. Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumu (devamı).

	Egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=190)</b>							3,953 <b>0,047</b>
Var	23	38,3	37	61,7	60	31,6	
Yok	70	53,8	60	46,2	130	68,4	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=190)</b>							0,001
Bilen	65	48,9	68	51,1	133	70,0	0,975
Bilmeyen	28	49,1	29	50,9	57	30,0	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=190)</b>							0,775 0,379
Var	51	52,0	47	48,0	98	51,6	
Yok	42	45,7	50	54,3	92	48,4	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=125)</b>							0,068 0,794
Kullanan	28	49,1	29	50,9	57	45,6	
Kullanmayan	35	51,5	33	48,5	68	54,4	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=188)</b>							0,878 0,349
Kullanan	55	45,8	65	54,2	120	63,8	
Kullanmayan	36	52,9	32	47,1	68	36,2	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=190)</b>							6,408 <b>0,011</b>
Var	24	36,4	42	63,6	66	34,7	
Yok	69	55,6	55	44,4	124	65,3	
<b>Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu (n=190)</b>							0,003 0,955
Yaptıran	32	49,2	33	50,8	65	34,2	
Yaptırmayan	61	48,8	64	51,2	125	65,8	
<b>HPV testini duyma durumu (n=190)</b>							0,234 0,629
Duyan	55	50,5	54	49,5	109	57,4	
Duymayan	38	46,9	43	53,1	81	42,6	
<b>Simir ya da HPV testi yaptıрма durumu (n=190)</b>							1,483 0,223
Yaptıran	70	46,7	80	53,3	150	78,9	
Yaptırmayan	23	57,5	17	42,5	40	21,1	

Not: Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumu Tablo 5.70'de verilmiştir. Egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünenlerin yaş ortalaması 44,42±7,70,

önermeye katılmayanların yaş ortalaması  $46,18 \pm 7,44$  'tür. Önermeye katılan ve katılmayan personelin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,093$ ). Egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünenlerin ortalama çalışma süresi  $20,28 \pm 8,30$  yıl iken, önermeye katılmayanların ortalama çalışma süresi  $21,32 \pm 8,47$  yıldır. Önermeye katılan ve katılmayan personelin çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,300$ ). Egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünenlerin BKİ ortalaması  $25,57 \pm 4,47$ , önermeye katılmayanların BKİ ortalaması  $25,95 \pm 5,45 \text{ kg/m}^2$ 'dir. Önermeye katılan ve katılmayan personelin BKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,841$ ).

**Tablo 5.70.** Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumu (Ankara, 2020).

	Egzersiz ve doğru beslenme ile sağlığa dikkat edildiğinde rahim ağzı kanseri riskinin azaldığını düşünme durumu		
	Katılan	Katılmayan	Toplam
<b>Yaş (yıl)</b>			
n	93	97	190
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	$44,42 \pm 7,70$ (44,0)	$46,18 \pm 7,44$ (47,0)	$45,32 \pm 7,60$ (45,5)
1.çeyrek-3.çeyrek	38,0-51,0	40,0-52,0	39,0-51,0
Test			$u=3874,5^*$ $p=0,093$
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	93	97	190
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	$20,28 \pm 8,30$ (20,0)	$21,32 \pm 8,47$ (23,0)	$20,81 \pm 8,38$ (22,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	14,0-25,0	15,0-28,0	15,0-27,0
Test			$u=4118,5^*$ $p=0,300$
<b>BKİ (<math>\text{kg/m}^2</math>)</b>			
n	92	95	187
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	$25,57 \pm 4,47$ (24,8)	$25,95 \pm 5,45$ (24,8)	$25,77 \pm 4,98$ (24,8)
1.çeyrek-3.çeyrek	22,2-28,7	22,3-29,2	22,3-28,8
Test			$u=4296,0^*$ $p=0,841$

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testinin nasıl yaptırıldığını bilme durumu Tablo 5.71’de karşılaştırılmıştır. Evli olan katılımcıların %75,6’sı (n=146), eşi vefat etmiş veya boşanmış olanların %69,0’ı (n=29) ve hiç evlenmemiş olanların %45,5’i (n=15) “Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum” önermesine katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların medeni durumlarına göre “Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum” önermesine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,002). Bonferroni düzeltmesi ile bakıldığında bu fark evli olanlar ile hiç evlenmemiş olanlar (p<0,001) ve eşi vefat etmiş/boşanmış olanlar ile hiç evlenmemiş olanlar arasındadır (p=0,039). Aile hekimini bilen katılımcıların %66,2’si (n=129), bilmeyenlerin %73,2’si (n=52) önermeye katılmamaktadır. Katılımcıların aile hekimini bilme durumlarına göre “Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum” önermesine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,042). Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların %75,4’ü (n=129), kullanmayanların %62,5’i (n=60) önermeye katılmamaktadır. Katılımcıların geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumlarına göre “Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum” önermesine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,026). Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran katılımcıların %83,3’ü (n=75), yaptırmayanların %64,6’sı (n=115) önermeye katılmamaktadır. Katılımcıların düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran durumlarına göre “Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum” önermesine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,001). HPV testini duyan katılımcıların %76,6’sı (n=118), duymayanların %63,2’si (n=72) önermeye katılmamaktadır. Katılımcıların HPV testini duyma durumlarına göre “Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum” önermesine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,016).

**Tablo 5.71.** Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testinin nasıl yaptırıldığını bilme durumu (Ankara, 2020).

	"Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum" önermesine katılma durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=268)</b>							0,479
Lise ve altı	19	32,8	39	67,2	58	21,6	0,489
Yüksekokul/üniversite	59	28,1	151	71,9	210	78,4	
<b>Medeni durum (n=268)</b>							12,533
Evli	47	24,4	146	75,6	193	72,0	<b>0,002</b>
Eşi vefat etmiş/boşanmış	13	31,0	29	69,0	42	15,7	
Hiç evlenmemiş	18	54,5	15	45,5	33	12,3	
<b>Ekonomik durum algısı (n=268)</b>							1,811
Çok iyi/iyi	22	34,9	41	65,1	63	23,5	0,404
Orta	52	26,8	142	73,2	194	72,4	
Kötü/çok kötü	4	36,4	7	63,6	11	4,1	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=268)</b>							0,214
Var	29	30,9	65	69,1	94	35,1	0,644
Yok	49	28,2	125	71,8	174	64,9	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=268)</b>							4,124
Bilen	64	32,5	133	67,5	197	73,5	<b>0,042</b>
Bilmeyen	14	19,7	57	80,3	71	26,5	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=268)</b>							2,958
Var	30	24,0	95	76,0	125	46,6	0,085
Yok	48	33,6	95	66,4	143	53,4	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=184)</b>							1,911
Kullanan	21	26,6	58	73,4	79	42,9	0,167
Kullanmayan	38	36,2	67	63,8	105	57,1	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=267)</b>							4,977
Kullanan	42	24,6	129	75,4	171	64,0	<b>0,026</b>
Kullanmayan	36	37,5	60	62,5	96	36,0	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=268)</b>							2,099
Var	20	23,3	66	76,7	86	32,1	0,147
Yok	58	31,9	124	68,1	182	67,9	
<b>Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (n=268)</b>							10,159
Yaptıran	15	16,7	75	83,3	90	33,6	<b>0,001</b>
Yaptırmayan	63	35,4	115	64,6	178	66,4	
<b>HPV testini duyma durumu (n=190)</b>							5,756
Duyan	36	23,4	118	76,6	154	57,5	<b>0,016</b>
Duymayan	42	36,8	72	63,2	114	42,5	

**Not:** Yüzdeler satır yüzdesidir.

Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testinin nasıl yaptırıldığını bilme durumu Tablo 5.72'de verilmiştir. "Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum" önermesine katılanların yaş ortalaması  $43,38 \pm 7,86$ , önermeye katılmayanların yaş ortalaması  $45,38 \pm 7,12$ 'dir. Önermeye katılan ve katılmayan personelin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,043$ ).

**Tablo 5.72.** Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testinin nasıl yaptırıldığını bilme durumu (Ankara, 2020).

	<b>"Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum" önermesine katılma durumu</b>		
	<b>Katılan</b>	<b>Katılmayan</b>	<b>Toplam</b>
<b>Yaş (yıl)</b>			
N	78	190	268
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	$43,38 \pm 7,86$ (42,0)	$45,38 \pm 7,12$ (46,0)	$44,80 \pm 7,38$ (45,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	37,0-50,3	40,0-51,0	39,0-51,0
Test			$u=6242,5^*$ <b><math>p=0,043</math></b>
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
N	78	190	268
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	$19,81 \pm 8,48$ (19,5)	$20,66 \pm 7,71$ (22,0)	$20,41 \pm 7,93$ (21,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	14,0-25,3	15,0-26,0	15,0-25,8
Test			$u=6840,5^*$ $p=0,323$
<b>BKİ (<math>kg/m^2</math>)</b>			
N	77	187	264
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	$25,86 \pm 5,25$ (25,2)	$25,62 \pm 4,44$ (24,9)	$25,69 \pm 4,68$ (24,9)
1.çeyrek-3.çeyrek	21,8-29,1	22,6-28,2	22,5-28,4
Test			$u=7169,0^*$ $p=0,957$

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu Tablo 5.73'te karşılaştırılmıştır. Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların %62,1'i ( $n=95$ ), kullanmayanların %46,6'sı ( $n=41$ ) göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumlarına göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,019$ ). Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıran katılımcıların %68,6'sı ( $n=59$ ), yaptırmayanların %49,0'ı ( $n=77$ ) tarama testinin kadın

doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumlarına göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,003$ ). Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların %62,3'ü ( $n=119$ ), yaptırmayanların %32,7'si ( $n=17$ ) tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların simir ya da HPV testi yaptıрма durumlarına göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,001$ ). Rahim ağzı kanserine yönelik tarama testinin muayene masasında sağlık çalışanı tarafından yapılmasını tercih eden katılımcıların %70,2'si ( $n=87$ ), nasıl yapılacağı anlatıldığında kendi kendine yapmayı tercih eden katılımcıların %18,9'u ( $n=10$ ) ve her iki şekilde de testi yaptırabileceğini belirten katılımcıların %61,7'si ( $n=37$ ) tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların rahim ağzı kanserine yönelik tarama testi tercihinin göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,001$ ). Bonferroni düzeltmesi ile bakıldığında bu fark tarama testinin muayene masasında sağlık çalışanı tarafından yapılmasını tercih eden katılımcılar ile nasıl yapılacağı anlatıldığında kendi kendine yapmayı tercih eden katılımcılar ( $p<0,001$ ) ve nasıl yapılacağı anlatıldığında kendi kendine yapmayı tercih eden katılımcılar ile her iki şekilde de testi yaptırabileceğini belirten katılımcılar ( $p<0,001$ ) arasındadır.



**Tablo 5.73.** Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu (Ankara, 2020).

	Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Öğrenim durumu (n=243)</b>							0,043
Lise ve altı	24	45,3	29	54,7	53	21,8	0,836
Yüksekokul/üniversite	83	43,7	107	56,3	190	78,2	
<b>Medeni durum (n=243)</b>							3,569
Evli	74	42,0	102	58,0	176	72,4	0,168
Eşi vefat etmiş/boşanmış	14	40,0	21	60,0	35	14,4	
Hiç evlenmemiş	19	59,4	13	40,6	32	13,2	
<b>Ekonomik durum algısı (n=243)</b>							4,150
Çok iyi/iyi	18	34,6	34	65,4	52	21,4	0,126
Orta	86	47,8	94	52,2	180	74,1	
Kötü/çok kötü	3	27,3	8	72,7	11	4,5	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=243)</b>							0,299
Var	39	46,4	45	53,6	84	34,6	0,585
Yok	68	42,8	91	57,2	159	65,4	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=243)</b>							3,736
Bilen	85	47,8	93	52,2	178	73,3	0,053
Bilmeyen	22	33,8	43	66,2	65	26,7	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=243)</b>							0,324
Var	48	42,1	66	57,9	114	46,9	0,569
Yok	59	45,7	70	54,3	129	53,1	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=167)</b>							0,039
Kullanan	33	45,8	39	54,2	72	43,1	0,844
Kullanmayan	45	47,4	50	52,6	95	56,9	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=241)</b>							5,460
Kullanan	58	37,9	95	62,1	153	63,5	<b>0,019</b>
Kullanmayan	47	53,4	41	46,6	88	36,5	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=243)</b>							1,132
Var	40	48,8	42	51,2	82	33,7	0,287
Yok	67	41,6	94	58,4	161	66,3	
<b>Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu (n=243)</b>							8,626
Yaptıran	27	31,4	59	68,6	86	35,4	<b>0,003</b>
Yaptırmayan	80	51,0	77	49,0	157	64,6	
<b>HPV testini duyma durumu (n=243)</b>							1,848
Duyan	56	40,3	83	59,7	139	57,2	0,174
Duymayan	51	49,0	53	51,0	104	42,8	

Tablo 5.73. Araştırmaya katılan personelin bazı sosyodemografik ve kadın sağlığına ilişkin özelliklerine göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu (devamı).

	Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu						ki kare p değeri
	Katılan		Katılmayan		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Simir ya da HPV testi yaptırma durumu (n=243)</b>							14,542 <b>p&lt;0,001</b>
Yaptıran	72	37,7	119	62,3	191	78,6	
Yaptırmayan	35	67,3	17	32,7	52	21,4	
<b>Rahim ağzı kanserine yönelik tarama testi tercihi (n=237)*</b>							40,615 <b>p&lt;0,001</b>
Muayene masasında sağlık çalışanı tarafından yapılmasını tercih eden	37	29,8	87	70,2	124	52,3	
Nasıl yapılacağı anlatıldığında kendi kendine yapmayı tercih eden	43	81,1	10	18,9	53	22,4	
Her iki şekilde de testi yaptırabileceğini belirten	23	38,3	37	61,7	60	25,3	

\* Her iki şekilde de tarama testi yaptırmak istemediğini belirten 6 katılımcı dahil edilmemiştir.

Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu Tablo 5.74'te verilmiştir. Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olduğunu belirtenlerin yaş ortalaması 44,09±7,98, önermeye katılmayanların yaş ortalaması 45,54±6,89'dur. Önermeye katılan ve katılmayan personelin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,095). Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olduğunu belirtenlerin ortalama çalışma süresi 19,89±7,76 yıl iken, önermeye katılmayanların ortalama çalışma süresi 20,88±8,12 yıldır. Önermeye katılan ve katılmayan personelin çalışma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,316). Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olduğunu belirtenlerin BKİ ortalaması 26,19±4,72, önermeye katılmayanların BKİ ortalaması 25,34±4,75 kg/m<sup>2</sup>'dir. Önermeye katılan ve katılmayan personelin BKİ'leri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,148).

**Tablo 5.74.** Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi ve BKİ'ne göre tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu (Ankara, 2020).

	<b>Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olma durumu</b>		
	<b>Katılan</b>	<b>Katılmayan</b>	<b>Toplam</b>
<b>Yaş (yıl)</b>			
n	107	136	243
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	44,09 $\pm$ 7,98 (44,0)	45,54 $\pm$ 6,89 (46,0)	44,91 $\pm$ 7,41 (45,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	38,0-51,0	40,0-51,0	39,0-51,0
Test			u=6370,0* p=0,095
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>			
n	107	136	243
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	19,89 $\pm$ 7,76 (20,0)	20,88 $\pm$ 8,12 (22,0)	20,44 $\pm$ 7,96 (22,0)
1.çeyrek-3.çeyrek	14,0-26,0	16,0-26,8	15,0-26,0
Test			u=6731,5* p=0,316
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>			
n	104	135	239
$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	26,19 $\pm$ 4,72 (25,4)	25,34 $\pm$ 4,75 (24,2)	25,71 $\pm$ 4,75 (24,9)
1.çeyrek-3.çeyrek	23,2-29,0	21,9-28,2	22,6-28,4
Test			u=6253,5* p=0,148

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

### 5.5. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri, kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testiyle ilgili özellikleri ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanlarına ilişkin bulgular

Katılımcıların rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi düzeylerini değerlendirmek için hazırlanan 12 bilgi önermesine verdikleri her bir doğru cevap 1(bir) puan diğer cevapları 0 (sıfır) puan olarak değerlendirilmiştir. Önermelere verdikleri cevaplara göre rahim ağzı kanserine yönelik toplam bilgi puanları hesaplanmıştır.

Rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi önermelerinin Cronbach Alfa değeri Tablo 5.75'te verilmiştir. Rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanını oluşturan önermelerin birbiri ile uyumu (iç tutarlılık) Kuder Richardson 20 (KR20) veya Cronbach Alfa güvenilirlik belirleme yöntemi ile değerlendirilebilmektedir. KR20 formülü doğru cevaplandırılan maddelere 1 puan vererek yanlış cevaplandırılan ve boş bırakılan maddelere ise hiç puan vermeksizin oluşturulan sadece iki değerli ölçümlenmiş maddeler için uygunken; Cronbach Alfa hem iki değerli (0,1 şeklinde) ölçümlenmiş maddelerle, hem de ağırlıklı (1,2,3,4,5 şeklinde) ölçümlenmiş maddelerle kullanılabilir (252). Bu şekilde belirlenen güvenilirlik katsayısının yüksek olması ( $\geq 0,70$ ) test puanlarının tesadüfi hatadan arınık olduğunu, testi oluşturan maddelerin homojen olduğunu, aynı şeyi ölçtüğünü ve birbiri ile uyumlu olduğunu göstermektedir (218). Rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi önermelerine ilişkin iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı ile değerlendirilmiş olup Cronbach Alfa değeri 0,755 bulunmuştur.

**Tablo 5.75.** Rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi önermelerinin Cronbach Alfa değeri (Ankara,2020).

	Önerme sayısı	Cronbach Alfa
Rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi önermeleri	12	0,755

Araştırmaya katılan personelin bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanı dağılımı Tablo 5.76'da verilmiştir. Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanan katılımcıların ortalama bilgi puanı  $6,38 \pm 2,76$  iken, kullanmayanların  $5,00 \pm 2,82$ 'dir. Katılımcıların geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanama durumlarına göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,001$ ). Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi/kişiler olduğunu belirten katılımcıların ortalama bilgi puanı  $6,35\pm 2,70$  iken, olmadığını belirtenlerin  $5,43\pm 2,92$  'dir. Katılımcıların yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığına göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,008$ ). Düzenli olarak kadın doğum muayenesi yaptıran katılımcıların ortalama bilgi puanı  $6,53\pm 2,67$  iken, yaptırmayanların  $5,47\pm 2,89$  'dur. Katılımcıların düzenli olarak kadın doğum muayenesi yaptırmama durumuna göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,002$ ). HPV testini duyan katılımcıların ortalama bilgi puanı  $6,64\pm 2,68$  iken, duymayanların  $4,79\pm 2,74$  'tür. Katılımcıların HPV testini duyma durumuna göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0,001$ ). Simir ya da HPV testi yaptıran katılımcıların ortalama bilgi puanı  $6,18\pm 2,65$  iken, yaptırmayanların  $4,86\pm 3,23$  'tür. Katılımcıların simir ya da HPV testi yaptırmama durumuna göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,002$ ). Rahim ağzı kanseri tarama programını duyan katılımcıların ortalama bilgi puanı  $6,45\pm 2,68$  iken, duymayanların  $5,37\pm 2,91$  'dir. Katılımcıların rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumuna göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,001$ ).

**Tablo 5.76.** Araştırmaya katılan personelin bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanı dağılımı (Ankara, 2020).

	Bilgi Puanı			Test
	$\bar{X}\pm SS$ (Ortanca)	En büyük-En küçük	1.çeyrek-3.çeyrek	
<b>Öğrenim durumu (n=330)</b>				$u=9129,5^*$
Lise ve altı	$5,72\pm 2,64$ (6,0)	0-10	4,0-8,0	$p=0,549$
Yüksekokul/üniversite	$5,91\pm 2,92$ (6,0)	0-12	4,0-8,0	
<b>Medeni durum (n=330)</b>				$\chi^2=5,507^{**}$
Evli	$5,98\pm 2,84$ (6,0)	0-12	4,0-8,0	$p=0,064$
Eşi vefat etmiş/boşanmış	$6,16\pm 2,52$ (7,0)	0-11	4,0-8,0	
Hiç evlenmemiş	$4,89\pm 3,19$ (5,0)	0-12	2,0-8,0	
<b>Ekonomik durum (n=330)</b>				$\chi^2=0,466^{**}$
Çok iyi/iyi	$5,78\pm 2,95$ (6,0)	0-12	4,0-8,0	$p=0,792$
Orta	$5,92\pm 2,80$ (6,0)	0-12	4,0-8,0	
Kötü/çok kötü	$5,43\pm 3,46$ (5,5)	0-12	2,0-8,25	
<b>Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı (n=330)</b>				$u=12192,0^*$
Var	$5,85\pm 3,06$ (6,5)	0-12	3,0-8,0	$p=0,702$
Yok	$5,87\pm 2,74$ (6,0)	0-12	4,0-8,0	

Tablo 5.76. Araştırmaya katılan personelin bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanı dağılımı (devamı).

	Bilgi Puanı			Test
	$\bar{X} \pm SS$ (Ortanca)	En büyük-En küçük	1.çeyrek-3.çeyrek	
<b>Sigara içme durumu (n=330)</b>				$\chi^2=0,028^{**}$
Hiç içmeyen	5,82±2,93 (6,0)	0-12	4,0-8,0	p=0,986
İçip bırakan	5,98±2,43 (6,0)	0-10	5,0-8,0	
Halen içen	5,88±2,93 (6,0)	0-12	4,0-8,0	
<b>Alkol içme durumu (n=330)</b>				$\chi^2=1,080^{**}$
Hiç içmeyen	5,76±2,91 (6,0)	0-12	4,0-8,0	p=0,583
İçip bırakan	5,76±2,55 (6,0)	0-10	4,0-8,0	
Halen içen	6,17±2,79 (7,0)	0-12	4,0-8,0	
<b>Spor yapma durumu (n=330)</b>				u=12408,5*
Yapan	6,09±2,99 (6,0)	0-12	4,0-8,0	p=0,165
Yapmayan	5,64±2,71 (6,0)	0-11	3,5-8,0	
<b>Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=213)</b>				u=4924,5*
Kullanan	6,00±2,75 (6,0)	0-12	5,0-8,0	p=0,206
Kullanmayan	5,37±2,98 (5,5)	0-12	3,0-8,0	
<b>Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu (n=328)</b>				u=9145,5*
Kullanan	6,38±2,76 (7,0)	0-12	5,0-8,0	<b>p&lt;0,001</b>
Kullanmayan	5,00±2,82 (5,0)	0-12	3,0-7,0	
<b>Kronik hastalık varlığı (n=330)</b>				u=11055,0*
Var	6,14±2,90 (7,0)	0-12	4,0-8,0	p=0,158
Yok	5,72±2,82 (6,0)	0-12	4,0-8,0	
<b>Aile hekimini bilme durumu (n=330)</b>				u=10453,0*
Bilen	5,89±2,77 (6,0)	0-12	4,0-8,0	p=0,959
Bilmeyen	5,79±3,10 (6,0)	0-12	3,8-8,0	
<b>Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı (n=330)</b>				u=11284,5*
Var	6,35±2,70 (7,0)	0-12	5,0-8,0	<b>p=0,008</b>
Yok	5,43±2,92 (6,0)	0-12	3,0-8,0	
<b>Düzenli olarak kadın doğum muayenesi yaptırma durumu (n=330)</b>				u=10080,5*
Yaptıran	6,53±2,67 (7,0)	0-12	5,0-8,0	<b>p=0,002</b>
Yaptırmayan	5,47±2,89 (6,0)	0-12	3,0-8,0	
<b>HPV testini duyma durumu (n=330)</b>				u=8242,0*
Duyan	6,64±2,68 (7,0)	0-12	5,0-8,0	<b>p&lt;0,001</b>
Duymayan	4,79±2,74 (5,0)	0-11	3,0-7,0	
<b>Simir ya da HPV testi yaptırma durumu (n=330)</b>				u=7656,0*
Yaptıran	6,18±2,65 (6,0)	0-12	4,0-8,0	<b>p=0,002</b>
Yaptırmayan	4,86±3,23 (5,0)	0-12	2,0-8,0	
<b>Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu (n=330)</b>				u=10629,5*
Duyan	6,45±2,68 (7,0)	0-12	5,0-8,0	<b>p=0,001</b>
Duymayan	5,37±2,91 (6,0)	0-12	3,0-8,0	

\* Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır.

\*\* Çarpık dağılım nedeniyle Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve gebelik sayısı ile bilgi puanı arasındaki korelasyon analizi Tablo 5.77’de verilmiştir. Katılımcıların yaşı ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,120$ ,  $p=0,029$ ). Benzer şekilde katılımcıların gebelik sayısı ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $r=0,146$ ,  $p=0,017$ ).

**Tablo 5.77.** Araştırmaya katılan personelin yaşı, çalışma süresi, ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve gebelik sayısı ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanı arasındaki korelasyon analizi (Ankara, 2020).

Özellik	r*	p değeri
<b>Yaş-Bilgi puanı (n=330)</b>	<b>0,120</b>	<b>0,029</b>
<b>Çalışma süresi-Bilgi puanı (n=330)</b>	0,073	0,187
<b>İlk evlenme yaşı-Bilgi puanı (n=285)</b>	-0,080	0,178
<b>İlk gebelik yaşı-Bilgi puanı (n=266)</b>	-0,042	0,497
<b>Gebelik sayısı-Bilgi puanı (n=266)</b>	<b>0,146</b>	<b>0,017</b>

\*Çarpık dağılım nedeniyle Spearman Korelasyonu yapılmıştır.

### 5.6. Çoklu Regresyon Analizi İle Elde Edilen Modele İlişkin İleri Analiz Bulguları

Katılımcıların yaş, öğrenim düzeyi, halen ve geçmişte herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanım durumu, düzenli ilaç kullanmayı gerektirecek kronik hastalık varlığı, aile hekimini bilme durumu, yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı, yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı, düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıрма durumu HPV testini duyma durumu, simir ve/veya HPV testi yaptıрма durumu, rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu ve gebelik sayısı beğimsiz değişkenlerini kullanarak rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanını yordamak amacıyla “enter” metodu ile yapılan çok değişkenli doğrusal regresyon analizine ilişkin bulgular sunulmuştur. Kayıp verilerin olması nedeniyle analizde katılımcıların % 49,7’sinin ( $n=164$ ) verileri yer almaktadır.

Çok değişkenli doğrusal regresyon analizi sonucunda rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanıyla önceki analizlerde ilişkili bulunan ve bilgi puanını etkileyebileceği öngörülen bazı değişkenlerin modeldeki anlamlılık değerleri Tablo 5.78’de verilmiştir.

**Tablo 5.78.** Çok değişkenli doğrusal regresyon analizine ilişkin sonuçlar (Ankara, 2020).

Değişkenler*	Standartlaştırılmamış Katsayılar		%95 Güven Aralığı (Beta)		Standartlaştırılmış Katsayılar		p
	B	Standart Hata	Alt sınır	Üst sınır	Beta	t	
<b>Sabit</b>	4,19	1,93				2,17	0,031
Yaş	-0,03	0,04	-0,11	0,05	-0,07	-0,75	0,454
Öğrenim durumu <sup>1</sup>	-0,05	0,62	-1,28	1,18	0,01	-0,08	0,938
Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu <sup>2</sup>	-0,22	0,43	-1,06	0,63	-0,04	-0,51	0,611
Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu <sup>3</sup>	0,56	0,49	-0,41	1,53	0,09	1,14	0,257
Kronik hastalık varlığı <sup>4</sup>	-0,05	0,48	-0,99	0,90	-0,01	-0,10	0,923
Aile hekimini bilme durumu <sup>5</sup>	-0,30	0,53	-1,35	0,75	-0,44	-0,57	0,570
Yakın çevresinde sağlık çalışanı varlığı <sup>6</sup>	-0,01	0,44	-0,88	0,87	-0,01	-0,01	0,990
Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı <sup>7</sup>	0,61	0,44	-0,25	1,48	0,11	1,40	0,164
Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıırma durumu <sup>8</sup>	0,60	0,45	-0,28	1,48	0,11	1,34	0,182
Simir ve/veya HPV testi yaptıırma durumu <sup>9</sup>	0,38	0,59	-0,80	1,55	0,05	0,64	0,526
Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu <sup>10</sup>	0,53	0,44	-0,35	1,41	0,10	1,19	0,234
<b>HPV testini duyma durumu<sup>11</sup></b>	1,23	0,47	0,30	2,17	0,22	2,60	<b>0,010</b>
<b>Gebelik sayısı</b>	0,68	0,24	0,22	1,15	0,23	2,90	<b>0,004</b>

\* Referans gruplar;

<sup>1</sup> Lise ve altı mezunlar

<sup>2</sup> Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanmayanlar

<sup>3</sup> Geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanmayanlar

<sup>4</sup> Kronik hastalığın olmayanlar

<sup>5</sup> Aile hekimini bilmeyenler

<sup>6</sup> Yakın çevresinde sağlık çalışanı olmayanlar

<sup>7</sup> Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi olmayanlar

<sup>8</sup> Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıırmayanlar

<sup>9</sup> Simir ve/veya HPV testi yaptıırmayanlar

<sup>10</sup> Rahim ağzı kanseri tarama programını duymayanlar

<sup>11</sup> HPV testini duymayanlar

Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli ( $F(13,150) = 2,92$ ,  $p=0,001$ ) ve bağımlı değişkendeki varyansın %13,3'ünün ( $R^2_{adjusted}=0,133$ ) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Tablo 5.78'de görüldüğü gibi yaş değişkeni bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=-0,07$ ,  $t(150)=-0,75$ ,  $p=0,454$ ). Öğrenim durumu değişkeni bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=-0,01$ ,  $t(150)=-0,08$ ,  $p=0,938$ ). Halen gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=-0,04$ ,  $t(150)=-0,51$ ,  $p=0,611$ ). Geçmişte gebelikten



koruyucu yöntem kullanma durumu bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=0,09$ ,  $t(150)=1,14$ ,  $p=0,257$ ). Düzenli ilaç kullanmayı gerektirecek kronik hastalığın olma durumu bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=-0,01$ ,  $t(150)=-0,10$ ,  $p=0,923$ ). Aile hekimini bilme durumu bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=-0,04$ ,  $t(150)=-0,57$ ,  $p=0,57$ ). Yakın çevresinde sağlık çalışanı olma durumu bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=-0,01$ ,  $t(150)=-0,01$ ,  $p=0,990$ ). Yakın çevresinde kanser tanısı alan kişi varlığı bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=0,11$ ,  $t(150)=1,40$ ,  $p=0,164$ ). Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptıırma durumu bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=0,11$ ,  $t(150)=1,34$ ,  $p=0,182$ ). Simir ve/veya HPV testi yaptıırma durumu bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=0,05$ ,  $t(150)=0,64$ ,  $p=0,526$ ). Rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumu bilgi puanını anlamlı olarak yordamamaktadır ( $\beta=0,10$ ,  $t(150)=1,19$ ,  $p=0,234$ ). **HPV testini duyma durumu** bilgi puanını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır ( $\beta=0,22$ ,  $t(150)=2,60$ ,  $p=0,010$ ). **Gebelik sayısı** bilgi puanını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordamaktadır ( $\beta=0,23$ ,  $t(150)=2,90$ ,  $p=0,004$ ).

## 6. TARTIŞMA

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi'nde görevli 30 yaş ve üzeri 330 kadın idari personel ile çeşitli il ve ilçe sağlık merkezlerinde görevli 30 yaş ve üzeri 327 kadın idari personelde yürütülmüş olup, iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. İkinci bölümde ise rahim ağzı kanseri ve taramaya ilişkin bazı faktörler değerlendirilmiştir. İkinci bölümden elde edilen bulgular tartışma bölümünde dört alt başlıkta sunulmuştur. Araştırmada elde edilen bulgularla ilgili tartışma, bu çerçevede ele alınarak beş alt başlıkta sunulmuştur.

### 6.1. Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerinin Verilerine İlişkin Tartışma

Psikolojik testlerin taşınması gereken en önemli niteliklerden biri olan geçerlik bir ölçme aracının ölçülmek istenen niteliği ne ölçüde ölçebildiği ve diğer özelliklere karıştırmadan ölçebilme derecesini ifade etmektedir (218). Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin geçerlik analizlerinde "dil geçerliği", "yüzey geçerliği", "yapı geçerliği" ve "ölçüt geçerliği" değerlendirilmiştir.

Dil geçerliği ve yüzey geçerliği değerlendirmesinde alanında uzman ve dile hakim kişilerden alınan destek ile ölçeğin ileri ve geri çevirileri yapılarak anlaşılabilirlik açısından personelin değerlendirmesine sunulmuş ve geri bildirimler doğrultusunda gereken düzenlemeler yapılarak ölçeğe son hali verilmiştir. Bu aşama ölçekle ilgili daha sonra gelişebilecek sorunların zamanında fark edilip düzeltilmesini sağladığından oldukça önemlidir.

Yapı geçerliği faktör analizi yöntemlerinden AFA ve DFA ile değerlendirilmiştir. AFA'da korunması gereken faktör sayısına karar verirken Kaiser kriteri, Catell yamaç testi ve Horn paralel analiz yöntemlerinden ve ölçekte kalması gereken maddelere karar verirken madde analizinde yer alan maddelerin ayırt ediciliğine ilişkin bilgi veren alt üst gruplar madde analizi, düzeltilmiş madde toplam korelasyonu ve madde çıkarıldığında ölçek Cronbach alfası dikkate alınmıştır. AFA sonucunda orijinal ölçekte yer alan 'abartılı kaygı' alt boyutu (15, 16, 17. maddeler) ile 12, 25, 26 ve 28. maddelerin çıkarılması ile geride kalan 21 madde ve 3 faktörden oluşan yapının yamaç testi ve paralel analiz ile desteklendiği görülmüştür. AFA sonucunda elde edilen nihai yapının doğrulanıp

doğrulanmadığını test etmek için farklı bir çalışma grubunda DFA yapılmıştır. Ancak DFA sonuçları elde edilen modelin uyum düzeyinin yeterli olmadığını ortaya koymuştur. Ölçeğin geliştirildiği kültür ile uyarlama çalışması yapılacak kültür arasındaki dil, sosyal yapı, din, politik sistem, kültürel tabu, okuma yazma oranı gibi farklılıkları yansıtan “kültürel uzaklık” uyarlama çalışmalarında büyük önem taşımaktadır (253). Orijinal ölçek Amerika Birleşik Devletleri kökenlidir (230). İnsani Gelişim İndeksi’nde yer alan ülke sıralamalarına göre belirlenebilen kültürel uzaklığa bakıldığında 2019 verilerine göre Türkiye 59. sırada ABD ise 15. sırada yer almaktadır (254). ABD ile Türkiye arasındaki uzaklığın bu denli yüksek olması özellikle jinekolojik muayene gibi beden mahremiyetini içeren bir konuda tutum ve inançlar açısından farklılık yaratabilmektedir. Öte yandan orijinal ölçek bir üniversitede öğrenim gören 18-70 yaş arası kadınlar ile bir sağlık bakım merkezinde görevli kadın çalışanlarda e-posta yoluyla uygulanmıştır (230). Bu çalışmada ölçek analizine ilişkin veriler 30 yaş ve üzeri üniversite idari personeli ile sağlık müdürlüklerinde görevli idari personelde gözlem altında ve çevrimiçi uygulanan veri toplama formu üzerinden toplanmıştır. Daha ileri bir yaş grubunda, sağlık çalışanları ile daha yakın teması olabilen (hastane ve sağlık müdürlüklerinde çalışan personeli kapsadığı için) bir grupta ve iki farklı veri toplama yöntemi ile toplanmış olması da ölçeğin Türk kültürüne uyarlanamamasında önemli faktörler olabilir.

Önceden geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan benzer bir ölçme aracının ölçüt kabul edilmesiyle yeni geliştirilen veya uyarlanan ölçme aracından elde edilen bulgulara ilişkin bir yargıya varma işlemi ölçüt geçerliği olarak tanımlanmaktadır (218). Bu çalışmada ölçüt geçerliği 2007 yılında Güvenç ve arkadaşları tarafından geliştirilen Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği’nin ciddiyet alt boyutu kullanılarak değerlendirilmiştir (229). Ölçüt geçerliğinde iki benzer ölçekten elde edilen puanlar arasında korelasyon olması beklenmektedir. Ölçüt geçerliğinin doğrulanması için anlamlı olan korelasyon değerinin 0,30’un üzerinde olması gerekmektedir (255). Ancak RAKTİ Ölçeği ile ciddiyet alt boyutu arasındaki korelasyonlara ilişkin değerler ölçüt geçerliğinin sağlanmadığını göstermektedir. Bu bulgu uyarlama çalışması yapılan ölçeğin araştırma örneğinde yer alan çalışma grubunda uyarlanmadığının da bir kanıtıdır. Bu çalışmada ölçüt geçerliğinin değerlendirilmesi için başka bir ölçeğin kullanılması veri toplama formundaki madde sayısını çok artıracığı ve veri toplama formunun eksiksiz

yanıtlanmasını zorlaştıracığından katılımcılara 35 maddeden oluşan Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin tamamı yerine 7 maddeden oluşan ve pap smear tarama davranışı ile pozitif yönde ilişkili olan ciddiye alt boyutu uygulanmıştır. Ölçeğin geliştirildiği toplumla benzer özelliklere sahip başka bir çalışma grubunda belirlenen benzer ölçeğin tamamı uygulanarak ölçüt geçerliği yeniden değerlendirilebilir.

Ölçekten elde edilen sonuçların kararlılık göstermesi uygulamadan uygulamaya belirgin bir değişim göstermemesi yani testin hatalardan arınık olması güvenilirlik olarak tanımlanmaktadır (218). Bu çalışmada güvenilirlik test tekrar test güvenilirlik analizi, iç tutarlılık analizi ve madde analizi ile değerlendirilmiştir.

Ölçeğin zamana karşı tutarlı sonuçlar verebilme özelliğini test etmek için test-tekrar test güvenilirlik analizi yapılmıştır. Test-tekrar test güvenilirlik analizinde aynı örnek içerisinde yer alan ve takma adları belli olan 66 personele, aynı veri toplama formu ile alanyazında önerildiği gibi 15-30 gün sonra yeniden ulaşılmıştır. Araştırmada test-tekrar test güvenilirliğinden elde edilen korelasyon değeri 0,73'tür ( $p < 0,001$ ). Bu değer hem Cohen'in hem de Bütüköztürk'ün sınıflandırmasına göre yüksek korelasyonu göstermektedir (233, 244). Test-tekrar test güvenilirliğinde elde edilen korelasyon değerinin yüksekliği test-tekrar test güvenilirliğin sağlandığını göstermektedir.

Madde analizi ile yapılan değerlendirmede abartılı kaygı alt boyutunda yer alan maddelerin (15, 16, 17. maddeler) madde ayırt ediciliklerinin yetersiz olduğu yani ölçtükleri özellik açısından kişileri yeterli düzeyde ayırt edemedikleri saptanmıştır. Madde analizi bulguları da göz önüne alınarak AFA uygulanmış ve AFA sonucunda belirlenen yapının iç tutarlılığı Cronbach Alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. AFA sonucunda belirlenen ve 3 alt boyuttan oluşan yapının tamamına ilişkin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,78'dir. Alt boyutlar için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı ise muayene ile ilişkili faktörler alt boyutu için 0,77 iken yararlar alt boyutu için 0,75 ve riskler ve engeller alt boyutu için 0,52'dir. Orijinal ölçeğin tamamında Cronbach Alfa 0,84 iken alt boyutlarda 0,87-0,74 arasında değişmektedir (230). Ayrıca ölçek 2017 yılında Saei Ghare Naz ve arkadaşları tarafından 3. basamak bir sağlık merkezine başvuran 18 yaş ve üzeri evli kadınlar örneğinde değerlendirilmiş ve İran kültürüne uyarlanmıştır. 24

maddeden oluşan uyarılma çalışmasında hesaplanan ölçeğin tamamına ait Cronbach Alfa değeri ise 0,93'dür (256). Cronbach Alfa değeri için farklı fikirler olsa da genel kabul bu değerin  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  arasında oldukça güvenilir,  $0,80 \leq \alpha < 1,00$  arasında yüksek derecede güvenilir olduğudur (242, 243). Bu sonuçlar doğrultusunda riskler ve engeller alt boyutu dışında ölçeğin tamamı ve diğer alt boyutların oldukça güvenilir olduğu görülmüştür. Ancak hesaplanan güvenilirlik katsayılarının genel olarak orijinal ölçek ve İran kültürüne uyarılan ölçekten düşük güvenilirlikte oluşu ölçeğin geliştirildiği kültür ve katılımcı popülasyonu ile uyarıldığı kültür ve katılımcı popülasyonu arasındaki farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği gibi hem orijinal ölçek hem de İran kültürüne uyarılan ölçekteki araştırma örneğinde yer alan katılımcılara ait farklılıklar ve veri toplama yöntemindeki farklılıklardan da kaynaklanmış olabilir. Bu çalışmanın COVID-19 pandemisi koşullarında yapılması da dikkate alınması gereken başka bir durumdur. Sistematik örnekleme yöntemiyle araştırmaya dahil edilen 500 katılımcının yalnızca 330 'una ulaşılmıştır. Ulaşılamayan kişiler arasında COVID-19 pandemisi nedeniyle idari izinde olan 60 yaş ve üzeri bireyler, kronik hastalığı olan bireyler ile anaokulu ve kreşlerin kapalı olması nedeniyle çocuklarının bakımını üstlendiğinden işe devamsızlığı olan kadınlar bulunmaktadır. Bu da ölçek analizlerine dahil edilen katılımcıların orijinal ölçekte araştırmaya dahil edilen katılımcılardan yaş dışında başka özellikler açısından da farklılaşmasına neden olmuştur.

## **6.2. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, kanser taraması, rahim ağzı kanseri, pap smear ve HPV testi ile ilgili özelliklerine ilişkin tartışma**

Araştırmanın Ankara'da bir üniversitenin 30 yaş ve üzeri kadın idari personelinin Ulusal Rahim Ağzı Kanseri Tarama Programı'na katılımı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yürütülen bu bölümünde araştırmaya katılanların yaşları 30-64 arasında değişmektedir ( $45,22 \pm 7,41$ ) ve katılımcıların %77,3'ü yüksekokul/üniversite mezunudur.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2019 yılı verilerine göre Türkiye'de 25 yaş ve üzeri kadınların %17,5'i yüksekokul ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir (257). Araştırmaya katılan personelin Türkiye geneline göre oldukça yüksek düzeyde eğitilmiş

olduğu görülmektedir. Ortalama ilk evlenme yaşı (24,86) ise Türkiye ortalaması (25,0) ile benzerdir.

Hanehalkı İşgücü araştırması sonuçlarına göre kadınların çalışma hayatında kalma süresi 2013 yılında 16,7 yıldan 2018 yılında 19,0 yıla yükselmiştir (257). Bu çalışmada katılımcıların ortalama çalışma süresi yaklaşık 21 yıldır. Kadınların istihdam oranının erkeklerden az olduğu bilinmektedir. Çalışma arkadaşlarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (%64,2) çalıştığı ortamda kadın sayısının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bu durum kadın istidamının en fazla hizmet sektöründe olduğu gerçeği ile örtüşmektedir (258).

Katılımcıların yaklaşık üçte biri (%35) menopoza girdiğini belirtmiştir. Menopoza girenler hariç tutulduğunda halen gebelikten koruyucu yöntem kullandığını belirtenlerin sıklığı %40,8'dir. Bunların içerisinde %50,0'ı erkek kondomu, %27,3'ü hormonlu RİA ve %12,5'i geri çekme yöntemini kullandığını belirtmiştir. Toplam modern yöntem kullanım sıklığı (kondom, RİA, hap, tüp ligasyonu ve deri altı implant/enjeksiyon) %83,0 iken katılımcıların %17,0'ı ise geleneksel yöntemleri (geri çekme, takvim yöntemi) kullanmaktadır. 2018 TNSA verilerine göre 15-49 yaş grubu tüm kadınlarda herhangi bir yöntem kullanım sıklığı %46,9 olup %33,0'nı herhangi bir modern yöntem kullanımı, %13,9'unu ise herhangi bir geleneksel yöntem kullanımı oluşturmaktadır (259). Kullanılan yöntemler arasında modern yöntemlerin kullanım sıklığı Türkiye geneline kıyasla yüksek olmakla birlikte eğitim düzeyi yüksek, çalışma hayatına katılan ve üreme çağında olan kadınların temsil edildiği bir çalışma grubunda katılımcıların %59,2'sinin gebelikten koruyucu herhangi bir yöntem kullanmaması dikkat çekicidir. Menopoza giren kadınlar da dahil edildiğinde geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullandığını belirtenlerin sıklığı %62,5'tir. Bunların içerisinde %30,9'u hormonlu RİA, %22,7'si erkek kondomu ve %20,4'ü hap kullandığını belirtmiştir. Geçmişte toplam modern yöntem kullanım sıklığı %78,6 iken, katılımcıların %21,4'ü geleneksel yöntemleri kullanmıştır.

Katılımcıların %96,4'ü simir testini duyduğunu belirtirken, HPV testini duyduğunu belirtenlerin sıklığı %57,9'dur. Türkiye'de 1992 yılından beri rahim ağzı kanseri pap smear testi ile tarandığından testin kadınlar arasındaki bilinirliği yüksek düzeydedir. Oysa

HPV testinin ülkemizde uygulamaya başlanması oldukça yeni olduğundan (2014 yılından beri) HPV testinin bilinirliği pap smear testine göre daha azdır (11, 12).

Ağustos 2020’de gerçekleşen ve DSÖ’ye üye ülkelerin toplandığı Dünya Sağlık Kongresi’nde 2050 yılına kadar ‘Rahim Ağzı Kanserinin Eliminasyonu için Küresel Strateji’ belirlenmiş ve bu kapsamda 2030 yılına kadar üye ülkelerin 3 önemli hedefe ulaşmaları planlanmıştır. Bu hedeflerden biri de 35 ve 45 yaşına kadar kadınların %70’nin yüksek performanslı bir testle taranmasıdır (72). Ancak küresel düzeyde bakıldığında taramaya ilişkin ülkeler arasında ve ülke içerisinde önemli eşitsizlikler bulunduğu dikkat çekmektedir. ABD’de 21-65 yaş arası kadınların yaklaşık %80’i pap smear testi yaptırırken, yaşa göre tavsiye edilen aralıklarda pap smear yaptırma sıklığının Körfez ülkelerinden Birleşik Arap Emirliklerinde %28 Suudi Arabistan’da ise %7,6 olduğu saptanmıştır (177, 184). Kaynakların sınırlı olduğu özellikle Sahra Altı Afrika ülkelerinde rahim ağzı kanseri taramasına katılım sıklığı %0,4 ile %27 arasında değişmekte olup kırsal alanda tarama sıklığının kentsel alana göre 2-4 kat daha düşük olduğu bildirilmiştir (188-196). 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre Türkiye’de 15 yaş üzeri kadınların %69,3’ünün hiç pap smear testi yaptırmadığı, 2014 yılında başlayan toplum tabanlı tarama programına davet edilen 30-65 yaş arası kadın nüfusun ise yalnız %36,5’inin tarama davetini kabul ettiği saptanmıştır (12, 15). Bu çalışmada katılımcıların yaklaşık dörtte üçü (%76,1) simir ya da HPV testi yaptırdığını belirtmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyinin yüksek olması, üniversite ortamında çalışması ve kentsel alanda yaşaması nedeniyle tarama hizmetlerine ulaşım kolaylığının bulunması dolayısıyla tarama testi yaptırma sıklığının yüksek olması beklenen bir bulgudur. Benzer şekilde Kızırmak ve Kocaöz’ün bir üniversitede çalışan kadınlarda 2017 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %68,3’ünün en az bir kez pap smear testi yaptırdığı saptanmıştır (260). Tarama testi yaptırma sıklığının yüksek olmasına karşın katılımcıların yarısından fazlası (%54,2) Ulusal Rahim Ağzı Kanseri Tarama Programı’nı duymamıştır. Dolayısıyla katılımcıların yalnızca %6,1’i simir ya da HPV testini birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaptırmıştır. Katılımcıların, bünyesinde 3. Basamak sağlık kuruluşu olan bir üniversitede çalışmaları randevu, ulaşım ve zaman açısından kolaylık sağlayabileceğinden tarama testi yaptırmak için birinci basamak sağlık kuruluşları yerine kadın doğum polikliniğini tercih etmelerine sebep olmuş olabilir.

Son yıllarda jinekolojik muayeneden rahatsız olma, utanma gibi duygular yaşayan ve bu nedenlerle rahim ağzı kanserine yönelik tarama testi yaptırmaktan kaçınan bireyleri tarama programına dahil edebilmek ve taramaya katılımı artırmak için kendi kendine HPV testi gündeme gelmiştir. Üstelik taramaya katılmayanlarda alternatif olarak kendi kendine HPV testi uygulamasının etkinliğini değerlendiren ve rahim ağzı kanseri tarama programına katılımı önemli ölçüde artıracaklarını gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (149-158). Bu çalışmada katılımcıların beşte birinin (%20,9) tarama testini kendi kendine yapmayı tercih edeceğini belirtmiş olması, kendi kendine HPV testinin taramaya katılımı artırmada ülkemiz için de umut verici olduğunu göstermektedir.

### **6.3. Katılımcıların Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli bileşenlerine göre kanser taraması, rahim ağzı kanseri, Pap smear ve HPV testi ile ilgili bazı sağlık sonuçlarına ilişkin tartışma**

Bireylerin kanser taraması, rahim ağzı kanseri, pap smear ve HPV testine ilişkin olumlu veya olumsuz bazı sağlık davranışlarını daha iyi anlayabilmek için rahim ağzı kanserine yönelik riskli davranışlar ve sağlığı geliştirme ile ilişkili olabilecek değişkenler Cox'un Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli (SDEM) çerçevesinde ele alınmıştır. Bu modelde sağlık davranışlarının tek boyutlu ve statik olmadığı savunulmakta ve dolayısıyla bir sağlık davranışını ele alırken fiziksel, sosyal, bilişsel, motivasyonel, duyuşsal ve çevresel bileşenleri birlikte düşünmek gerektiği vurgulanmaktadır. Bu çerçevede bireye özgü özellikler, birey-profesyonel etkileşimi ve sağlık sonucu olmak üzere üç ana bileşen oluşturulmuştur. Modele göre bireye özgü özellikler ile birey-profesyonel etkileşimi bileşenlerinin karşılıklı etkileşimi sonucunda bireylerin "sağlık sonucu" belirlenmektedir. Bu çalışmada yer alan değişkenler göz önüne alındığında "bireye özgü özellikler" zamanla kolay değişmeyen, görece duran değişkenler olan özgeçmiş değişkenleri (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal çevre, önceki sağlık deneyimleri gibi) ve zamanla değiştirilebilir, dış etkenlere karşı duyarlı olan bireyin motivasyonu, bilişsel ve duygusal yanıtını oluşturan (risk algısı, tarama testi tercihi, jinekolojik muayeneden rahatsız olma durumu gibi) değişkenleri kapsamaktadır. "Birey-profesyonel etkileşimi" klinik karşılaşma sırasında hasta ve profesyonel arasındaki kişilerarası etkileşimi oluşturan unsurları (sağlık bilgisi sunmak, duygusal destek, bireyin



sağlık davranışına karar vermesine fırsat verme gibi) ve bu unsurların birey üzerindeki belirleyici rolünü (olumlu ya da olumsuz sağlık davranışlarını teşvik etmesi) tanımlamaktadır. Modelde yer alan “sağlık sonucu” bileşeni ise sağlık davranışı veya davranış sonucunda ortaya çıkan sağlık durumunu ifade etmektedir.

Bu bölümde “sağlık sonucu” bileşeni olarak ele alınan düzenli olarak kadın doğum muayenesi yaptırma durumu, HPV testini duyma durumu ve sibir veya HPV testi yaptırma durumunu etkileyen bireye özgü özellikler ve birey-profesyonel etkileşiminden kaynaklanan bazı etkenler tartışılmıştır.

Erken tanının özellikle bazı kanser türleri için önemi bilinmektedir. Rahim ağzı kanserinde taramanın yanı sıra gebelik dışı rutin jinekolojik muayenenin de erken tanıda önemli bir yeri vardır. Ancak kadınlar genellikle utanç, korku, anksiyete gibi nedenlerle herhangi bir şikayeti olmadan rutin jinekolojik kontrol muayenesi olmaktan kaçınmaktadır. Yapılan bir çalışmada katılımcıların %50,1’i jinekolojik muayeneyi yalnızca şikayeti olduğu zaman yaptırdığını belirtirken başka bir çalışmada kadınların hiçbir şikayeti olmadan rutin jinekolojik kontrol muayenesi olma oranının %15 olduğu saptanmıştır. Ayrıca eğitim düzeyi, evli olma ve yaş faktörünün jinekolojik kontrol muayenesi üzerinde etkili olduğu görülmüştür (261, 262). Bu çalışmada katılımcıların %37’si düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırdığını belirtmiş ve yaptıranların %85’i de üniversite hastanesinde yaptırdığını ifade etmiştir. Halen evli olanlar ve önceden evlenmiş olanlar hiç evlenmemiş olanlardan daha fazla kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmıştır. Halen gebelikten koruyucu yöntem kullandığını belirtenler kullanmayanlara göre daha fazla kontrol muayenesi yaptırmıştır. Kullanılan bazı yöntemlerin sağlık çalışanının kontrolünü gerektirmesi (RİA, implant gibi) daha fazla muayene olma ile ilişkili olabilir.

Mamografi çektirenler, çektirmeyenlere göre daha fazla kadın doğum kontrol muayenesi ve tarama testi yaptırmıştır. Mamografi meme kanseri için bir erken tanı yöntemidir. Başka bir kanser türü için erken tanı yöntemini tercih eden katılımcıların jinekolojik kanserler için de kontrol muayenesi olması ve tarama testi yaptırması beklenen bir bulgudur. Öte yandan risk algısı, bireylerin koruyucu sağlık davranışları sergilemesinde önemli bir faktördür. Ayrıca alanyazında pek çok çalışmada ailede kanser

öyküsü varlığının bireylerin risk algısını etkileyen bir faktör olduğu belirtilmektedir (263). Örneğin Yavan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada meme kanseri riskinin yüksek olduğunu düşünen kadınlarda meme muayenesi yaptırma sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (264). Bu çalışmada da benzer şekilde yakın çevresinde kanser tanısı alan bireylerin olduğunu belirten katılımcılar ile rahim ağzı kanseri açısından kendisini risk altında gören katılımcıların daha fazla düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırdığı saptanmıştır.

Pek çok ülkede artık günümüzde rahim ağzı kanserine yönelik tarama programında birincil tarama testi olarak pap smear ile beraber veya yalnızca HPV testi uygulanmasına rağmen HPV testine ilişkin farkındalığı değerlendiren çalışma sayısı oldukça azdır. Ülkemizde ise böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. ABD’de 30-65 yaş arası kadınlarda 2018 yılında yapılan bir çalışmada katılımcıların %62,4’ü daha önce HPV testini duyduğunu belirtmiştir. Yaşı genç olanlarda, lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlara kıyasla üniversite ve üzeri eğitim almış olanlarda, sigortası olmayanlara kıyasla özel sağlık sigortası olanlarda ve HPV aşısı yaptırmayanlara kıyasla yaptıranlarda HPV testini duyma oranının daha fazla olduğu görülmüştür (265). Bu çalışmada katılımcıların %57,9’u HPV testini duyduğunu belirtmiştir. ABD’deki çalışma ile benzer şekilde üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlarda HPV testini duyma oranı daha fazla saptanırken özel sağlık sigortasına sahip olma ve yaşa ilişkin HPV testini duyma açısından fark saptanmamıştır. Ayrıca yakın çevresinde kanser tanısı alan birey olduğunu belirtenler, geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullananlar, düzenli ilaç kullanmayı gerektirecek kronik hastalığı olanlar ve alkol içenlerde HPV testini duyma sıklığı daha yüksektir. Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının olumlu sağlık davranışlarını desteklemesi beklenmektedir. Bu öngörünün aksine alkol içen katılımcıların HPV testini duyma sıklığının daha fazla olması alkolün aynı zamanda bir sosyalleşme aracı olması ve dolayısıyla alkol alan bireylerin arkadaş ortamlarında HPV testini duymuş olabileceğini düşündürmektedir.

Alanyazın incelendiğinde rahim ağzı kanserinin erken tanısına yönelik tarama testi yaptırmayı etkileyen faktörleri inceleyen pek çok niceliksel ve niteliksel çalışma olduğu saptanmıştır.(260, 266-274). Bu çalışmalarda genel olarak tarama testi yaptırma konusunda eğitim düzeyi, yaş, medeni durum, gelir durumu, sağlık güvencesi, jinekolojik

kontrol muayenesi yaptırma ve çalışma durumunun bireysel davranışlara etkili olan sosyodemografik faktörler olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hiç evlenmemiş olan katılımcıların halen evli olanlar ve daha önce evlenmiş olanlardan daha az tarama testi yaptırdığı, ancak halen evli olanlar ile önceden evlenmiş olanlar arasında tarama testi yaptırma açısından fark olmadığı saptanmıştır. Hiç evlenmemiş olanların cinsel yönden hiç aktif olmayan bireyleri de kapsamı nedeniyle bu beklenen bir bulgudur. Benzer şekilde Japonya’da yapılan bir çalışmada hiç evlenmemiş olanların evli ve boşanmış olanlardan daha az tarama testi yaptırdığı saptanmıştır. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalar hiç evlenmemiş olanları araştırmaya dahil etmezken, bazı çalışmalarda önceden evlenmiş olanlar ve hiç evlenmemiş olanlar “bekar” olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde evli olanların bekar olanlardan daha fazla tarama testi yaptırdığı görülmüştür (260, 272, 275-277).

Üreme çağındaki kadınların aile planlaması ve gebelikle ilgili sağlık bakımına erişiminin daha sık olacağı varsayıldığından bu yaş grubundaki kadınların tarama testi yaptırma sıklığının daha fazla olacağı öngörülmektedir (278). Ancak yapılan bazı çalışmalarda genç yaş ve ileri yaş grubunda tarama yaptırma sıklığının azaldığı saptanmıştır. Örneğin Açıkgöz ve arkadaşlarının 2011 yılında, Uğur ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları iki ayrı çalışmada 40-49 yaş grubuna kıyasla genç yaş ( $\leq 39$ ) ve ileri yaş ( $\geq 50$ ) grubunda olan kadınların daha az tarama testi yaptırdığı saptanmıştır (272, 279). Benzer şekilde Avustralya’da yapılan bir çalışmada 30 yaş altı ve 49 yaş üzerinde pap smear testi yaptırma oranı daha düşük saptanmıştır (280). Amerika’da yapılan bir çalışmada ise 18-44 yaş arası kadınlara kıyasla 45 yaş ve üzeri kadınlarda smear yaptırma sıklığı 5 kat daha yüksek saptanmıştır (278). Bu çalışmada pap smear ve/veya HPV testi yaptırma sıklığının yaşla birlikte arttığı saptanmıştır. Jinekolojik muayeneden çekinen kadınlar şikayeti olana kadar muayeneye gitmemektedir. Jinekolojik hastalıklara yönelik semptomlar yaşla birlikte artabileceğinden kadınlar ileri yaşlarda sağlık kurumuna başvurmaktadır. İleri yaştaki katılımcılar bu başvuru sırasında tarama testi yaptırmış olabileceğinden tarama yaptırma sıklığı yaşla artmış olabilir. Öte yandan bu çalışmada 30 yaş altındaki katılımcıları kapsamaması ve COVID 19 pandemisine bağlı 60 yaş ve üzeri katılımcıların idari izinli olması ve katılımının düşük olması (5 kişi) nedeniyle yaşa ilişkin değerlendirme söz konusu yaş grupları için sınırlı olmuştur.

Araştırmada tarama testi yaptıran katılımcıların yaptırmayanlara göre daha uzun süredir çalıştığı saptanmıştır. Alanyazında kadınların çalışma durumunun tarama testi yaptırmaya üzerine etkisini araştıran çalışmalar saptanırken, çalışma sürelerini inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır (267, 269, 270, 278). Bu çalışmada yaşı daha ileri olan katılımcıların çalışma süresi de daha uzun olacağından çalışma süresinin tarama testi yaptırmaya üzerine etkisi ile ilgili daha ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Risk algısı ve ailede kanser öyküsü varlığının bireylerin koruyucu sağlık davranışları üzerindeki olumlu etkisi bilinmektedir. Bilinenin aksine bu çalışmada simir yada HPV testi yaptırmaya durumunun yakın çevrede kanser öyküsü varlığı ve algılanan bireysel rahim ağzı kanser riski ile ilişkili olmadığı görülmüştür. Alanyazında bireylerin risk algısının koruyucu sağlık davranışları üzerinde her zaman etkili olmadığını gösteren başka çalışmalar da mevcuttur. Örneğin 2010 yılında KETEM'e başvuran kadınlar ile yapılan bir çalışmada bireylerin birincil ve ikincil düzeyde kanserden korunma davranışlarının ailede kanser öyküsü ve algılanan bireysel kanser riski ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (273). Bireylerin risk algısı ile sağlıklı yaşam davranışlarına yönelmeleri üzerinde daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Çalışmada aile planlaması yöntemi kullanma durumu ve menopoza girme durumuna göre tarama testi yaptırmaya davranışı incelendiğinde halen aile planlaması yöntemi kullanan katılımcıların ve menopoza girmiş olanların daha fazla tarama testi yaptırdığı saptanmıştır. Aile planlaması yöntemlerinden bazıları sağlık çalışanı kontrolünde uygulandığından (RİA, implant gibi) jinekolojik muayene sırasında katılımcılara tarama testi uygulanmış olabilir. Menopoza giren katılımcılar daha ileri yaşta ve menopozdaki hormonal değişikliklere bağlı daha fazla jinekolojik sorunlar ile sağlık kuruluşlarına başvurmuş ve tarama testi yaptırmış olabilir. Benzer şekilde Gökgöz ve Aktaş'ın 2015 yılında yaptığı bir çalışma da bu bulguyu desteklemektedir (269).

Eğitim düzeyi bireyin sağlıklı yaşam davranışlarının önemini ve erken tanıya ilişkin taramanın faydalarını anlama becerisine katkıda bulunan bir faktör olduğundan önemlidir (281-283). Kanada ve ABD'de yapılan bir çalışmada üniversite mezunu olmanın taramaya katılımı etkileyen güçlü bir belirleyici olduğu saptanırken başka bir çalışmada lise altında öğrenim görenlerde taramaya katılmama oranının daha fazla

olduğu saptanmıştır (284, 285). Bu çalışmada beklenenin aksine eğitim durumuna göre katılımcıların tarama testi yaptıırma oranı arasında fark saptanmamıştır. ABD’de yapılan bir çalışmada eğitim durumunun tarama davranışı üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür (278). Bu çalışmada katılımcıların çalışan kadınlardan oluşması ve farklı eğitim düzeyindeki bireylerin çalışma ortamında bulunması eğitimin tarama davranışı üzerindeki etkisini maskeleyebilir.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri esas olarak aile hekimliği sistemi üzerine inşa edildiğinden birincil ve ikincil koruyucu sağlık hizmetleri de aile hekimleri aracılığıyla sunulmaktadır (286). Dolayısıyla bu araştırmada birinci basamak sağlık kuruluşlarından yararlanan katılımcıların daha fazla tarama yaptırmış olabileceği varsayılarak aile hekimini bilme durumuna göre tarama testi yaptıırma durumu incelenmiş ancak aile hekimini bilenler ile bilmeyenler arasında tarama testi yaptıırma açısından fark gözlenmemiştir. Katılımcıların tarama testini büyük çoğunlukla kadın doğum polikliniklerinde yaptırdığı dikkate alındığında bu durum beklenen bir bulgudur.

#### **6.4. Katılımcıların bazı sosyo-demografik özellikleri, kanser taraması, rahim ağzı kanseri ve HPV testiyle ilgili özellikleri ile rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi puanlarına ilişkin tartışma**

Kansere yönelik kadınların taramaya katılımının temel belirleyicileri olan bireylerin sosyodemografik özellikleri, tutum ve inançlarının yanı sıra kansere karşı korunma ve risk faktörlerine yönelik farkındalık da büyük önem taşımaktadır (287). Bu çalışmada katılımcıların rahim ağzı kanseri risk faktörleri ve taramaya ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek için katılımcılara 12 bilgi önermesi yöneltilmiştir. Tüm önermelere katılımcıların yalnızca %1,2’si (n=4) doğru yanıt verirken, katılımcıların %5,5’i (n=18) tüm önermelere yanlış yanıt vermiştir. Bilgi önermelerine katılımcıların verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde en çok doğru yanıtlanan üç önerme sırasıyla cinsel yaşantısı başlamış tüm kadınların tarama testi yaptıırması gerektiği (katılımcıların %77,6’sı doğru yanıtlamıştır), çok eşli cinsel yaşamın rahim ağzı kanseri riskini artırdığı (katılımcıların %69,7’si doğru yanıtlamıştır) ve cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olmanın rahim ağzı kanseri riskini artırdığı (katılımcıların %69,1’i doğru yanıtlamıştır) önermelerdir. Kaya’nın 2010 yılında kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlarda yaptıığı bir çalışmada bilgi önermelerinin yanıtları incelendiğinde cinsel yönden aktif olan her

kadının pap smear testi yaptırması gerektiği önermesini katılımcıların %97,2'si, kontrolsüz cinsel yaşamın serviks kanseri için risk faktörü olduğu önermesini katılımcıların %83,6'sı ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların serviks kanseri için risk faktörü olduğu önermesini katılımcıların %89,6'sı doğru yanıtlamıştır (288). 2010 yılında yapılan çalışmada katılımcıların benzer bilgi önermelerine bu çalışmaya kıyasla daha yüksek oranda doğru yanıt verdiği görülmüştür. 2010 yılında yapılan çalışma kadın doğum polikliniğine başvuran bireyleri kapsadığından kadınlar şikayetleri nedeniyle doktora başvurmadan önce şikayetlerinin nedeni hakkında çeşitli kaynaklardan rahim ağzı kanserini de içeren bazı bilgileri edinmiş olabilir.

Araştırmada en az doğru yanıtlanan üç önerme incelendiğinde, en az doğru yanıtlanan önermenin ilk gebelik yaşının kanser riskini etkilediği önermesi olduğu görülmüş olup katılımcıların %18,5'i bu önermeye doğru yanıt vermiştir. Kaya'nın yaptığı çalışmada ise erken yaşta ilk gebelik yaşamanın serviks kanseri için risk faktörü olduğunu katılımcıların %54,8'i doğru yanıtlamıştır (288). En az doğru yanıtlanan ikinci önerme doğum sayısı ile rahim ağzı kanser riski arasında ilişki olduğu önermesi olup, katılımcıların %19,7'si doğru yanıtlamıştır. Farklı meslek gruplarındaki kadınlar arasında 2016 yılında yapılan bir çalışmada ise çok ve sık doğumun serviks kanseri için risk faktörü olduğunu katılımcıların %5,3'ü bilmıştır (262). En az doğru yanıtlanan üçüncü önerme ise uzun süre doğum kontrol hapı kullanmanın rahim ağzı kanser riskini artırdığı önermesidir ve katılımcıların %24,8'i doğru yanıtlamıştır. Twinn ve arkadaşlarının Çinli kadınlarda yaptığı bir çalışmada katılımcıların %57'si hap kullanımının servikal kanser için risk faktörü olduğunu bilirken, Mukama ve arkadaşlarının Uganda'da yaptığı toplum tabanlı kesitsel bir çalışmada katılımcıların %79,2'si uzun süreli doğum kontrol hapı kullanmanın servikal kanser için risk faktörü olduğunu bilmıştır (289, 290).

Verilen yanıtlar genel olarak değerlendirildiğinde özellikle risk faktörleri başta olmak üzere katılımcıların rahim ağzı kanseri ve taramaya ilişkin yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.

Katılımcıların bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi önermelerinden aldıkları puanlar incelendiğinde katılımcıların yaşı, gebelik sayısı, geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumu, yakın çevresinde kanser tanısı

alan birey varlığı, düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu, HPV testini duyma durumu, tarama testi yaptırma durumu ve rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumuna göre bilgi puanları arasında fark olduğu saptanmıştır. Bilgi puanına ilişkin önceki analizlerde ilişkili bulunan ve bilgi puanını etkileyebileceği öngörülen bazı değişkenler ile çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda HPV testini duyma durumu ve gebelik sayısı bilgi puanı ile pozitif yönde ve anlamlı olarak ilişkilidir. HPV testi 2014 yılından beri Türkiye’de uygulandığından bilinirliğinin az olması beklenmektedir. HPV testini duyan katılımcılar aynı zamanda rahim ağzı kanseri ve taramaya yönelik pekçok bilgiyi de edinmiş olmaktadır. Ayrıca her gebelik döneminde gebeler hekimlerinin önerdiği belirli aralıklarla sağlık kuruluşlarını ziyaret ederek takip edilmektedir. Gebelik sayısı arttıkça bu ziyaretlerin sayısı artacağından kadın sağlığı ile ilgili daha fazla bilgi edinme ihtimalleri artmaktadır. Öte yandan çoklu doğrusal regresyon analizi ile elde edilen modelde modele dahil edilen değişkenlerin bağımlı değişkendeki varyansın yalnızca 13,3’ünü açıkladığı gözlenmiştir. Bu durum bireylerin bilgi düzeyleri ile ilişkili ve araştırılması gereken daha başka faktörlerin olduğuna işaret etmektedir.

#### **6.5. Katılımcıların bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik tutum ve inançlarına ilişkin tartışma**

Taramaya katılım yalnızca ülkelerin gelişmişlik düzeyi, sağlık politikaları ve sağlık sistemlerinden kaynaklanmayıp bireysel faktörler ve tarama testine ilişkin faktörler de katılımı etkileyen önemli unsurları oluşturmaktadır (201). Taramadan kaçınma davranışında bireysel nedenlerin temelinde kadınların çeşitli sosyokültürel özellikleri, kansere karşı korunma ve risk faktörlerine yönelik farkındalıkları ve önceki muayene deneyimleri ile şekillenen bazı tutum ve inançları yatmaktadır. Bu çalışmada katılımcıların bazı özelliklerine göre tarama davranışını etkileyebilecek bazı tutumlarının ilişkisi incelenmiştir.

Yapılan çalışmalar kadınların jinekolojik muayeneyi “uygulanması gerekli fakat hoş olmayan bir durum” şeklinde tanımladıklarını göstermektedir (291). Diğer sistem muayenelerine kıyasla jinekolojik muayene kadınlarda daha fazla ağrı, rahatsızlık, gerginlik, korku, utanç gibi olumsuz duygulara neden olabilmektedir. Bu çalışmada

katılımcıların çoğu (%86,2) jinekolojik muayene sırasında gergin hissettiğini belirtmiştir. Ayrıca düzenli kadın doğum muayenesi yaptırmayanlar, HPV testini duymamış olanlar ve tarama testi yaptırmamış olanlar jinekolojik muayene sırasında daha fazla gergin hissetmektedir. Muayeneye ilişkin olumsuz duygular olumlu sağlık davranışı sergilemede engel teşkil eden bir faktör olduğundan bu beklenen bir bulgudur. Öte yandan katılımcıların yalnızca %13,2'si tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu belirtmiştir. Düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmayanlar ile HPV testini duymamış olanlar daha fazla sıklıkta tarama testi yaptırmayı utanç verici bulduğunu ifade etmiştir. Ancak katılımcıların tarama testi yaptırmama durumuna göre tarama yaptırmayı utanç verici bulmaları arasında fark saptanmamıştır. 2015 yılında kadın doğum polikliniğine başvuran daha önce rahim ağzı kanserine yönelik tarama testi yaptırmamış kadınlarda yapılan bir çalışmada tarama testi yaptırmama nedeni olarak kadınların %35,7'si jinekolojik muayeneden çekindiği için %35,2'si ise utanma ve korku duyduğundan yaptırmadığını belirtmiştir. Bu faktörler birlikte değerlendirildiğinde aslında katılımcıların büyük çoğunluğunun (%70,9) jinekolojik muayenenin oluşturduğu utanma, çekinme, korku gibi duygusal faktörlere bağlı tarama testi yaptırmadığı görülmektedir (292).

Muayene sırasında sağlık çalışanının hasta ile iletişim kurmasının, uygulanan işlem hakkında bilgi vermesinin ve nazik davranmasının jinekolojik muayeneye bağlı yaşanabilecek olumsuz etkiyi azalttığı bunun aksine sert, aceleci davranması ve sözel iletişim kurmadan yaptığı bir muayenenin kadınlarda olumsuz duygulara neden olduğu ifade edilmektedir (293, 294). Bu çalışmada katılımcıların % 67,5'i muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında hakları ihlal edilmiş hissettiğini belirtmiştir. Tarama testi yaptırmayanlar yaptıranlara göre daha yüksek oranda yapılan işlem açıklanmadığında hakları ihlal edilmiş hissettiğini belirtmiştir. Tarama testi yaptırmamış olanlar yapılacak işlemin invaziv olup olmadığı, ne kadar süreceği, sonrasında neler hissedeceği ile ilgili tecrübe sahibi olmadığından yapılacak işlemin açıklanmamasından rahatsızlık duyması beklenen bir durumdur. Katılımcıların %62,6'sı ise muayene süresince aceleci davranıldığında gergin hissettiğini belirtmesine rağmen bu durum katılımcıların olumlu sağlık davranışlarını (örneğin düzenli kadın doğum kontrol muayenesi olma ve tarama testi yaptırmama durumu gibi) etkilememiştir. Çalışma hastane ortamında çalışan bireyleri



de kapsadığından bu katılımcılar sağlık personelinin çalışma koşulları ve hastane ortamının yoğunluğundan haberdar oldukları için katılımcıların sağlık davranışı sağlık çalışanlarının tutumundan daha az etkilenmiş olabilir. KETEM'e tarama için başvuran kadınlarda pap smear testi öncesi test ile ilgili kaygı düzeylerini inceleyen bir çalışmada katılımların %84,7'si test öncesi sağlık personelinden bilgi almak istediğini belirtirken, %75'i uygulama öncesi yapılacak işlemle ilgili açıklama yapılmamasının kendisinde stres yaratacağını belirtmiştir (19).

Rahim ağzı kanserinde taramanın jinekolojik muayene masasında, kıyafetlerin çıkarılması ve genital organın muayenesini içermesi bireylerde utanma duygusu yaratabilmekte ve taramadan kaçınmalarına neden olabilmektedir (201, 216). Bu çalışmada katılımcıların üçte biri (%35,3) tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olduğunu belirtmiştir. Ve beklendiği gibi düzenli olarak kadın doğum muayenesi yaptırmayanlar ile tarama testi yaptırmamış olanlar daha fazla oranda tarama testinin jinekolojik masada yapılmasından rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Tarama testinin jinekolojik masada yapılmasından rahatsız olduğunu belirtenlerin çoğu aynı zamanda tarama testini kendi kendine yapmayı tercih ettiklerini belirtmiştir. Kendi kendine HPV testi uygulaması henüz Türkiye'de rahim ağzı kanserine yönelik uygulanan tarama testleri içerisinde yer almamakla birlikte, ülkemizde uygulandığında jinekolojik masada muayene olmaktan rahatsız olduğu için tarama yaptırmaktan kaçınan kadınlar için taramaya katılımı artırabilir.

Hizmet sunucularından kaynaklanan bazı engellerin kadınların kanser taramalarına katılımını etkileyeceği vurgulanmaktadır. Örneğin tarama hizmeti sunan sağlık çalışanının cinsiyetinin önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (295). Bu çalışmada katılımcıların %28'i tarama testi yaptırırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmek istediğini belirtmiştir. Düzenli kadın doğum muayenesi yaptırmayanlar, HPV testini duymamış olanlar ve tarama testi yaptırmamış olanlar daha yüksek oranda kadın sağlık çalışanı tercih ettiğini belirtmiştir. Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar da kadın sağlık çalışanlarının varlığının tarama kararlarında önemli bir rol oynadığını doğrulamaktadır (296-298).

## 7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırmanın ilk bölümü Hacettepe Üniversitesi ile çeşitli il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde görevli 30 yaş ve üzeri kadın idari personel arasında yapılmış olup Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Araştırma bu yapısı ile metodolojik tipte bir epidemiyolojik çalışmadır. Araştırmanın ikinci bölümü kesitsel tipte bir epidemiyolojik çalışma olup, Hacettepe Üniversitesi'nde görevli 30 yaş ve üzeri kadın idari personel arasında rahim ağzı kanseri taraması yaptırma durumları ve tarama davranışlarını etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar iki alt başlıkta sunulmuştur.

### 7.1. RAKTİ Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Sonuç ve Öneriler

#### 7.1.1. Sonuçlar

Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi sonucunda;

1. RAKTİ Ölçeği'nin dil geçerliği'nin değerlendirilmesi amacıyla Türkçeye çevirisi yapılmış, anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin dil ve yüzey geçerliği gösterilmiş ve Türkçe versiyonu oluşturulmuştur.
2. RAKTİ Ölçeği'nin yapı geçerliği'nin değerlendirilmesi için AFA yapılmıştır. AFA yorumlanırken madde faktör yükü, madde binişikliği, madde analizinden elde edilen bulgular, öz değer kuralı dikkate alınmıştır. AFA sonucunda oluşan 21 madde 3 alt boyuttan oluşan yapı yamaç testi ve paralel analiz ile desteklenmiştir. AFA sonuçlarını doğrulamak amacıyla DFA'dan yararlanılmış ve sınanan modelin yeterliği DFA sonucunda elde edilen uyum ölçütleri ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar DFA'dan elde edilen modelin uyum düzeyinin yeterli olmadığını ortaya koymuştur.
3. RAKTİ Ölçeği'nin Türkçe formunun ölçüt geçerliğinin değerlendirilmesi için Rahim Ağzı Kanseri ve Pap smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin ciddiyet alt boyutu kullanılmıştır. RAKTİ Ölçeği'nin tamamı ve alt boyutları ile ciddiyet alt boyutu arasındaki korelasyonlara ilişkin değerler ölçüt geçerliğinin sağlanmadığını göstermiştir.

4. RAKTİ Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirliği'nin değerlendirilmesi için yapılan iç tutarlılık analizinde ölçeğin tamamına ait Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,780 olup "oldukça güvenilir" olduğu saptanmıştır. "Riskler ve engeller" alt boyutunun güvenilirliğinin "düşük" olduğu, diğer alt boyutların "oldukça güvenilir" olduğu saptanmıştır.
5. RAKTİ Ölçeği'nin Türkçe formunun test-tekrar test güvenilirlik analizinde ölçeğin tamamı için, ilk ve tekrar test toplam puanları arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. "Muayene ile ilişkili faktörler", "abartılı kaygı" ve "riskler ve engeller" alt boyutları yüksek düzeyde korelasyon, "yararlar" alt boyutu orta düzeyde korelasyon göstermiştir. Bu sonuç RAKTİ Ölçeği'nin zamana karşı tutarlı sonuçlar verdiğini göstermiştir.
6. RAKTİ Ölçeği'nin Türkçe formunun madde analizi için korelasyonlara dayalı madde analizi ve %27'lik alt üst grup farkına dayalı madde analizi yöntemi kullanılmıştır. Madde analizi ile yapılan değerlendirmede "abartılı kaygı" alt boyutunda yer alan maddelerin (15, 16,17. maddeler) madde ayırt ediciliklerinin yetersiz olduğu yani ölçtükleri özellik açısından kişileri yeterli düzeyde ayırt edemedikleri saptanmıştır.

Yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizi sonuçlarına göre RAKTİ Ölçeği'nin, 30 yaş ve üzeri idari personel için jinekolojik muayene ve rahim ağzı kanseri taramasına yönelik tutum ve inançları değerlendiren geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olmadığı sonucuna varılmıştır.

### **7.2.2. Öneriler**

RAKTİ Ölçeği'ne ilişkin geçerlik ve güvenilirlik orijinal ölçekteki araştırma grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere sahip bir örnekte yeniden değerlendirilebilir. Ancak bu araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerine benzer grupta yeniden değerlendirilmek istenirse dil geçerliği ve anlaşılabilirliği dile hakim daha fazla uzman tarafından değerlendirildikten sonra pilot çalışması daha çok sayıda kişi ile yapılmalı ve farklı veri toplama yöntemleri yerine orijinal ölçekte yer alan aynı veri toplama tekniği ile veri toplama işlemi gerçekleştirilerek ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği değerlendirilmelidir.

## 7.2. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile Rahim Ağzı Kanseri Ve Kansere Taramasına İlişkin Sonuç ve Öneriler

### 7.2.1. Sonuçlar

1. Araştırma topluma göre öğrenim düzeyi yüksek olan ve çalışan bir kadın grubunda yapılmasına rağmen katılımcılar arasında gebelikten koruyucu yöntem kullanımının düşük düzeyde olduğu, kullanılan yöntemler içerisinde geleneksel yöntemlerin payının beklenenden yüksek olduğu saptanmıştır.
2. Katılımcıların hemen tamamı (%96,4) simir testini duyduğunu belirtirken, HPV testini duyduğunu belirtenlerin sıklığı (%57,9) daha azdır Katılımcılar her iki tarama testini de en çok sağlık personelinde duyduğunu belirtmiştir.
3. Katılımcıların dörtte üçü (%76,1) rahim ağzı kanserine yönelik en az bir kere tarama testi yaptırdığını belirtmiştir. Ve katılımcıların neredeyse tamamı tarama testini kadın doğum polikliniğinde yaptırmıştır.
4. Katılımcıların yarısından fazlası (%54,2) Rahim ağzı kanseri tarama programını duymadığını belirtmiştir.
5. Rahim ağzı kanseri tarama programını duyduğunu belirtenler sırasıyla sağlık personeli/sağlık kurumundan, televizyondan, yakın çevresinden ve internet/sosyal medyadan duymuştur.
6. Tarama programını duyduğu halde katılımcıların yalnızca %8,6'sı birinci basamak sağlık kuruluşlarına (KETEM, TSM, ASM, SHM) giderek tarama yaptırdığını belirtmiştir.
7. Katılımcıların yaklaşık üçte biri (%37,0) düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmaktadır. Yaptıranların büyük çoğunluğu (%85,1) üniversite hastanesinde yaptırdığını belirtmiştir.
8. Katılımcıların yarıya yakını (%43,6) rahim ağzı kanserine yakalanma riski taşımadığını düşünmektedir.
9. Katılımcıların %35,3'ü tarama testinin jinekolojik muayene masasında yapılmasından rahatsız olduğunu belirtirken, beşte biri (%20,9) tarama testini kendi kendine yapmayı tercih ettiğini belirtmiştir.
10. Katılımcıların medeni durumu, yakın çevresinde kanser öyküsü varlığı, halen gebelikten koruyucu yöntem kullanımı, mamografi çekme durumu, ilk

evlenme yaşına göre düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Evli olanlar, yakın çevresinde kanser öyküsü olanlar, halen gebelikten koruyucu yöntem kullananlar, mamografi çekirmiş olanlar, ve daha ileri yaşta evlenenlerin daha fazla oranda kadın doğum kontrol muayenesi yaptırdığı saptanmıştır.

11. Katılımcıların öğrenim durumu, yakın çevresinde kanser öyküsü varlığı, alkol içme durumu, geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanımı, kronik hastalık varlığına göre HPV testini duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Üniversite/yüksekokul mezunu olanlar, yakın çevresinde kanser öyküsü olanlar, geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullananlar ve kronik hastalığı olanların daha fazla oranda HPV testini duyduğu saptanmıştır.
12. Katılımcıların medeni durumu, yaşı, çalışma süresi, menopoza girme durumu, halen ve ya geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu, mamografi çekirme durumuna göre tarama testi yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. İleri yaşta olanlar, evli olanlar veya önceden evlenmiş olanlar, halen veya geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullananlar, mamografi çekirmiş olanların daha fazla oranda tarama testi yaptırdığı saptanmıştır.
13. Katılımcıların önceden başka yerde çalışma durumu, halen veya geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanma durumu, gebelik sayısına göre rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Önceden başka yerde çalışmış olanlar, halen veya geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullananlar, gebelik sayısı fazla olanların daha fazla oranda rahim ağzı kanseri tarama programını duyduğu saptanmıştır.
14. Rahim ağzı kanseri risk faktörleri ve taramaya ilişkin farkındalıklarını değerlendirmek için katılımcılara yöneltilen bilgi önermeleri değerlendirildiğinde tüm önermelere katılımcıların yalnızca %1,2'si (n=4) doğru yanıt verirken, katılımcıların %5,5'i (n=18) tüm önermelere yanlış yanıt vermiştir.
15. Katılımcılar tarafından en çok doğru yanıtlanan üç önerme sırasıyla cinsel yaşantısı başlamış tüm kadınların tarama testi yaptırması gerektiği, çok eşli

cinsel yaşamın rahim ağzı kanseri riskini artırdığı ve cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olmanın rahim ağzı kanseri riskini artırdığı önermeleridir.

16. Araştırmada en az doğru yanıtlanan üç önerme sırasıyla; ilk gebelik yaşının kanser riskini etkilediği, doğum sayısı ile rahim ağzı kanser riski arasında ilişki olduğu ve uzun süre doğum kontrol hapı kullanmanın rahim ağzı kanser riskini artırdığı önermeleridir.
17. Bilgi önermelerine verilen yanıtlar genel olarak değerlendirildiğinde özellikle risk faktörleri başta olmak üzere katılımcıların rahim ağzı kanseri ve taramaya ilişkin yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.
18. Katılımcıların bazı özelliklerine göre rahim ağzı kanseri ve taramasına yönelik bilgi önermelerinden aldıkları puanlar incelendiğinde katılımcıların yaşı, gebelik sayısı, geçmişte gebelikten koruyucu yöntem kullanım durumu, yakın çevresinde kanser tanısı alan birey varlığı, düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptırma durumu, HPV testini duyma durumu, tarama testi yaptırma durumu ve rahim ağzı kanseri tarama programını duyma durumuna göre bilgi puanları arasında fark olduğu saptanmıştır.
19. Bilgi puanına ilişkin önceki analizlerde ilişkili bulunan ve bilgi puanını etkileyebileceği öngörülen bazı değişkenler ile çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda HPV testini duyma durumu ve gebelik sayısının bilgi puanını pozitif yönde ve anlamlı olarak yordadığı saptanmıştır.
20. Katılımcıların çoğu (%86,2) jinekolojik muayene sırasında gergin hissettiğini belirtmiştir. Düzenli kadın doğum muayenesi yaptırmayanlar, HPV testini duymamış olanlar ve tarama testi yaptırmamış olanlar jinekolojik muayene sırasında daha fazla gergin hissetmektedir.
21. Katılımcıların %13,2'si tarama testi yaptırmamanın utanç verici olduğunu belirtmiştir. Düzenli kadın doğum kontrol muayenesi yaptırmayanlar ile HPV testini duymamış olanlar daha fazla sıklıkta tarama testi yaptırmayı utanç verici bulduğunu ifade etmiştir.
22. Katılımcıların % 67,5'i muayene sırasında yapılan işlem açıklanmadığında hakları ihlal edilmiş hissettiğini belirtmiştir. Tarama testi yaptırmayanlar yaptıranlara

göre daha yüksek oranda yapılan işlem açıklanmadığında hakları ihlal edilmiş hissettiğini belirtmiştir.

23. Katılımcıların %62,6'sı muayene süresince aceleci davranıldığında gergin hissettiğini belirtmesine rağmen bu durum katılımcıların olumlu sağlık davranışlarını (örneğin düzenli kadın doğum kontrol muayenesi olma ve tarama testi yaptıрма durumu gibi) etkilememiştir.
24. Katılımcıların üçte biri (%35,3) tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılmasından rahatsız olduğunu belirtmiştir. Düzenli olarak kadın doğum muayenesi yaptırmayanlar ile tarama testi yaptırmamış olanlar daha fazla oranda tarama testinin jinekolojik masada yapılmasından rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Tarama testinin jinekolojik masada yapılmasından rahatsız olduğunu belirtenlerin çoğu aynı zamanda tarama testini kendi kendine yapmayı tercih ettiklerini belirtmiştir.
25. Katılımcıların %28'i tarama testi yaptırırken sadece kadın sağlık çalışanlarını görmek istediğini belirtmiştir. Düzenli kadın doğum muayenesi yaptırmayanlar, HPV testini duymamış olanlar ve tarama testi yaptırmamış olanlar daha yüksek oranda kadın sağlık çalışanı tercih ettiğini belirtmiştir.

### **7.2.2. Öneriler**

Bu araştırmada ulaşılan sonuçlar doğrultusunda şunlar önerilmiştir:

#### ***Kamusal düzeyde öneriler (Hükümet, Sağlık Bakanlığı, Üniversite)***

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında kayıtlı bireylerin elektronik ortamda kayıtlı tarama geçmişlerinin yer almasının sağlamak
- Özellikle birinci basamakta görevli sağlık profesyonelinin kendilerinde kayıtlı bireyleri taramaya davet etmeleri konusunda teşvik etmek ve bunun için uygun davet/hatırlatma sistemlerinin oluşturulmasını sağlamak
- Kanser ilişkili erken ölüm ve yeti yitimlerinin engellenmesine yönelik tarama faaliyetlerinde birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile sağlığı merkezlerinin aktif olarak bu sürece dahil olmaları sağlamak, böylece birinci basamaktaki sağlık profesyonelinin koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önemi vermesini sağlayarak

üçüncü basamak sağlık kuruluşları üzerinde oluşan taramaya bağlı yükü hafifletmek

- Rutin tarama programı dışında gerçekleşen fırsatçı taramalardan elde edilen verilerin toplanması, paylaşılması ve bu taramaların organize tarama programları ile aynı kanıta dayalı tarama politikalarını uygulamasını sağlamak
- Birinci basamak sağlık kuruluşları ile diğer sağlık kuruluşlarında yapılan tarama testi, ve taranan bireylerin takibine ilişkin klinikler arası veri paylaşımını sağlamak
- Tıbbi güvensizlik, sağlık çalışanının cinsiyeti gibi nedenlerle oluşabilecek taramada kayıpları en aza indirmek amacıyla tarama hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin sürekliliğini sağlamak, taramayı yapan kadın sağlık personeli sayısını artırmak veya tarama için gelindiğinde sağlık personelinin cinsiyeti nedeniyle oluşan bir engelde kadın sağlık personeline yönlendirecek mekanizmaları oluşturmak
- Sosyal medya, kitle iletişim araçları, afiş ve broşür gibi görsellerle kişilere kendilerinin de potansiyel bir kanser hastası olabileceği hatırlatılarak erken teşhis ve tedavinin önemini vurgulamak
- Çalışan bireyler için çalıştıkları kurumlar tarafından taramanın yapılacağı zamana ilişkin uygun ortamlar oluşturmak, küçük çocuklu bireyler için tarama süresince çocuk bakımını sağlayabileceği uygun ortamlar oluşturmak
- Üniversitelerde kişileri kanser taramasını ertelemeye iten taramaya ilişkin korku, utanma, çekinme ve tarama programları konusunda bilgi yetersizliği gibi bireysel ve toplumsal sebepleri inceleyen araştırmaları desteklemek
- Üniversitelerde ve sağlık kuruluşlarında zaman zaman yapılacak hizmet içi eğitimler ile çalışan kadınların ve sağlık hizmeti sunucularının kansere yönelik erken tanı ve tedavi hakkında farkındalıklarını artırmak
- Hem toplum düzeyinde hem üniversite ortamında yapılacak eğitimlerle ve düzenlenecek kampanyalarla bireylerin rahim ağzı kanserine yönelik risk faktörleri, kansere karşı koruyucu önlemler ve taramalar hakkında bilgilendirmek
- Muayeneden kaynaklanan rahatsızlık nedeniyle rahim ağzı kanseri taramasına katılmayan bireyler için kendi kendine HPV testinin Türkiye’de de uygulanabilirliğini değerlendirmek



- Daha erken dönemde rahim ağzı kanserinden korunmada okullarda gençlere yönelik güvenli cinsellik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda eğitimler organize etmek
- HPV aşısının bilinirliğini artırmak ve ücretsiz aşı programlarına dahi edilebilmesini sağlamak

### ***Hizmet sunucuları için öneriler***

- Erken tanıya gereken duyarlılığı göstermek ve sağlık kurumlarında taramaya motive edici ortamları hazırlamak
- Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonelleri başta olmak üzere her fırsatta kadınlara rahim ağzı kanserine yönelik risk faktörlerinden korunmaları, düzenli jinekolojik muayene olmaları ve tarama testleri konusunda eğitim vermek
- Kadınlarda rahim ağzı kanseri taramasına ilişkin kaygıyı azaltmaya yönelik bireye yeterli bilgilendirmeyi yapmak
- Muayene sırasında hastanın bireysel tercihlerini ve hasta memnuniyetini gözeterek olumlu iletişim atmosferi oluşturmak ve hasta ile aktif diyalog kurmak
- Tarama için gelindiğinde sağlık personelinin cinsiyeti nedeniyle oluşan bir engelde hastayı kadın sağlık personeline yönlendirmek
- Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanmasına özen göstermek ve yapılacak işlem hakkında hastayı bilgilendirmek
- Herhangi bir sebeple muayene için gelen hastalar arasında hedef grubu tarama testleri hakkında bilgilendirmek ve tarama yaptırması için uygun merkezlere yönlendirmek
- Muayene için gelen üreme çağındaki kadın hastaların gerekli görülen durumlarda aile planlaması danışmanlığı almalarını sağlamak

## 8. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Cervical cancer. [İnternet] <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/> Erişim tarihi 09.10.2019.
2. 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 Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424. Epub 2018/09/13.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2017.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri 2015. Ankara: 2018.
5. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC). Turkey Source:Globocan 2018. [İnternet] <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf> Erişim tarihi 09.10.2019.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri. [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/kanser-dairesi-baskanligi-kanser-turleri-serviks-kanseri.html> Erişim tarihi 09.10.2019.
7. Walboomers JM, ve ark. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. The Journal of pathology. 1999;189(1):12-19. Epub 1999/08/19.
8. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. HPV Aşıları. [İnternet] <http://www.trsgo.org/menu/157/hpv-asilari> Erişim tarihi 10.10.2019.
9. Aydoğdu SGM, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. Androl Bul. 2018;20:25-29.
10. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği. Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri. [İnternet] <http://www.trsgo.org/menu/152/rahim-agzi-serviks-kanseri#a3> Erişim tarihi 10.10.2019.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara: 2016. 1. Baskı.
12. Gultekin M, ve ark. Initial results of population based cervical cancer screening program using HPV testing in one million Turkish women. International journal of cancer. 2018;142(9):1952-1958.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim tarihi 10.10.2019.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Hpv Duyuruları. [İnternet] <https://hpvtarama.saglik.gov.tr/duyurular/> Erişim tarihi 10.10.2019.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara: 2018.
16. Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. Br J Gen Pract. 1998;48(433):1509-1514.
17. Campbell H, MacDonald S, McKiernan M. Promotion of cervical screening uptake by health visitor follow-up of women who repeatedly failed to attend. Journal of Public Health. 1996;18(1):94-97.

18. Summers A, Fullard B. Improving the coverage and quality of cervical screening: women's views. *Journal of Public Health*. 1995;17(3):277-281.
19. Gemici G. Kadınların Pap Smear Testi Öncesi Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2019.
20. Altinel B. Serviks Kanseri Yönünden Riskli Kadınlara Yönelik Çoklu Girişimlerin Sağlık Sorumluluğu, Serviks Kanserine İlişkin İnanç ve Tarama Yaptırmasına Etkisi: Randomize Kontrollü Deney [Doktora Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2018.
21. Sankaranarayanan R, Ramani S, Wesley R. Servikal Neoplazilerde Gözle Tarama Pratik El Kitabı. 1. baskı. Ankara; 2005.
22. ML P. Benson & Pernoll's handbook of obstetrics & gynecology. Çeviri: Ayhan A, Bozdağ G Obstetrik ve jinekoloji el kitabı. 2001;10:21-53.
23. Çakır B, Bilir N. Jinekolojik Kanserlerin Epidemiyolojisi. In: AYHAN A, BOZDAĞ G, DEREN Ö, DURUKAN T, ESİNLER İ, GÜNALP S, et al., editors. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, III. Üçüncü Baskı ed. Ankara Güneş Tıp Kitabevleri; 2014. s. 711-718.
24. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Cervix uteri Source: Globocan 2018. [İnternet] <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf> Erişim tarihi 03.10.2020.
25. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. CANCER TODAY [İnternet] <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table> Erişim tarihi 03.10.2020.
26. Bruni L AG, 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 Turkey Summary Report. 17 June 2019. Summary Report. 17 June 2019.
27. American Cancer Society. About cervical cancer. [İnternet] <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/what-is-cervical-cancer.html> Erişim tarihi 03.10.2020.
28. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Histopathology of the uterine cervix - digital atlas. WHO histological classification of tumours of the uterine cervix. [İnternet] <https://screening.iarc.fr/atlasclassifwho.php> Erişim tarihi 03.10.2020.
29. Stumbar SE, Stevens M, Feld Z. Cervical cancer and its precursors: a preventative approach to screening, diagnosis, and management. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2019;46(1):117-134.
30. American Cancer Society. What Causes Cervical Cancer? [İnternet] <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/what-causes.html> Erişim tarihi 04.10.2020.
31. Saraiya M, ve ark. US assessment of HPV types in cancers: implications for current and 9-valent HPV vaccines. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2015;107(6).
32. International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans: human papillomaviruses. Lyon, France: IARC Press/World Health Organization; 2007.
33. Li N, Franceschi S, Howell-Jones R, Snijders PJ, Clifford GM. Human papillomavirus type distribution in 30,848 invasive cervical cancers worldwide: Variation by

geographical region, histological type and year of publication. *International journal of cancer*. 2011;128(4):927-935.

34. Prabhakar AK, Menon GR. Age at marriage and cervical cancer incidence. *Indian J Cancer*. 1995;Jun;32(2):63-68.
35. Johnson CA, James D, Marzan A, Armaos M, editors. *Cervical cancer: an overview of pathophysiology and management*. *Seminars in oncology nursing*; 2019: Elsevier.
36. Chelimo C, Wouldes TA, Cameron LD, Elwood JM. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. *Journal of Infection*. 2013;66(3):207-217.
37. Sriamporn S, Parkin DM, Pisani P, Suwanrungruang K, Pengsaa P. Behavioural risk factors for cervical cancer from a prospective study in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Cancer Detection and Prevention*. 2004;28(5):334-339.
38. Bosch FX, de Sanjosé S. The epidemiology of human papillomavirus infection and cervical cancer. *Disease markers*. 2007;23(4):213-227.
39. Juneja A, Sehgal A, Mitra A, Pandey A. A survey on risk factors associated with cervical cancer. *Indian Journal of Cancer*. 2003;40(1):15-22.
40. Kjellberg L, ve ark. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as risk factors for cervical intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. *British journal of cancer*. 2000;82(7):1332-1338.
41. Köhler U, Wuttke P. Results of a case-control study of the current effect of various factors on risk of cervix cancer. 1. Factors in reproduction, sex behavior and infectious genital diseases. *Zentralblatt fur Gynakologie*. 1994;116(6):318-324.
42. Wang P, Lin R. Sociodemographic factors of Pap smear screening in Taiwan. *Public Health*. 1996;110(2):123-127.
43. Munoz N, Castellsagué X, de González AB, Gissmann L. HPV in the etiology of human cancer. *Vaccine*. 2006;24:S1-S10.
44. Vesco KK, Whitlock EP, Eder M, Burda BU, Senger CA, Lutz K. Risk factors and other epidemiologic considerations for cervical cancer screening: a narrative review for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2011;155(10):698-705.
45. Frumovitz M. Invasive cervical cancer: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and diagnosis. *UpToDate*. 2011.
46. Zhu H, Shen Z, Luo H, Zhang W, Zhu X. Chlamydia trachomatis infection-associated risk of cervical cancer: a meta-analysis. *Medicine*. 2016;95(13).
47. American Cancer Society. Risk Factors for Cervical Cancer. [internet] <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html> Erişim tarihi 04.10.2020.
48. Kataja V, ve ark. Risk factors associated with cervical human papillomavirus infections: a case-control study. *American journal of epidemiology*. 1993;138(9):735-745.
49. Koshiyama M. Relationship between Tobacco Smoking and Cervical Cancer. 2019.
50. Sasson I, Haley N, Hoffmann D, Wynder E, Hellberg D, Nilsson S. Cigarette smoking and neoplasia of the uterine cervix: smoke constituents in cervical mucus. *The New England journal of medicine*. 1985;312(5):315.
51. Roteli-Martins CM, Panetta K, Ferreira Alves VA, Coelho Siqueira SA, Syrjänen KJ, Mauricette Derchain SF. Cigarette smoking and high-risk HPV DNA as predisposing factors for high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN) in young Brazilian women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 1998;77(6):678-678.

52. Cancer ICoESoC. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16 573 women with cervical cancer and 35 509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *The Lancet*. 2007;370(9599):1609-1621.
53. Smith JS, ve ark. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *The Lancet*. 2003;361(9364):1159-1167.
54. Moreno V, ve ark. 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):1085-1092.
55. KURTOĞLU E, GÜRZ AA. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik-Özel Konular*. 2014;7(4):1-4.
56. Yücel U. Kadınlara Serviks Kanserine İlişkin Risk Faktörleri ve Korunma Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: T.c. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
57. Ziegler RG, ve ark. Diet and the risk of in situ cervical cancer among white women in the United States. *Cancer Causes & Control*. 1991;2(1):17-29.
58. Chih HJ, Lee AH, Colville L, Binns CW, Xu D. A review of dietary prevention of human papillomavirus-related infection of the cervix and cervical intraepithelial neoplasia. *Nutrition and cancer*. 2013;65(3):317-328.
59. García-Closas R, Castellsagué X, Bosch X, González CA. The role of diet and nutrition in cervical carcinogenesis: a review of recent evidence. *International journal of cancer*. 2005;117(4):629-637.
60. American Cancer Society. Key Statistics for Cervical Cancer. [Internet] <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about/key-statistics.html> Erişim tarihi 04.10.2020.
61. Shrestha AD, Neupane D, Vedsted P, Kallestrup P. Cervical cancer prevalence, incidence and mortality in low and middle income countries: a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2018;19(2):319.
62. Al-Madani W, Ahmed AE, Arabi H, Al Khodairy S, Al Mutairi N, Jazieh AR. Modelling risk assessment for cervical cancer in symptomatic Saudi women. *Saudi medical journal*. 2019;40(5):447.
63. de M. Zelmanowicz A, Hildesheim A. Family history of cancer as a risk factor for cervical carcinoma: A review of the literature. *Papillomavirus report*. 2004;15(3):113-120.
64. Hatch E, ve ark. Incidence of squamous neoplasia of the cervix and vagina in women exposed prenatally to diethylstilbestrol (United States). *Cancer Causes & Control*. 2001;12(9):837-845.
65. Cortessis VK, ve ark. Intrauterine device use and cervical cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. 2017;130(6):1226-1236.
66. Castellsagué X, ve ark. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. *The lancet oncology*. 2011;12(11):1023-1031.
67. Lam JUH, Rebolj M, Dugué P-A, Bonde J, von Euler-Chelpin M, Lynge E. Condom use in prevention of Human Papillomavirus infections and cervical neoplasia: systematic review of longitudinal studies. *Journal of medical screening*. 2014;21(1):38-50.
68. Winer RL, ve ark. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine*. 2006;354(25):2645-2654.

69. Ngoma M, Autier P. Cancer prevention: cervical cancer. *ecancermedicalscience*. 2019;13.
70. Baldwin SB, Wallace DR, Papenfuss MR, Abrahamsen M, Vaught LC, Giuliano AR. Condom use and other factors affecting penile human papillomavirus detection in men attending a sexually transmitted disease clinic. *Sexually transmitted diseases*. 2004;31(10):601-607.
71. American Cancer Society. Signs and Symptoms of Cervical Cancer. [Internet] <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-symptoms.html> Erişim tarihi 04.10.2020.
72. World Health Organization. World Health Assembly adopts global strategy to accelerate cervical cancer elimination. [internet] <https://www.who.int/news-room/detail/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination> Erişim tarihi 06.10.2020.
73. KANBUR AGA, ÇAPIK YDDC. Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe/hemşirenin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011;18(1):61-72.
74. Denny L. Cervical cancer: prevention and treatment. *Discovery medicine*. 2012;14(75):125-131.
75. Finocchiaro-Kessler S, Wexler C, Maloba M, Mabachi N, Ndikum-Moffor F, Bukusi E. Cervical cancer prevention and treatment research in Africa: a systematic review from a public health perspective. *BMC women's health*. 2016;16(1):29.
76. Selçuk İ, Üstün YE. Gelecekte Nonavalent 9-valent HPV Aşısının Türkiye İçin Kullanılabilirliği. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2019;16(1):41-44.
77. BOZKAYA H, GÜVEN S. HPV Aşılarının Güncel Durumu. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik-Özel Konular*. 2014;7(4):60-66.
78. World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals. Human papillomavirus (HPV). [internet] <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/en/> Erişim tarihi 06.10.2020.
79. Brown DR, ve ark. The impact of quadrivalent human papillomavirus (HPV; types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine on infection and disease due to oncogenic nonvaccine HPV types in generally HPV-naive women aged 16–26 years. *The Journal of infectious diseases*. 2009;199(7):926-935.
80. Organization WH. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017–Recommendations. *Vaccine*. 2017;35(43):5753-5755.
81. Health WHOR, Organization WH, Diseases WHOC, Promotion H. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice: World Health Organization; 2014. 52-53 s.
82. World Health Organization. Screening for cervical cancer. [Internet] <https://www.who.int/activities/screening-for-cervical-cancer> Erişim tarihi 07.10.2020.
83. Health WHOR, Organization WH, Diseases WHOC, Promotion H. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice: World Health Organization; 2014.
84. Screening programmes: a short guide. Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe  
2020.

85. World Health Organization. Cancer. Screening. [İnternet] <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/screening/en/> Erişim tarihi 09.10.2020.
86. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Tarama Programları. [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste> Erişim tarihi 07.10.2020.
87. T.c. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Taramaları. [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari> Erişim tarihi 07.10.2020.
88. Gates TJ. Screening for cancer: evaluating the evidence. American family physician. 2001;63(3):513.
89. Grimes DA, Schulz KF. Uses and abuses of screening tests. The Lancet. 2002;359(9309):881-884.
90. Maxim LD, Niebo R, Utell MJ. Screening tests: a review with examples. Inhalation toxicology. 2014;26(13):811-828.
91. Kaya M. Halk Sağlığı Yaklaşımı ile "Servikal Kanser". Akın A, editor. Ankara: HÜKSAM Yayınları; 2009. 7 s.
92. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years. Bulletin of the World Health Organization. 2008;86:317-319.
93. Cancer IAfRo. Cancer screening in the European Union: report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. European Commission (EU). 2017.
94. Schreuders EH, ve ark. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. Gut. 2015;64(10):1637-1649.
95. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: low average levels and large inequalities. PLoS Med. 2008;5(6):e132.
96. Altobelli E, Rapacchietta L, Angeletti PM, Barbante L, Profeta FV, Fagnano R. Breast cancer screening programmes across the WHO European region: differences among countries based on national income level. International journal of environmental research and public health. 2017;14(4):452.
97. Ebell MH, Thai TN, Royalty KJ. Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. Public health reviews. 2018;39(1):7.
98. Oudkerk M, ve ark. European position statement on lung cancer screening. The Lancet Oncology. 2017;18(12):e754-e766.
99. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Lung Cancer (2016). [İnternet] <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/published-guidelines/lung-cancer/> Erişim tarihi 11.10.2020.
100. Japan Radiologic Society. The Japanese Imaging Guideline, 2013. [İnternet] <http://www.radiology.jp/english/guideline.html> Erişim tarihi 11.10.2020.
101. Team NLSTR. The national lung screening trial: overview and study design. Radiology. 2011;258(1):243-253.
102. Becker N, ve ark. Randomized study on early detection of lung cancer with MSCT in Germany: results of the first 3 years of follow-up after randomization. Journal of Thoracic Oncology. 2015;10(6):890-896.

103. Chen C-Y, ve ark. Lung cancer screening with low-dose computed tomography: experiences from a tertiary hospital in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2016;115(3):163-170.
104. Field JK, ve ark. UK Lung Cancer RCT Pilot Screening Trial: baseline findings from the screening arm provide evidence for the potential implementation of lung cancer screening. *Thorax*. 2016;71(2):161-170.
105. dos Santos RS, ve ark. Do current lung cancer screening guidelines apply for populations with high prevalence of granulomatous disease? Results from the First Brazilian Lung Cancer Screening Trial (BRELT1). *The Annals of Thoracic Surgery*. 2016;101(2):481-488.
106. Zhao SJ, Wu N. Early detection of lung cancer: Low-dose computed tomography screening in China. *Thoracic cancer*. 2015;6(4):385-389.
107. Jett JR. Limitations of screening for lung cancer with low-dose spiral computed tomography. *Clinical Cancer Research*. 2005;11(13):4988s-4992s.
108. Boiselle PM. Computed tomography screening for lung cancer. *Jama*. 2013;309(11):1163-1170.
109. Hugosson J, ve ark. Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *The lancet oncology*. 2010;11(8):725-732.
110. Schröder FH, ve ark. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *The Lancet*. 2014;384(9959):2027-2035.
111. Carter HB, ve ark. Early detection of prostate cancer: AUA Guideline. *The Journal of urology*. 2013;190(2):419-426.
112. Heidenreich A, ve ark. Early detection of prostate cancer: European Association of Urology recommendation. *European urology*. 2013;64(3):347-354.
113. Moyer VA. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2012;157(2):120-134.
114. Waterbor JW, Bueschen AJ. Prostate cancer screening (United States). *Cancer Causes & Control*. 1995;6(3):267-274.
115. Force UPST. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*. 2018;319(18):1901-1913.
116. Esserman L, Shieh Y, Thompson I. Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer. *Jama*. 2009;302(15):1685-1692.
117. Gandaglia G, ve ark. Structured population-based prostate-specific antigen screening for prostate cancer: the European Association of Urology position in 2019. *European urology*. 2019;76(2):142-150.
118. Hoffman RM. Screening for prostate cancer. *New England Journal of Medicine*. 2011;365(21):2013-2019.
119. Ekin RG, Zorlu F. Türkiye verilerine göre prostat kanseri taranmalı mı. *Üroonkoloji Bülteni*. 2013;12(2):71-75.
120. Miles A, Cockburn J, Smith RA, Wardle J. A perspective from countries using organized screening programs. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2004;101(S5):1201-1213.
121. Espinas JA, Aliste L, Fernandez E, Argimon JM, Tresserras R, Borrás JM. Narrowing the equity gap: the impact of organized versus opportunistic cancer screening in Catalonia (Spain). *Journal of medical screening*. 2011;18(2):87-90.



122. Organization WH. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines: World Health Organization; 2002.
123. World Health Organization. Cancer. Screening for various cancers. [İnternet] <https://www.who.int/cancer/detection/variouscancer/en/> Erişim tarihi 08.10.2020.
124. Kurumu TSBHS. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Editör, Özkan S, Keskinlik B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Zayıfoğlu Karaca M, Şimşek Utku E, Hacıkamiloğlu E, Turan H, Dede İ, Ankara. 2013:69-74.
125. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kanser Dairesi Başkanlığı. Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri. [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/kanser-dairesi-baskanligi-kanser-turleri-serviks-kanseri.html> Erişim tarihi 10.10.2020.
126. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Ketem Adresleri. [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ketem> Erişim tarihi 09.10.2020.
127. Tuncer M, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M, Dede İ. KETEM El Kitabı. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. 2008.
128. Özmen V, Özmen T, Doğru V. Breast Cancer in Turkey; An analysis of 20.000 patients with breast cancer. European Journal of Breast Health. 2019;15(3):141.
129. GÜZEL N, BAYRAKTAR N. Kadınların Meme Kanserin Erken Tanısına Yönelik Farkındalıklarının ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing. 2019;6(2).
130. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı. 2016.
131. Enginyurt Ö, Gökgöz M, Öztürk H, Aksoy N, Cerit D, Depe Y. Meme Kanseri Tanısında Fırsatçı Tarama Yöntemi ile Toplum Tabanlı Tarama Yönteminin Karşılaştırılması. ODÜ Tıp Dergisi. 2014;1(1):1-5.
132. Özmen V, ve ark. TÜRKİYE'DE MEME KANSERİ ERKEN TANI VE TARAMA PROGRAMLARININ HAZIRLANMASI" Sağlık Bakanlığı meme kanseri erken tanı ve tarama alt kurulu raporu". Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 2009;5(3).
133. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> Erişim tarihi 09.10.2020.
134. Mandel JS, ve ark. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. New England Journal of Medicine. 1993;328(19):1365-1371.
135. Hardcastle JD, ve ark. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. The Lancet. 1996;348(9040):1472-1477.
136. Schoen RE, ve ark. Colorectal-cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. New England Journal of Medicine. 2012;366(25):2345-2357.
137. Holme Ø, ve ark. Effect of flexible sigmoidoscopy screening on colorectal cancer incidence and mortality: a randomized clinical trial. Jama. 2014;312(6):606-615.
138. Yakan G. Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kanser Taraması Tutumlarının Belirlenmesi Ve Gaitada Gizli Kan Taraması [Yüksek Lisans Tezi]: Hasan Kalyoncu Üniversitesi; 2018.
139. T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Kolorektal Kanser Tarama Programı Ulusal Standartları. [İnternet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim tarihi 10.10.2020.

140. TOSUN M, MALATYALIOĞLU E. Servikal Kanselerde Tarama ve Erken Tanı Yöntemleri. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik-Özel Konular. 2014;7(4):18-24.
141. Vaidyanathan L, Kumar G. George Nikolas Papanicolaou—A pioneer in women's health. Gynecologic Oncology. 2006;103(2):381-382.
142. Pimple S, Mishra G, Shastri S. Global strategies for cervical cancer prevention. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2016;28(1):4-10.
143. Uyar EE, Göksalan H. Pap smear ile servikal kanser taraması. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2007;8(3):105-110.
144. Başer A, Demiral Yılmaz N, Şahin H. Beceri Öğrenim Rehberi ve Değerlendirme Rehberi Hazırlama: HPV-DNA Numune Alma Örneği. Medical Journal of Suleyman Demirel University. 2019;26(4).
145. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Bakanlığı. Ulusal hpv-smear tarama testi nasıl yapılır bilgilendirme. [İnternet] <https://hpvtarama.saglik.gov.tr/duyurular/Sayfa/HpvTaramaTestiNasilYapilir> Erişim tarihi 14.10.2020.
146. Zeferino LC, ve ark. Guidelines for HPV-DNA testing for cervical cancer screening in Brazil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2018;40(6):360-368.
147. Chrysostomou AC, Stylianou DC, Constantinidou A, Kostrikis LG. Cervical cancer screening programs in Europe: the transition towards HPV vaccination and population-based HPV testing. Viruses. 2018;10(12):729.
148. Maver PJ, Poljak M. Primary HPV-based cervical cancer screening in Europe: implementation status, challenges, and future plans. Clinical Microbiology and Infection. 2019.
149. Arbyn M, Castle PE. Offering self-sampling kits for HPV testing to reach women who do not attend in the regular cervical cancer screening program. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers. 2015;24(5):769-772.
150. Gök M, ve ark. Experience with high-risk human papillomavirus testing on vaginal brush-based self-samples of non-attendees of the cervical screening program. International journal of cancer. 2012;130(5):1128-1135.
151. Zhao F-H, ve ark. Pooled analysis of a self-sampling HPV DNA test as a cervical cancer primary screening method. Journal of the National Cancer Institute. 2012;104(3):178-188.
152. Kellen E, ve ark. A randomized, controlled trial of two strategies of offering the home-based HPV self-sampling test to non-participants in the Flemish cervical cancer screening program. International journal of cancer. 2018;143(4):861-868.
153. Virtanen A, Nieminen P, Luostarinen T, Anttila A. Self-sample HPV tests as an intervention for nonattendees of cervical cancer screening in Finland: a randomized trial. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers. 2011;20(9):1960-1969.
154. Gök M, ve ark. oviæ M, Snijders PJ, Meijer CJ (2010) HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. BMJ.340:c1040.
155. Malone C, Barnabas RV, Buist DS, Tiro JA, Winer RL. Cost-effectiveness studies of HPV self-sampling: A systematic review. Preventive medicine. 2020;132:105953.
156. Fokom Domgue J, ve ark. Feasibility of a community-based cervical cancer screening with “test and treat” strategy using self-sample for an HPV test: Experience from rural Cameroon, Africa. International journal of cancer. 2020;147(1):128-138.

157. Adsul P, ve ark. A community-based, cross-sectional study of hr HPV DNA self-sampling-based cervical cancer screening in rural Karnataka, India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2019;146(2):170-176.
158. 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-e166.
159. Polman NJ, ve ark. Performance of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples for the detection of cervical intraepithelial neoplasia of grade 2 or worse: a randomised, paired screen-positive, non-inferiority trial. *The Lancet Oncology*. 2019;20(2):229-238.
160. Ogale Y, Yeh PT, Kennedy CE, Toskin I, Narasimhan M. Self-collection of samples as an additional approach to deliver testing services for sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis. *BMJ global health*. 2019;4(2):e001349.
161. Arbyn M, ve ark. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. *The lancet oncology*. 2014;15(2):172-183.
162. Ogilvie G, ve ark. Diagnostic accuracy of self collected vaginal specimens for human papillomavirus compared to clinician collected human papillomavirus specimens: a meta-analysis. *Sexually transmitted infections*. 2005;81(3):207-212.
163. Petignat P, Faltin DL, Bruchim I, Tramèr MR, Franco EL, Coutlée F. Are self-collected samples comparable to physician-collected cervical specimens for human papillomavirus DNA testing? A systematic review and meta-analysis. *Gynecologic oncology*. 2007;105(2):530-535.
164. Stewart DE, ve ark. Self-collected samples for testing of oncogenic human papillomavirus: a systematic review. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*. 2007;29(10):817-828.
165. Boggan JC, ve ark. Vaginal self-sampling for HPV infection as a primary cervical cancer screening tool in a Haitian population. *Sexually transmitted diseases*. 2015;42(11):655.
166. Toliman P, ve ark. Field evaluation of Xpert HPV point-of-care test for detection of human papillomavirus infection by use of self-collected vaginal and clinician-collected cervical specimens. *Journal of clinical microbiology*. 2016;54(7):1734-1737.
167. Gupta S, ve ark. Self-sampling for human papillomavirus testing: increased cervical cancer screening participation and incorporation in international screening programs. *Frontiers in public health*. 2018;6:77.
168. World Health Organization. Cancer. National Cancer Control Programmes (NCCP) [İnternet] <https://www.who.int/cancer/nccp/en/> Erişim tarihi 08.10.2020.
169. Huchko MJ, ve ark. A randomized trial comparing the diagnostic accuracy of visual inspection with acetic acid to visual inspection with Lugol's iodine for cervical cancer screening in HIV-infected women. *PloS one*. 2015;10(4):e0118568.
170. Fokom-Domgue J, ve ark. Performance of alternative strategies for primary cervical cancer screening in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy studies. *Bmj*. 2015;351.
171. Rebolj M, ve ark. Cervical histology after routine ThinPrep or SurePath liquid-based cytology and computer-assisted reading in Denmark. *British journal of cancer*. 2015;113(9):1259-1274.

172. Long S, Lei W, Feng Y, Lv D, Cai Y, Yang P. The feasibilities of TruScreen for primary cervical cancer screening: a self-controlled study. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2013;288(1):113-118.
173. World Health Organization. World Health Assembly adopts global strategy to accelerate cervical cancer elimination. [Internet] <https://www.who.int/news/item/19-08-2020-world-health-assembly-adopts-global-strategy-to-accelerate-cervical-cancer-elimination> Erişim tarihi 17.10.2020.
174. Gultekin M, Ramirez PT, Broutet N, Hutubessy R. World Health Organization call for action to eliminate cervical cancer globally. *BMJ Specialist Journals*; 2020.
175. Tavasoli SM, Pefoyo AJK, Hader J, Lee A, Kupets R. Impact of invitation and reminder letters on cervical cancer screening participation rates in an organized screening program. *Preventive medicine*. 2016;88:230-236.
176. Simms KT, ve ark. Impact of scaled up human papillomavirus vaccination and cervical screening and the potential for global elimination of cervical cancer in 181 countries, 2020–99: a modelling study. *The Lancet Oncology*. 2019;20(3):394-407.
177. Hall IJ, Tangka FK, Sabatino SA, Thompson TD, Graubard BI, Breen N. Peer Reviewed: Patterns and Trends in Cancer Screening in the United States. *Preventing chronic disease*. 2018;15.
178. Gianino MM, ve ark. Organized screening programmes for breast and cervical cancer in 17 EU countries: trajectories of attendance rates. *BMC public health*. 2018;18(1):1236.
179. Sauvaget C, Nishino Y, Konno R, Tase T, Morimoto T, Hisamichi S. Challenges in breast and cervical cancer control in Japan. *The Lancet Oncology*. 2016;17(7):e305-e312.
180. Douglas E, Waller J, Duffy SW, Wardle J. Socioeconomic inequalities in breast and cervical screening coverage in England: are we closing the gap? *Journal of medical screening*. 2016;23(2):98-103.
181. Hall MT, ve ark. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *The Lancet Public Health*. 2019;4(1):e19-e27.
182. Di J, Rutherford S, Chu C. Review of the cervical cancer burden and population-based cervical cancer screening in China. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(17):7401-7407.
183. HPV Information Centre. Human Papilloma Virus and Related Cancers, Fact Sheet 2018-China. [Internet] [https://www.hpvcentre.net/statistics/reports/CHN\\_FS.pdf?t=1576463840367](https://www.hpvcentre.net/statistics/reports/CHN_FS.pdf?t=1576463840367) Erişim tarihi 19.10.2020.
184. So VH, ve ark. Uptake of breast and cervical cancer screening in four Gulf Cooperation Council countries. *European Journal of Cancer Prevention*. 2019;28(5):451-456.
185. Srivastava AN, Misra JS, Srivastava S, Das BC, Gupta S. Cervical cancer screening in rural India: Status & current concepts. *The Indian journal of medical research*. 2018;148(6):687.
186. HPV Information Centre. Human Papilloma Virus and Related Cancers, Fact Sheet 2018-India. [Internet] [https://hpvcentre.net/statistics/reports/IND\\_FS.pdf](https://hpvcentre.net/statistics/reports/IND_FS.pdf) Erişim tarihi 19.10.2020.
187. HPV Information Centre. Human Papilloma Virus and Related Diseases Report - Africa. [Internet] <https://hpvcentre.net/statistics/reports/XFX.pdf> Erişim tarihi 19.10.2020.

188. Sudenga SL, Rositch AF, Otieno WA, Smith JS. Knowledge, attitudes, practices, and perceived risk of cervical cancer among Kenyan women: brief report. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2013;23(5).
189. Were E, Nyaberi Z, Buziba N. Perceptions of risk and barriers to cervical cancer screening at Moi Teaching and Referral Hospital (MTRH), Eldoret, Kenya. *African health sciences*. 2011;11(1).
190. Wellensiek N, Moodley M, Moodley J, Nkwanyana N. Knowledge of cervical cancer screening and use of cervical screening facilities among women from various socioeconomic backgrounds in Durban, Kwazulu Natal, South Africa. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2002;12(4).
191. Gichangi P, ve ark. Knowledge and practice about cervical cancer and Pap smear testing among patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2003;13(6).
192. Ayinde O, Omigbodun A. Knowledge, attitude and practices related to prevention of cancer of the cervix among female health workers in Ibadan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2003;23(1):59-62.
193. Fonn S, ve ark. Prevalence of pre-cancerous lesions and cervical cancer in South Africa-a multicentre study. *South African Medical Journal*. 2002;92(2):148-156.
194. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low-and middle-income developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79:954-962.
195. Ndejjo R, Mukama T, Musabyimana A, Musoke D. Uptake of cervical cancer screening and associated factors among women in rural Uganda: a cross sectional study. *PLoS One*. 2016;11(2):e0149696.
196. Lim JN, Ojo AA. Barriers to utilisation of cervical cancer screening in Sub Sahara Africa: a systematic review. *European journal of cancer care*. 2017;26(1):e12444.
197. Refaei M, Nayeri ND, Khakbazan Z, Pakgozar M. Cervical cancer screening in Iranian women: Healthcare practitioner perceptions and views. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017;18(2):357.
198. Markovic M, Kesic V, Topic L, Matejic B. Barriers to cervical cancer screening: a qualitative study with women in Serbia. *Social science & medicine*. 2005;61(12):2528-2535.
199. McFarland DM, Gueldner SM, Mogobe KD. Integrated review of barriers to cervical cancer screening in sub-Saharan Africa. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016;48(5):490-498.
200. Nagendiram A, Bougher H, FRACGP CHMDD. Australian women's self-perceived barriers to participation in cervical cancer screening: A systematic review. *Health Promotion Journal of Australia*. 2020;31(3):343-353.
201. Abdullahi A, Copping J, Kessel A, Luck M, Bonell C. Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. *Public health*. 2009;123(10):680-685.
202. Agurto I, Bishop A, Sanchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive medicine*. 2004;39(1):91-98.
203. Priaulx J, de Koning HJ, de Kok IM, Széles G, McKee M. Identifying the barriers to effective breast, cervical and colorectal cancer screening in thirty one European

- countries using the Barriers to Effective Screening Tool (BEST). *Health Policy*. 2018;122(11):1190-1197.
204. Ndejjo R, Mukama T, Kiguli J, Musoke D. Knowledge, facilitators and barriers to cervical cancer screening among women in Uganda: a qualitative study. *BMJ open*. 2017;7(6).
205. Darj E, Chalise P, Shakya S. Barriers and facilitators to cervical cancer screening in Nepal: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2019;20:20-26.
206. Ferdous M, ve ark. Barriers to cervical cancer screening faced by immigrant women in Canada: a systematic scoping review. *BMC women's health*. 2018;18(1):165.
207. Arnold LD, McGilvray MM, Cooper JK, James AS. Inadequate cancer screening: Lack of provider continuity is a greater obstacle than medical mistrust. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2017;28(1):362.
208. Ackerson K, Preston SD. A decision theory perspective on why women do or do not decide to have cancer screening: systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2009;65(6):1130-1140.
209. Thomas VN, Saleem T, Abraham R. Barriers to effective uptake of cancer screening among Black and minority ethnic groups. *International journal of palliative nursing*. 2005;11(11):562-571.
210. Ghebre RG, ve ark. Cervical cancer: barriers to screening in the Somali community in Minnesota. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2015;17(3):722-728.
211. Black AT, McCulloch A, Martin RE, Kan L. Young women and cervical cancer screening: what barriers persist? *Canadian Journal of Nursing Research Archive*. 2011;43(1).
212. Islam RM, Billah B, Hossain MN, Oldroyd J. Barriers to cervical cancer and breast cancer screening uptake in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017;18(7):1751.
213. Catarino RR, ve ark. Barriers to cervical cancer screening in Geneva (DEPIST study). *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 2016;20(2):135-138.
214. AL-Hammadi FA, Al-Tahri F, Al-Ali A, Nair SC, Abdulrahman M. Limited understanding of pap smear testing among women, a barrier to cervical cancer screening in the United Arab Emirates. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017;18(12):3379.
215. Yang H, Li S-P, Chen Q, Morgan C. Barriers to cervical cancer screening among rural women in eastern China: a qualitative study. *BMJ open*. 2019;9(3):e026413.
216. Değirmen N. Jinekoloji ve obstetride beden mahremiyeti: Kütahya örneği. 2014.
217. Hacettepe Üniversitesi. Genel Tanıtım. [İnternet] <https://www.hacettepe.edu.tr/hakkinda/geneltanitim> Erişim tarihi 18.01.2020.
218. Seçer İ. Psikolojik test geliştirme ve uyarılama süreci: SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Anı Yayıncılık; 2018. 23 s.
219. İlhan M, Çetin B. Sınıf değerlendirme atmosferi ölçeği'nin (SDAÖ) geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Eğitim ve Bilim*. 2014;39(176).
220. Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. [İnternet] <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm> Erişim tarihi 07.12.2019.
221. Fabrigar LR, Wegener DT, MacCallum RC, Strahan EJ. Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological methods*. 1999;4(3):272.

222. Cox CL. An interaction model of client health behavior: theoretical prescription for nursing. *ANS Advances in nursing science*. 1982;5(1):41-56. Epub 1982/10/01.
223. Irmak AY. Ortaöğretim Öğrencilerinin Dijital Oyun Oynama Davranışlarının Sağlık Davranışı Etkileşim Modeline Göre İncelenmesi [Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2014.
224. Shaw PA. The history of cervical screening I: the pap. Test. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2000;22(2):110-114.
225. National Cancer Institute. NCI Dictionary of Cancer Terms. Pap smear. [İnternet] <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/pap-smear> Erişim tarihi 10.12.2019.
226. National Cancer Institute. NCI Dictionary of Cancer Terms. HPV DNA test. [İnternet] <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/hpv-dna-test> Erişim tarihi 10.12.2019.
227. Champion VL, Scott CR. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing research*. 1997;46(6):331-337. Epub 1998/01/09.
228. Özmen D. "Sağlık İnanç Modeli" Yaklaşımı ile Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlara Yönelik Ölçek Çalışması [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2004
229. Guvenc G, Akyuz A, Acikel CH. Health Belief Model Scale for Cervical Cancer and Pap Smear Test: psychometric testing. *Journal of advanced nursing*. 2011;67(2):428-437. Epub 2010/10/16.
230. Ackerson K, Stines Doane L. Psychometric Testing of the Pap Smear Belief Questionnaire: Measuring Women's Attitudes and Beliefs Toward Cervical Cancer Screening. *Journal of nursing measurement*. 2017;25(1):77-89. Epub 2017/04/12.
231. Kalkan ÖK, Kara Y, Kelecioğlu H. Evaluating Performance of Missing Data Imputation Methods in IRT Analyses. *International Journal of Assessment Tools in Education*. 2018;5(3):403-416.
232. Seçer İ. Obsesif kompulsif bozukluk ölçeği çocuk formunun Türkçeye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Eğitim ve Bilim*. 2014;39(176).
233. Buyukozturk S. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı [Data analysis handbook for social sciences]. Ankara: Pegem Akademi. 2010.
234. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics: Pearson Boston, MA; 2007.
235. Akbulut Y. Sosyal bilimlerde SPSS uygulamaları (SPSS practices in social sciences). İstanbul: İdeal Kültür Publication; 2010.
236. Pallant J. SPSS Kullanma kılavuzu: SPSS ile adım adım veri analizi.(trans. S. Balcı ve B. Ahi) Ankara. Anı Publishing; 2017.
237. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis: The use of factor analysis for instrument development in health care research: sage; 2003.
238. TAVŞANCIL E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. Nobel Yayıncılık, Ankara. 2002.
239. Kline P. A general description of factor analysis. *An Easy Guide to Factor Analysis*. New York, NY: Routledge; 1994.
240. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı faktör analizi ve uyum indeksleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2013;33(1):210-223.

241. Schreiber JB, Nora A, Stage FK, Barlow EA, King J. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *The Journal of educational research*. 2006;99(6):323-338.
242. Karakoç AGDFY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;13(40):39-49.
243. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30 (3): 211–216. 2004.
244. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd edn. Á/L. Erlbaum Press, Hillsdale, NJ, USA; 1988.
245. Büyüköztürk Ş. *Veri analizi el kitabı*. 2004.
246. Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Klavuzu. [İnternet] [http://www.academia.edu/1288035/Likert\\_Tipi\\_Ölçek\\_Hazırlama\\_Klavuzu](http://www.academia.edu/1288035/Likert_Tipi_Ölçek_Hazırlama_Klavuzu) 2008 Erişim tarihi 09.12.2019.
247. Joreskog KG, born D. *LISREL 8: User's Guide*, Chicago, IL: Scientific Software. Inc; 1993.
248. Kline R. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.2011.
249. Byrne BM. *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming*. New York: Taylor & Francis Group. 2010.
250. Boone HN, Boone DA. Analyzing likert data. *Journal of extension*. 2012;50(2):1-5.
251. Turan İ, Şimşek Ü, Aslan H. Eğitim araştırmalarında likert ölçeği ve likert-tipi soruların kullanımı ve analizi. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2015;30(1):186-203.
252. Bademci V. Kuder-Richardson 20, Cronbach'ın Alfası, Hoyt'un Varyans Analizi, Genellenirlik Kuramı ve Ölçüm Güvenirliği Üzerine bir Çalışma. *Dicle University Journal of Ziya Gokalp Education Faculty*. 2011;17.
253. Bayık M, Gurbuz S. Ölçek Uyarlamada Metodoloji Sorunu: Yönetim Ve Örgüt Alanında Uyarlanan Ölçekler Üzerinden Bir Araştırma (Methodological Issues in Scale Adaptation: A Study on Adapted Scales in the Management and Organization Field). *The Journal of Human and Work*. 2016;3(1):1-20.
254. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. *Human Development Reports*. [İnternet] <http://hdr.undp.org/en/content/2019-human-development-index-ranking> Erişim tarihi 18.12.2020.
255. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlilik [Reliability and validity in social and behavioral assessments]. Ankara: Seçkin. ÖZLEM DİKEN AND JAMES E. GILLIAM; 2005.
256. Saei Ghare Naz M, ve ark. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of the Pap Smear Belief Questionnaire in Iranian Women. *Evidence Based Care*. 2018;8(3):27-34.
257. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Kadın, 2019. [İnternet] <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2019-3373> Erişim tarihi 19.12.2020.
258. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu. İşgücü İstatistikleri, Ağustos 2020. [İnternet] <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33792> Erişim tarihi 19.12.2020.
259. Enstitüsü. HÜNE. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye: 2019.



260. KIZILIRMAK A. Bir Üniversitedeki Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testine İlişkin Sağlık İnançlarını Etkileyen Faktörle. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2018;27(3):165-175.
261. Esencan TY. Jinekolojik erken tanı yöntemlerinin kullanımında kadınların tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2009;40(2):63-66.
262. Çimke VS. Farklı Meslek Gruplarındaki Kadınların HPV, Servikal Kanseri ve Pap Smear Testi Bilgi Düzeyi ile Davranışlarının Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2016.
263. Karadağ Caman O, Bilir N. Health promotion in cancer early diagnosis, screening and education centers: mixed methods research among women in Ankara. *Turk J Public Health*. 2013;11:174.
264. Yavan T, Akyüz A, Tosun N, İyigün E. Women's breast cancer risk perception and attitudes toward screening tests. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2010;28(2):189-201.
265. Garg A, Galvin AM, Matthes S, Maness SB, Thompson EL. The Connection Between Social Determinants of Health and Human Papillomavirus Testing Knowledge Among Women in the USA. *Journal of Cancer Education*. 2020:1-7.
266. Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların pap smear yaptırmaları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2006;48(1):25-29.
267. Demirgöz Bal M. Kadınların pap smear testi yaptırmaları ile sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. 2014.
268. Reis N, Bebiş H, Köse S, Sis A, Engin R, Yavan T. Knowledge, behavior and beliefs related to cervical cancer and screening among Turkish women. 2012.
269. Gökgöz N, Aktaş D. Kadınların Serviks Kanseri ve Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*. 2016;3(2).
270. İnce C. Kadınların Pap-Smear Testi Yaptırma Konusundaki Davranışlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Kullanılarak Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi; 2019.
271. Gümüş AB, Çam O. Kadınların Serviks Kanseri için Erken Tanı Tutumları ile Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkiler. *Risk*. 2011;66:71.
272. Açıkgöz A, Çehrelî R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011;25(3):145-154.
273. Çaman ÖK, Bilir N, Özcebe H. Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi. *Firat Med J*. 2014;19(2):95-100.
274. Harper DM, Plegue M, Harmes KM, Jimbo M, SheinfeldGorin S. Three large scale surveys highlight the complexity of cervical cancer under-screening among women 45–65 years of age in the United States. *Preventive Medicine*. 2020;130:105880.
275. Karabulutlu O. Evaluation of the pap smear test status of Turkish women and related factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14:981-986.
276. DUMAN NB, KoçAK DY, AIBAYRAK SA, ToPUz Ş, YILMAZel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. *GOP Taksim EAH JAREN*. 2015;1(1):30-38.
277. Kaso M, Takahashi Y, Nakayama T. Factors related to cervical cancer screening among women of childrearing age: a cross-sectional study of a nationally representative sample in Japan. *International journal of clinical oncology*. 2019;24(3):313-322.

278. Lockwood-Rayermann S. Characteristics of participation in cervical cancer screening. *Cancer nursing*. 2004;27(5):353-363.
279. Hacer G, Derya YA, YAVUZ AY, ŞILBİR MF, Aylın Ö. Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 30-70 Yaş Grubu Kadınların Ulusal Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde Bir İl Örneği. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*.28(5):340-348.
280. Siahpush M, Singh GK. Sociodemographic predictors of pap test receipt, currency and knowledge among Australian women. *Preventive medicine*. 2002;35(4):362-368.
281. Jennings-Dozier K, Lawrence D. Sociodemographic predictors of adherence to annual cervical cancer screening in minority women. *Cancer Nurs*. 2000;23(5):350-356; quiz 357-358. Epub 2000/10/19.
282. Simoes EJ, ve ark. Predictors of compliance with recommended cervical cancer screening schedule: a population-based study. *Journal of community health*. 1999;24(2):115-130. Epub 1999/04/15.
283. Rimer BK, ve ark. Cancer screening practices among women in a community health center population. *American journal of preventive medicine*. 1996;12(5):351-357. Epub 1996/09/01.
284. Katz SJ, Hofer TP. Socioeconomic disparities in preventive care persist despite universal coverage: breast and cervical cancer screening in Ontario and the United States. *Jama*. 1994;272(7):530-534.
285. Breast and cervical cancer screening among underserved women. Baseline survey results from six states. The National Cancer Institute Cancer Screening Consortium for Underserved Women. *Archives of family medicine*. 1995;4(7):617-624. Epub 1995/07/01.
286. Özdemir M. Aile Hekimliğinin Toplumsal Hizmet Kapsamı ve Ağı. *Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar, Akademi Kitabevi*, 2020:91-96.
287. Paolino M, Arrossi S. Women's knowledge about cervical cancer, Pap smear and human papillomavirus and its relation to screening in Argentina. *Women & Health*. 2011;51(1):72-87.
288. Kaya G. Pap Smear Testi Yapılan Kadınların Serviks Kanseri Konusundaki Bilgileri Ve Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Yüksek Lisans Tezi*. Sivas; 2011.
289. Twinn S, Shiu A, Holroyd E. Women's knowledge about cervical cancer and cervical screening practice: a pilot study of Hong Kong Chinese women. *Cancer nursing*. 2002;25(5):377-384.
290. Mukama T, Ndejjo R, Musabyimana A, Halage AA, Musoke D. Women's knowledge and attitudes towards cervical cancer prevention: a cross sectional study in Eastern Uganda. *BMC women's health*. 2017;17(1):1-8.
291. Swahnberg K, Wijma B, Siwe K. Strong discomfort during vaginal examination: why consider a history of abuse? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2011;157(2):200-205.
292. Öztürk Y, Gürsoy E. Kadınların Pap Smear Testine ve Serviks Kansere Yönelik Farkındalıkları ve Testi Yaptırmama Nedenlerinin Değerlendirilmesi. *JACSD*. 2018;14;1-21.
293. Lai CY, Levy V. Hong Kong Chinese women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery*. 2002;18(4):296-303.

294. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı. 12.baskı ed. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2014.
295. Lurie N, Slater J, McGovern P, Ekstrum J, Quam L, Margolis K. Preventive care for women--does the sex of the physician matter? *New England Journal of Medicine*. 1993;329(7):478-482.
296. Matejic B, Vukovic D, Pekmezovic T, Kesic V, Markovic M. Determinants of preventive health behavior in relation to cervical cancer screening among the female population of Belgrade. *Health Education Research*. 2011;26(2):201-211.
297. Tung W-C. Benefits and barriers of pap smear screening: differences in perceptions of Vietnamese American women by stage. *Journal of Community Health Nursing*. 2010;27(1):12-22.
298. Watkins M, Gabali C, Winkleby M, Gaona E, Lebaron S. Barriers to cervical cancer screening in rural Mexico. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2002;12(5).

## EK-1: Veri Toplama Formu

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI AD. 2020

**RAHİM AĞZI KANSERİ TARAMASI İNANÇ ÖLÇEĞİ'NİN (RAKTİ ÖLÇEĞİ) TÜRKÇE'YE  
UYARLANMASI VE ANKARA'DA BİR ÜNİVERSİTENİN 30 YAŞ ÜZERİ KADIN İDARİ  
PERSONELİNİN ULUSAL RAHİM AĞZI KANSERİ TARAMA PROGRAMINA KATILIMI VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DEĞERLİ KATILIMCIMIZ,**

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, Hacettepe Üniversitesi'nde görevli 30 yaş üzeri kadın idari personelimiz arasında rahim ağzı kanseri tarama testi yaptırma durumu ve Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla yürütülmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz önemlidir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") ve tüm veriler kendi içlerinde birleştirilerek kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya soru formunu doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmanız halinde size bir ödül verilmeyecek, katılmamanız halinde ise herhangi bir olumsuzlukla karşılaşmayacaksınız

Soru formuna adınızı yazmanız gerekmemektedir. Bu şekilde soruları içtenlikle cevaplayabilirsiniz.

Soru formumuzda 47 soru vardır ve doldurmanız 15 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmada yanıtlarınızı, uygun olan cevabı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda boş bırakılan yere gerekli bilgiyi yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyebilirsiniz.

Eğer sorunun yanıtları arasında "Diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

**Araştırmacı: Dr. Zehra Gürel**  
**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**  
**Telefon: 0(312) 3051590/111**  
**e-mail:zehradogan\_00@hotmail.com**

**Danışman: Doç. Dr. Nüket Paksoy Erbaydar**  
**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**  
**3051590/121**

**Çalışmaya katılma durumunuzu aşağıda X ile işaretleyerek belirtiniz.**

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ( )

Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum ( )

## **BÖLÜM 1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1. Doğum yılınızı belirtiniz.....
2. Öğrenim durumunuz nedir?
  1. İlkokul mezunu
  2. Ortaokul mezunu
  3. Lise mezunu
  4. Yüksekokul/Üniversite mezunu
3. Medeni durumunuz nedir?
  1. Evliyim, ilk kez evlendiğimde .....yaşındaydım.
  2. Eşim vefat etti, ilk kez evlendiğimde .....yaşındaydım.
  3. Boşandım, ilk kez evlendiğimde .....yaşındaydım.
  4. Hiç evlenmedim.
4. Hangi ilçede ikamet ediyorsunuz, belirtiniz.....
5. Kaç yıldır çalışıyorsunuz, belirtiniz .....
6. Şu anda çalıştığınız birimi belirtiniz.....
7. Çalıştığınız ortamda çalışma arkadaşlarınızın cinsiyete göre dağılımı nasıldır?
  1. Kadın sayısı daha fazla
  2. Erkek sayısı daha fazla
  3. Kadın ve erkek sayısı birbirine yakın/eşit
8. Daha önce farklı bir birim veya başka bir yerde çalıştınız mı?
  1. Hayır
  2. Evet (Aşağıdaki soruyu yanıtlayınız) (Lütfen kurum adı, fakülte adı, fakültenin ilgili birimini belirtiniz. Örneğin Edebiyat Fakültesi, Öğrenci İşleri Birimi, Yurtlar Müdürlüğü Muhasebe Birimi gibi)

	<b>Önceden çalıştığınız birimler / yerler</b>	<b>Birim/yer çalışma süresi</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		

9. Özel sağlık sigortanız var mı?
  1. Hayır, yok.
  2. Evet, var.
10. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
  1. Çok iyi
  2. İyi
  3. Orta
  4. Kötü
  5. Çok kötü

11. Yakın çevrenizde (anne-baba, eş, kardeş, çocuk, yakın arkadaş) sağlık çalışanı olarak çalışan var mı?

1. Hayır, yok.
2. Evet, var, hangi meslekten belirtiniz.....

12. Sigara içiyor musunuz ya da şimdiye kadar hiç içtiniz mi?

1. Hayır, hiç içmedim.
2. Eskiden içerdim, artık içmiyorum.
  - 1) Ne kadar süre içtiniz? .....AY/.....YIL
  - 2) Günde ortalama kaç adet içerdiniz? .....ADET
3. Evet, halen içiyorum.
  - 1) Ne kadar zamandır içiyorsunuz? .....AY/.....YIL
  - 2) Günde ortalama kaç adet içiyorsunuz? .....ADET

13. Alkollü içecek içiyor musunuz ya da şimdiye kadar hiç içtiniz mi?

1. Hayır, hiç içmedim.
2. Eskiden içerdim, artık içmiyorum.
  - 1) Ne kadar süre içtiniz? .....AY/.....YIL
  - 2) İçme sıklığınız ne idi? .....
3. Evet halen içiyorum.
  - 1) Ne kadar zamandır içiyorsunuz? .....AY/.....YIL
  - 2) İçme sıklığınız nedir? .....

14. Spor/egzersiz yapıyor musunuz?

(20 dakikadan fazla, solunumunuzu hızlandıracak biçimde ve sizi terletecek egzersiz ve spor faaliyetleri)

1. Hayır
2. Evet, ne sıklıkla yapıyorsunuz?
  - 1) Her gün
  - 2) Haftada 4-6 kere
  - 3) Haftada 2-3 kere
  - 4) Haftada bir kere
  - 5) Ayda 2-3 kere
  - 6) Yılda birkaç kere veya daha az

15. Boyunuzu belirtiniz. ....(cm) ( ) Bilmiyorum

16. Vücut ağırlığınızı belirtiniz. ....(kg) ( ) Bilmiyorum

17. İlk adet görme yaşı nedir? ..... ( ) Hatırlamıyorum

18. Hiç gebe kaldınız mı?

1. Hayır
2. Evet (aşağıdaki soruları cevaplayınız)
  - 1) İlk gebelik yaşı .....
  - 2) Gebelik sayınız .....
  - 3) Toplam doğum sayınız nedir? (Canlı doğumlarınızı ve varsa ölü doğumlarınızı toplayarak belirtiniz) .....

19. Menopoza girdiniz mi?

1. Hayır **Cevabınız "Hayır" ise 21. Soruya geçiniz.**
2. Evet (Menopoza girme yaşı belirtiniz .....

20. Şu anda gebelikten korunmak için herhangi bir yöntem (aile planlaması yöntemi) kullanıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet (Aşağıdaki soruları yanıtlayınız)
  - 1) Şu an hangi yöntemi kullanıyorsunuz, belirtiniz .....
  - 2) Ne kadar süredir kullanıyorsunuz, belirtiniz .....

21. Geçmişte herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandınız mı?

1. Hayır
2. Evet, kullandığınız yöntemi/yöntemleri belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
  - 1) Hap (süresini belirtiniz.....yıl)
  - 2) Hormonlu spiral/ Rahim İçi Araç
  - 3) İmplant/norplant (kola takılan çubuk)
  - 4) Erkek kondomu/prezervatif
  - 5) Kadın kondomu
  - 6) Diyafram
  - 7) Tüp Ligasyonu
  - 8) Vazektomi
  - 9) Takvim yöntemi
  - 10) Geri çekme
  - 11) Diğer (Belirtiniz.....)

22. Düzenli ilaç kullanmanızı gerektirecek kronik bir hastalığınız var mı?

1. Hayır
2. Evet (Belirtiniz .....

23. Aile hekiminizin kim olduğunu biliyor musunuz?

1. Hayır, bilmiyorum. (Cevabınız "Hayır, bilmiyorum" ise 25. soruya geçiniz)
2. Evet, biliyorum.

24. Son bir ay içerisinde aile hekiminizle ya da aile sağlığı merkezinden görevlilerle yüze ya da telefonla görüştünüz mü?

1. Hayır
2. Evet

## **BÖLÜM 2. KANSER TARAMASI, RAHİM AĞZI KANSERİ, PAP SMEAR VE HPV TESTİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER**

25. Daha önce rahim ağzı kanseri tanısı aldınız mı?

1. Hayır
2. Evet

26. Yakın çevrenizde (aile bireyleri, akraba, yakın arkadaş, komşu) herhangi bir kanser tanısı alan var mı?

1. Hayır
2. Evet

Kanser tanısı alan kişinin yakınlığı	Kanser türü
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

27. Düzenli olarak kadın doğum kontrol muayenesi yaptırıyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet, nerede yaptırılıyorsunuz, belirtiniz.....

28. Bugüne kadar rahim ağzının kanser açısından kontrol edilmesini sağlayan simir (rahim ağzından sürüntü örneği) testini duyduunuz mu?

1. Hayır, hiç duymadım. (Cevabınız “Hayır, hiç duymadım” ise 30. soruya geçiniz)
2. Evet, duydum.

29. Kimden/nereden duyduunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Sağlık personeli Hekim ( ) Hemşire ( ) Ebe ( ) Diğer ( ) Belirtiniz.....
2. Televizyon/radyo
3. Gazete/Broşür
4. İnternet
5. Arkadaş/akraba
6. Diğer (Belirtiniz .....)

30. Bugüne kadar rahim ağzının kanser açısından kontrol edilmesini sağlayan bir başka test olan HPV testini duyduunuz mu?

1. Hayır, hiç duymadım. (Cevabınız “Hayır, hiç duymadım” ise 32. soruya geçiniz)
2. Evet, duydum.

31. HPV testi kimden/nereden duyduunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Sağlık personeli Hekim ( ) Hemşire ( ) Ebe ( ) Diğer ( ) Belirtiniz.....
2. Televizyon/radyo
3. Gazete/Broşür
4. İnternet
5. Arkadaş/akraba
6. Diğer (belirtiniz .....)

32. Rahim ağzı kanserine yönelik herhangi bir zamanda simir testi ve/veya HPV testi yaptırdınız mı?

1. Hayır
2. Evet
  - 1) Kaç kere yaptırdınız? Belirtiniz .....
  - 2) Testi/testleri yaptırdığınız yeri/yerleri aşağıdaki tabloda X ile işaretleyiniz.

Test Sayısı	Testin Yapıldığı Yer					
	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	Toplum Sağlığı Merkezi	Aile Sağlığı Merkezi	Sağlıklı Hayat Merkezi	Herhangi bir hastanenin Kadın Doğum Polikliniği	Diğer (Belirtiniz)
1. Test						
2. Test						
3. Test						
4. Test						
5. Test						



**Ulusal rahim ağzı kanseri tarama programı:** Ülkemizde kadınlarda görülen rahim ağzı kanserine erken tanı konabilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılından beri düzenli aralıklarla HPV testi ve simir testi ile taramaların yapıldığı bir program yürütülmektedir. Aşağıda bu programla ilgili bazı sorular yer almaktadır.

**33.** Yukarıda belirtilen Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen rahim ağzı kanseri tarama programını duydunuz mu?

1. Hayır (**Cevabınız “Hayır” ise 37. soruya geçiniz**)
2. Evet

**34.** Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen rahim ağzı kanseri tarama programını nereden/nerelerden duydunuz? Belirtiniz.....

**35.** Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen rahim ağzı kanseri tarama programı kapsamında size ulaşılarak tarama yaptırmanız için davet edilme ve daveti kabul etme durumunuzu belirtiniz.

1. Hayır, davet edilmedim.
2. Evet davet edildim ve daveti kabul ettim.
3. Evet davet edildim fakat daveti kabul etmedim.

**36.** Rahim ağzı kanseri tarama programına katılıp rahim ağzı kanseri için KETEM, Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi veya Sağlıklı Hayat Merkezi'nde taramanızı yaptırdınız mı?

**1. Hayır (Aşağıdaki soruları yanıtlayınız)**

1) Neden katılmadığınızı belirtiniz.....

2) Tarama testini kendi kendinize yapabileceğiniz bir olanak sağlansa taramanızı yaptırır mısınız?

1. Hayır
2. Evet

**2. Evet (Aşağıdaki soruları yanıtlayınız)**

1) Ne zaman katıldınız, belirtiniz ..... AY ÖNCE / .....YIL ÖNCE

2) Yukarıda da belirtildiği üzere sadece KETEM, Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi veya Sağlıklı Hayat Merkezi'nde kaç kere tarama yaptırdınız? Belirtiniz .....

3) Taramalarınızı sırasıyla nerede yaptırdınız, belirtiniz.

1. Tarama .....
2. Tarama .....

4) Bir sonraki tarama testini ne zaman yaptırmanız gerektiğini biliyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

**37.** Rahim ağzı kanserine yönelik tarama testinin hangi şekilde olmasını tercih edersiniz?

1. Muayene masasında sağlık çalışanı tarafından testin yapılmasını tercih ederim.
2. Nasıl yapılacağı bana anlatıldığında sağlık merkezinde veya evde kendi kendime yapmayı tercih ederim.
3. Her iki şekilde de tarama testi yaptırmayı istemem.
4. Diğer (Belirtiniz.....)

**38.** Halen çalışmakta olduğunuz kurum içerisinde çalışanlara yönelik kanser tarama programları hakkında herhangi bir eğitim/bilgilendirme duyurusu yapıldı mı?

1. Hayır (Cevabınız “Hayır” ise 40. soruya geçiniz)
2. Evet
3. Hatırlamıyorum (Cevabınız “Hatırlamıyorum” ise 40. soruya geçiniz)

**39.** Halen çalışmakta olduğunuz kurum içerisinde çalışanlara yönelik yapılan kanser tarama programlarına ilişkin eğitime/toplantıya katıldınız mı?

1. Hayır
2. Evet

**40.** Bugüne kadar hiç memenin kanser açısından kontrol edilmesini sağlamak amacıyla meme filmi (mamografi) çektirdiniz mi?

1. Hayır
2. Evet

**41.** Aşağıda rahim ağzı kanseri ile ilgili bazı cümleler bulunmaktadır. Bu cümleler için size göre uygun cevabı X ile işaretleyiniz.

Önerme	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
1. Erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır.			
2. Çok eşli cinsel yaşam veya çok eşli cinsel yaşamı olan biri ile cinsel ilişkide bulunulması rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır.			
3. İlk gebelik yaşı kanser riskini etkilemez.			
4. Doğum sayısı ile rahim ağzı kanser riski arasında bir ilişki yoktur.			
5. Cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olmak rahim ağzı kanserine yakalanma riskini artırır.			
6. Sigara içmek rahim ağzı kanserine yakalanma riskini etkilemez.			
7. Uzun süre doğum kontrol hapi kullanmak rahim ağzı kanser riskini artırır.			
8. Rahim ağzı kanseri insan papilloma virüsüne (HPV) bağlı olarak gelişen bir hastalıktır.			
9. Türkiye’de rahim ağzı kanseri tarama programına göre cinsel yaşantısı başlamış bütün kadınların tarama testi yaptırması gerekmektedir.			
10. HPV aşısı rahim ağzı kanserine karşı koruyucu bir aşıdır.			
11. Kadınlar sadece menopoz döneminde rahim ağzı kanseri olurlar.			
12. Cinsel ilişki sırasında kondom/prezervatif/kılıf kullanılması insan papilloma virüs bulaşmasını engeller.			

**42.** Kendinizi rahim ağzı kanseri açısından ne ölçüde risk altında görüyorsunuz?

1. Hiç risk altında görmüyorum.
2. Biraz risk altındayım.
3. Oldukça risk altındayım.
4. Çok yüksek düzeyde risk altındayım.
5. Kesinlikle rahim ağzı kanseri olma riski taşıyorum.

43. Size göre rahim ağzı kanserine tarama testi ile tanı konduğunda rahim ağzı kanseri ne oranda tedavi edilebilir?

1. %0-24
2. %25-50
3. %51-75
4. %76-100

44. Size göre ülkemizde kadınlara sunulan özellikle kadın hastalıkları ve doğumla ilişkili hizmetlerin niteliği nasıldır?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. Kötü
5. Çok kötü

45. Herhangi bir sağlık sorunu nedeni ile histerektomi (rahmin alınması) ameliyatı oldunuz mu?

1. Hayır
2. Evet (**Cevabınız “Evet” ise anketi burada sonlandırabilirsiniz**)

46. Aşağıda rahim ağzı kanserine yönelik tutum ve inançları içeren ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi okuyup, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Lütfen her soru için sadece bir seçeneği X ile işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Rahim ağzı kanseri düşüncesi beni korkutur.					
2.	Rahim ağzı kanserini düşündüğümde kalbim daha hızlı çarpar.					
3.	Rahim ağzı kanserini düşünmekten korkarım.					
4.	Rahim ağzı kanseri olursam çok uzun süre sıkıntı yaşarım.					
5.	Rahim ağzı kanseri olmak eşimle, erkek arkadaşım ya da birlikte olduğum kişiyle ilişkimde sorun yaratabilir.					
6.	Eğer rahim ağzı kanseri olursam bütün hayatım değişir.					
7.	Eğer rahim ağzı kanseri olursam beş yıldan daha fazla yaşamam.					

47. Aşağıda jinekolojik muayene ve rahim ağzı kanserine yönelik tutum ve inançları içeren bazı ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere karşılık gelen size en uygun seçeneği **X** işareti ile işaretleyiniz. Lütfen her soru için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

**Tarama Testi:** *Rahim ağzı kanserinin taranması açısından yapılan HPV testi ve simir testini ifade etmektedir.*



	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Sağlık çalışanı aşağıdan muayene ederken kendimi gergin hissedirim.					
2. Sağlık çalışanı aşağıdan muayene ederken kendimi hakları ihlal edilmiş hissedirim (Yapılan muayene nedeniyle ).					
3. Muayene sırasında işlemi yapan sağlık çalışanı <u>ne yaptığını açıklamadığında</u> kendimi hakları ihlal edilmiş hissedirim.					
4. Tarama testi yaptırmak çok utanç vericidir.					
5. Sağlık çalışanı, muayene sırasında üzerinde düşünmek istemediğim kişisel sorular sorar.					
6. Muayene masasına yattığımda başıma gelen üzücü olayları hatırlarım.					
7. Sağlık çalışanlarına güvenmem.					
8. Tarama testi yapan kişiler kabadır.					
9. Sağlık çalışanı muayene süresince aceleci davrandığında kendimi gergin hissedirim.					
10. Sağlık çalışanlarını tanımiyorsam onlara güvenmem.					
11. Sadece kadın sağlık çalışanlarını görmek isterim (Tarama testi yaptırırken).					
12. Tarama testi yaptırmak çok fazla zaman alır.					
13. Tarama testi yaptırmaktan korkarım çünkü ne yapılacağını bilmiyorum.					
14. Tarama testi yaptırmaktan korkarım çünkü olumsuz bir sonuçla karşılaşabilirim.					

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
15. Hayatımın bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissederim.					
16. Rahim ağzı kanserine yakalanmam mümkündür.					
17. Önümüzdeki birkaç yıl içinde rahim ağzı kanserine yakalanma ihtimalim yüksektir.					
18. Tarama testi yaptırmak erken dönemdeki anormal rahim ağzı hücreleri değişikliklerini tespit etmenin benim için en iyi yoludur.					
19. Tarama testi yaptırmak anormal rahim ağzı hücrelerinin erkenden saptanmasında bana yardımcı olacaktır.					
20. Tarama testi vasıtasıyla bende rahim ağzı kanseri hücreleri saptanırsa, bu kanserin tedavisi benim için o kadar zor olmayabilir.					
21. Tarama testi yaptırmak rahim ağzı kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.					
22. Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü bu hastalık ailemde hiç görülmez.					
23. Egzersiz yaparak ve doğru beslenerek sağlığıma dikkat edersem rahim ağzı kanseri için risk altında olmam.					
24. Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü cinsel ilişki sırasında korunurum.					
25. Düzenli olarak tarama testi yaptırmak için çok yaşlıyım.					
26. Tarama testi nasıl yaptırılır bilmiyorum.					
27. Tarama testi yaptırmaktan daha önemli sorunlarım var.					
28. Tarama testi yaptırmak için planlama yapmak aklıma gelmiyor.					
29. Tarama testinin kadın doğum muayene masasına yatırılarak yapılması beni rahatsız eder.					


KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM.

## EK-2: Rahim Ağzi Kanseri Taramasi İnanç Ölçeği'nin Kullanım İzni

**Re: The Permission request to use the "Pap Smear Belief Questionnaire"**

 **Kelly D Ackerson** <kelly.ackerson@wmich.edu>  
19.11.2019 14:27 

Kime: zehra dogan

 PSBQ 28 items.docx  
27,83 KB

Dear Dr. Gürel

I apologize for being untimely in my response. Attached is the questionnaire for your use. I hope your study goes well. Please make sure to let me know how it goes.

Sincerely,

Dr. Ackerson

Dr. Kelly Ackerson, PhD, RN, WHNP-BC  
Professor  
MSN Coordinator  
Western Michigan University  
Bronson School of Nursing  
(269) 387-8161

### EK-3: Rahim Ağzi Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin Düzeltme İzni

Re: About the Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation Process of Pap Smear Belief Questionnaire in Turkish Women



Kelly D Ackerson <kelly.ackerson@wmich.edu>

5.02.2020 22:38



Kime: zehra doğan

Greetings!

This questionnaire was based on the Pap smear that women in the U.S. are familiar with. If you feel that your population will have a better understanding using the words "screening test" over "Pap smear" than go ahead, If you write a paper for publication, please make that information clear as to the changes.

For the second question, if you are referring to participants not answering all questions, that is up to you whether you include their responses. Sample size makes a difference. Another way to look at using the missing data is evaluate the questions not answered and try to explain. Was there consistency in the questions unanswered. Does that make sense? If I am misunderstanding your question, please let me know.

Best,

Dr.

Dr. Kelly Ackerson, PhD, RN, WHNP-BC  
Professor  
MSN Coordinator  
Western Michigan University  
Bronson School of Nursing  
(269) 387-8161

**EK-4: Rahim Ağzı Kanseri ve Pap Smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği'nin Ciddiyet Alt Boyutunun Ölçüt Geçerliği İçin Kullanılabilirliğine İlişkin Ölçek Sahibinin Görüş Ve İzni**

Zehra Hanım merhabalar, ölçeğimizi ve alt boyutunu kullanmanızın bizim açımızdan bir mahsuru yoktur. Teknik olarak kullanılabilirliğini soruyorsanız bildiğim kadarıyla mümkündür.

Başarılı Çalışmalar dilerim

PROF.DR.AYGUL AKYUZ

On Wednesday, March 4, 2020, 10:38:48 AM GMT+3, zehra doğan <zehradogan\_00@hotmail.com> wrote:

Değerli hocam,

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda uzmanlık öğrencisiyim. Uzmanlık tezimde tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Nüket Paksoy Erbaydar hocamızla beraber jinekolojik muayene ve rahim ağzı kanserine yönelik tutumla ilgili bir metodolojik çalışma yapmayı planlamaktayız. Ölçüt geçerliği için tarafınızdan geliştirilen 'Rahim Ağzı Kanseri ve Pap smear Testi Sağlık İnanç Modeli Ölçeği' ile ölçeğimizin korelasyonunu değerlendirmek istiyoruz. Geliştirdiğiniz ölçeğin 'ciddiyet' alt boyutunu (bağımsız bir ölçek gibi) korelasyon için kullanmam uygun olur mu?

Saygılarımla.



### EK-5: Uyarlanmış PSBQ

Aşağıda jinekolojik muayene ve rahim ağzı kanserine yönelik tutum ve inançları içeren bazı ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere karşılık gelen size en uygun seçeneği **X** işareti ile işaretleyiniz. Lütfen her soru için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

*Tarama Testi: Rahim ağzı kanserinin taranması açısından yapılan HPV testi ve simir testini ifade etmektedir.*

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Sağlık çalışanı aşağıdan muayene ederken kendimi gergin hissedirim.					
2. Sağlık çalışanı aşağıdan muayene ederken kendimi hakları ihlal edilmiş hissedirim.(Yapılan muayene nedeniyle )					
3. Muayene sırasında işlemi yapan sağlık çalışanı <u>ne yaptığını açıklamadığında</u> kendimi hakları ihlal edilmiş hissedirim.					
4. Tarama testi yaptırmak çok utanç vericidir.					
5. Sağlık çalışanı, üzerinde düşünmek istemediğim kişisel sorular sorar.					
6. Muayene masasına yattığımda başıma gelen üzücü olayları hatırlarım.					
7. Sağlık çalışanlarına güvenmem.					
8. Tarama testi yapan kişiler kabadır.					
9. Sağlık çalışanı muayene süresince aceleci davrandığında kendimi gergin hissedirim.					
10. Sağlık çalışanlarını tanımiyorsam onlara güvenmem.					
11. Sadece kadın sağlık çalışanlarını görmek isterim (Tarama testi yaptırırken).					
12. Tarama testi yaptırmak çok fazla zaman alır.					
13. Tarama testi yaptırmaktan korkarım çünkü ne yapılacağını bilmiyorum.					
14. Tarama testi yaptırmaktan korkarım çünkü olumsuz bir sonuçla karşılaşabilirim.					

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
15. Hayatımın bir döneminde rahim ağzı kanseri olacağımı hissederim.					
16. Rahim ağzı kanserine yakalanmam mümkündür.					
17. Önümüzdeki birkaç yıl içinde rahim ağzı kanserine yakalanma ihtimalim yüksektir.					
18. Tarama testi yaptırmak erken dönemdeki anormal rahim ağzı hücreleri değişikliklerini tespit etmenin benim için en iyi yoludur.					
19. Tarama testi yaptırmak anormal rahim ağzı hücrelerinin erkenden saptanmasında bana yardımcı olacaktır.					
20. Önümüzdeki birkaç yıl içinde rahim ağzı kanserine yakalanma ihtimalim yüksektir.					
21. Tarama testi yaptırmak erken dönemdeki anormal rahim ağzı hücreleri değişikliklerini tespit etmenin benim için en iyi yoludur.					
22. Tarama testi yaptırmak anormal rahim ağzı hücrelerinin erkenden saptanmasında bana yardımcı olacaktır.					
23. Tarama testi vasıtasıyla bende rahim ağzı kanseri hücreleri saptanırsa, bu kanserin tedavisi benim için o kadar zor olmayabilir.					
24. Tarama testi yaptırmak rahim ağzı kanserinden ölme ihtimalimi azaltacaktır.					
25. Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü bu hastalık ailemde hiç görülmez.					
26. Egzersiz yaparak ve doğru beslenerek sağlığımı dikkat edersem rahim ağzı kanseri için risk altında olmam.					
27. Rahim ağzı kanseri için risk altında değilim çünkü cinsel ilişki sırasında korunurum.					
28. Düzenli olarak tarama testi yaptırmak için çok yaşlıyım.					

## EK-6: Aydınlatılmış Onam Formu

### DEĞERLİ KATILIMCIMIZ,

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma, Hacettepe Üniversitesi'nde görevli 30 yaş üzeri kadın idari personelimiz arasında rahim ağzı kanseri tarama testi yaptırma durumu ve Rahim Ağzı Kanseri Taraması İnanç Ölçeği'nin (RAKTİ Ölçeği) geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi amacıyla yürütülmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz önemlidir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") ve tüm veriler kendi içlerinde birleştirilerek kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya soru formunu doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmanız halinde size bir ödül verilmeyecek, katılmamanız halinde ise herhangi bir olumsuzlukla karşılaşmayacaksınız. Soru formuna adınızı yazmanız gerekmemektedir. Bu şekilde soruları içtenlikle cevaplayabilirsiniz.

Soru formumuzda 47 soru vardır ve doldurmanız 15 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmada yanıtlarınızı, uygun olan cevabı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda boş bırakılan yere gerekli bilgiyi yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyebilirsiniz.

Eğer sorunun yanıtları arasında "Diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

**Araştırmacı: Dr. Zehra Gürel**  
**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**  
**Telefon: 0(312) 3051590/111**  
**e-mail:zehradogan\_00@hotmail.com**

**Danışman: Doç. Dr. Nüket Paksoy Erbaydar**  
**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**  
**3051590/121**

**Çalışmaya katılma durumunuzu aşağıda X ile işaretleyerek belirtiniz.**

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ( )

Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum ( )

## EK-7: Personel İşleri Daire Başkanlığı Araştırma İzin Belgesi



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı

Tarih: 06/11/2020  
Sayı: E-77558955-000-00001319829  
  
0001319829

Sayı : 77558955-000  
Konu : Dr. Zehra GÜREL - Çalışma İzni Hk

### TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Anabilim Dalımız araştırma görevlisi Dr. Zehra GÜREL'in dilekçesi ekte sunulmuştur.  
Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Kerim Hakan  
ALTINTAŞ  
Anabilim Dalı Başkanı

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Sevim ERDEM  
ÖZDAMAR  
Bölüm Başkanı

Ek: Dr. Zehra GÜREL, Etik Kurul İzni

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys> adresinden 4b66fab1-58f1-4c0c-8846-92396c625eb0 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı 06100 Sıhhiye/ANKARA  
Telefon:(312) 305 15 90 Faks:(312) 311 00 72 E-posta:E-posta: halksagligi@hacettepe.edu.tr Web  
Adres <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr>

Hayrettin TURP





T.C.  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Personel Daire Başkanlığı

Tarih: 18/12/2020  
Sayı: E-63014088-907.01-00001369353  
  
0001369353

Sayı : E-63014088-907.01  
Konu : İstatistiki Bilgi

**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

İlgi : 09.11.2020 tarih ve 1321575 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Kanser Araştırmasında kullanılmak üzere istenilen bilgiler ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır  
Mustafa ALTAY  
Personel Daire Başkan V.

Ek:Liste

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://www.turkiye.gov.tr/hu-ebys> adresinden 4b66fab1-58f1-4c0c-8846-92396c625eb0 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Personel Daire Başkanlığı 06100 Sıhhiye-ANKARA  
Telefon:(0 312) 305 10 25 / (0 312) 305 24 00 Faks:0 (312) 309 06 20 E-posta:pdb@hacettepe.edu.tr

Hatice Şule ŞAF

