T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

NEVŞEHİR İLİ HACIBEKTAŞ İLÇESİNDE 30-65 YAŞ GRUBU SERVİKS KANSERİ TARAMA TESTİ YAPTIRAN VE YAPTIRMAYAN KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II'YE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Hazırlayan
Pervin TAŞKIRAN

Danışman
Doç. Dr. Arda BORLU

Doktora Tezi

Temmuz 2024
KAYSERİ

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

NEVŞEHİR İLİ HACIBEKTAŞ İLÇESİNDE 30-65 YAŞ GRUBU SERVİKS KANSERİ TARAMA TESTİ YAPTIRAN VE YAPTIRMAYAN KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II'YE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Doktora Tezi

Hazırlayan
Pervin TAŞKIRAN

Danışman
Doç. Dr. Arda BORLU

Temmuz 2024
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, tüm bilgilerin akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda akademik ve etik kuralların gerektirdiği gibi tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunduğumu ve kaynaklar listesinde gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Pervin TAŞKIRAN

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

"Nevşehir İli Hacıbektaş İlçesinde 30-65 Yaş Grubu Serviks Kanseri Tarama Testi Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'ye Göre Karşılaştırılması" adlı **Doktora Tezi,** Erciyes Üniversitesi Lisans Üstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi 'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan	**Danışman**
Pervin TAŞKIRAN	**Doç. Dr. Arda BORLU**

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

KABUL VE ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Arda BORLU danışmanlığında Pervin TAŞKIRAN tarafından hazırlanan **"Nevşehir İli Hacıbektaş İlçesinde 30-65 Yaş Grubu Serviks Kanseri Tarama Testi Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'ye Göre Karşılaştırılması"** konulu bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında **Doktora** tezi **olarak kabul edilmiştir.**

……/……/2024

JÜRİ **İmza**

Danışman : Doç. Dr. Arda BORLU

Üye :Prof. Dr. Elçin BALCI

Üye :Prof. Dr. Zeynep BAYKAN

Üye :Doç. Dr. Nergiz SEVİNÇ

Üye : Doç. Dr. Rıza ÇITIL

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun …….. tarih ve …… sayılı kararı ile onaylanmıştır.

……/……/2024

Prof. Dr. Bilal AKYÜZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasının her aşamasında desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli Hocam ve Danışmanım Sayın Doç. Dr. Arda BORLU'ya, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA'nın şahsında tüm hocalarıma, Ayrıca Prof. Dr. Elçin BALCI ve Prof. Dr. Zeynep BAYKAN'a, hayatımın boyunca bana duydukları güven için aileme en derin duygularla teşekkür ederim

Pervin TAŞKIRAN

KAYSERİ 2024

NEVŞEHİR İLİ HACIBEKTAŞ İLÇESİNDE 30-65 YAŞ GRUBU SERVİKS KANSERİ TARAMA TESTİ YAPTIRAN VE YAPTIRMAYAN KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II'YE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Pervin TAŞKIRAN

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Doktora Tezi, Temmuz 2024

Danışman: Doç. Dr. Arda BORLU

ÖZET

Kanser dünya genelinde önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Serviks kanseri ise kadınlarda görülen kanser tipleri arasında en yaygın dördüncü sırada yer almaktadır. Jinekolojik kanserler arasında ise ilk sıradadır. Kanserden ölümlerin üçte biri değiştirilebilecek davranışlara bağlı risk faktörlerinden diğer üçte birlik kısmı ise erken tespittir. Bu araştırma Nevşehir İli Hacıbektaş İlçesinde 30-65 yaş grubu serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek ve serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlara verilen eğitim ve hatırlatıcı mesajların etkinliğini belirlemek amacıyla planlanan kesitsel, tanımlayıcı ve müdahale çalışmasıdır.

Araştırmanın evreni Nevşehir İli Hacıbektaş İlçesinde 30-65 yaş grubu Hacıbektaş ASM'ye kayıtlı ve ilçe merkezinde ikamet eden 344 serviks kanseri taraması yaptırmayan ve 500 serviks kanseri taraması yaptıran olmak üzere 844 kadın oluşturmaktadır. Serviks kanseri taraması yaptıran 150 ve yaptırmayan 150 kadın olmak üzere 300 kadın ise araştırmanın örneklemeni oluşturmaktadır.

Eğitim ve hatırlatıcı mesajların serviks kanseri erken tanı uygulamalarına katılımı artırdığı tespit edilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının serviks kanseri taramasına katılımında etkili olduğu tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından olan, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyutlarının serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir.

Verilen eğitimlerin serviks kanseri tarama yaptırma oranlarını arttırdığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının serviks kanseri tarama uygulamaları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Sağlık personellerinin halk eğitimlerinde kadınların sağlıklarını koruma ve geliştirmeleri yönünden sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilgilendirilmesi, serviks kanseri halk eğitimlerinde görsel materyallere öncelik verilmesi, hatırlatıcı mesajlarla eğitimlerin desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; Serviks Kanseri; Serviks Kanseri Taramaları

COMPARISON OF WOMEN IN THE HACIBEKTAŞ DISTRICT OF NEVŞEHİR PROVINCE, IN THE 30-65 YEAR GROUP, WHO HAD AND HAD NOT HAD A CERVICAL CANCER SCREENING TEST, ACCORDING TO THE HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOR SCALE II.

Pervin TAŞKIRAN

Erciyes University, Institute of Health Sciences

Department of Public Health

PhD Thesis, July 2024

Supervisor: Doç. Dr. Arda BORLU

ABSTRACT

Cancer is one of the important public health problems worldwide. Cervical cancer is the fourth most common cancer type in women. It ranks the first among the gynecological cancers. One third of the cancer deaths are due to risk factors related to behavior that can be changed, and the other third is due to early detection. This research is a cross-sectional, descriptive and intervention study planned to determine the healthy lifestyle behaviours of women aged 30-65 in Hacıbektaş District of Nevşehir Province who have or have not had cervical cancer screening and to determine the effectiveness of the education and reminder messages given to women who have not had cervical cancer screening.

The population of the research consists of 844 women aged 30-65 in Hacıbektaş District of Nevşehir Province, registered to Hacıbektaş ASM and residing in the district center, 344 of whom did not have cervical cancer screening and 500 of whom had cervical cancer screening. The sample of the study consists of 300 women, 150 of whom who had cervical cancer screening and 150 of whom who did not.

İt has been determined that education and reminder messages increase participation in cervical cancer early diagnosis practices. It has been determined that healthy lifestyle behaviours are effective in participation in cervical cancer screening. Health responsibility, spiritual development and stress management sub-dimensions of the healthy lifestyle behaviors scale of women who had cervical cancer screening were found to be statistically significantly higher compared to the women who were not screened for cervical cancer.

It has been determined that the training provided increases the rates of cervical cancer screening and that healthy lifestyle behaviors are effective on cervical cancer screening practices. It is recommended that health personnel should be informed about healthy lifestyle behaviours in terms of protecting and improving the health of women in public trainings, and priority should be given to the visuals and materials be given priority in cervical cancer public trainings and trainings should be supported with reminder messages.

Keywords: Healthy Lifestyle Behaviours Scale; Cervical Cancer; Cervical Cancer Screenings

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK .....
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....ii
KABUL VE ONAY SAYFASI iii
TEŞEKKÜR.....iv
ÖZET.....v
ABSTRACT.....vi
İÇİNDEKİLER vii
KISALTMALAR ve SİMGELER x
TABLO LİSTESİ.....xii
ŞEKİL LİSTESİ.....xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....1
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. Serviks Anatomisi 5
2.2. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi.....6
2.3. Serviks Kanseri Risk Faktörleri 7
2.3.1. Human Papilloma Virüs (HPV).....7
2.3.2. Cinsel Hayat Öyküsü.....8
2.3.3. Sigara Kullanımı.....8
2.3.4. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH).....9
2.3.4.1. Chlamydia Trachomatis.....9
2.3.4.2. Herpes Simplex Virüs (HSV) 9
2.3.4.3. Human İmmunodeficiency Virüs (HIV).....9
2.3.5. Uzun Süre Oral Kontraseptif Kullanımı.....10
2.3.6. Sosyo-Ekonomik Durum 10
2.3.7. Diyet ve Vitamin C, Vitamin A, Beta Karoten ve Folat Eksikliği 10
2.3.8. Ailede Serviks Kanseri Öyküsü.....10
2.3.9. İlk Menstrüasyon Yaşı.....10
2.3.10. Dietilstilbestrol (DES) 10
2.3.11. Etnik Köken/Irk Faktörü.....11

2.4. Serviks Kanseri Belirti ve Bulguları 11
2.5. Serviks Kanserinden Korunma 12
2.5.1. Birincil (Primer) Koruma Yöntemleri 12
2.5.1.1. Farkındalık Geliştirme 12
2.5.1.2. Toplumda Risk Faktörleri ve Riskli Davranışları Değiştirmeye ve Önlemeye Yönelik Uygun Yerel Stratejilerin Uygulanması 13
2.5.1.3. Sağlıklı Yaşam Şeklinin Geliştirilmesi 13
2.5.1.4. HPV Aşısı 13
2.5.1.4.1. İki Valanlı (Bivalan) Aşı Cervarix 14
2.5.1.4.2. Dört Valanlı (Kuadrivalan) Aşı Gardasil 14
2.5.1.4.3. Dokuz Valanlı Aşı Gardasil 9 14
2.5.2. İkincil (Sekonder) Koruma Yöntemleri 15
2.5.2.1. Görsel Muayene Testleri 16
2.5.2.1.1. Asetik Asit Uygulaması Sonrası Gözlem (VIA) 17
2.5.2.1.2. Lugol Uygulaması Sonrası Gözlem (VILI) 17
2.5.2.2. Pap Smear Testi 17
2.5.2.4. Kolposkopi 23
2.5.2.5. Servikografi 23
2.5.2.6. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) 24
2.5.2.7. Bilgisayarlı Tomografi (BT) 24
2.5.2.8. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) 24
2.5.3. Üçüncül (Tersiyer) Koruma 24
2.6. Serviks Kanserinde Evrelere Göre Tedavi Yönetimi 26
2.6.1. Cerrahi 26
2.6.2. Radyoterapi 27
2.6.3. Kemoterapi 28
2.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 28
3. GEREÇ VE YÖNTEM 31
3.1. Araştırmanın Şekli 31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 31

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 31
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 34
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri 34
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması 34
3.4.1. Katılımcı Bilgi Formu (Ek-2) 35
3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-3) 35
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi 36
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu 36
4. BULGULAR 38
5.TARTIŞMA 79
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 100
7. KAYNAKLAR 103
EKLER
ÖZGEÇMİŞ

KISALTMALAR ve SİMGELER

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
ACS	: American Cancer Society
AH	: Aile Hekimliği
AIS	: Endoservikal in Situadenokarsinom
ASC-H	: Yüksek Gradeli Displazi Ekarte Edilemeyen Atipik Skuamöz
ASC-US	: Önemi Belirsiz Atipik Skuamöz Hücreler
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CDC	: Centers for Disaase Control and Prevention
CIN	: Servikal Intraepitelyal Neoplazi
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DES	: Dietilstilbestrol
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FDA	: American Food and Drug Administration
FDG	: Fluorodeoksiglukoz
FIGO	: International Federation of Gynecology and Obstetrics
GLOBOCAN	: Global Cancer Observatory
HIV	: Human İmmunodeficiency Virüs
HPV	: Human Papilloma Virüs
HrHPV	: Birincil HPV Testi
HSIL	: Yüksek Gradeli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
HSV	: Herpes Simplex Virüs
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
LSIL	: Düşük Gradeli Skuamöz İntraepitelyal Lezyon
MR	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKS	: Oral Kontraseptif
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
SCC	: Skuamöz Hücreli Karsinom
SCJ	: Skuamokolumnar Bileşke
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi

SYBDÖII	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
VIA	: Asetik Asit Uygulaması Sonrası Gözlem
VILI	: Lugol Uygulaması Sonrası Gözlem

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Serviks Kanserinden Korunma Basamakları 12
Tablo 2.2. Bethesda Sistemi 2014 20
Tablo 2.3. Serviks Kanserinin FIGO Evrelemesi (2018) 25
Tablo 4.1. Ulusal Kanser Tarama Programı Kapsamında Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması 39
Tablo 4.2. Ulusal Kanser Tarama Programı Kapsamında Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Üreme Sağlığına Yönelik Verilerinin Karşılaştırılması 41
Tablo 4.3. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Ailesinde ve Yakın Çevresinde Kanser Verileri ile Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması 43
Tablo 4.4. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Serviks Kanseri ve Erken Tanı Testi Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Karşılaştırılması 45
Tablo 4.5. Daha Önceden Serviks Kanseri Testi Yaptırmayan Katılımcıların Tarama Yaptırmama Nedenleri 46
Tablo 4.6. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek II Puanlarının Karşılaştırması 47
Tablo 4.7. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 49
Tablo 4.8. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 50
Tablo 4.9. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 51

Tablo 4.10. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 52
Tablo 4.11. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 53
Tablo 4.12. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Eş Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 54
Tablo 4.13. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Eşlerinin Mesleğine Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 55
Tablo 4.14. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Menarş Yaşlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 57
Tablo 4.15. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların İlk Evlenme Yaşına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 58
Tablo 4.16. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların İlk Doğum Yaşlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 59
Tablo 4.17. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Doğum Sayısına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 60
Tablo 4.18. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Doğum Şekline Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 61
Tablo 4.19. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 62

Tablo 4.20. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların OKS Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 63
Tablo 4.21. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların OKS Kullanma Sürelerine Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 64
Tablo 4.22. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Menapoza Girme Durumların Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 65
Tablo 4.23. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Menopoza Girme Yaşına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 66
Tablo 4.25. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Jinekolojik Muayene Yaptırılan Yere Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 68
Tablo 4.26. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Ailesinde Kanser Varlığına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 69
Tablo 4.27. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Ailesinde Kanser Tespit Edilen Akrabanın Yakınlık Derecesine Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 70
Tablo 4.28. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Ailesinde Kanser Türüne Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 71
Tablo 4.29. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Yakın Çevresinde Kanser Varlığına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 72
Tablo 4.30. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Yakın Çevresinde Kanser Görülen Kişilere Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 73

Tablo 4.31. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Yakın Çevresinde Kanser Türüne Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 74
Tablo 4.32. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Serviks Kanseri Bilgi Durumuna Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 75
Tablo 4.33. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Taramada Kullanılan Testi Duyma Durumuna Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 76
Tablo 4.34. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği' II Puanlarının Dağılımı 77
Tablo 4.35. Serviks Kanseri Taraması Yaptırmayan Katılımcıların Yapılan Girişimler Sonucu Tarama Yaptırma ve yaptırmama Durumlarının Karşılaştırılması 78

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Şematik Servikal Konizasyon 26
Şekil 2.2. Şematik Radikal Trakelektomi 26
Şekil 2.3. Şematik Basit Histerektomi 27
Şekil 2.4. Radikal Histerektomi 27
Şekil 3.1 Örneklem Diyagram 33

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, dünya genelinde önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya kanser istatistikleri 2020 yılı verilerine göre yaklaşık olarak 19.3 milyon kişinin kansere yakalandığı, 10 milyon kişinin kanser nedeniyle hayatını kaybettiği tahmin edilmekte ve bu da takribi altı ölümden birine tekabül etmektedir. 2040 yılında dünya çapında yaklaşık 30.2 milyon kanser tanısı alan hasta olacağı ve 2020 yılındaki yeni vaka sayısına göre %56'lık bir artışa karşılık geleceği öngörülmektedir (https://gco.iarc.fr). Kanserden ölümlerin üçte biri kişilerin değiştirebilecekleri davranışlara bağlı risk faktörlerinden meydana gelmektedir. Bunlar yetersiz meyve ve sebze tüketimi, yüksek vücut kitle endeksi (VKİ), fiziksel aktivite eksikliği ile tütün ve alkol tüketimidir. Ayrıca düşük ve alt orta gelirli ülkelerde, Human Papilloma Virüs (HPV) ve hepatit B gibi enfeksiyonlar, kanser vakalarının neredeyse %30'undan sorumludur (https://www.who.int).

Diğer kısım ise ikinci koruma önlemleri arasında yer alan erken tespit ve üçüncül koruma önlemleri arasında yer alan palyatif bakımdır. Erken teşhis ve tarama erkenden tespitin iki önemli faktörüdür. Kanser vakaları erken tespit edildiğinde tedaviye yanıt verme olasılıkları artmakta ve kanserden ölüm oranlarının azalmasına neden olmaktadır (Ulutaş ve Ünal, 2019). Buna en güzel örnek serviks kanseridir. Kanser öncesi evrenin uzun olması, bu evrede hastaların tespit ve aktif tedavi edilmesi, serviks kanserine ait spesifik bir özellik olması nedeniyle taramaya ve erken tanıya olanak sağlamaktadır (Demirel ve Gölbaşı, 2015). Serviks kanserine özgü bu özelliklere rağmen Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) 2020 yılı verilerine göre, kadınlarda görülen kanser tipleri arasında en yaygın dördüncü sırada yer almaktadır. Jinekolojik kanserler arasında ise ilk sıradadır. Meme kanseri, akciğer kanseri ve kolerektal kanserden sonra kadınlar arasındaki ölüm hızı en

yüksek dördüncü kanserdir. Dünya üzerinde serviks kanseri nedeniyle her iki kadından biri ölmektedir (https://gco.iarc.fr).

Yaşa göre standardize edilmiş insidans ve mortalite hızları bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. En düşük insidans hızı yüzbinde 4.1 ile Batı Asya iken, en yüksek insidans hızı yüzbinde 40.1 ile Doğu Afrika'dır. Mortalite hızları ise yüzbinde 2 vakanın altındaki değerlerden, yüzbinde 28'in üstündeki değerlere kadar geniş bir aralık göstermektedir (https://gco.iarc.fr/today/en). Serviks kanserine bağlı ölümlerin neredeyse %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Serviks kanseri yükündeki bölgesel farklılıklar, aşı uygulamaları, taramalar ve tedavi imkânlarına ulaşmadaki eşitsizlikler gibi birçok faktöre bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) serviks kanserini ortadan kaldırma ve dünya genelinde yıllık vaka sayısının yüzbinde 4'ün altına düşürülebilmesi için küresel bir strateji yayınlamış ve 2030 yılına kadar gerçekleştirmek üzere üç hedef belirlemiştir. Bu hedefler 15 yaşına kadar HPV aşısı ile kızların aşılanması, kadınların en az yüzde yetmişinin 35 ve 45 yaşına kadar taranması (yüksek kaliteli bir testle) ve serviks kanserlerinin yüzde doksanının tedavi edilmesidir (https://www.who.in).

Türkiye'de serviks kanseri insidansı yüzbinde 4.3 ile dokuzuncu sırada yer alırken, yaşa göre standardize mortalite hızı ise yüzbinde 2.2'dir. Ülkemizde 2001 yılında ulusal kanser tarama programına başlanmış olsa da, 2007 yılında programın standartları yayınlanmıştır. Pap smear testi ile yapılan taramalara, 2012 yılında HPV-DNA testi eklenmiştir (https://www.hsgm.saglik.gov.tr). 2014 yılından itibaren Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ile Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) koordinasyonunda gerçekleştirilmekte olan serviks kanseri taramalarında 5 yıllık (2015-2019) katılım sayısı %27'dir. Bu da DSÖ tarafından önerilen %70'lik katılım oranlarının oldukça altındadır. Bir çok kanser türünde erken tanı ile yaşam süresinin uzatılması arasında yakın bir ilişki vardır. Serviks kanserleri erken tanı yaklaşımının etkili olduğu başlıca kanser türlerindendir (Akın ve Topal, 2021). Serviks kanserinin erken tanı ile tespit edilmesinde HPV-DNA ve pap smear testi kullanılmaktadır. Pap smear testinin bir kez yapılmasıyla %45 ve hayat boyunca dokuz kez yapılmasıyla ise %99 oranında serviks kanseri gelişim riskinin azaltıldığı bildirilmektedir (Kızılırmak ve Kocaöz , 2018).

Ülkemizde yapılan çalışmalar, kadınların serviks kanseri erken tanısına yönelik yapılması gereken muayene ve tetkiklerin öneminin farkında olmadığını ve taramalara gerekli katılımın sağlanmadığını göstermektedir. Bayçelebi ve ark. (2015), yaptığı çalışmada kadınların %50.7'sinin Pap smear testini bildiği ancak %75.1'inin Pap smear testini yaptırmadığını, Demirgöz Bal'ın (2014), yaptığı çalışmada kadınların %69.7'sinin Pap smear testi yaptırmadığı ve Uluocak ve Bekar'ın (2012), kadın sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmalarında ise katılımcıların serviks kanseri hakkında bilgi aldıklarını belirtenlerin oranı %75.9 olmasına rağmen katılımcıların %50.2'sinin hiç jinekolojik muayene yaptırmadığı %70.4'ünün Pap smear testi yaptırmadığı tespit edilmiştir.

Kadınların serviks kanseri tarama testleri hakkındaki hatalı tutum ve inanışları veya bilgi eksiklikleri, sağlıklarını korumalarına ve geliştirmelerine yönelik olumsuz davranış oluşturmalarına neden olabilmektedir (Akın ve ark., 2022; Demirgöz Bal, 2014). Hastalıklardan korunmada, erken tanıda ve sağlığın devamlılığının sağlanmasında sağlığı geliştirici davranışların kullanılması esastır (Bahar ve ark., 2008). Sağlıklı yaşam biçimini sağlayan davranışlar ise sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların temelini oluşturmaktadır (Zaybak ve Fadıloğlu, 2004). Bu nedenle serviks kanseri tarama testi yaptıran ve yaptırmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması, bu karşılaştırılma sonucu tutum ve inanışlarının belirlenmesi açısından önemlidir.

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar kadınların serviks kanseri taramalarına katılımında eğitim ve danışmanlık gibi etmenlerin etkisi olduğunu göstermektedir. Güvenç'in (2008), 1473 kadın üzerinde yapmış olduğu broşür dağıtımı, telefonla arama ve yüz yüze görüşmeyi içeren üç aşamalı bir çalışmasında katılımcıların %45'inin test yaptırdığı, Karabulut'un (2012), eğitim, broşür dağıtımı ve telefonla aramayı içeren çalışmasında %45.5'inin test yaptırdığı, Bernard ve ark. (2016), yaptığı çalışmada ise HPV enfeksiyonu ve serviks kanseri hakkında verilen eğitimin tarama yaptırmaya isteklerini artırdığı tespit edilmiştir.

Bu araştırma ulusal kanser tarama programına kapsamında serviks kanseri testi yaptıran ve yaptırmayan 30-65 yaş grubu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması ile serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlara

verilen eğitim ve hatırlatıcı mesajların erken tanı davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Serviks Anatomisi

Uterusun alt kısmını oluşturan serviks, yaklaşık 2.5-3.5 cm çapında, 3-4 cm uzunluğunda, silindirik veya koni şeklinde bir organdır. Şekli ve büyüklüğü kadının yaşına, hormonal durumuna ve paritesine bağlı olarak değişmektedir. (Sankaranarayanan ve Wesley, 2003).

Serviks vajinaya eksternal osla açılırken, uterusa internal os ile bağlanır (Engin, 2012; Sankaranarayanan ve Wesley, 2003). Eksternal os doğum yapmış kadınlarda geniş ve enine yarık şeklinde görülürken, doğum yapmamış kadınlarda ise küçük ve iğne deliğine benzer şekilde yuvarlaktır. Spekulum ile inceleme sırasında kolayca görülen ve eksternal osun dış kısmını oluşturan serviks parçasına ektoserviks, serviksin üst üçte ikilik bölümünü oluşturan serviks parçasına ise endoseviks adı verilir (Sankaranarayanan ve Wesley, 2003). Endoservikal kanal, eksternal os ile internal os arasında kalan bölgedir (Bhatla ve ark., 2021).

Serviks iki tip epitel ile döşenmiştir. Bunlar, ektoserviksi döşeyen glikojen içeren, çok katlı ve non-keratinize skuamöz epitel ile endoservikal kanalı döşeyen çekirdekleri koyu boyanan, yüksek hücrelerin tek tabakasından oluşan kolumnar epiteldir. Gözle yapılan muayenede, skuamöz epitel soluk pembe renkli görünür iken, kolumnar epitel damarlı ve çarpıcı kırmızı bir alan olarak görünür (Sankaranarayanan ve Wesley, 2003).

Skuamöz epitel ile kolumnar epitelin karşılaştıkları bileşke alanına skuamokolumnar bileşke (SCJ) denir ve iki farklı hücre tipinin karşılaşması ile histolojik olarak kesin bir sınır şeklinde görülür (Chumduri ve ark., 2021). Hormonal durum, yaş, gebelik ve doğum travması vb. farklı fizyolojik durumlara bağlı olarak SCJ'nin eksternal osa göre yeri değişir. Puberte sonrası ve reprodüktif dönemde, östrojenin etkisi ile

serviks büyür ve endoservikal kanal uzar. Bu durum sonucunda, ektoservikste kolumnar epitelin, özellikle arka ve ön dudaklarda eversiyonuna yol açar. Dışa dönen kolumnar epitel asidik vajen ortamı ile karşılaştığında kolumnar hücreleri kaplayan mukusun tamponlayıcı etkisi asitle etkileşir. Bu durumda, kolumnar epitelin hücreleri farklılaşarak skuamöz epitel hücrelerine dönüşür ve servikal skuamöz metaplazi gerçekleşir. Metaplazi, bir tip matür dokunun yerini, eşit derecede matür diğer bir tip dokunun almasıdır (Sankaranarayanan ve Wesley, 2003). Transformasyon zonu, kolumnar epitelin metaplastik skuamöz epitel tarafından değiştirildiği serviks alanıdır ve servikal kansere neden olan tüm değişimler, servikal metaplazi sonucu oluşan transformasyon zonunda gelişir (Nalbantoğlu ve Arslan, 2023).

2.2. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi

Dünya kanser istatistiklerine göre meme, kolerektal ve akciğer kanserinden sonra kadınlarda serviks kanseri en çok görülen dördüncü kanser türüdür. Jinekolojik kanserler içinde ise ilk sırada yer almaktadır. Dünya genelinde 2020 yılında 604.127 kadına serviks kanseri teşhisi konulduğu ve 341.831 kadının da öldüğü tahmin edilmektedir (https://gco.iarc.fr/today). Özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde kadınları etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yeni hastaların ve ölümlerin neredeyse %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (https://www.who.int). Dünyada serviks kanseri insidansı yüz binde 13.3'tür. En çok az gelişmiş ülkelerde görülmekte olup yüz binde 40.1 ile Doğu Afrika, 36.4 ile Güney Afrika, 31.6 ile Orta Afrika, 28.3 ile Melanezya, 22.9 ile Batı Afrika en yüksek oranlara sahiptir. Oranlar Doğu Afrika'ya göre, Batı Asya, Avustralya/Yeni Zelanda ve Kuzey Amerika'da 7 ila 10 kat daha düşüktür. En yüksek serviks kanseri insidansına sahip beş ülke ise, yüz binde 84.5 ile Esvatini, 67.9 ile Malawi, 65.5 ile Zambiya, 62.5 ile Tanzanya, 61.7 ile Zimbabve ve 56.8 ile Lesoto'dur. Serviks kanseri, tüm dünyada 44 yaş altı kadınlarda en sık görülen ikinci kanser türüdür.

Serviks kanserinden tahmini yaşa standardize edilmiş ölüm oranları yüz binde 7.3 ile üçüncü sıradadır. En fazla ölümlerin görüldüğü bölgeler sırasıyla yüz binde 28.6 ile Doğu Afrika, 22.7 ile Orta Afrika, 20.6 ile Güney Afrika, 18.6 ile Melanezya ve 16.6 ile Batı Afrika'dır. Serviks kanserine bağlı ölüm oranlarının en düşük olduğu

bölgeler ise yüz binde 1.6 ile Avustralya/Yeni Zelanda, 2.0 ile Batı Avrupa ve 2.1 ile Kuzey Amerika'dır (https://gco.iarc.fr/today).

Dünya genelinde serviks kanseri vaka sayısının 10 yıl içerinde %20.4 oranında artacağı, en yüksek artışın %37 ile Afrika kıtasında olacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca ölüm oranlarının da %26.4 oranında artarak yaklaşık olarak 432.000 olacağı ve en yüksek artışın %38.3 ile Afrika kıtasında olacağı tahmin edilmektedir (https://gco.iarc.fr/today).

Türkiye'deki veriler incelendiğinde serviks kanseri insidansı yüz binde 4.3 ile dokuzuncu sıradadır. 25-49 yaş arasındaki kadınlarda en çok görülen kanserler içinde %3 ile dördüncü sırada, 50-69 yaş arasında ise %2.3 ile dokuzuncu sıradadır (https://www.hsgm.saglik.gov.tr).

2.3. Serviks Kanseri Risk Faktörleri

Cinsel temas ile bulaşan ve yaygın bir virüs olan HPV, serviks kanserinin %99'u ile bağlantılıdır (https://www.who.int). Günümüzde serviks kanseri oluşumunda HPV'nin mutlaka var olması gerektiği, diğer risk faktörlerinin ise süreci hızlandırması ve HPV ile karşılaşma oranını artırması nedeniyle önemli olduğu belirtilmektedir (Batmaz ve ark., 2009).

2.3.1. Human Papilloma Virüs (HPV)

Sadece insanları enfekte eden papillomaviridae ailesinin papilloma virüsü cinsini oluşturan çift sarmallı DNA virüsüdür. 200'den fazla tipi bulunmaktadır (Alp Avcı ve Bozdayı, 2013; Parlak ve ark., 2021). HPV cinsel yolla bulaşır. Ancak kontamine araçlarla temas yolu ile ciltteki lezyonlardan ve doğumda anneden bebeğe bulaş olabilir (Alp Avcı ve Bozdayı, 2013). Bariyer önlemleri riski azaltmasına rağmen, tam olarak koruyucu değildir (Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018). Serviks kanseri açısından HPV'ler düşük riske sahip (6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 55 ve 62) ve yüksek riske sahip (16,18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 56, 58, 59, 68, 73 ve 82) olarak iki gruba ayrılmaktadır. Genital siğillerin %90'ından 6 ve 11 numaralı genotipleri, servikal kanser vakalarının %70'den fazlasından ise 16 ve 18 numaralı genotipler sorumludur (Aydemir ve ark., 2020; Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018).

HPV ile temastan sonra % 65 oranında enfeksiyon gelişir. Skuamöz hücreli karsinom gelişme riski HPV ile enfekte olmayan kadınlarda düşük iken, enfekte olanlarda bu risk artmaktadır. Virüs ile daha önceden temas etmekle kişide koruyuculuk oluşmaz, yaşamı boyunca bir kişi birçok kez enfeksiyona yakalanabilir (Mavi Aydoğdu ve Özsoy,2018).

2.3.2. Cinsel Hayat Öyküsü

Yapılan pek çok araştırmada cinsel aktivitenin erken yaşta başlamasının (<16), çok eşlilik veya eşlerin birden fazla partnere sahip olmasının, ilk gebelik ve doğum yaşının 20 ve altında olmasının, üç ve üzeri doğum sayısının, serviks kanseri riskini artırdığını ortaya koymuştur (Karabulut, 2018; Kaya, 2009).

Serviks kanseri etyolojisinde cinsel aktiviteye erken başlamanın önemi büyüktür. Serviks kanseri gelişme riski 16 yaş ve altında evlenenlerde, 20 yaşından sonra evlenenlere göre iki kat daha fazladır. Bu risk 15 yaşından önce cinsel aktiviteye başlayanlarda diğer yaş gruplarına göre on kat artmaktadır (Kanbur ve Çapık, 2011).

Yapılan çalışmalarda serviks kanseri görülme riskinin dörtten fazla cinsel eşi olan kadınlarda tek cinsel eşi olan kadınlara göre yaklaşık olarak dört kat, 20 yaşından önce birden fazla cinsel eşi olan kadınlarda, hiç ilişkisi olmayanlara göre yedi kat fazla olduğu belirtilmektedir (Kurt ve ark., 2013).

Üç ve üzeri doğum yapmış kadınlarda serviks kanser gelişimi artmaktadır. Yüksek ihtimalle cinsel aktiviteyle artan HPV enfeksiyonuna maruz kalınmasından kaynaklanabilir. Hamilelik sırasındaki hormonal değişiklikler kadınların HPV enfeksiyonuna ve kansere karşı daha duyarlı hale getirebilir (https://www.cancer.org).

2.3.3. Sigara Kullanımı

Kanserle ilişkisi gösterilen ilk kimyasal madde "tar"dır. Birçok çalışmada tar içeren vajinal duş maddelerinin 1950'li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) serviks kanserine neden olduğu bildirilmiştir. Sigara tar içermesinden dolayı kimyasal maddelere bir diğer maruziyet nedeni olarak kabul edilmektedir (Güner ve Taşkıran, 2007; Kanbur ve Çapık, 2011). Sigara içen kadınlarda içmeyen kadınlara oranla risk iki kat fazladır (https://www.cancer.org). Sigara miktarıyla risk oranı

artmaktadır (Güner ve Taşkıran, 2007; Kanbur ve Çapık, 2011). Sigara içen kadınların servikal mukusunda tütün yan ürünleri bulunmuştur. Serviks hücrelerin DNA'sına zarar verdiği için kanser oluşumuna katkıda bulunacağı düşünülmektedir (https://www.cancer.org).

2.3.4. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH)

2.3.4.1. Chlamydia Trachomatis

Chlamydia trachomatis dünyada en sık görülen cinsel ilişkiyle bulaşan bakteriyel enfeksiyon ajanıdır (Siegel ve ark., 2022). Klamidyayla enfekte olan kadınlar genellikle asemptomatik olup, pelvik muayene esnasında test edilmedikçe enfekte olduklarının farkına varmaya bilirler (Güner ve Taşkıran, 2007; https://www.cancer.org)

Yapılan araştırmalarda, kan testleri ve servikal mukus geçmiş veya mevcut klamidya enfeksiyonu kanıtı gösterilen kadınlarda serviks kanseri riskinin daha fazla olduğu görülmüştür (https://www.cancer.org). Yüksek riskli HPV tipleri ile cinsel yolla bulaşan başka enfeksiyonların varlığının serviks kanseri riskini artırdığı kabul edilmektedir (Güner ve Taşkıran, 2007).

2.3.4.2. Herpes Simplex Virüs (HSV)

1970-1980'li yıllarda HSV Tip 2 virüsü serviks kanserleri açısından önemli etken olarak gösterilmiştir. HSV Tip 2'nin daha sonraki yıllarda serviks kanseri oluşumunda yardımcı bir faktör olduğu görüşü ağırlık kazanmıştır (Kanbur ve Çapık, 2011).

2.3.4.3. Human İmmunodeficiency Virüs (HIV)

Human İmmüdodeficiency Virüs (HIV) immün sistemi zayıflatarak HPV enfeksiyonlarına yakalanma riskini arttırabilir (immün sistemin zayıflaması, HPV dahil diğer enfeksiyonlara yakalanma riskini artırır). Aynı zamanda HPV enfeksiyonunun iyileşme şansını azaltır. HIV pozitif kadınlarda HIV negatif kadınlara göre prekanseröz hücreler daha hızlı serviks kanserine dönüşür (https://www.cancer.org).

2.3.5. Uzun Süre Oral Kontraseptif Kullanımı

Uzun süre oral kontraseptif (OKS) kullanımının serviks kanseri riskini artırdığı, bırakıldıktan sonra zamanla riskin azaldığı ve yıllar içinde normale döndüğü tespit edilmiştir (https://www.cancer.org).

2.3.6. Sosyo-Ekonomik Durum

Sosyo-ekonomik durumun yetersizliği, kadınların hijyenik davranışlarını olumsuz etkilemekte, yetersiz beslenmesine yol açmakta ve sağlık kuruluşuna ulaşımını engellemektedir. Dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yaralanamamakta, tarama testleri ile tedavilerini yaptırmalarını olumsuz yönde etkilemektedir (Güner ve Taşkıran, 2007; https://www.cancer/types)

2.3.7. Diyet ve Vitamin C, Vitamin A, Beta Karoten ve Folat Eksikliği

Diyetleri yeterli meyve ve sebze içermeyen kadınlar, serviks kanseri için yüksek risk altındadır (https://www.cancer.org). Beslenme şekli kadının enfeksiyona yakalanma durumunu belirlemektedir. Yapılan birçok araştırmada vitamin C ve karotenden yüksek beslenenlerde risk azalmaktadır (Kanbur ve Çapık, 2011).

2.3.8. Ailede Serviks Kanseri Öyküsü

Anne veya kız kardeşinde serviks kanseri olan kadınların hastalığa yakalanma olasılıkları ailesinde kanser olmayanlara göre daha yüksektir. Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda bu ailevi eğilimin bazı nadir örneklerinin, bazı kadınların HPV enfeksiyonuyla diğerlerine göre daha az savaşmasına neden olan kalıtsal bir durumdan kaynaklandığından şüphelenilmektedir (https://www.cancer.org).

2.3.9. İlk Menstrüasyon Yaşı

Menstrüasyonun erken başlaması ve ilk cinsel ilişki yaşıyla menstrüasyon yaşı arası sürenin az olması risk faktörüdür (Kanbur ve Çapık, 2011).

2.3.10. Dietilstilbestrol (DES)

DES, hormonal bir ilaç olup, 1938-1971 yılları arasında düşükleri önlemek için kullanılmıştır. Anneleri hamilelikleri sırasında DES alan kadınlarda serviks kanseri riskini arttırdığı bildirilmiştir. Gebeliğinde DES kullanan kadınların kızlarında serviks kanseri gelişme ihtimali binde birdir. Bu risk, daha çok gebeliğin ilk 16

haftasında DES kullanıldığında ortaya çıkmaktadır. DES maruziyeti ile servikal ve vajinal şeffaf hücreli adenokarsinom arasında güçlü ilişki saptanmıştır (https://www.cancer.org).

2.3.11. Etnik Köken/Irk Faktörü

ABD'de serviks kanserinin beyaz kadınlarda sıklığı yüz binde 7.2 iken siyah kadınlarda 8.8 ve Amerika Kızılderili/Alaska yerlilerinde 10.8'dir. Mortalite oranları ise siyah kadınlarda yüz binde 3.4 iken beyaz kadınlarda 2.0'dir ve yaklaşık olarak 2 kat yüksektir (Siegel ve ark., 2022).

2.4. Serviks Kanseri Belirti ve Bulguları

Serviks kanseri erken evresinde genellikle asemptomatiktir. Belirtiler ilerlemiş evrede ortaya çıkmaktadır. Pap smear testinde rastlanan anormal bulgular sayesinde erken tedavi mümkündür. İlerleyen evrede ortaya çıkan belirtiler;

- Vajinal kanamalar,
- Anormal (kötü kokulu, et suyu renginde) vajinal akıntı,
- Cinsel ilişki sırasında kanama ve ağrı,
- Adet döneminin uzun sürmesi,
- Menopoz sonrası dönemde kanama,
- Adetler arası kanama veya lekelenme,
- Pelvik muayene sonrası kanama,
- Yorgunluk,
- Bacaklarda şişme,
- Bağırsak hareketlerinde veya idrar yapmada sorun,
- İdrardan kan gelmesi,
- Tek veya çok sayıda genital ve anal mukozalarda karnıbahar görünümünde ağrısız lezyonlar,
- Anemi,

- Kilo kaybı,
- Rektal kanama (https://hsgm.saglik.gov.tr) .

2.5. Serviks Kanserinden Korunma

Halk sağlığının genel kuralı olarak sağlık sorunlarıyla mücadelede, koruma ve önleme programlarının, tedavi ve rehabilitasyon programlarından önce geldiği herkes tarafından kabul görmektedir (Kaya, 2009). Serviks kanseri önlenebilir birçok risk faktörünün bilinmesi ve uygun tarama olanaklarının olması nedeniyle korunma yöntemlerinin etkili bir şekilde kullanılabileceği en önemli jinekolojik kanserlerden biridir (Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018). Neredeyse %100'e yakın oranda hastalık önlenebilmektedir. Serviks kanserinden korunma programları birincil, ikincil ve üçüncül koruma programları olarak değişik boyutlarda ele alınmaktadır (Kanbur ve Çapık, 2011). Serviks kanseri korunma basamakları Tablo 2.1'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Serviks Kanserinden Korunma Basamakları

Basamaklar	Korunma Yolları
Birincil Koruma	• Serviks kanseri farkındalığı geliştirme • Risk faktörlerini ve riskli davranışları değiştirmeye ve önlemeye yönelik uygun yerel stratejilerin uygulanması
İkincil Koruma	• Servikal kanseri erken tanı ve taramalarının yaptırılması
Üçüncül Koruma	• Etkin tedavi yönetimi ve rehabilitasyon hizmeti sağlaması

Kaynak: Kanbur ve Çapık, 2011

2.5.1. Birincil (Primer) Koruma Yöntemleri

Primer koruma kansere yol açtığı düşünülen ve değiştirilmesi mümkün olan risk faktörlerinden sakınmak, bunlarla etkileşimi en aza indirmek veya vücutta meydana getirebilecekleri hasarları onarmak esasına dayanan uygulamaları kapsamaktadır (Kılıçkap ve ark., 2006). Birincil korunmada amaç, kanser oluşumunu, önleme yöntemleri ile hiçbir belirti yokken engellemektir (Çürük ve Yüceler Kaçmaz, 2017).

2.5.1.1. Farkındalık Geliştirme

- Tüm dünyada Ocak ayı serviks kanseri farkındalık ayı olarak belirlenmiş olup, bu amaçla uluslararası düzeyde çeşitli bilimsel ve sosyal etkinlikler düzenlenmesi,

- Toplumun ve sağlık personelinin serviks kanserinin risk faktörleri ve belirtileri konusunda bilgilendirilmesi,
- Serviks kanseri tarama programlarına katılımın önemi ve riskli cinsel davranışlara yönelik, eğitim çalışmaları yapılması,
- Jinekolojik muayenelerin düzenli yaptırılmasına yönelik eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesidir (Erdoğan Durmuş ve ark., 2016; Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

2.5.1.2. Toplumda Risk Faktörleri ve Riskli Davranışları Değiştirmeye ve Önlemeye Yönelik Uygun Yerel Stratejilerin Uygulanması

- Sağlık eğitimi (özellikle güvenli cinsel yaşam),
- Aile planlaması,
- Tek eşlilik, <16 yaş gebeliklerin engellenmesi, erkek sünneti,
- Bariyer koruyucu yöntemlerin (kondom, diyafram gibi) teşvik edilmesidir (Erdoğan Durmuş ve ark., 2016; Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

2.5.1.3. Sağlıklı Yaşam Şeklinin Geliştirilmesi

- Yetersiz hijyenik davranışlar serviks kanseri için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Eğitim faaliyetlerinin düzenlenerek doğru hijyen alışkanlıklarının öğretilmesi,
- Folik asit, A vitamini, C vitamini ve betakaroten yönünden zengin bir beslenme alışkanlığı ile yeterli fiziksel aktivitenin sağlanması,
- Sigarasız bir yaşam (Erdoğan Durmuş ve ark., 2016; Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

2.5.1.4. HPV Aşısı

HPV ile serviks kanseri arasındaki neden sonuç ilişkisi, araştırmacıları serviks kanserini önleyici etkin bir aşının bulunması üzerine odaklandırmıştır (Yüksel ve ark., 2015). Bu amaçla aşı çalışmaları 1993 yılında başlatılmıştır. 2006 yılından itibaren ise ruhsatlandırılmış ve kullanıma sunulmuştur (Kanbur ve Çapık, 2011). Aşı konak hücreleri enfekte etmemektedir. HPV'yi nötralize eden humoral antikorları açığa çıkarmaktadır (Kaya Şenol, 2019; Yüksel ve ark., 2015) . İki valanlı, dört

valanlı ve dokuz valanlı olmak üzere en yaygın yüksek riskli HPV genotiplerinin neden olduğu enfeksiyonları önleyen üç HPV aşı Food and Drug Administration (FDA= Gıda ve İlaç Dairesi) tarafından onaylanmıştır (Akalın, 2022). Bu aşılar;

2.5.1.4.1. İki Valanlı (Bivalan) Aşı Cervarix

HPV'nin iki türüne (16,18) karşı geliştirilmiş olup endikasyonları servikal kanser, Servikal Intraepitelyal Neoplazi (CIN) grade 2 ve 3, AIS ve CIN grade 1'i önlemek amacıyla onaylanmıştır (Akalın, 2022; Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

2.5.1.4.2. Dört Valanlı (Kuadrivalan) Aşı Gardasil

HPV'nin 6,11,16,18 tipine karşı geliştirilmiştir. Endikasyonları vajinal, vulvar ve servikal kanserler, genital siğiller, serviks ve vulvanın kanser öncesi veya displastik lezyonlarını önlemek amacıyla 2006 yılında 9–26 yaş arası kadınlarda onaylanan ilk aşıdır. Ayrıca 2009 yılında HPV'nin 6 ve 11 tiplerinin neden olduğu kanserleri önlenmek amacıyla 9-26 yaş arası erkeklerin kullanımına onaylanmıştır (Akalın, 2022; Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

2.5.1.4.3. Dokuz Valanlı Aşı Gardasil 9

HPV'nin 6, 11, 16, 18 tipleri dahil, 31, 33, 45, 52 ve 58 tiplerine karşı geliştirilmiştir. HPV'nin 31, 33, 45, 52 ve 58 tipleri servikal kanserlerin yaklaşık %15'inden ve HPV ile ilişkili kanserlerin %11'inden sorumludur. 9-26 yaş arası kadınlar ile 9-15 yaş arası erkekler arasında kullanılmak üzere 2014 yılında onaylanmıştır (Akalın, 2022).

HPV aşıları 2008 yılı itibari ile yüzden fazla ülkede lisans alarak kullanıma sunulmuştur (Kanbur ve Çapık, 2011). Günümüzde Almanya, Kanada, Danimarka, Fransa, Hollanda, Avustralya/Yeni Zelanda, İsveç, İngiltere ve ABD gibi pek çok ülkede rutin aşılama takvimine ilave edilmiştir. Ülkemizde dört valanlı aşı 2007 yılında, iki valanlı aşı ise 2008 yılında ruhsatlandırılmıştır. Ancak rutin aşılama takvimine ilave edilmemiştir (https://immunizationdata.who.int).

ABD'de 2016 yılının sonlarından itibaren yalnızca Gardasil 9 aşısı dağıtılmaktadır. Centers for Disaase Control and Prevention (CDC= Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri) HPV aşısının 11-12 yaşlarında yapılmasını önerilmektedir. HPV aşılarının 9 yaşından itibaren yapılabileceğini, HPV aşısı başlanmamış veya

tamamlanmamış 26 yaşına kadar olan gençler ve genç yetişkinlerin de HPV aşısını yaptırmalarını önermektedir. Bu kapsamda CDC aşı serisine;

- 11 ila 12 yaş arasındaki çocuklara 6 ila 12 ay arayla iki doz (0, 6-12 aylık) HPV aşısı yapılmasını,
  - ✓ İlk doz rutin olarak 11-12 yaşlarında başlanmasını, ancak aşılamaya 9 yaşında başlanabileceğini,
  - ✓ İlk dozun 15. yaş gününden önce verilmiş olması durumunda yalnızca iki doz yeterli olacağını,
  - ✓ İki doz arasının en az 5 ay olmasının önemli olduğunu,
- 15 ila 26 yaşları arasında başlayan gençler ve genç yetişkinlere üç doz (0,1-2,6 aylık) HPV aşısı yapılmasını,
  - ✓ 5 aydan kısa bir süre arayla iki doz HPV aşısı yapılmış olan 9 ila 14 yaş arası çocuklara üçüncü bir doz aşının gerekli olduğunu,
  - ✓ Bağışıklık sistemi zayıf olan 9 ila 26 yaş arasındaki kişiler için de üç doz aşı yapılmasını önermektedir (https://www.cdc.gov).

2.5.2. İkincil (Sekonder) Koruma Yöntemleri

Sekonder koruma, erken tarama ve tanı programlarıyla kanser öncesi lezyonların invaziv hale geçmeden teşhisi ve tedavisini içerir (Özerdoğan ve Gürsoy, 2017). Tarama, bazı muayeneler ve testler uygulanarak görünüşte sağlıklı olan kişilere, henüz tanı konulmamış hastalık veya sağlık sorunlarının yaklaşık olarak tespit edilmesidir. Tarama sonucunda şüpheli veya pozitif olgular, detaylı tetkik için üst basamaklara sevk edilmekte ve kontrolden geçirilen toplum kesin sağlamlar ile olası hastalar şeklinde ikiye ayrılmaktadır.

Tarama programları her hastalık için uygun bir yöntem olmayıp, bir hastalığın taranabilmesi için belirli kriterlere uygun olması gerekmektedir. Bu kriterler;

- İnsanlar için önemli bir halk sağlığı sorunu olması,
- Etkin tedavi yöntemlerinin bulunması,
- Asemptomatik veya erken semptomatik döneminin olması,

- Toplum taramalarında kullanılabilecek uygunlukta pratik test veya muayene yöntemlerinin bulunması,
- Toplum tarafından kabul görmesi,
- Tüm klinik şekillerinin bilinmesi,
- Preklinik dönemde tanı konulabilmesi,
- Tarama programın maliyet ve etkililiği olması.

Serviks kanseri tarama programları bu kriterlerin tümünü karşılamaktadır. Çünkü;

- Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde kadınları etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur.
- Serviks kanserinin evrelerine ve vakanın bazı özelliklerine göre uygun tedavi yöntemleri bulunmaktadır.
- Preinvaziv lezyonlar etkili bir şekilde tedavi edilmekte olup, prognozu çok iyidir.
- Uzun bir preinvaziv döneme sahiptir (genellikle 10 yıl). Tanı ve tedavi için uzun bir zaman aralığı bulunmaktadır.
- Etkinliği kanıtlanmış Pap smear ve HPV DNA gibi tarama testleri bulunmaktadır.
- İnvaziv kanserlere göre, preinvaziv kanserlerin tedavisi çok daha ucuzdur (Kaya, 2009; Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018; Özsoy, 2013).

Serviks kanserinin erken tanı ve tarama yöntemleriyle tedavisi mümkün olup, gelişmiş ülkelerde kanserden ölüm nedenleri arasında son zamanlarda gerilerde yer almaktadır. Serviks kanser taramasını ve tedavisini düzenli yaptıran bir kadının bu kanserden ölmeyeceğini söylemek mümkündür (Özerdoğan ve Gürsoy, 2017). Finlandiya'da 1960'dan beri organize olmuş tarama programları sayesinde, tarama programının öncesine göre serviks kanseri vaka ve ölümlerinde %75-85 oranında azalma meydana gelmiştir (Kaya, 2009).

2.5.2.1. Görsel Muayene Testleri

Serviksin çıplak gözle gözlemlenmesine dayalı testtir. Bir çok düşük ve orta gelirli ülkelerde sitolojik testlere alternatif olarak kullanılmaktadır (https://www.acog.org).

Bu testlerin duyarlılığı yüksek (%70-80) ancak özgüllüğü (%50-70) personeli kısa süreli bir eğitimden sonra testi uygulayabilmekte, fakat tekrarlayan eğitimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Daha az altyapı gerektirmesi, hemen sonuç vermesi, tanıyla eş zamanlı tedavi uygulanabilmesi, basit ve ucuz olması, diğer testlerle beraber kullanılması testin güçlü yönleri iken, özgüllüğünün düşük olması ve dolayısıyla sevk hızında artışa neden olması, standardizasyonun yetersizliği, postmenopozal kadınlarda uygun olmaması ve kayıt tutmanın zorluğu ise testin sınırlılıklarıdır (Kaya, 2009).

2.5.2.1.1. Asetik Asit Uygulaması Sonrası Gözlem (VIA)

Bu testte servikse asetik asit (%5'lik) uygulanmakta ve bir süre sonra beyaz lezyonların varlığına bakılmaktadır. Beyaz lezyonların varlığı anormal dokuyu göstermektedir. Normalde kolumnar epitel kırmızı renkte iken, skuamöz epitel pembe renkte izlenir (Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

2.5.2.1.2. Lugol Uygulaması Sonrası Gözlem (VILI)

Servikse testle lugol solüsyonu uygulanmakta ve boyanmayan (iyot almayan) bölgeler tespit edilmektedir. Maun rengi olan normal skuamöz epitel kahverengiye veya siyaha dönüşür, kolumnar epitelin rengi değişmez. Skuamöz epitelde boyanmayan alanlar anormal dokuyu gösterir (Özerdoğan ve Gürsoy, 2017; Sankaranarayanan ve Wesley, 2003).

2.5.2.2. Pap Smear Testi

Serviks kanserini taramaya yönelik ülkemiz dahil pek çok ülkede kullanılan, basit, etkin ve ucuz bir testtir. Yunan Doktor George Papanicolaou tarafından 1930'lu yıllarda ilk kez tanımlanmış ve bu nedenle Pap smear/Pap test olarak adlandırılmıştır (Demirgöz Bal, 2014; Özerdoğan ve Gürsoy, 2017). Serviks ve vajen epitelinden dökülen hücrelerin incelemesine dayanmaktadır (Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018). Hücreler, Pap testi ile kansere dönüşmeden önce preinvaziv ve erken invaziv dönemde endoservikal kanalda saptanabilmektedir (Özerdoğan ve Gürsoy, 2017). Vajinal spekulum, jinekolojik muayene esnasında yerleştirildikten sonra ektoserviks ile servikal kanaldan bir spatula ya da fırça ile örnekleme alınmakta ve mikroskop

altında incelenmektedir (Gökaslan ve Uyar, 2004; Kanbur ve Çapık, 2011; https://www.hsgm.saglik.gov.tr).

Sıvı bazlı ve konvansiyonel olmak üzere iki servikal sitoloji tekniği bulunmaktadır. Konvansiyonel Pap testinde alınan örneklem lama yayılmakta, spreyle fikse edilmekte ve mikroskop altında incelenmektedir. Sıvı bazlı sitoloji yönteminde ise örneklem doğrudan koruyucu sıvı içeren kaba konulmakta, çeşitli işlemlerden geçirilerek kan ve mukus hücreleri ortamdan uzaklaştırılmakta ve yalnızca serviksten dökülen hücreler incelenenmektedir (Akın ve Topal, 2021).

Konvansiyonel Pap smear, düzenli ve uygun koşullarda yapıldığı ve değerlendirildiğinde her üç ila beş yılda bir yapılan sitolojik tarama ile serviks kanseri mortalite ve morbiditesini %80 oranında ya da daha fazla azaltabilmektedir (https://www.hsgm.saglik.gov.tr).

Konvansiyonel Pap testinin duyarlılığı %11-98, özgüllüğü %14-97 ve yanlış negativitesi %6-55 arasındadır. Yanlış negativitenin %30'u laboratuvar hatasına bağlı iken, %70'i anormal hücre içermemesi nedeniyle gerçek negatif olarak sınıflandırılmaktadır. Hazırlama ve örnekleme hatalarından dolayı smirde hücre bulunamaya bilmektedir. Hücrelerin %80'i örneklemin alınmasından lama yayılmasına dek geçen süreçte kaybedilebilmektedir (Ozan, 2005).

Sıvı bazlı Pap testi ise konvansiyonel Pap testindeki yalancı negatiflik ve yetersiz görülme sıklığını düşermek amacıyla geliştirilmiştir. Testin boyanması ve yorumlanması için daha az zaman gerektirmektedir. Konvansiyonel Pap testine göre daha maliyetli olmasına karşın, aynı materyal ile yüksek riskli HPV testlerin yapılmasına olanak vermektedir (https://www.hsgm.saglik.gov.tr).

American Cancer Society (ACS= Amerika Kanser Toplumu) serviks kanseri tarama testlerine;

- 25 yaşında başlanmasını,
- 25-65 yaşlar arasındaki kadınlara her beş yılda bir birincil HPV testi (hrHPV) yaptırılmasını, test mevcut değilse beş yılda bir HPV testi ve Pap testinin birlikte (co-test) kullanıldığı testin tercih edilmesini veya her üç yılda bir Pap testinin kullanılmasını,

- Son on yılda düzenli tarama yaptırmış, sonuçları normal olan ve son yirmi beş yılda anormal tanı öyküsü olmayan 65 yaş üstü kadınlarda serviks kanseri taramasını bırakılmasını ve bir kez durdurulduktan sonra tekrar başlatılmamasını önermektedir (https://www.cancer.org).

Türkiye'de serviks kanseri tarama programına;

- 30 yaşında başlanmakta,
- 30-65 yaş aralığındaki kadınlara beş yıl aralıklarla, HPV-DNA test ve Pap testi yapılmakta,
- 65 yaşındaki kadınlarda son iki HPV-DNA testi ve pap smear testi negatif olarak sonuçlandığında tarama kesilmektedir (https://hpvtarama.saglik.gov.tr).

ACS Pap testinin mümkün olduğunca doğru olması için;

- Menstrual period boyunca test alınmamasını ve mümkünse period bitiminden en az beş gün sonrası alınmasını,
- Testten önceki iki ila üç gün boyunca tampon, doğum kontrol köpükleri veya jöleleri, diğer vajinal kremler, nemlendiricileri veya kayganlaştırıcılar veya vajinal ilaçların kullanmamasını,
- Testten önce iki ila üç gün vajinal duş alınmamasını,
- En az 48 saatlik cinsel perhiz yapılmasını önermektedir (https://www.cancer.org)

Bethesda sistemi serviks smir örneklerinin rapor edilmesinde en çok kullanılan sınıflamadır. Bu sistem terminolojisi 1988'de geliştirilmiş, 1991, 2001 ve 2014 yıllarından günümüze kadar üç kez revize edilmiştir (Erdoğan Durmuş ve ark., 2016). 2014 Bethesda Sistemi Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2. Bethesda Sistemi 2014

Numune Tipi

Numune Yeterliği

Genel Tanı Kategorisi

İntraepitelyal Lezyon veya Malignite Açısından Negatif

45 yaşın üstündeki kadınlarda endometriyal hücre varsa belirtilmeli

Epitelyal Hücre Anomalisi

İntraepitelyal Lezyon veya Malignite Açısından Negatif

Non-neoplastik bulgular

Non-neoplastik hücresel varyasyonlar

Skuamöz metaplazi

Keratotik değişiklikler

Tubal metaplazi

Atrofi

Gebelik ilişkili değişiklikler

Reaktik hücresel değişiklikler

İnflamasyon (Tipik onarım içerir)

Radyasyon

Rahim içi araç

Posthisterektomi glandüler hücre durumu

Mikroorganizmalar

Trikomonas,

Kandida,

Bakteriyel vajinozis,

Aktinomiçes,

HSV,

Sitomegalovirüs

Diğer

Endometriyal hücreler (≥45 yaş)

Tablo 2.2. Bethesda Sistemi 2014 **(Devamı)**

Epitelyal Hücre Anormalliği
Skuamöz Hücre
Atipik skuamöz hücre
Önemi belirsiz atipik skuamöz hücreler (ASC-US),
Yüksek gradeli displazi ekarte edilemeyen atipik skuamöz hücreler (ASC-H),
Düşük gradeli skuamöz intraepitelyal lezyon (LSIL),
Yüksek gradeli skuamöz intraepitelyal lezyon (HSIL),
Skuamöz hücreli karsinom (SCC),
Glandüler Hücre
Atipik
Endoservikal hücreler (Başka bir şekilde özelleştirilemeyen),
Endometrial hücreler (Başka bir şekilde özelleştirilemeyen),
Glandüler hücreler (Başka bir şekilde özelleştirilemeyen),
Atipik
Endoservikal hücreler-benzer neoplaziye ait,
Glandüler hücreler -benzer neoplaziye ait, Endoservikal in situadenokarsinom (AIS), Adenokarsinom Endoservikal, Endometriyal, Ekstrauterin, Spesifiye edilemeyen

Kaynak: Nayar ve Willbur, 2015

2.5.2.3. HPV-DNA Testi

Serviks kanseri erken tanı ve taramasında kullanılan diğer bir yöntem ise HPV DNA testidir (Gürdes Aydoğdu ve Bahar, 2011). Serviks kanseri gelişimi ile HPV arasındaki ilişki HPV DNA'nın bir tarama testi olarak kullanılmasına olanak sağlamıştır. HPV enfeksiyonu epidermiste sınırlıdır. Bu nedenle HPV'ye karşı

geliştirilen antikorlar kanda tespit edilememektedir. Enfekte dokuda HPV DNA'sının moleküler tespiti ile HPV enfeksiyon tanısı konulabilmektedir. HPV testleri, en sık görülen yüksek riskli HPV genotiplerinden 13 veya 14'ü içermektedir (Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

Co-test, serviks kanseri taramasında HPV DNA ve Pap testinin aynı anda, aynı örnekten çalışılması ve değerlendirilmesine denilmektedir. Son yıllarda 30 yaş üzerindeki kadınlar için en sık tercih edilen tarama yöntemi olarak kabul görmektedir (Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018; Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG= Amerika Jinekoloji ve Obstetrik Derneği) 30-65 yaş aralığında bulunan kadınların her beş yılda bir co-test ile ya da HPV test ile taranmasını önermektedir. 30 yaş altındaki kadınlara, HPV enfeksiyonlarının yüksek oranda geçici olması, serviks hücrelerinde kalıcı değişikliklere neden olmaması nedeniyle co-test önermemektedir. Bundan dolayı 21-29 yaş aralığındaki kadınların üç yılda bir pap smear testi ile taramasını önermektedir (https://www.acog.org).

Pap testi yapılmadan sadece HPV DNA testi ile tarama yapılması primer HPV DNA tarama testi olarak adlandırılmaktadır. FDA 25 yaş üzerindekilere primer taramada kullanılmak üzere 2014 yılında onay vermiştir. Fakat bütün ülkelerde kullanılmak üzere kabul görmemiştir (Özerdoğan ve Gürsoy, 2017).

Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı 30-65 yaş aralığındaki kadınlara her beş yılda bir Pap testi ve HPV DNA testi yaptırmalarını önermektedir. Taramalar, Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), ASM'ler ve Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) bağlı olarak faaliyet gösteren KETEM'lerde ücretsiz olarak uygulanmaktadır (https://hsgm.saglik.gov.tr).

DSÖ 2020 yılında serviks kanser eliminasyon programını başlatmıştır. Örgüt tarafından, dünya çapında serviks kanseri mücadelesinin gerektiğine karar verilmiş, uygun tarama programları ve HPV aşılaması dünya genelindeki tüm ülkelere önerilmiştir. 2030 yılında, programın gerçekleşmesi halinde kızların %90'ı HPV aşılarını 15 yaşına basmadan yaptırmış, 35 ile 45 yaş grubundaki kadınların %70'i hassasiyeti yüksek bir test ile taranmış ve servikal hastalık tanısı almış kadınların %90'ı tedaviye ve bakıma ulaşabilmiş olacaktır (https://www.hsgm.saglik.gov.tr).

2.5.2.4. Kolposkopi

Yunancadan köken alan kolpos (vajen) ve skopos (bakmak) sözcüklerinden türetilmiştir. Vajene bakmak anlamına gelmektedir (https://www.trsccp.org). Kolposkop, bir mikroskoptur ve serviksi 6-40 kez büyüterek, direkt incelemesine olanak sağlar (Özer Aslan ve ark., 2020). Pap testinin sonucunda, şüpheli hücreler tespit edilmesi durumunda, kolposkopik değerlendirme ve biyopsi alınması, servikal kanser araştırması için en yaygın metottur. Alman hekim Hans Hinselmann tarafından 1925 yılında ilk kez kullanılmıştır (Mesci Haftacı ve ark., 2014)

Anormal Pap testi veya klinik olarak şüpheli bir lezyonun tespit edilmesi durumunda, serviksin premalign lezyonlar açısından değerlendirilmesi ve şüpheli olgulardan biyopsi alınması amacıyla kullanılmaktadır (Alp Avcı ve Bozdayı, 2013; Mesci Haftacı ve ark., 2014).

İnceleme esnasında, vajinanın açık kalmasına yardımcı olmak için vajinaya bir spekulum yerleştirilmekte ve servikse asetik asit (%3-%5) uygulanmaktadır. Sonucunda hücrelerin sitoplazmasında dehidratasyona neden olunmaktadır. Benign metaplastik veya malign epitelyum gibi daha fazla nükleer yoğunluğu olan bölgeler, pembe veya kırmızı yerine, ısıyı daha fazla yansıtmakta ve beyaz olarak görünmektedir. Yüksel intraepitelyal neoplazinin lezyonlarında nükleer dansite artmakta ve bunun sonucunda epitel, diğer lezyonlarda görüldüğünden daha opak görülmektedir (Alp Avcı ve Bozdayı, 2013). Anormal bir alan görüldüğünde küçük bir doku parçası alınarak, incelenmek üzere laboratuvara gönderilmektedir (https://www.cancer.org).

2.5.2.5. Servikografi

Serviksin asetik asit uygulaması sonrası iyi çözünürlüklü özel bir kamera ile görüntülenmesi ve sonrasında geniş bir ekrana yansıtılarak uzman tarafından değerlendirilmesi işlemine servikografi denir. Ayrıca bu görüntüler daha sonra değerlendirmenin kalıcı bir kaydı olarak kullanılabilmektedir. Servikal CIN saptanmasında kolposkopiye alternatif olarak kullanılabilmektedir (Verma ve ark., 2022).

2.5.2.6. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR)

Tümörün serviksteki yerleşimini, stromal invazyon derinliğini, boyutunu, alt uterin segment uzanımını ve parametriyal yayılımını belirlemede en iyi görüntüleme yöntemidir. Lenf nodu metastazı ve parametriyal invazyon nedeniyle, boyutu 2 cm'den büyük olan tümörler ile klinik evrelemesi 1B olan hastalarda tavsiye edilmektedir. Endoskopik cerrahi evreleme ile güvenli uyum sağlaması nedeniyle, kullanımı maliyet ve morbiditeyi azaltmaktadır (Öztürker ve Sönmez, 2015).

2.5.2.7. Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Erken evre serviks kanserinin tanımlamasında ve evrelemesinde sınırlı bir role sahiptir. Tümör serviks stroması ile benzer yoğunlukta olduğundan erken evrede ayırt edilemez (Öztürker ve Sönmez, 2015). Öncelikli olarak adenopatinin saptanmasında kullanılmaktadır. İleri evre hastalıkta da uzak metastazları gözlemlemede radyasyon portlarının yerleştirilmesinde ve perkütan biyopsilere yol göstermekte ayrıca faydalı olmaktadır. Oral, damar yolu ve rektal kontrast maddeler kullanılarak incelemeler yapılmaktadır (Tasalı ve ark., 2010).

2.5.2.8. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)

Özellikle onkolojide olmak üzere son yıllarda kullanımı artmaktadır. İnvaziv olmayan, pozitron yayan izotopların kullanıldığı bir görüntüleme tekniğidir. En sık kullanılan radyoizotop olan 18-fluor ile işaretlenmiş olan fluorodeoksiglukoz (FDG) damar yoluyla verilmekte ve glukozun yüksek oranda kullanıldığı vücut bölgeleri belirlenmektedir. Kanser hücreleri, PET görüntülerinde daha parlak görünmektedir (Uğurluer ve ark., 2016).

MR ve BT'den tüm vücudu değerlendirebilmesi, tümörün metabolik aktivitesini gösterebilmesi ve uzak metastazı saptayabilmesi nedeni ile üstündür. Lenf nodu tutulumunu göstermede spesifitesi ve sensitivitesi MR'den üstünken, primer tümörü belirlemede spesifitesi ve sensitivitesi MR ile benzerdir (Öztürker ve Sönmez, 2015).

2.5.3. Üçüncül (Tersiyer) Koruma

Üçüncül korunma, servikal kanser tanısı konduktan sonra etkin tedavi yönteminin seçimi, sakatlıkların azaltılması ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesini kapsamaktadır (Kanbur ve Çapık, 2011).

Serviks kanserlerinde klinik evreleme, tedavinin planlamasında başlıca dayanak olarak kabul edilmekte olup, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO= Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu) tarafından tanımlanmıştır (Tasalı ve ark., 2010). Tanı aldığındaki evresine göre tedavi planı değişkenlik göstermektedir (Hasdemir ve Güvenal, 2021). Serviks kanserinin FIGO evrelemesi (2018) Tablo 2.3'de verilmiştir.

Tablo 2.3. Serviks Kanserinin FIGO Evrelemesi (2018)

Evre	Tanım
I	Karsinom kesinlikle servikste sınırlıdır (uterus korpusuna yayılım göz ardı edilmelidir)
IA	İnvazyon derinliği maksimum <5 mm olan, yalnızca mikroskopla teşhis edilebilen invaziv karsinom[a]
IA1	Stromal invazyon <3 mm derinlikte
IA2	Stromal invazyon ≥3 mm ve derinlikte <5 mm
IB	En derin invazyonu ≥5 mm (Evre IA'dan büyük) invaziv karsinom, lezyon servikste ile sınırlıdır[b]
IB1	İnvaziv karsinom ≥5 mm stromal invazyon derinliği ve en büyük boyutu <2 cm
IB2	En büyük boyutu ≥2 cm ve <4 cm olan invaziv karsinom
IB3	En büyük boyutu ≥4 cm olan invaziv karsinom
II	Karsinom uterusun ötesine yayılmış ancak vajinanın alt 1/3 veya pelvik duvara yayılmamıştır.
IIA	Parametriyal tutulum olmaksızın tutulum vajinanın üst 2/3'üyle sınırlıdır
IIA1	En büyük boyutu <4 cm olan invaziv karsinom
IIA2	En büyük boyutu ≥4 cm olan invaziv karsinom
IB	Pelvik duvara kadar olmayan, Parametrial tutulum
III	Karsinom vajinanın alt 1/3'lük kısmını tutar ve/veya pelvik duvara uzanır ve/veya hidronefroza veya böbrek fonksiyon bozukluğuna neden olur ve/veya pelvik ve/veya para-aortik lenf düğümlerini tutar
IIIA	Karsinom vajinanın alt 1/3'lük kısmını tutar ve pelvik duvara uzanmaz
IIIB	Pelvik duvara yayılım ve/veya hidronefroz veya böbrek fonksiyon bozukluğu (başka bir nedene bağlı olduğu bilinmiyorsa)
IIIC	Pelvik ve/veya para aortik lenf düğümlerinin tutulumu (mikrometastaz dahil)[c], Tümörün boyutuna ve yayılımına bakılmaksızın (r ve p notasyonları ile)[d]
IIIC1	Sadece pelvik lenf nodu metastazı
IIIC2	Para-aortik lenf nodu metastazı
IV	Karsinom pelvisin ötesine uzanmıştır veya mesane veya rektum mukozasını tutmuştur (biyopsiyle kanıtlanmıştır).Büllöz ödem, bir vakanın aşama IV'e ayrılmasına izin vermez
IVA	Komşu pelvik organlara yayılma
IVB	Uzak organlara yayılım

[a] Görüntüleme ve patoloji, mümkün olduğu durumlarda, tüm aşamalarda tümörün boyutu ve yaygınlığına ilişkin klinik bulguları desteklemek için kullanılabilir.

[b] Vasküler/lenfatik alanların tutulumu evrelemeyi değiştirmez. Lezyonun lateral boyutu artık dikkate alınmamaktadır.

[c]İzole tümör hücreleri evreyi değiştirmez ancak varlıkları kaydedilmelidir

[d] Vakayı Evre IIIC'ye tahsis etmek için kullanılan bulguları belirtmek üzere r (görüntüleme) ve p (patoloji) gösteriminin eklenmesi. Örnek: Görüntüleme pelvik lenf nodu metastazını gösteriyorsa, evre tahsisi Evre IIIC1r olacaktır ve patolojik bulgularla doğrulanırsa Evre IIIC1p olacaktır. Kullanılan görüntüleme yöntemi veya patoloji tekniğinin türü her zaman belgelenmelidir. Şüphe duyulduğunda daha düşük evreleme belirlenmelidir.

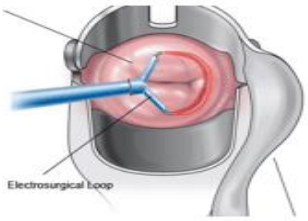
2.6. Serviks Kanserinde Evrelere Göre Tedavi Yönetimi

Serviks kanserinin tedavisi esas olarak cerrahi veya radyasyon tedavisi ile yapılır. Bununla birlikte kemoterapi de değerli bir yardımcıdır (Bhatla ve ark., 2021).

2.6.1. Cerrahi

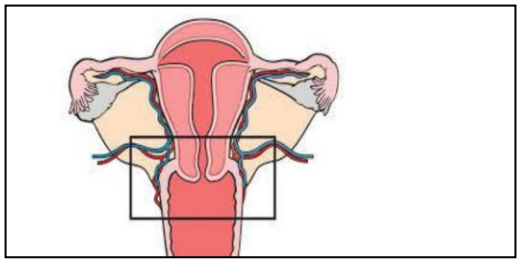
Cerrahi yöntem genellikle erken evreler için kullanılır. Hastalığın evresine ve serviks kanserinin yayılma derecesine göre servikal konizasyon, total basit histerektomi veya radikal histerektomi seçilebilir (Bhatla ve ark., 2021).

Servikal konizasyon, adından da anlaşılacağı gibi serviks koni şeklinde çıkarılır. Mikroinvaziv servikal karsinomu ve preinvaziv servikal değişiklikleri tedavi etmek ya da serviks kanserinin ne kadar ilerlediğini belirlemek amacıyla kullanılır. Bu işlemde uterus alınmamakta ve isteniyorsa doğurganlık devam etmektedir.



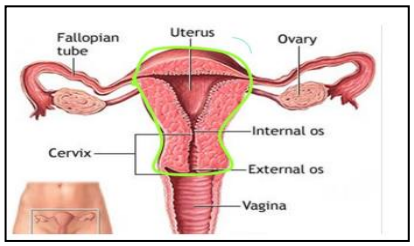
Şekil 2.1. Şematik Servikal Konizasyon (https://trsgo.org).

Radikal trakelektomi, preinvaziv serviks kanseri teşhisi konulan hastalarda uterus, gelecekte olası gebelik için bırakılmakta, ancak serviks ve etrafındaki dokular çıkarılmaktadır. Serviks kanseri için bir organ koruyucu cerrahi şeklidir.



Şekil 2.2. Şematik Radikal Trakelektomi (https://trsgo.org).

Basit histerektomi, mikroskobik olarak belirlenen, mikroinvaziv servikal kanserler için uygun olup, sadece serviks ve uterus çıkarılmaktadır.



Şekil 2.3. Şematik Basit Histerektomi (https://trsgo.org)

Radikal histerektomi, kapsamlı ve karmaşık bir uygulamadır (basit histerektomiye göre). Vajina kubbesinin küçük bir kısmı ile uterus ve serviks parametrium adı verilen serviks etrafındaki yumuşak dokular ile birlikte çıkarılır (https://www.trsgo.org).



Şekil 2.4. Radikal Histerektomi (https://trsgo.org)

2.6.2. Radyoterapi

Serviks kanseri tedavisinde yaklaşık yüz yıldır özellikle lokal ileri evrelerde radyoterapi kullanılmaktadır. Büyük tümörlerde tek başına external radyoterapi düşük kontrol oranı sağlamıştır. Dolayısıyla büyük tümörlerin kontrol oranını yükseltmek amacıyla ek olarak brakiterapi de kullanılmaya başlanmıştır. Kemoradyoterapi, eş zamanlı olarak radyoterapinin etkisini arttırmak amacıyla kullanılmaktadır (Yetmen ve ark., 2012).

Radyoterapinin tedavi edici rolünün yanı sıra, lokal rekürrensi önlemek amacıyla ameliyat edilen hastalarda adjuvan tedavisi olarak da kullanılabilir. Ancak ikili yöntemin rolü önerilmemektedir. Palyatif tedavi olarak, tedavisi mümkün olmayan ilerlemiş hastalığı olan hastalarda rahatsız edici semptomları hafifletmek için kullanılabilmektedir (Bhatla ve ark., 2021).

2.6.3. Kemoterapi

Kemoterapide, damardan veya oral yolla verilen anti-kanser ilaçları kullanır. Bu ilaçlar kan dolaşımına girerek vücudun hemen hemen her bölgesine ulaşabilmekte, vücudun çoğu yerindeki kanser hücrelerinin yok edilmesini sağlamaktadır. Servik kanseri olan kadınların hepsinin kemoterapiye ihtiyacı olmayabilir, ancak kemoterapinin önerilebileceği birkaç durum vardır;

1. **Serviks kanserinin ana tedavisinin bir parçası olarak**

Serviks kanserinin bazı evreleri için tercih edilen eş zamanlı kemoradyoterapi olarak adlandırılan, radyoterapi ve kemoterapinin birlikte verilmesidir. Kemoterapi radyoterapinin daha iyi çalışmasına yardımcı olur. Eş zamanlı kemoradyasyon seçenekleri şunları içerir;

- Radyoterapi sırasında haftalık olarak sisplatin veya karboplatin verilir. Bu ilaç radyasyon randevusundan önce verilir.
- Radyoterapi sırasında her 3 haftada bir sisplatin ile 5-florourasil (5-FU) verilir.

2. **Tedaviden sonra yayılan veya tekrarlayan serviks kanseri için**

Kemoterapi, diğer organlara ve dokulara yayılmış invaziv serviks kanserlerinin tedavisinde kullanılabilmektedir. Bununla birlikte tekrarlayan serviks kanserlerinde de kemoradyoterapi kullanılmaktadır. En çok tercih edilen kemoterapi ilaçları ise, sisplatin, karboplatin, paklitaksel ve topotekan'dır (https://www.cancer.org)

2.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık doğumdan ölüme kadar uzanan, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır (https://www.who.int). Sağlık davranışı ise bireylerin sağlıklı kalmak veya sağlıklı oldukları sürede hastalıklardan korunmak için uyguladığı ve inandığı davranışlardır. Bireyler kendi sağlıklarını ve başkalarının sağlıklarını aktif olarak korumak için olumlu sağlık davranışlarını benimsemeleri gerekir (Vural ve Bakır, 2015).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireylerin sağlıklarını etkileyebilecek davranışları kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (Vural ve Bakır, 2015). Bu davranışları

alışkanlık haline getiren bireylerin sağlıklı olma halleri devam ederken, sağlık durumları daha iyi bir seviyeye yükselebilir (Bozhüyük ve ark., 2012).

Sağlığı koruyucu girişimlerde daha doğru ve geçerli bilgiler elde edebilmek için, bireylerin sağlık davranışlarının kültürlerine uygun geçerli ve güvenilir araçlar ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla, Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak geliştirilen ve 1996 yılında revize edilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmaktadır (Bahar ve ark., 2008).

Walker tarafından 1987 yılında geliştirilen ilk versiyonunda, ölçek 48 maddeden ve altı alt gruptan oluşmaktadır. Bunlar; onüç maddeden oluşan kendini geliştirme, on maddeden oluşan sağlık sorumluluğu, beş maddeden oluşan egzersiz, altı maddeden oluşan beslenme, yedi maddeden oluşan kişilerarası destek ve yedi maddeden oluşan stres yönetimidir. Tüm maddeleri olumlu doğrultuda, likert ölçeği tipinde hazırlanmış ve 1-4 arası puanlanan dört seçenekli yanıtlama yapısındadır. Ölçeğin tamamında en düşük 48 puan, en yüksekte 192 puandır (Esin, 1999).

Ölçek, Walker tarafından 1996 yılında tekrar revize edilmiş ve 48 maddeden 52 maddeye çıkarılmıştır. Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişilerarası destek, egzersiz, kendini geliştirme alt faktörleri sırasıyla kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite ve manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır (Bahar ve ark., 2008).

Sağlık sorumluluğu, kişinin kendi iyilik hali için aktif bir sorumluluk duygusunu hissetmesidir. Bireyin, kendi sağlığına dikkat etmesini, sağlık konusunda kendini eğitmesini ve profesyonel yardıma başvurabilmesidir.

Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır aktiviteleri düzenli olarak uygulamayı kapsar. Günlük yaşamın bir parçası olarak veya planlanmış ve izlenen bir program dâhilinde yürütülür.

Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler.

Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki

kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır.

Kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkilerdir, nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir.

Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Bahar ve ark., 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma 30-65 yaş grubu serviks kanseri tarama testi yaptıran ve yaptırmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ile serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlara verilen eğitim ve hatırlatıcı mesajların erken tanı davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan ilk aşaması kesitsel ve tanımlayıcı, ikinci aşaması müdahale çalışmasıdır.

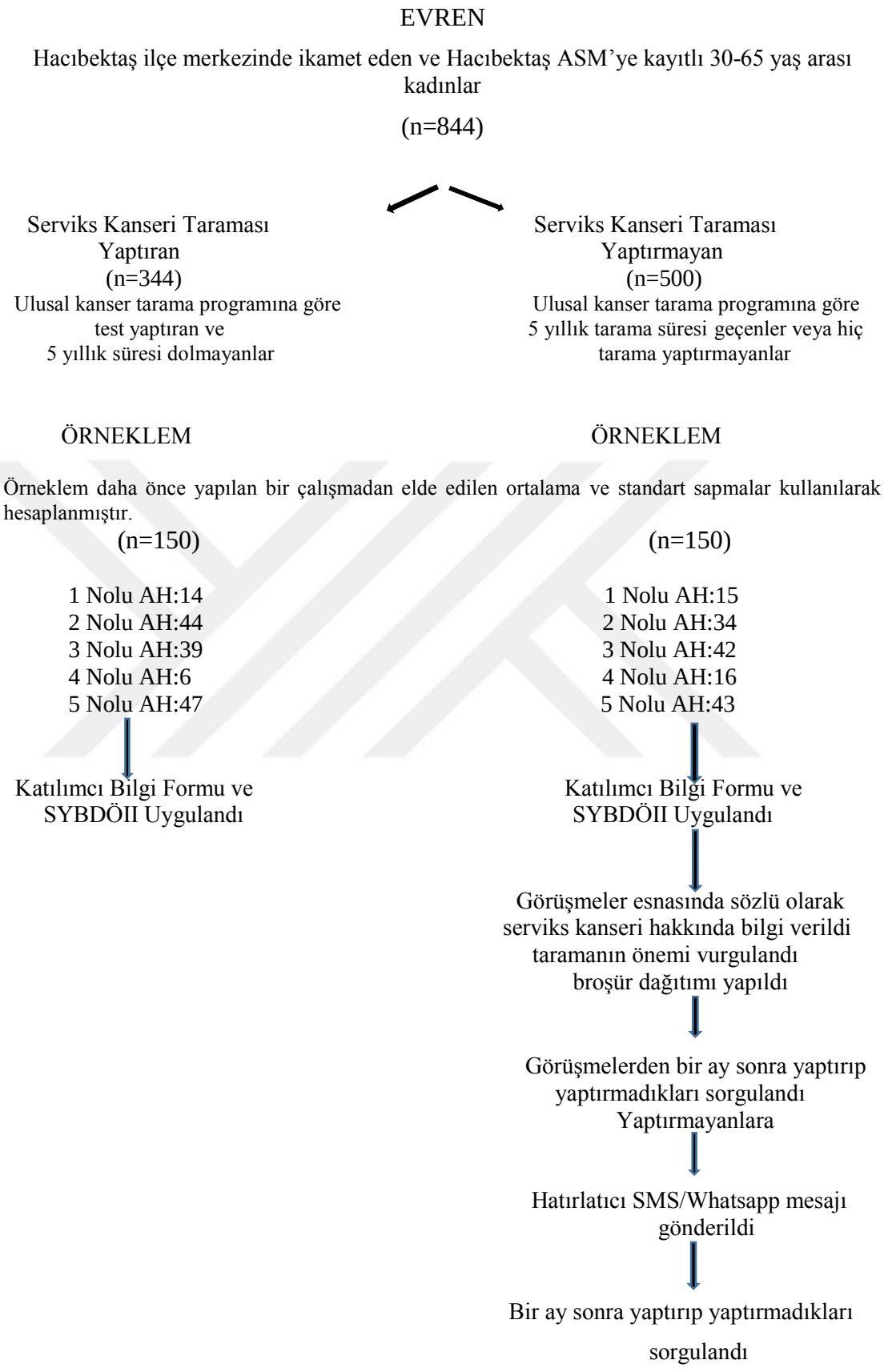
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın Nevşehir İli Hacıbektaş İlçesi'ne bağlı Hacıbektaş ASM'ye kayıtlı ve ilçe merkezinde ikamet eden 30-65 yaş arası kadınlar üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde ilçenin toplam nüfusu 10.958, kadın nüfusu 5622'dir. Ulusal kanser tarama programı kapsamında serviks kanseri taramaları beş yılda bir yapılmakta olup, taramalar Hacıbektaş İlçe Entegre Hastanesi bünyesinde TSM ve ASM'de uygulanmaktadır. Hacıbektaş ASM'de beş aile hekimliği birimi bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hacıbektaş ASM'ye kayıtlı kadınlar arasından ulusal kanser tarama programı kapsamında, 30-65 yaş arası 344 serviks kanseri taraması yaptıran, 500 tarama yaptırmayan olmak üzere toplamda 844 kadın bulunmaktadır. Örneklem daha önce yapılan bir çalışmadan elde edilen ortalama ve standart sapmalar kullanılarak hesaplanmıştır. Örneklem bu evrenden α=0.005 ve β=0.80 kabul edilerek minumun 120 olarak hesaplanmış ve her gruba 150 kadın alınmasına karar verilmiştir. Tarama yaptıran ve yaptırmayan kadınların oranlara göre tabakalı örnekleme yapılarak örneklem basit tesadüfi yöntem ile seçilmiştir.

İlçe merkezinde her aile hekimliğine (AH) kayıtlı kadın arasından serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınların oranlarına göre tabakalama yapılmış ve 1 nolu AH biriminden 14 yaptıran 15 yaptırmayan, 2 nolu AH biriminden 44 yaptıran 34 yaptırmayan, 3 nolu AH biriminden 39 yaptıran 42 yaptırmayan, 4 nolu AH biriminden 6 yaptıran 16 yaptırmayan, 5 nolu AH biriminden 47 yaptıran 43 yaptırmayan kadınının örnekleme alınmasına karar verilmiştir. Kadınlar basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Örneklem Diyagram

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Serviks Kanseri Tarama yaptıranlar:

- 30-65 yaş arasında olmak,
- Cinsel yönden aktif olmak ,
- İlçe merkezinde ikamet etmek,
- Hacıbektaş Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olmak,
- Okuryazar olmak,
- Konuşma ve iletişim problemi olmamak,
- Ulusal kanser tarama programı dahilinde son beş yıl içerisinde serviks kanseri taraması yaptıranlar,
- Gönüllü olmak.

Serviks Kanseri Taraması Yaptırmayanlar:

- 30-65 yaş arasında olmak,
- Cinsel yönden aktif olmak,
- İlçe merkezinde ikamet etmek,
- Hacıbektaş Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olmak,
- Okuryazar olmak,
- Konuşma ve iletişim problemi olmamak,
- Ulusal kanser tarama programı dahilinde son beş yıl içerisinde serviks kanseri taraması yaptırmayanlar veya hiç serviks kanseri taraması yaptırmayanlar.
- Gönüllü olmak.

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Histerektomi ameliyatı olmak,
- Serviks kanseri tanısı almak,

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Çalışmada veriler, araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan katılımcı bilgi formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ'II) kullanılarak toplanmıştır.

Öncelikle katılımcılara araştırma konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiş, yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü formu (Ek-1) alınmış, sonrasında gönüllü bireylerin kişisel özelliklerine dair bilgiler katılımcı bilgi formu (Ek-2) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II (Ek-3) uygulanarak toplanmıştır. Araştırmada yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Serviks kanseri tarama testi yaptırmayan gruba serviks kanseri taraması hakkında bilgilerin bulunduğu el broşürü (Ek-4) dağıtılmış ve araştırmacı tarafından erken tanı açısından taramanın ve serviks kanseri testinin önemi hakkında kısa bir bilgilendirme yapılmıştır. El broşürü dağıtımından bir ay sonra araştırmacı tarafından katılımcılar aranarak yaptırma durumları sorgulanmıştır. Yaptırmayanlara hatırlatıcı SMS/Whatsapp mesajı (Ek-5) gönderilmiştir. Hatırlatıcı mesajlardan bir ay sonra tekrar yaptırıp yaptırmadıkları sorulmuştur.

3.4.1. Katılımcı Bilgi Formu (Ek-2)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan form dört bölümden oluşmaktadır.

- Birinci bölüm, katılımcıların yaş eğitim durumları, çalışma durumları gibi sosyodemografik özelliklerini içeren dokuz sorudan,
- İkinci bölüm, katılımcıların üreme sağlığına yönelik özelliklerini içeren sekiz sorudan,
- Üçüncü bölüm, ailesinde ve yakın çevresinde kanser verileri ve jinekolojik muayene yaptırma özelliklerini içeren sekiz sorudan,
- Dördüncü bölüm, serviks kanseri ve erken tanı testi konusundaki bilgilerini içeren altı sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-3)

Ölçek 52 maddeden ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar;

- Manevi Gelişim (madde; 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52)
- Kişilerarası İlişkiler (madde; 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49)
- Beslenme (madde; 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50)
- Fiziksel Aktivite (madde; 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46)
- Sağlık Sorumluluğu (madde; 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45 51)

- Stres Yönetimi (madde; 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47)

Ölçeğin derecelendirmesi dörtlü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) kabul edilmektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği ilk defa 1987 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Daha sonra Walker ve ark. (1996) bu ölçeği güncelleyerek SYBD II olarak adlandırmışlardır. SYBD II ölçeğinin, geçerlik ve güvenirlik çalışmasını ise Bahar ve ark. (2008) yapmıştır.

Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi, Statistical Package For Social Science (SPSS) 22 paket programında gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama± standart sapma, birim sayısı ve yüzdeler olarak sunulmuştur. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel yöntemler, çarpıklık-basıklık değerleri ve Shapiro-Wilks testleriyle analitik olarak incelenmiştir.

Verilerin istatistiksel analizinde, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi ve Mc Nemar testi, niceliksel verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Akademik Kurul Kararı (Ek-6) ve Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurul'undan etik kurul onayı (Ek-7) alındıktan sonra başlanmıştır. Ayrıca araştırmanın yapılacağı Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden idari izin alınmıştır (Ek-8).

Araştırma grubundaki katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak, araştırma yapılması için yazılı ve sözlü onamları alınıp bilgilendirilmiş onam formu (Ek-1)

imzalatılmıştır. Katılımcıların araştırmaya katılmaya isteklilikleri ve gönüllülüklerine özen gösterilmiştir.

4. BULGULAR

Bu çalışmada elde edilen bulgular 4 bölümde ele alınmıştır;

1. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması,
2. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınların tanıtıcı özelliklerinin SYBDÖ'II ile karşılaştırılması,
3. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınların SYBDÖ'II puanlarının karşılaştırılması,
4. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınların yapılan girişimler sonucu tarama yaptırma ve yaptırmama durumlarının karşılaştırılması.

Tablo 4.1. Ulusal Kanser Tarama Programı Kapsamında Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikleri		**Tarama Yaptıran**		**Tarama Yaptırmayan**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	
Yaş	Ort±Ss	45.8±8.9		44.6±9.7		[a]0.258
	30-39 yaş	46	30.7	53	35.3	
	40-49 yaş	54	36.0	42	28.0	
	50-59 yaş	38	25.3	47	31.3	
	60 -65 yaş	12	8.0	8	5.4	
Eğitim düzeyi	Lise altı	83	55.3	54	36.0	**[b]0.001***
	Lise ve üstü	67	44.7	96	64.0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	59	39.3	65	43.3	[b]0,482
	Çalışmıyor	91	60.7	85	56.7	
Sağlık güvencesi	Var	142	94.7	139	92.7	[b]0,477
	Yok	8	5.3	11	7.3	
Gelir durumu	Gelir giderden az	73	48.7	63	42.0	[b]0.444
	Gelir giderine eşit	67	44.7	78	52.0	
	Gelir giderinden	10	6.6	9	6.0	
Medeni durum	Evli	132	88.0	123	82.0	[b]0.146
	Evli değil	18	12.0	27	18.0	
Evli ise eş eğitim durumu	Lise altı	54	40.9	37	30.7	[b]0.071
	Lise ve üstü	78	59.1	86	69.9	
Evli ise eş meslek	İşsiz	18	13.6	11	8.9	[b]0.724
	İşçi	17	12.9	15	12.2	
	Çifti-Hayvancılık	7	5.3	6	4.9	
	Memur	18	13.6	15	12.2	
	Emekli	32	24.2	28	22.8	
	Diğer	40	30.3	48	39.0	
Sigara kullanma durumu	İçenler	35	23.3	41	27.3	[b]0.310
	İçip bırakanlar	25	16.7	32	21.3	
	İçmeyenler	90	60.0	77	51.4	
İçiyorsa sigara adet	10 adet altı	15	42.9	14	34.1	[b]0.436
	10 adet ve üzeri	20	57.1	27	65.9	
İçti bıraktı ise sigara içme süre	5 yıl altı	3	12.0	6	18.8	[c]0.717
	5 yıl ve üzeri	22	88.0	26	81.3	

[a]Student-t Test [b]Pearson Chi-Square [c]Fisher Exact Test *p<0.01

Tarama yaptıran katılımcıların yaş ortalamasının 45.8±8.9 yıl, %36'sının 40-49 yaş arasında olduğu, %55.3'ünün lise altı eğitim aldığı, %60.7'sinin çalışmadığı, %94.7'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %48.7'sinin gelirinin giderinden az, %88'inin evli olduğu, %59.1'inin eşinin lise ve üzeri eğitim aldığı, %24.2'sinin eşinin emekli olduğu, %60'ının hiç sigara içmediği, %57.1'inin günlük 10 adet ve üstü sigara içtiği, %88'inin 5 yıl ve üzeri sigara içtikten sonra bıraktığı tespit edilmiştir. Tarama yaptırmayan kadınların yaş ortalamasının 44.6±9.7 yıl, %35.3'ünün 30-39 yaş arasında olduğu, %64'ünün lise ve üstü eğitim aldığı, %56.7'sinin çalışmadığı, %92.7'sinin sağlık güvencesinin olduğu, %52'sinin gelirinin giderine eşit, %82'sinin evli olduğu, %69.9'unun eşinin lise ve üzeri eğitim aldığı, %22.8'inin eşinin emekli olduğu, %51.3'ünün hiç sigara içmediği, %65.9'unun günlük 10 adet ve üzeri sigara içtiği, %81.3'ünün ise 5 yıl ve üzeri sigara içtikten sonra bıraktığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Yaş ortalamaları, çalışma durumları, sağlık güvenceleri, gelir durumları, medeni durumları, eşlerinin eğitim durumları, eşlerinin meslekleri, sigara içme durumları, günlük içtikleri sigara miktarları ve sigara içme süreleri açısından karşılaştırıldıklarında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı, eğitim açısından karşılaştırıldıklarında ise serviks kanseri taraması yaptıran olguların lise ve üstü eğitim olma oranı tarama yaptırmayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 4.2. Ulusal Kanser Tarama Programı Kapsamında Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Üreme Sağlığına Yönelik Verilerinin Karşılaştırılması

Üreme Sağlığı Verileri		**Tarama Yaptıran**		**Tarama yaptırmayan**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	
Menarş yaşı	Ort±Ss	13.3±1.4		13.3±1.5		[a]0.873
	10-12 yaş	53	35.3	47	31.3	
	13-15 yaş	86	57.3	89	59.3	
	16 yaş ve üzeri	11	7.4	14	9.4	
Evlenme yaşı	Ort±Ss	20.6±3.9		22.1±5.2		**[a]0.004****
	18 yaş altı	40	26.7	18	12.0	
	18 yaş ve üstü	110	73.3	132	88.0	
İlk doğum yaşı	Ort±Ss	22.3±4.3		23.3±4.9		[a]0.068
	Doğum yapmamış	8	5.3	11	7.3	
	18 yaş altı	15	10,0	12	8.0	
	18 yaş ve üstü	127	84.7	127	84.7	
Doğum sayısı	3 altı	117	78.0	129	86.0	[b]0.096
	3 ve üzeri	33	22.0	21	14.0	
Doğum şekli	Normal	85	59.9	69	49.6	[b]0.209
	Sezeryan	48	33.8	57	41.0	
	Normal-sezeryan	9	6.3	13	9.4	
Çocuk sayısı	Doğum yapmamış	8	5.3	11	7.3	[b]0.174
	3 çocuk altı	109	72.7	118	78.7	
	3 çocuk ve üzeri	33	22.0	21	14.0	
OKS kullanımı	Evet	43	28.7	26	17.3	**[b]0.020***
	Hayır	107	71.3	124	82.7	
Yanıt evet ise OKS süre	5 yıl altı	25	58.1	19	73.1	[b]0.211
	5 yıl ve üzeri	18	41.9	7	26.9	
Menopoza girme	Evet	67	44.7	57	38.0	[b]0.241
	Hayır	83	55.3	93	62.0	
Yanıt evet ise menopoza girme yaşı	40 yaş altı	2	3.0	9	15.8	**[b]0.006****
	40-50 yaş	60	89.6	38	66.7	
	51 yaş ve üzeri	5	7.5	10	17.5	

[a]Student-t Test [b]Pearson Chi-Square *p<0.05 **p<0.01

Tablo 4.2'de serviks kanseri taraması yaptıran katılımcıların menarş yaşı ortalamasının 13.3± 1.4 yıl, %57.3'ünün menarş yaşının 13-15 yaş arasında olduğu, ilk evlenme yaşı ortalamasının 20.6±3.9 yıl, %73.3'ünün 18 yaş ve üzerinde evlendiği, ilk doğum yaşı ortalamasının 22.3±4.3 yıl, %84.7'sinin 18 yaş ve üzerinde ilk doğumlarını yaptıkları, %78'sinin üçten az sayıda doğum yaptığı, %59.9'unun normal doğum yaptıkları, %72.7'sinin üçten daha az sayıda çocuğa sahip oldukları, %71.3'ünün OKS kullanmadıkları, %58.1'inin 5 yıldan daha kısa süre OKS

kullandıkları, %55.3'ünün menopoza girmediği, %89.6'sının 40-50 yaş arasında menopoza girdiği tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması yaptırmayan katılımcıların menarş yaşı ortalamasının 13.3±1.5 yıl, %59.3'ünün menarş yaşının 13-15 yaş arasında olduğu, ilk evlenme yaşı ortalamasının 22.1±5.2 yıl, %88'inin 18 yaş ve üzerinde evlendiği, ilk doğum yaşı ortalamasının 23.3±4.9 yıl, %84.7'sinin 18 yaş ve üzerinde ilk doğumlarını yaptıkları,%86'sının üçten az sayıda doğum yaptığı, %49.6'sının normal doğum yaptıkları, %78.7'sinin üçten daha az sayıda çocuğa sahip oldukları, %82.7'sinin OKS kullanmadıkları, %73.1'inin 5 yıldan daha kısa süre OKS kullandıkları, %62'sinin menopoza girmediği, %66.7'sinin 40-50 yaş arasında menopoza girdiği tespit edilmiştir.

Menarş yaşı, ilk doğum yaşı, doğum sayısı, doğum şekli, çocuk sayısı, OKS kullanım süresi, menopoza girme durumu açısından karşılaştırıldıklarında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Serviks kanseri taraması yaptıran olguların evlenme yaşı, serviks kanser taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0.01$).

Serviks kanseri taraması yaptıran olguların OKS kullanım oranı, serviks kanseri taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0.05$)

Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan olguların menopoza girme yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Serviks kanser taraması yaptıran olguların 40 yaş altında menopoza girme oranı, serviks kanser taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0.012$; $p<0.05$). Serviks kanseri taraması yaptıran olguların menopoza girme yaşının 40-50 yaş arasında olma oranı, serviks kanser taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.002$; $p<0.01$).

Tablo 4.3. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Ailesinde ve Yakın Çevresinde Kanser Verileri ile Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumlarının Karşılaştırılması

Ailesinde ve Yakın Çevresinde Kanser Varlığı ve Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumu		**Tarama Yaptıran**		**Tarama Yaptırmayan**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	
Ailede kanser	Evet	70	46.7	57	38.0	[b]0.129
	Hayır	80	53.3	93	6.0	
Yanıt evet ise kimde?	1. derece akraba	26	37.1	20	3.1	[b]0.409
	2. derece akraba	8	11.4	3	5.3	
	3. derece akraba	16	22.9	11	19.3	
	Diğer	20	28.6	23	40.3	
Yanıt evet ise ne kanseri?	Sadece kadınlarda görülen kanserler	18	25.7	10	17.5	[b]0.269
	Diğerleri	52	74.3	47	82.5	
Yakın çevrede	Evet	65	43.3	61	40.7	[b]0.640
	Hayır	85	56.7	89	59.3	
Yanıt evet ise kimde?	Arkadaş	10	15.4	14	23.0	[b]0.280
	Komşu	55	84.6	47	77.0	
Yanıt evet ise ne kanseri?	Sadece kadınlarda görülen kanserler	30	46.2	23	37.7	[b]0.337
	Diğerleri	35	53.8	38	62.3	
Jinekolojik muayene yaptırma	Evet	108	72.0	65	43.3	**[b]0.001***
	Hayır	42	28.0	85	56.7	
Yanıt evet ise muayene sıklığı	Bir yılda bir	39	36.1	44	67.7	**[b]0.001***
	İki yılda bir	13	12.0	10	15.4	
	Üç yıl ve üzeri	56	51.9	11	16.9	
Yanıt evet ise muayene	Devlet kurumu	82	75.9	32	49.2	**[b]0.001***
	Özel	26	24.1	33	50.8	
Yanıt hayır ise muayene yaptırmama nedeni	Muayeneden çekinme	3	7.1	5	5.9	[d]0.793
	Sonucun kötü çıkmasından korkma	2	4.8	3	3.5	
	Hastalık belirtisinin olmaması	25	59.5	57	67.1	
	Diğer	12	28.6	20	23.5	

[b]Pearson Chi-Square [d]Fisher Freeman Halton Test *p<0.01

Tablo 4.3'de ailesinde kanser görülme oranları açısından gruplar karşılaştırılmış olup, tarama yaptıranlarda oran %46.7 iken, tarama yaptırmayanlarda oran %38, tarama yaptıranların %37.1'inin 1. derece akrabalarında kanser varlığı görülürken, tarama yaptırmayanlarda bu oran %35.1 olarak bulunmuş, %25.7'sinin ailesinde

sadece kadınlarda görülen kanser mevcut iken, tarama yaptırmayanlarda %17.5 olarak tespit edilmiş ve bu oranlar doğrultusunda her iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yakın çevresinde kanser görülme oranları tarama yaptıranlarda %43.3 iken, tarama yaptırmayanlarda %40.7'dir. Komşularında kanser görülme oranları tarama yaptıranlarda ve yaptırmayanlarda sırasıyla %84.6 ve %77'dir. Yakın çevresinde sadece kadınlarda görülen kanser oranı tarama yaptıranlarda %46.2 iken, yaptırmayanlarda %37.7 olarak bulunmuştur. Yakın çevresinde kanser varlığı, kanser görülen kişiler ve kanser türleri açısından her iki grup arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Jinekolojik muayene yaptırma durumları açısından karşılaştırıldığında tarama yaptıranlarda oran %72 iken, yaptırmayanlarda %43.3'tür. Tarama yaptıranlar daha sık üç yıl ve üzeri sürelerde jinekolojik muayenelerini yaptırırken (%36.1), tarama yaptırmayanlar en sık yılda bir kez jinekolojik muayenelerini yaptırmaktadır (%67.7).

Jinekolojik muayenelerini devlet kurumlarında yaptıranların oranı tarama yaptıranlarda %75.9 iken, tarama yaptırmayanlarda %49.2'dir. Serviks kanseri taraması yaptıranlar ve yaptırmayanlar jinekolojik muayene yaptırmama nedenini en yüksek oranda hastalık belirtisinin olmaması olarak belirtmişlerdir (tarama yaptıranlarda %59.5, tarama yaptırmayanlarda %67.1). Jinekolojik muayene yaptırmama nedenleri açısından her iki grup arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Serviks kanseri taraması yaptıranlarda jinekolojik muayene olma ve jinekolojik muayenelerini devlet kurumlarında yaptırma oranı, serviks kanseri taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0.001;p<0.01$).

Serviks kanseri taraması yaptıranlarda ve yaptırmayanlarda jinekolojik muayene sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Serviks kanser taraması yaptıran olguların muayene sıklığının üç yıl ve üzeri olma oranı, serviks kanser taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).

Tablo 4.4. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Serviks Kanseri ve Erken Tanı Testi Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumlarının Karşılaştırılması

Serviks Kanseri ve Erken Tanı Testi Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumları	**Tarama Yaptıran**		**Tarama Yaptırmayan**		**p**
	n	**%**	**n**	**%**	
Serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olma durumu					
Evet	79	52.7	70	46.7	0.299
Hayır	71	47.3	80	53.3	
Yanıt evet ise bilgi edinilen yer					
Aile ve arkadaş çevresi	11	13.9	9	12.9	0.674
Sağlık personeli	43	54.4	34	48.6	
Medya (TV-radyo-kitap ve dergi-	25	31.6	27	38.6	
Serviks kanseri erken teşhisi için yapılan testin adını duyma durumu					
Evet	116	77.3	82	54.7	**0.001***
Hayır	34	22.7	68	45.3	
Daha önceden test yaptırma durumu					
Evet	150	100.0	67	44.7	**0.001***
Hayır	0	0.0	83	55.3	
Test yaptırma zamanı					
1 yıl ve altı	46	30.7	1	1.5	**0.001***
2 yıl	37	24.7	9	13.4	
3 yıl	32	21.3	14	20.9	
4 yıl	29	19.3	4	6.0	
5 yıl ve üzeri	6	4.0	39	58.2	
Yanıt evet ise test yaptırılan yer					
Devlet kurumları	150	100.0	31	46.3	**0.001***
Özel sağlık kuruluşları	0	0.0	36	53.7	

Pearson Chi-Square *p<0.05

Katılımcıların serviks kanseri bilgi sahibi olma ve daha önceden test yaptırma durumları Tablo 4.4'de incelenmiş olup, tarama yaptıranlarda serviks kanseri hakkında bilgi oranları %52.2 iken yaptırmayanlarda %46.7 olarak bulunmuştur. Serviks kanseri hakkında bilgi kaynağı olarak tarama yaptıranlarda (%54.4) ve yaptırmayanlarda (%48.6) en fazla oranda sağlık personeli olduğu tespit edilmiştir. Her iki grup arasında serviks kanseri hakkındaki bilgi durumu ve bilgi edinilen kaynak açısından istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Serviks kanseri erken teşhisi için yapılan testin adını duyma durumu incelendiğinde tarama yaptıranlarda oran %77,3 iken tarama yaptırmayanlarda ise %54.7, daha

önceden test yaptırma durumu ise tarama yaptıranlarda %100 iken, yaptırmayanlarda ise %44.7'dir. Test yaptırma zamanları incelendiğinde serviks kanseri taraması yaptıranlar %30.7 ile bir yıl ve altı zamanlar arasında, tarama yaptırmayanlar ise beş yıl ve üzeri zamanlarda yaptırdıkları tespit edilmiştir. Tarama yaptırdıkları yer ise tarama yaptıranlarda %100 ile devlet kurumları iken yaptırmayanlarda ise %53.7 ile özel sağlık kuruluşları yer almaktadır. Serviks kanseri taraması yaptıranlarda serviks kanseri erken tespitinde yapılan testin adını duyma ve daha önceden test yaptırma oranı, serviks kanseri taraması yaptırmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Gruplara göre olguların daha önceden test yaptırma zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Serviks kanser taraması yaptıran olguların testlerini bir yıl ve daha kısa sürede yaptırma oranı, serviks kanseri taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Serviks kanser taraması yaptıran olguların testlerini dört yıl önce yaptırma oranı, serviks kanseri taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.011$; $p<0.05$). Serviks kanser taraması yaptıran olguların testlerini beş yıl ve daha uzun sürede yaptırma oranı, serviks kanseri taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).

Tablo 4.5. Daha Önceden Serviks Kanseri Testi Yaptırmayan Katılımcıların Tarama Yaptırmama Nedenleri

Daha önceden test yaptırmama nedeni	**n**	**%**
Hastalık belirtisinin olmaması	**59**	**71,1**
Muayene olmaktan çekinme	7	8,5
Yaptırmak faydasız	5	6,0
Muayene masasına yatmak istememe	5	6,0
Diğer	4	4,8
Sonucun kötü çıkmasından korkma	3	3,6
TOPLAM	83	100

Daha önceden serviks kanseri testi yaptırmama nedenleri Tablo 4.5'de incelenmiş ve %71.1'i hastalık belirtisinin olmaması nedeniyle test yaptırmadıklarını beyan etmişlerdir.

Tablo 4.6. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek II Puanlarının Karşılaştırması

SYBDÖ'II puan ortalamaları		**Tarama Yaptıran (n=150)**	**Tarama Yaptırmayan (n=150)**	**p**
Sağlık Sorumluluğu	Ort±Ss	20.63±5.15	20.14±4.40	0.373
Manevi Gelişim	Ort±Ss	27.05±5.65	24.45±5.59	***0.000**
Kişiler Arası İlişkiler	Ort±Ss	26.05±5.91	23.57±5.35	***0.000**
Stres Yönetimi	Ort±Ss	18.35±5.16	17.25±4.82	0.060
Beslenme	Ort±Ss	20.67±5.12	20.03±4.79	0.259
Fiziksel Aktivite	Ort±Ss	12.97±5.18	11.87±4.71	0.057
SYBDÖ'II Toplam Puan	Ort±Ss	125.73±22.28	117.32±20.61	***0.001**

*Student-t Test *p <0.05

Tablo 4.6'da serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların SYBDÖ'II alt gruplarından sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, beslenme ve fiziksel aktivite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Serviks kanser taraması yaptıran olguların SYBDÖ'II toplam puanı, manevi gelişim puanı ve stres yönetimi puanı, serviks kanser taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Yaş Gruplarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	Yaş Grupları	Tarama Yaptıran	p	Tarama Yaptırmayan	p
		Ort±SS		Ort±SS	
Sağlık Sorumluluğu	30-39 yaş	20.72±5.89	.983	19.62±4.10	.221
	40-49 yaş	20.61±4.86		20.19±4.32	
	50-59 yaş	**20.74±5.17**		20.17±4.81	
	60 -65 yaş	20.08±3.68		**23.13±3.79**	
Fiziksel Aktivite	30-39 yaş	**13.50±5.81**	.784	11.43±4.68	.371
	40-49 yaş	12.50±5.01		12.31±4.81	
	50-59 yaş	12.82±5.15		**12.36±4.87**	
	60 -65 yaş	**13.50±3.66**		9.63±2.72	
Beslenme	30-39 yaş	**21.11±6.38**	.838	19.28±4.49	.419
	40-49 yaş	20.31±4.42		20.07±5.14	
	50-59 yaş	20.87±4.94		20.53±4.69	
	60 -65 yaş	20.00±3.16		**21.75±5.26**	
Manevi Gelişim	30-39 yaş	26.98±6.09	.920	24.13±5.59	.498
	40-49 yaş	26.78±5.96		24.29±5.31	
	50-59 yaş	27.21±5.05		24.45±5.93	
	60 -65 yaş	**28.00±4.69**		**27.38±5.09**	
Kişilerarası İlişkiler	30-39 yaş	26.50±6.95	.622	22.60±5.25	.338
	40-49 yaş	25.33±5.32		24.02±5.23	
	50-59 yaş	26.08±5.69		23.89±5.63	
	60 -65 yaş	**27.50±4.95**		**25.63±4.50**	
Stres Yönetimi	30-39 yaş	**19.15±6.33**	.601	16.70±5.63	.572
	40-49 yaş	18.26±4.66		**18.00±4.01**	
	50-59 yaş	17.68±4.73		17.40±4.63	
	60 -65 yaş	17.83±3.43		16.38±4.10	
SYBDÖ'II Toplam Puan	30-39 yaş	**127.96±26.44**	.826	113.77±21.37	.221
	40-49 yaş	123.80±20.68		118.88±18.12	
	50-59 yaş	125.39±21.57		118.81±22.89	
	60 -65 yaş	126.92±14.07		**123.88±10.39**	

*Anova Test *p <0.05

Katılımcıların yaş gruplarına göre tarama yaptıranlarda ve yaptırmayanlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde sağlık sorumluluğu puan ortalamaları tarama yaptıranlarda 50-59 yaş grubunda 20.74±5.17 iken, tarama yaptırmayanlarda 60-65 yaş grubunda 23.13±3.79, fiziksel aktivite puan ortalamaları tarama yaptıranlarda 30-39 ve 50-59 yaş grubunda 13.50±5.81 ve 13.50±3.66 iken, tarama yaptırmayanlarda 50-59 yaş grubunda 12.36±4.87, beslenme puan ortalamaları 30-39 yaş grubunda 21.11±6.38 iken, tarama yaptırmayanlarda 60-65 yaş grubunda 21.75±5.26, manevi gelişim puan ortalamaları tarama yaptıranlarda ve

yaptırmayanlarda 60-65 yaş grubunda sırasıyla 28.03±4.69 ve 27.38±5.09, kişilerarası ilişkiler tarama yaptıranlar ve yaptırmayanlarda 60-65 yaş grubunda sırasıyla 27.50±4.95 ve 25.63±4.50, stres yönetimi puan ortalamaları tarama yaptıranlarda 30-39 yaş grubunda 19.65±6.33 iken, tarama yaptırmayanlarda 40-49 yaş grubunda 18.00±4.01, SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları ise tarama yaptıranlarda 30-39 yaş grubunda 127.96±26.44 iken, yaptırmayanlarda 60-65 yaş grubunda 123.88±10.39 tespit edilmiştir. SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları yaş gruplarına göre serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Eğitim Durumu**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Lise altı	19.72±5.05	**.016***	**20.93±5.05**	.101
	Lise ve üzeri	**21.76±5.09**		19.70±3.9	
Fiziksel Aktivite	Lise altı	12.55±5.05	.280	**11.94±4.41**	.890
	Lise ve üzeri	**13.48±5.33**		11.83±4.89	
Beslenme	Lise altı	20.45±4.91	.546	**20.43±6.05**	.498
	Lise ve üzeri	**20.96±5.38**		19.80±3.92	
Manevi Gelişim	Lise altı	26.35±5.45	.092	**25.04±6.56**	.371
	Lise ve üzeri	**27.91±5.81**		24.11±4.97	
Kişilerarası İlişkiler	Lise altı	26.02±5.99	.946	**23.94±5.91**	.518
	Lise ve üzeri	**26.09±5.88**		23.35±5.02	
Stres Yönetimi	Lise altı	17.41±4.19	**.016***	**17.65±4.79**	.469
	Lise ve üzeri	**19.52±5.97**		17.05±4.85	
SYBDÖ'II Toplam Puan	Lise altı	122.51±21.64	**.048***	**119.93±24.34**	.247
	Lise ve üzeri	**129.72±22.57**		115.85±18.16	

*Student-t Test *p <0.05

Tablo 4.8'de tarama yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların eğitim durumuna göre SYBDÖ'II alt grup ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde, tarama yaptıran kadınlarda sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları lise ve üzeri eğitim alanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.9. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	Çalışma Durumu	Tarama Yaptıran	p	Tarama Yaptırmayan	p
		Ort±SS		Ort±SS	
Sağlık Sorumluluğu	Çalışan	**20.90±5.78**	.614	19.85±4.05	.477
	Çalışmayan	20.46±4.73		**20.36±4.66**	
Fiziksel Aktivite	Çalışan	12.93±5.98	.948	11.63±4.69	.583
	Çalışmayan	**12.99±4.63**		**12.06±4.74**	
Beslenme	Çalışan	**20.86±5.75**	.714	19.17±3.72	**.044***
	Çalışmayan	20.55±4.69		**20.68±5.39**	
Manevi Gelişim	Çalışan	**27.25±5.96**	.718	**24.63±5.51**	.726
	Çalışmayan	26.91±5.47		24.31±5.68	
Kişilerarası İlişkiler	Çalışan	26.64±6.09	.326	22.94±5.34	.209
	Çalışmayan	**25.67±5.79**		**24.05±5.33**	
Stres Yönetimi	Çalışan	**18.63±6.05**	.602	16.69±4.72	.203
	Çalışmayan	18.18±4.51		**17.71±4.87**	
SYBDÖ'II Toplam Puan	Çalışan	122.51±24.47	.510	114.91±19.37	.211
	Çalışmayan	**129.72±20.82**		**119.16±21.44**	

*Student-t Test *p <0.05

Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların çalışma durumuna göre SYBDÖ'II alt grup ve toplam puan ortalamaları Tablo 4.9'da incelenmiştir. Tarama yaptıranlarda çalışan kadınların sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi puan ortalamaları daha yüksekken, çalışmayanlarda fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Tarama yaptıranlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tarama yaptırmayanlarda ise çalışan kadınlarda manevi gelişim puan ortalamaları daha yüksekken SYBDÖ'II diğer alt grup puanları ile toplam puan ortalamaları çalışmayan kadınlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması

yaptırmayan kadınlarda, beslenme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 4.10. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Gelir Durumlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Gelir Durumu**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Gelir giderinden az	19.70±4.85	**.090**	20.11±4.76	.875
	Gelir giderine eşit	**21.60±5.42**		**20.24±4.16**	
	Gelir giderinden fazla	21.00±4.54		19.44±4.30	
Fiziksel Aktivite	Gelir giderinden az	12.32±4.72	.287	10.65±3.02	**.014**
	Gelir giderine eşit	**13.70±5.60**		**12.94±5.65**	
	Gelir giderinden fazla	12.80±5.32		11.22±3.38	
Beslenme	Gelir giderinden az	19.88±4.08	.142	19.59±4.64	.634
	Gelir giderine eşit	**21.58±5.61**		**20.36±5.03**	
	Gelir giderinden fazla	20.40±7.60		20.22±3.67	
Manevi Gelişim	Gelir giderinden az	26.45±5.61	.384	**24.52±5.50**	.933
	Gelir giderine eşit	27.46±5.65		24.46±5.79	
	Gelir giderinden fazla	**28.60±5.89**		23.78±4.99	
Kişilerarası İlişkiler	Gelir giderinden az	25.52±5.85	.362	23.56±5.23	.347
	Gelir giderine eşit	26.31±5.91		**23.86±5.59**	
	Gelir giderinden fazla	**28.20±6.28**		21.11±3.33	
Stres Yönetimi	Gelir giderinden az	17.84±4.51	.478	17.16±4.12	.973
	Gelir giderine eşit	18.79±5.62		**17.35±5.35**	
	Gelir giderinden fazla	**19.20±6.35**		17.33±5.00	
SYBDÖ'II Toplam Puan	Gelir giderinden az	121.70±19.83	.097	115.59±18.95	.482
	Gelir giderine eşit	129.45±24.46		**119.21±22.01**	
	Gelir giderinden fazla	**130.20±20.59**		113.11±19.64	

*Anova Test *p <0.05

Tablo 4.10'da katılımcıların gelir durumlarına göre SYBDÖ'II alt grup ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde, tarama yaptıranlarda geliri giderine eşit olanların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamaları yüksek iken, geliri giderinden fazla olanların manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları daha yüksektir. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda sağlık sorumluluğu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tarama yaptırmayanlarda ise geliri giderinden az olanların manevi gelişim puanları yüksek bulunmuş, diğer alt grup ve toplam puan ortalamaları geliri giderine eşit olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda fiziksel aktivite puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Medeni Durumlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Medeni Durum**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Evli	**20.65±5.19**	.907	20.04±4.64	.557
	Evli Değil	20.50±5.02		**20.59±3.09**	
Fiziksel Aktivite	Evli	**13.14±5.36**	.258	12.04±4.88	.354
	Evli Değil	11.67±3.51		**11.11±3.76**	
Beslenme	Evli	20.35±5.09	**.035**	**20.05±4.63**	.904
	Evli Değil	**23.06±4.76**		19.93±5.51	
Manevi Gelişim	Evli	**27.10±5.75**	.762	24.21±5.71	.273
	Evli Değil	26.67±5.01		**25.52±4.94**	
Kişilerarası İlişkiler	Evli	**26.14±5.91**	.643	23.41±5.51	.435
	Evli Değil	25.44±5.99		**24.30±4.53**	
Stres Yönetimi	Evli	18.35±5.23	.975	**17.54±5.00**	.144
	Evli Değil	**18.39±4.75**		16.04±3.68	
SYBDÖ'II Toplam Puan	Evli	**125.73±22.48**	.999	117.28±21.13	.964
	Evli Değil	125.72±21.38		**117.48±18.38**	

*Student-t Test *p <0.005

Tablo 4.11'de serviks kanseri taraması yaptıran katılımcıların beslenme ve fiziksel aktivite haricindeki SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları evli olanlarda daha yüksek bulunmuş iken, tarama yaptırmayanlarda ise beslenme ve fiziksel aktivite haricindeki SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları evli olmayanlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması yaptıran

kadınlarda beslenme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.12. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Eş Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Eş Eğitim Durumu**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Lise altı	19.56±4.53	**.043**	**20.59±4.87**	.388
	Lise ve üzeri	**21.41±5.50**		19.80±4.55	
Fiziksel Aktivite	Lise altı	11.96±4.19	**.025**	11.16±3.30	.192
	Lise ve üzeri	**13.96±5.92**		**12.42±5.40**	
Beslenme	Lise altı	19.04±3.94	**.013**	19.86±5.33	.774
	Lise ve üzeri	**21.26±5.60**		**20.13±4.33**	
Manevi Gelişim	Lise altı	26.13±5.39	.107	**24.70±5.71**	.534
	Lise ve üzeri	**27.77±5.92**		24.00±5.73	
Kişilerarası İlişkiler	Lise altı	25.87±6.14	.669	22.86±4.73	.477
	Lise ve üzeri	**26.32±5.79**		**23.64±5.82**	
Stres Yönetimi	Lise altı	16.43±3.08	**.000***	**17.78±4.07**	.721
	Lise ve üzeri	**19.68±5.96**		17.43±5.37	
SYBDÖ'II Toplam Puan	Lise altı	118.98±16.98	**.002***	116.97±18.16	.915
	Lise ve üzeri	**130.40±24.64**		**117.42±22.39**	

*Student-t Test *p <0.05

Tarama yaptıran kadınların eşlerinin eğitim durumlarına göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları lise ve üzeri eğitim alanlarda daha yüksek bulunmuş. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tarama yaptırmayanlarda ise sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve stres yönetimi puan ortalamaları lise altı eğitim alanlarda daha yüksek iken, diğer grup puan ortalamaları eşleri lise üstü eğitim alanlarda daha

yüksektir. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Eşlerinin Mesleğine Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	Eşin Mesleği	Tarama Yaptıran	p	Tarama Yaptırmayan	p
		Ort±SS		Ort±SS	
Sağlık Sorumluluğu	İşsiz	**22.67±5.09**	.627	20.27±5.00	.111
	İşçi	20.12±7.15		**22.47±5.59**	
	Çifti-Hayvancılık	20.86±4.59		20.33±4.32	
	Memur	20.72±4.81		21.60±6.80	
	Emekli	19.97±4.37		19.71±4.22	
	Diğer	20.45±5.21		18.90±3.37	
Fiziksel Aktivite	İşsiz	12.11±4.06	.523	10.64±2.87	.736
	İşçi	11.94±6.02		12.07±5.86	
	Çifti-Hayvancılık	14.00±8.31		10.33±2.25	
	Memur	12.33±4.85		11.73±5.89	
	Emekli	13.09±4.35		11.86±4.12	
	Diğer	**14.38±5.94**		**12.77±5.27**	
Beslenme	İşsiz	19.50±5.87	**.046**	19.64±3.83	.685
	İşçi	17.82±5.27		19.40±5.63	
	Çifti-Hayvancılık	20.43±6.21		17.67±4.59	
	Memur	**23.11±5.21**		20.07±5.49	
	Emekli	19.75±2.92		**21.00±3.73**	
	Diğer	21.03±5.36		20.08±4.75	
Manevi Gelişim	İşsiz	**28.06±5.59**	.629	25.09±6.41	.239
	İşçi	25.24±7.55		**27.27±6.57**	
	Çifti-Hayvancılık	27.14±4.34		24.17±6.85	
	Memur	27.28±5.92		22.13±6.45	
	Emekli	26.44±4.83		23.93±5.32	
	Diğer	27.90±5.84		23.88±4.98	
Kişilerarası İlişkiler	İşsiz	26.11±4.32	.403	21.91±4.51	.800
	İşçi	24.59±8.31		**25.07±5.54**	
	Çifti-Hayvancılık	**30.14±4.56**		23.33±3.72	
	Memur	25.28±5.33		22.80±5.81	
	Emekli	25.91±5.38		23.57±5.55	
	Diğer	26.68±6.15		23.33±5.88	
Stres Yönetimi	İşsiz	16.28±4.76	.343	17.36±4.69	.902
	İşçi	18.35±5.77		**18.47±6.17**	
	Çifti-Hayvancılık	17.29±5.91		16.00±4.89	
	Memur	**19.56±5.51**		17.87±6.19	
	Emekli	17.88±4.09		17.93±3.43	
	Diğer	19.30±5.69		17.15±5.23	
SYBDÖ'II Toplam Puan	İşsiz	124.72±18.96	.526	114.91±6.12	.765
	İşçi	118.06±30,47		**124.73±5.82**	
	Çifti-Hayvancılık	**129.86±21.91**		111.83±9.78	
	Memur	128.28±22.96		116.20±7.84	
	Emekli	123.03±17.69		118.00±3.03	
	Diğer	129.73±23.51		116.10±2.93	

*Anova Test *p <0.05

Tablo 4.13'de tarama yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların eşlerinin meslek gruplarına göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları incelenmiştir. Tarama yaptıran kadınların eşlerinin mesleklerine göre sağlık sorumluluğu puan ortalamaları işsizlerde, fiziksel aktivite puan ortalamaları diğer meslek grubuyla uğraşanlarda, beslenme puan ortalamaları memurlarda, manevi gelişim puan ortalamaları işsizlerde, kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları çiftçilik ve hayvancılıkla uğraşanlarda, stres yönetimi puan ortalamaları memurlarda, SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları çiftçilik ve hayvancılıkla uğraşanlarda yüksek tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda beslenme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tarama yaptırmayan kadınların eşlerinin mesleklerine göre sağlık sorumluluğu puan ortalamaları işçilerde, fiziksel aktivite puan ortalamaları diğer meslek grubuyla uğraşanlarda, beslenme puan ortalamaları emeklilerde, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları işçilerde yüksek tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Menarş Yaşlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	Menarş Yaşı	Tarama Yaptıran	p	Tarama Yaptırmayan	p
		Ort±SS		Ort±SS	
Sağlık Sorumluluğu	10-12 yaş	20.51±5.15	.209	**20.81±4.84**	.395
	13-15 yaş	20.37±5.04		19.74±4.18	
	16 yaş ve üzeri	**23.27±5.69**		20.43±4.23	
Fiziksel Aktivite	10-12 yaş	**13.51±6.31**	.633	11.45±4.21	.756
	13-15 yaş	12.64±4.53		**12.08±5.05**	
	16 yaş ve üzeri	12.91±4.01		12.00±4.15	
Beslenme	10-12 yaş	**21.02±5.77**	.315	19.77±4.65	.898
	13-15 yaş	20.74±4.80		**20.17±5.10**	
	16 yaş ve üzeri	18.45±3.77		20.00±2.96	
Manevi Gelişim	10-12 yaş	27.74±5.67	.313	24.49±6.07	.683
	13-15 yaş	26.45±5.57		24.24±5.41	
	16 yaş ve üzeri	**28.36±6.02**		**25.64±5.21**	
Kişilerarası İlişkiler	10-12 yaş	**26.13±5.89**	.991	23.47±5.34	.870
	13-15 yaş	26.02±6.06		23.51±5.46	
	16 yaş ve üzeri	25.91±5.18		**24.29±4.87**	
Stres Yönetimi	10-12 yaş	18.75±5.36	.658	17.45±5.21	.457
	13-15 yaş	18.02±5.16		16.96±4.53	
	16 yaş ve üzeri	**19.00±4.24**		**18.64±5.25**	
SYBDÖ'II Toplam Puan	10-12 yaş	127.66±23.87	.647	117.43±22.13	.769
	13-15 yaş	124.26±21.55		116.69±20.40	
	16 yaş ve üzeri	**127.91±20.93**		**121.00±17.28**	

*Anova Test *p <0.05

Tablo 4.14'de tarama yaptıranlarda ve yaptırmayanlarda menarş yaşlarına göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları incelenmiştir. Tarama yaptıran kadınlarda sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları menarş yaşı 16 yaş ve üzeri olanlarda, fiziksel aktivite, beslenme ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları menarş yaşı 10-12 yaş arasında olanlarda yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tarama yaptırmayanlarda sağlık sorumluluğu puan ortalamaları menarş yaşı 10-12 yaş, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamaları menarş yaşı 13-15 yaş, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları

menarş yaşı 16 yaş ve üzeri olanların daha yüksek tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.15. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların İlk Evlenme Yaşına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**İlk Evlenme Yaşı**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	18 yaş altı	20.28±5.41	.609	19.56±4.41	.550
	18 yaş ve	**20.76±5.08**		**20.22±4.41**	
Fiziksel Aktivite	18 yaş altı	12.30±4.89	.344	11.67±3.31	.843
	18 yaş ve	**13.21±5.29**		**11.90±4.88**	
Beslenme	18 yaş altı	20.55±5.20	.859	**20.44±6.82**	.694
	18 yaş ve	**20.72±5.11**		19.97±4.47	
Manevi Gelişim	18 yaş altı	26.13±6.05	.229	**25.33±6.53**	.475
	18 yaş ve	**27.38±5.84**		24.33±5.47	
Kişilerarası İlişkiler	18 yaş altı	25.78±5.78	.729	**23.94±6.39**	.750
	18 yaş ve	**26.15±5.98**		23.52±5.21	
Stres Yönetimi	18 yaş altı	17.08±4.12	.667	**17.83±5.28**	.596
	18 yaş ve	**18.82±5.43**		17.19±4.77	
SYBDÖ'II Toplam Puan	18 yaş altı	122.10±23.89	.231	**118.78±20.74**	.750
	18 yaş ve üzeri	**127.05±21.63**		117.12±20.66	

*Student-t Test *p <0.05

Tablo 4.16'de ilk evlenme yaşına göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları incelenmiştir. Tarama yaptıranlarda 18 yaş ve üzerinde evlenenlerde SYBDÖ'II alt grup ve toplam puan ortalamaları daha yüksek tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tarama yaptırmayanlarda ise sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puan ortalamaları 18 yaş ve üzerinde evlenenlerde daha yüksek tespit edilmiş iken, SYBDÖ'II toplam ve diğer alt grup puan ortalamaları 18 yaş altı evlenenlerde daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.16. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların İlk Doğum Yaşlarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	İlk Doğum Yaşı	Tarama Yaptıran	p	Tarama Yaptırmayan	p
		Ort±SS		Ort±SS	
Sağlık Sorumluluğu	Doğum yapmamış	**21.13±6.55**	.931	**20.82±2.96**	.853
	18 yaş altı	20.93±5.82		20.33±4.14	
	18 yaş ve üzeri	20.57±5.02		20.06±4.54	
Fiziksel Aktivite	Doğum yapmamış	12.25±2.96	.918	**13.45±6.81**	.498
	18 yaş altı	12.87±6.16		11.42±3.26	
	18 yaş ve üzeri	**13.02±5.19**		11.78±4.61	
Beslenme	Doğum yapmamış	20.75±4.43	.844	**23.09±5.48**	.072
	18 yaş altı	**21.40±5.34**		20.58±7.48	
	18 yaş ve üzeri	20.58±5.16		19.71±4.34	
Manevi Gelişim	Doğum yapmamış	25.63±5.52	.746	**25.73±6.34**	.620
	18 yaş altı	26.80±6.08		25.25±7.75	
	18 yaş ve üzeri	**27.17±5.63**		24.26±5.31	
Kişilerarası İlişkiler	Doğum yapmamış	23.75±5.52	.356	**24.36±6.00**	.844
	18 yaş altı	**27.47±5.60**		23.92±6.78	
	18 yaş ve üzeri	26.03±5.95		23.46±5.17	
Stres Yönetimi	Doğum yapmamış	19.25±5.36	.605	**18.36±4.80**	.705
	18 yaş altı	**19.40±4.53**		17.58±6.00	
	18 yaş ve üzeri	18.17±5.22		17.14±4.72	
SYBDÖ'II Toplam Puan	Doğum yapmamış	122.75±25.25	.801	**125.82±26.92**	.335
	18 yaş altı	**128.87±25.40**		119.08±23.99	
	18 yaş ve üzeri	125.54±21.86		116.42±19.67	

*Anova Test *p <0.05

Tarama yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ilk doğum yaşlarına göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları Tablo 4.16'da incelenmiştir. Tarama yaptıranlarda sağlık sorumluluğu puan ortalamaları doğum yapmamışlarda, fiziksel aktivite ve manevi gelişim puan ortalamaları 18 yaş ve üstünde doğum yapanlarda, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları 18 yaş altı doğum yapanlarda yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tarama yaptırmayanlarda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamalarının hepsi doğum yapmamışlarda yüksek tespit edilmiş olup, serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.17. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Doğum Sayısına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Doğum Sayısı**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	3 Doğum altı	20.38±5.12	.267	19.90±3.97	.245
	3 Doğum ve üzeri	**21.52±5.26**		**21.62±6.39**	
Fiziksel Aktivite	3 Doğum altı	12.79±4.83	.447	**11.98±4.92**	.475
	3 Doğum ve üzeri	**13.58±6.32**		11.19±3.02	
Beslenme	3 Doğum altı	20.58±5.09	.679	19.95±4.45	.609
	3 Doğum ve üzeri	**21.00±5.29**		**20.52±6.58**	
Manevi Gelişim	3 Doğum altı	26.85±5.72	.435	24.30±5.27	.435
	3 Doğum ve üzeri	**27.73±5.39**		**25.33±7.34**	
Kişilerarası İlişkiler	3 Doğum altı	25.84±6.04	.401	23.57±5.27	.997
	3 Doğum ve üzeri	**26.82±5.43**		23.57±5.87	
Stres Yönetimi	3 Doğum altı	18.32±5.29	.869	17.12±4.66	.345
	3 Doğum ve üzeri	**18.48±4.73**		**18.19±5.71**	
SYBDÖ'II toplam puan	3 Doğum altı	124.77±22.35	.323	116.81±19.93	.458
	3 Doğum ve üzeri	**129.12±22.03**		**120.43±24.70**	

*Student-t Test *p <0.05

Tablo 4.17'de grupların SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları doğum sayılarına göre karşılaştırılmıştır. Tarama yaptıranlarda 3 ve üzeri doğum yapanlarda SYBDÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tarama yaptırmayanlarda ise fiziksel aktivite hariç 3 ve üzeri doğum yapanlarda daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.18. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Doğum Şekline Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Doğum Şekline**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Normal	20.20±4.74	**.042**	**20.52±4.21**	.217
	Sezeryan	20.56±5.40		20.00±4.57	
	Normal-Sezeryan	**24.67±5.38**		18.15±5.46	
Fiziksel Aktivite	Normal	13.20±5.42	.494	11.48±4.10	.473
	Sezeryan	12.40±4.79		11.75±4.89	
	Normal-Sezeryan	**14.44±6.58**		**13.15±4.91**	
Beslenme	Normal	20.32±4.79	.111	19.81±4.12	.179
	Sezeryan	20.65±5.63		19.26±4.84	
	Normal-Sezeryan	**24.11±5.33**		**21.92±6.14**	
Manevi Gelişim	Normal	27.25±6.04	.512	**25.13±5.74**	**.035**
	Sezeryan	26.58±4.78		24.19±5.27	
	Normal-Sezeryan	**28.89±6.51**		20.85±4.31	
Kişilerarası İlişkiler	Normal	25.99±6.07	.463	**24.01±5.34**	.530
	Sezeryan	26.08±5.88		22.96±5.55	
	Normal-Sezeryan	**28.56±4.59**		23.15±3.87	
Stres Yönetimi	Normal	17.81±4.37	**.026**	17.06±4.27	.714
	Sezeryan	18.35±5.93		17.09±5.10	
	Normal-Sezeryan	**22.67±6.14**		**18.23±6.44**	
SYBDÖ'II Toplam Puan	Normal	124.76±24.44	.050	**118.01±18.28**	.729
	Sezeryan	124.63±20,29		115.26±21.861	
	Normal-Sezeryan	**143.33±24.60**		115.46±21.24	

***** Anova Test *p <0.05

Tarama yaptıran katılımcıların doğum şekillerine göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları normal ve sezeryan doğum yapanlarda daha yüksek iken, serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tarama yaptırmayanlarda sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları normal doğum yapanlarda daha yüksek iken, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları normal ve sezeryan ile doğum yapanlarda daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda manevi gelişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.19. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Çocuk Sayılarına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Çocuk Sayısı**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Doğum yapmamış	21.13±6.55	.496	20.82±2.96	.195
	3 çocuk altı	20.33±5.03		19.81±4.05	
	3 çocuk ve üzeri	**21.52±5.25**		**21.62±6.39**	
Fiziksel Aktivite	Doğum yapmamış	12.25±2.96	.715	**13.45±6.81**	.433
	3 çocuk altı	12.83±4.94		11.85±4.72	
	3 çocuk ve üzeri	**13.58±6.32**		11.19±3.02	
Beslenme	Doğum yapmamış	20.75±4.43	.914	**23.09±5.48**	.064
	3 çocuk altı	20.57±5.14		19.65±4.25	
	3 çocuk ve üzeri	**21.00±5.29**		20.52±6.58	
Manevi Gelişim	Doğum yapmamış	25.63±5.52	.603	**25.73±6.34**	.501
	3 çocuk altı	26.94±5.75		24.17±5.17	
	3 çocuk ve üzeri	**27.73±5.39**		25.33±7.34	
Kişilerarası İlişkiler	Doğum yapmamış	23.75±5.52	.413	**24.36±6.00**	.876
	3 çocuk altı	25.99±6.07		23.49±5.22	
	3 çocuk ve üzeri	**26.82±5.42**		23.57±5.87	
Stres Yönetimi	Doğum yapmamış	**19.25±5.36**	.858	**18.36±4.80**	.429
	3 çocuk altı	18.25±5.30		17.00±4.65	
	3 çocuk ve üzeri	18.48±4.73		18.19±5.71	
SYBDÖ'II Total Puan	Doğum yapmamış	122.75±25.25	.594	**125.82±26.92**	.242
	3 çocuk altı	124.92±22.24		115.97±19.08	
	3 çocuk ve üzeri	**129.12±22.03**		120.43±24.70	

*Anova Test *p <0.05

Tablo 4.19'da tarama yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların çocuk sayılarına göre SYBDÖ'II puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Stres yönetimi puan ortalamaları tarama yaptıranlarda çocuk sahibi olmayanlarda daha yüksek iken diğer alt grup ve toplam puan ortalamaları 3 ve üzeri çocuk sahibi olanlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Tarama yaptırmayanlarda ise sağlık sorumluluğu puan ortalaması 3 ve üzeri doğum yapanlarda daha yüksek iken, SYBDÖ'II diğer alt grup ve toplam puan ortalamaları çocuk sahibi olmayanlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.20. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların OKS Kullanma Durumuna Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**OKS Kullanma Durumu**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Kullanıyor	**20.67±5.86**	.951	**20,35±5,207**	.794
	Kullanmıyor	20.62±4.86		20,10±4,240	
Fiziksel Aktivite	Kullanıyor	**13.49±5.19**	.436	**11,88±4,448**	.989
	Kullanmıyor	12.76±5.18		11,87±4,776	
Beslenme	Kullanıyor	19.26±4.85	**.031**	19,85±4,287	.833
	Kullanmıyor	**21.24±5.13**		**20,06±4,899**	
Manevi Gelişim	Kullanıyor	**27.07±5.93**	.975	**24,96±4,395**	.607
	Kullanmıyor	27.04±5.56		24,34±5,820	
Kişilerarası İlişkiler	Kullanıyor	**25.67±5.55**	.620	23,15±3,844	.666
	Kullanmıyor	26.21±6.06		**23,65±5,618**	
Stres Yönetimi	Kullanıyor	17.72±4.89	.343	16,23±4,385	.229
	Kullanmıyor	**18.61±5.26**		**17,48±4,891**	
SYBDÖ'II toplam puan	Kullanıyor	123.88±23.28	.523	116,42±16,425	.808
	Kullanmıyor	**126.47±21.93**		**117,51±21,436**	

*Student-t Test *p <0.05

Tarama yaptıranlarda OKS kullanım durumlarına göre beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları OKS kullanmayanlarda daha yüksek iken diğer alt grup puan ortalamaları OKS kullananlarda daha yüksek bulunmuştur. Serviks

kanseri taraması yaptıran kadınlarda beslenme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tarama yaptırmayanlarda ise sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve manevi gelişim puan ortalamaları OKS kullananlarda daha yüksek iken, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları OKS kullanmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.21. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların OKS Kullanma Sürelerine Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**OKS Kullanma Süresi**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	5 yıldan az	19.40±5.42	.100	20.26±5.46	.897
	5 yıl ve üzeri	**22.39±6.17**		**20.57±4.82**	
Fiziksel Aktivite	5 yıldan az	13.32±5.51	.699	**12.00±4.44**	.833
	5 yıl ve üzeri	**13.94±4.67**		11.57±4.79	
Beslenme	5 yıldan az	19.40±4.60	.917	**20.05±4.20**	.694
	5 yıl ve üzeri	**19.56±5.00**		19.29±4.78	
Manevi Gelişim	5 yıldan az	27.16±6.37	.997	**25.53±4.40**	.289
	5 yıl ve üzeri	**27.17±5.51**		23.43±4.31	
Kişilerarası İlişkiler	5 yıldan az	24.12±5.50	**.034**	**23.53±3.54**	.427
	5 yıl ve üzeri	**27.72±5.03**		22.14±4.70	
Stres Yönetimi	5 yıldan az	17.32±4.54	.510	**16.58±4.89**	.516
	5 yıl ve üzeri	**18.33±5.43**		15.29±2.62	
SYBDÖ'II toplam puan	5 yıldan az	120.72±21.39	.248	**117.95±15.70**	.447
	5 yıl ve üzeri	**129.11±25.43**		112.29±18.88	

*Student-t Test *p <0.05

Tarama yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların OKS kullanım sürelerine göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.21'de gösterilmiştir. Tarama yaptıranlarda 5 yıl ve üzeri OKS kullananlarda SYBDÖ'II

toplam ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tarama yaptırmayanlarda sağlık sorumluluğu puan ortalaması haricinde 5 yıldan daha az sürede OKS kullananlarda SYBDÖ' toplam ve alt grup puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.22. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Menapoza Girme Durumların Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Menapoza Girme Durumu**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Girmiş	**20.70±4.66**	.885	**20,32±4,27**	.703
	Girmemiş	20.58±5.55		20,03±4,50	
Fiziksel Aktivite	Girmiş	12.88±4.65	.856	11,61±4,14	.599
	Girmemiş	**13.04±5.60**		**12,03±5,03**	
Beslenme	Girmiş	**20.90±4.15**	.634	**20,68±5,46**	.189
	Girmemiş	20.49±5.79		19,62±4,30	
Manevi Gelişim	Girmiş	**27.28±4.91**	.646	**24,98±5,89**	.360
	Girmemiş	26.86±6.20		24,12±5,40	
Kişilerarası İlişkiler	Girmiş	**26.46±5.23**	.448	**24,49±5,70**	.097
	Girmemiş	25.72±6.41		23,00±5,05	
Stres Yönetimi	Girmiş	17.61±4.17	.114	**17,91±5,06**	.200
	Girmemiş	**18.95±5.76**		16,87±4,64	
SYBDÖ'II toplam puan	Girmiş	**125,84±18.**54	.956	**120,00±20,31**	.214
	Girmemiş	125.64±25.00		115,68±20,72	

*Student –t Test *p <0.05

Menapoza girme durumlarına göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.22'de incelenmiştir. Tarama yaptıranlarda fiziksel aktivite ve stres yönetimi SYBDÖ'II alt grup puanları menapoza girmeyenlerde daha yüksek

iken diğer alt grup puanları ve toplam puan ortalamaları menapoza girenlerde daha yüksek bulunmuştur. Tarama yaptırmayanlarda ise SYBDÖ'II fiziksel aktivite alt grup puan ortalamaları haricinde SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları menapoza girmeyenlerde daha yüksek tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.23. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Menopoza Girme Yaşına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Menopoza Girme Yaşı**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	40 yaş altı	20.00±7.07	.977	20.00±6.32	.275
	41-50 yaş	20.72±4.73		19.87±3.63	
	51 yaş ve üzeri	**20.80±3.83**		**22.30±4.32**	
Fiziksel Aktivite	40 yaş altı	12.50±0.71	.753	10.22±2.81	.535
	41-50 yaş	12.77±4.59		11.79±4.62	
	51 yaş ve üzeri	**14.40±6.54**		**12.20±3.04**	
Beslenme	40 yaş altı	18.00±4.24	.557	**21.89±5.86**	.530
	41-50 yaş	**21.05±3.91**		20.82±5.69	
	51 yaş ve üzeri	20.20±7.05		19.10±4.20	
Manevi Gelişim	40 yaş altı	**28.50±2.12**	.928	**29.78±5.28**	**.016**
	41-50 yaş	27.22±4.93		23.68±5.52	
	51 yaş ve üzeri	27.60±6.11		25.60±5.94	
Kişilerarası İlişkiler	40 yaş altı	**27.00±1.41**	.762	**27.00±7.51**	.347
	41-50 yaş	26.58±5.12		23.89±5.24	
	51 yaş ve üzeri	24.80±7.73		24.50±5.62	
Stres Yönetimi	40 yaş altı	17.50±0.71	.949	**20,44±5.61**	.255
	41-50 yaş	17.57±4.09		17.55±4.78	
	51 yaş ve üzeri	**18.20±6.38**		17.00±5.43	
SYBDÖ'II toplam puan	40 yaş altı	123.50±4.95	.984	**129.33±20.86**	.301
	41-50 yaş	125.90±17.56		117.61±20.65	
	51 yaş ve üzeri	**126.00±33.41**		120.70±17.76	

*Anova Test *p <0.05

Tablo 4.23'de menopoza girme yaşına göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları tarama yaptıran ve yaptırmayanlara göre incelenmiş olup, her iki grupta da sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt grup puan ortalamaları 51 ve üzeri yaş grubunda menopoza girenlerde daha yüksek bulunmuştur. Tarama yaptıranlarda 41 ve 50 yaş grubunda menopoza girenlerde beslenme alt grup puan ortalamaları daha

yüksek iken tarama yaptırmayanlarda 40 yaş altında daha yüksek bulunmuştur. Manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler her iki grupta 40 yaş altında menopoza girenlerde daha yüksek tespit edilmiştir. Stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam grup puan ortalamaları ise tarama yaptıranlarda 51 yaş ve üzerinde daha yüksek bulunmuş iken tarama yaptırmayanlarda 40 yaş altında daha yüksektir. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda manevi gelişim puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.24. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Jinekolojik Muayene Yaptırma Durumların Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Jinekolojik muayene yaptırma durumu**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Evet	**20.83±5.18**	.448	**20.20±4.12**	.885
	Hayır	20.12±5.11		20.09±4.62	
Fiziksel Aktivite	Evet	**12.98±5.25**	.955	**12.60±5.49**	.098
	Hayır	12.93±5.06		11.32±3.94	
Beslenme	Evet	20.56±5.26	.678	**20.48±5.24**	.315
	Hayır	**20.95±4.79**		19.68±4.40	
Manevi Gelişim	Evet	**27.40±5.51**	.223	**25.17±5.63**	.167
	Hayır	26.14±5.96		23.89±5.52	
Kişilerarası İlişkiler	Evet	**26.31±5.69**	.403	**24.45±5.08**	.078
	Hayır	25.40±6.44		22.89±5.46	
Stres Yönetimi	Evet	**18.79±5.08**	.099	**18.15±4.71**	**.048**
	Hayır	17.24±5.27		16.59±4.80	
SYBDÖ'II toplam puan	Evet	**126.87±21.81**	.315	**121.05±20.86**	.053
	Hayır	122.79±23.47		114.47±20.07	

*Student-t Test *p <0.05

Jinekolojik muayene yaptırma durumları tarama yaptıranlarda beslenme alt grubu puan ortalamaları haricinde her iki grupta da SYBDÖ'II toplam ve alt grubu puan ortalamaları jinekolojik muayene yaptıranlarda daha yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Serviks kanseri taraması

yaptırmayan kadınlarda stres yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4.24).

Tablo 4.25. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Jinekolojik Muayene Yaptırılan Yere Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	Jinekolojik Muayene Yaptırılan Yer	Tarama Yaptıran	p	Tarama Yaptırmayan	p
		Ort±SS		Ort±SS	
Sağlık Sorumluluğu	Devlet	20.61±5.06	.428	**20.56±4.25**	.490
	Özel	**21.54±5.59**		19.85±4.04	
Fiziksel Aktivite	Devlet	12.71±5.41	.338	11.91±4.54	.320
	Özel	**13.85±4.74**		**13.27±6.27**	
Beslenme	Devlet	20.23±5.11	.244	20.41±5.66	.916
	Özel	**21.62±5.67**		**20.55±4.89**	
Manevi Gelişim	Devlet	27.33±5.56	.819	**25.44±6.03**	.709
	Özel	**27.62±5.46**		24.91±5.31	
Kişilerarası İlişkiler	Devlet	26.21±5.73	.752	**25.19±4.75**	.250
	Özel	**26.62±5.69**		23.73±5.36	
Stres Yönetimi	Devlet	18.54±4.86	.364	**18.34±4.91**	.752
	Özel	**19.58±5.71**		17.97±4.58	
SYBDÖ toplam puan	Devlet	125.62±21.88	.293	**121.84±22.85**	.764
	Özel	**130.81±21.49**		120.27±19.05	

*Student-t Test *p <0.05

Tablo 4.25'de tarama yaptıranlarda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları özel sağlık kuruluşlarında jinekolojik muayenelerini yaptıranlarda daha yüksek bulunmuştur. Tarama yaptırmayanlarda ise beslenme ve fiziksel aktivite alt grup puan ortalamaları devlet kurumlarında jinekolojik muayenelerini yaptıranlarda yüksek iken SYBDÖ'II diğer alt grup ve toplam puan ortalamaları özel sağlık kuruluşlarında yaptıranlarda daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.26. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Ailesinde Kanser Varlığına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	Ailesinde Kanser Varlığı	Tarama Yaptıran	p	Tarama Yaptırmayan	p
		Ort±SS		Ort±SS	
Sağlık Sorumluluğu	Var	**20.73±5.60**	.833	19.32±4.04	.073
	Yok	20.55±4.76		**20.65±4.55**	
Fiziksel Aktivite	Var	**13.31±6.10**	.444	11.33±3.84	.273
	Yok	12.66±4.24		**12.20±5.15**	
Beslenme	Var	20.07±4.99	.179	19.12±3.62	.070
	Yok	**21.20±5.19**		**20.58±5.31**	
Manevi Gelişim	Var	20.07±4.99	.448	24.30±5.67	.800
	Yok	**21.20±5.19**		**24.54±5.6**	
Kişilerarası İlişkiler	Var	25.93±5.89	.810	23.07±5.26	.375
	Yok	**26.16±5.95**		**23.87±5.39**	
Stres Yönetimi	Var	18.31±5.56	.931	16.47±4.31	.115
	Yok	**18.39±4.81**		**17.75±5.06**	
SYBDÖ toplam puan	Var	125.03±24.52	.721	113.61±17.75	.085
	Yok	**126.34±20.25**		**119.59±21.96**	

*Student-t Test *p <0.05

Tablo 4.26'da serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ailesinde kanser vakası varlığına göre SYBDÖ toplam ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması incelenmiştir. Tarama yaptıran katılımcıların sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puan ortalamaları ailesinde kanser vakaları bulunanlarda yüksek iken, SYBDÖ'II toplam ve diğer alt grup puan ortalamaları ailesinde kanser vakası bulunmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Tarama yaptırmayanlarda ise SYBDÖ'II toplam ve alt grup puanları ailesinde kanser vakası olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.27. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Ailesinde Kanser Tespit Edilen Akrabanın Yakınlık Derecesine Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	Ailesinde Kanser Tespit Edilen Akrabanın Yakınlık Derecesi	Tarama Yaptıran	p	Tarama Yaptırmayan	p
		Ort±SS		Ort±SS	
Sağlık Sorumluluğu	1. Derece akraba	**21.85±6.35**	.412	**20.35±4.46**	.532
	2. Derece akraba	18.75±5.49		17.67±3.51	
	3. Derece akraba	21.25±4.91		18.91±5.68	
	Diğer	19.65±5.09		18.83±2.64	
Fiziksel Aktivite	1. Derece akraba	**15.12±7.55**	.286	**11.75±4.19**	.947
	2. Derece akraba	12.75±6.61		11.33±3.21	
	3. Derece akraba	12.56±4.65		11.00±5.16	
	Diğer	11.80±4.42		11.13±3.03	
Beslenme	1. Derece akraba	**21.38±5.73**	.172	**19.85±3.63**	.586
	2. Derece akraba	17.00±5.32		18.00±6.08	
	3. Derece akraba	19.56±4.03		18.09±3.41	
	Diğer	20.00±4.18		19.13±3.48	
Manevi Gelişim	1. Derece akraba	27.54±5.86	.257	24.60±4.53	.890
	2. Derece akraba	23.38±8.38		24.00±3.61	
	3. Derece akraba	**27.94±5.27**		23.09±7.59	
	Diğer	25.85±5.41		**24.65±5.99**	
Kişilerarası İlişkiler	1. Derece akraba	**27.46±6.73**	.180	23.15±5.09	.961
	2. Derece akraba	23.38±6.59		22.67±6.02	
	3. Derece akraba	24.13±3.34		22.36±5.45	
	Diğer	26.40±5.72		**23.39±5.57**	
Stres Yönetimi	1. Derece akraba	**19.27±5.77**	.594	15.80±3.36	.307
	2. Derece akraba	16.75±5.80		**19.33±2.52**	
	3. Derece akraba	17.31±5.44		15.18±4.56	
	Diğer	18.50±5.43		17.30±4.94	
SYBDÖ'II toplam puan	1. Derece akraba	**132.62±28.83**	.161	**115.50±17.68**	.776
	2. Derece akraba	112.00±28.84		113.00±8.71	
	3. Derece akraba	122.75±15.79		108.64±24.47	
	Diğer	122.20±20.59		114.43±15.38	

*Anova Test *p <0.05

Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ailesinde kanser tespit edilen akrabalarının yakınlık derecesine göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları Tablo 4.27'de incelenmiştir. Tarama yaptıran katılımcıların manevi gelişim alt grup puan ortalamaları 3.derece akrabasında kanser varlığı tespit edilenlerde daha yüksek iken, SYBDÖ'II toplam ve diğer alt grup puan ortalamaları 1. derece akrabalarında kanser tespit edilenlerde daha yüksek bulunmuştur. Tarama yaptırmayanlarda ise manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları diğer

grupta, stres yönetimi puan ortalamaları 2. derece akrabalarında ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları 1. derece akrabalarında kanser tespit edilenlerde daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.28. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Ailesinde Kanser Türüne Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Ailesinde ne kanseri**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Sadece Kadınlarda Görülen	**20.94±5.12**	.851	19.10±4.25	.855
	Diğer	20.65±5.80		**19.36±4.04**	
Fiziksel Aktivite	Sadece Kadınlarda Görülen	**13.61±6.45**	.813	10.60±3.97	.512
	Diğer	13.21±6.04		**11.49±3.84**	
Beslenme	Sadece Kadınlarda Görülen	**20.50±4.57**	.676	**19.20±4.21**	.942
	Diğer	19.92±5.16		19.11±3.53	
Manevi Gelişim	Sadece Kadınlarda Görülen	25.94±7.28	.554	23.90±5.56	.810
	Diğer	**26.92±5.52**		**24.38±5.75**	
Kişilerarası İlişkiler	Sadece Kadınlarda Görülen	25.44±7.12	.689	22.80±5.13	.860
	Diğer	**26.10±5.47**		**23.13±5.34**	
Stres Yönetimi	Sadece Kadınlarda Görülen	18.17±4.84	.897	16.10±4.22	.766
	Diğer	**18.37±5.83**		**16.55±4.36**	
SYBDÖ'II toplam puan	Sadece Kadınlarda Görülen	124.61±27.77	.934	111.70±23.13	.711
	Diğer	**125.17±23.59**		**114.02±16.66**	

*Student-t Test *p <0.05

Tablo 4.28'de tarama yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların ailesinde görülen kanser türüne göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları incelenmiştir. Tarama yaptıran katılımcıların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme alt grup puan ortalamaları ailesinde sadece kadınlarda görülen kanser türü vakası olanlarda daha yüksek iken SYBDÖ'II diğer alt grup ve toplam puan ortalamaları ailesinde diğer kanser türleri görülenlerde daha yüksek bulunmuştur. Tarama yaptırmayanlarda ise belenme alt grup puan ortalamaları ailesinde sadece kadınlarda görülen kanser türü vakası bulunanlarda daha yüksek iken SYBDÖ'II toplam ve diğer alt grup puan ortalamaları ise ailesinde diğer kanser türü görülenlerde daha yüksek tespit edilmiştir. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.29. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Yakın Çevresinde Kanser Varlığına Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Yakın Çevresinde Kanser Varlığı**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Var	**20.89±5.97**	.592	19.64±3.67	.250
	Yok	20.44±4.46		**20.48±4.83**	
Fiziksel Aktivite	Var	12.86±4.95	.829	11.66±4.33	.641
	Yok	**13.05±5.38**		**12.02±4.96**	
Beslenme	Var	20.12±5.27	.251	**20.07±4.37**	.935
	Yok	**21.09±4.98**		20.00±5.07	
Manevi Gelişim	Var	**27.37±5.96**	.543	**25.49±5.30**	.058
	Yok	26.80±5.42		23.73±5.69	
Kişilerarası İlişkiler	Var	**26.32±6.36**	.626	**24.56±5.13**	.060
	Yok	25.85±5.57		22.89±5.40	
Stres Yönetimi	Var	**18.57±5.52**	.655	**17.51±4.39**	.613
	Yok	18.19±4.89		17.10±5.10	
SYBDÖ'II toplam puan	Var	**126.14±23.31**	.844	**118.92±18.4**	.434
	Yok	125.41±21.59		116.22±22.00	

*Student-t Test *p <0.05

Tarama yaptıran katılımcıların fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamaları yakın çevresinde kanser görülmeyenlerde daha yüksek iken SYBDÖ'II toplam ve diğer alt grup puan ortalamaları yakın çevresinde kanser görülenlerde daha yüksek bulunmuştur. Tarama yaptırmayanlarda ise sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puan ortalamaları yakın çevresinde kanser vakası görülmeyenlerde yüksek iken, SYBDÖ'II toplam ve diğer alt grup puan ortalamaları yakın çevresinde kanser vakası görülenlerde daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.29).

Tablo 4.30. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Yakın Çevresinde Kanser Görülen Kişilere Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Yakın çevresinde kanser görülen kişiler**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Arkadaş	19.20±6.89	.333	19.50±2.77	.873
	Komşu	**21.20±5.80**		**19.68±3.92**	
Fiziksel Aktivite	Arkadaş	**13.90±6.38**	.475	11.57±4.94	.935
	Komşu	12.67±4.69		**11.68±4.19**	
Beslenme	Arkadaş	19.80±7.19	.835	19.71±4.81	.735
	Komşu	**20.18±4.93**		**20.17±4.28**	
Manevi Gelişim	Arkadaş	22.20±6.75	**.002**	**25.57±5.93**	.950
	Komşu	**28.31±5.36**		25.47±5.18	
Kişilerarası İlişkiler	Arkadaş	24.40±10.05	.302	**24.64±5.54**	.944
	Komşu	**26.67±5.50**		24.53±5.07	
Stres Yönetimi	Arkadaş	15.40±6.26	**.047**	**17.93±3.60**	.687
	Komşu	**19.15±5.23**		17.38±4.64	
SYBDÖ toplam puan	Arkadaş	114.90±35.69	.098	**118.93±19.79**	.998
	Komşu	**128.18±20.10**		118.91±18.25	

*Student-t Test *p <0.05

Tarama yaptıran katılımcıların arkadaşlarında kanser görülenlerin fiziksel aktivite puan ortalamaları daha yüksek iken komşularında kanser görülenlerin SYBD'II toplam ve diğer alt grup puan ortalamaları yüksek tespit edilmiştir. Serviks kanseri

taraması yaptıran kadınlarda manevi gelişim ve stres yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tarama yaptırmayanlarda komşularında kanser görülenlerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme puan ortalamaları daha yüksek iken, arkadaşlarında kanser görülenlerin ise manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.30). Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.31. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Yakın Çevresinde Kanser Türüne Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Yakın çevresinde ne kanseri**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Sadece Kadınlarda Görülen	19.77±6.15	.161	19.35±3.08	.633
	Diğer	**21.86±5.72**		**19.82±4.01**	
Fiziksel Aktivite	Sadece Kadınlarda Görülen	**13.00±4.87**	.836	**12.26±5.05**	.401
	Diğer	12.74±5.08		11.29±3.86	
Beslenme	Sadece Kadınlarda Görülen	**20.33±5.66**	.769	19.87±5.19	.788
	Diğer	19.94±4.99		**20.18±3.85**	
Manevi Gelişim	Sadece Kadınlarda Görülen	26.17±6.17	.133	24.35±4.92	.193
	Diğer	**28.40±5.67**		**26.18±5.47**	
Kişilerarası İlişkiler	Sadece Kadınlarda Görülen	25.13±6.35	.164	24.30±5.38	.767
	Diğer	**27.34±6.27**		**24.71±5.04**	
Stres Yönetimi	Sadece Kadınlarda Görülen	**18.57±6.08**	.997	**18.35±5.13**	.249
	Diğer	18.57±5.08		17.00±3.87	
SYBDÖ'II toplam puan	Sadece Kadınlarda Görülen	122.97±25.58	.314	118.48±18.27	.886
	Diğer	**128,86±21,18**		**119.18±18.78**	

*Student-t Test *p <0.05

Tablo 4.31'de tarama yaptıran kadınlarda sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası iletişim ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları yakın çevresinde diğer kanser türü görülenlerde daha yüksek iken, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları yakın çevresinde sadece kadınlarda görülen kanser türü olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Tarama yaptırmayanlarda fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları yakın çevresinde sadece kadınlarda görülen kanser türü olanlarda yüksek iken, SYBDÖ'II toplam ve diğer alt grup puan ortalamaları ise yakın çevresinde diğer kanser türü görülenlerde daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.32. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Serviks Kanseri Bilgi Durumuna Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Serviks kanseri bilgi durumu**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Var	**21.16±5.15**	.184	20.10±4.48	.918
	Yok	20.04±5.13		**20.18±4.36**	
Fiziksel Aktivite	Var	**13.32±4.97**	.385	**12.03±5.02**	.707
	Yok	12.58±5.42		11.74±4.43	
Beslenme	Var	**21.18±5.40**	.204	19.71±4.50	.456
	Yok	20.11±4.75		**20.30±5.02**	
Manevi Gelişim	Var	**27.37±5.75**	.465	**24.73±5.65**	.565
	Yok	26.69±5.55		24.20±5.56	
Kişilerarası İlişkiler	Var	**26.51±5.73**	.323	**23.81±5.10**	.597
	Yok	25.55±6.09		23.35±5.57	
Stres Yönetimi	Var	**19.28±5.49**	**,020**	16.93±4.74	.423
	Yok	17.32±4.58		**17.56±4.88**	
SYBDÖ'II toplam puan	Var	**128.81±22.74**	.074	117.31±21.21	.997
	Yok	122.30±21.39		**117.33±20.20**	

*Student-t Test *p <0.05

Tarama yaptıranlarda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda stres yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tarama yaptırmayanlarda fiziksel aktivite, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olanlarda daha yüksek bulunmuş iken, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları ise serviks kanseri hakkında bilgisi olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.32). Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.33. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Katılımcıların Taramada Kullanılan Testi Duyma Durumuna Göre SYBDÖ'II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SYBDÖ'II	**Serviks kanseri teşhisinde kullanılan testi duyma durumu**	**Tarama Yaptıran**	**p**	**Tarama Yaptırmayan**	**p**
		Ort±SS		**Ort±SS**	
Sağlık Sorumluluğu	Evet	**20.72±5.25**	,692	19.77±4.53	.258
	Hayır	20.32±4.88		**20.59±4.22**	
Fiziksel Aktivite	Evet	**13.44±5.39**	**.039**	**11.93±4.53**	.879
	Hayır	11.35±4.07		11.81±4.93	
Beslenme	Evet	**20.78±5.09**	.652	**20.12±4.46**	.790
	Hayır	20.32±5.24		19.91±5.18	
Manevi Gelişim	Evet	**27.51±5.67**	.064	24.00±5.23	.284
	Hayır	25.47±5.36		**24.99±5.98**	
Kişilerarası İlişkiler	Evet	**26.28±5.90**	.378	23.40±4.79	.681
	Hayır	25.26±5.91		**23.76±5.97**	
Stres Yönetimi	Evet	**18.88±5.11**	**.020**	16.70±4.36	.111
	Hayır	16.56±4.96		**17.96±5.26**	
SYBDÖ'II toplam puan	Evet	**127.61±21.88**	.055	115.91±19.96	.361
	Hayır	119.29±22.77		**119.01±21.39**	

*Student-t Test *p <0.05

Tablo 4.33'de tarama yaptıran ve yaptırmayan kadınlarda serviks kanseri erken teşhisi için kullanılan testi duyma durumu incelenmiştir. Tarama yaptıranlarda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları serviks kanseri hakkında bilgi sahibi olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptıran kadınlarda fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tarama yaptırmayanlarda ise beslenme ve fiziksel aktivite puan ortalamaları serviks kanseri teşhisinde kullanılan testin adını duyanlarda yüksek iken, SYBDÖ'II toplam ve diğer alt grup puan ortalamaları duymayanlarda daha yüksek bulunmuştur. Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlarda SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları arasında istatistiki açıdan fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.34. Serviks Kanseri Taraması Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği' II Puanlarının Dağılımı

SYBDÖ'II	**Soru Sayısı**	**Ort±Ss**	**Medyan (Min-Maks)**	**Cronbach's Alpha**
Sağlık Sorumluluğu	9	20.39±4.79	19 (9-36)	**0.798**
Manevi Gelişim	9	25.75±5.76	26 (9-36)	**0.868**
Kişiler Arası İlişkiler	9	24.74±5.67	25 (9-36)	**0.882**
Stres Yönetimi	8	17.81±5.01	17 (8-32)	**0.817**
Beslenme	9	20.35±4.96	20 (9-36)	**0.770**
Fiziksel Aktivite	8	12.42±4.97	11 (8-32)	**0.877**
SYBDÖ' II	52	121.46±21.89	120 (52-199)	**0.931**

Araştırmaya katılan kadınların SYBDÖ'II "Sağlık Sorumluluğu" alt boyutundan aldıkları puanlar 9 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalama 20±4 puan; "Manevi Gelişim" alt boyutundan aldıkları puanlar 9 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalama 25±5 puan; "Kişiler Arası İlişkiler" alt boyutundan aldıkları puanlar 9 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalama 24±5 puan; "Stres Yönetimi" alt boyutundan aldıkları puanlar 8 ile 32 arasında değişmekte olup, ortalama 17±5 puan; "Beslenme" alt boyutundan aldıkları puanlar 9 ile 36 arasında değişmekte olup, ortalama 20±4 puan; "Fiziksel Aktivite" alt boyutundan aldıkları puanlar 8 ile 32 arasında değişmekte olup, ortalama 12±4 puan olarak belirlenmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nden aldıkları toplam puanlar 52 ile 199 arasında değişmekte olup; ortalama puan 121±21'dir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği iç tutarlılıkları incelendiğinde; Sağlık Sorumluluğu alt boyutu için α=0,798, Manevi Gelişim alt boyutu için α=0,868, Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu için α=0,882, Stres Yönetimi alt boyutu için α=0,817, Beslenme alt boyutu için α=0,770, Fiziksel Aktivite alt boyutu için α=0,877 olup toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Cronbach's Alfa katsayı 0,931'dir (Tablo 4.34).

Tablo 4.35. Serviks Kanseri Taraması Yaptırmayan Katılımcıların Yapılan Girişimler Sonucu Tarama Yaptırma ve yaptırmama Durumlarının Karşılaştırılması

	Tarama Yaptıran		**Tarama yaptırmayan**		***Test**
	n	**%**	**n**	**%**	**p**
İlk Karşılaşma	0	0	150	100	p<0.001
Broşür Dağıtımı ve Sözlü Eğitim Sonrası	44	29.3	106	70.7	
SMS ve Whatsapp Mesajı Sonrası	39	26	67	44.7	

*Mc Nemar Analizi

Serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınların %29.3'ünün (n=44) broşür ve sözlü eğitim sonrası tarama yaptırdığı, %26'sının (n=39) ise Whatsapp ve SMS mesajları sonrası tarama yaptırdığı tespit edilmiştir. Toplamda ise %55.3'ü broşür ve hatırlatıcı mesajlar sonrası tarama yaptırmıştır (Tablo 4.35).

5. TARTIŞMA

Ulusal kanser tarama programı kapsamında serviks kanseri taraması yaptıran ve yaptırmayan 30-65 yaş grubu kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ile serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlara verilen eğitim ve hatırlatıcı mesajların erken tanı davranışlarına etkisinin incelendiği bu araştırma, tarama yaptıran ve yaptırmayan kadınların yaş grubu, yaş ortalaması, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, eşlerin eğitim durumları ve çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Eğitim durumları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Çalışmamız yaş gruplarına göre incelendiğinde, tarama yaptıranların en yüksek oranı %36 ile 40-49 yaş grubunda iken, tarama yaptırmayanlarda %35.3 ile 30-39 yaş grubundadır. Yaş ortalamaları ise tarama yaptıranlarda 45.8±8.9 yıl, tarama yaptırmayanlarda 44.6±9.7 yıl olarak bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde İzmir'de yapılan bir araştırmada kadınların Pap testi yaptırmaları ve yaş grupları arasında istatiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını tespit edilmiştir. 30-39 yaş grubundaki Pap testi yaptıranların oranı % 42.6, yaptırmayanların oranı % 47.3 olarak bulunmuştur (İflazoğlu ve Aydoğdu, 2019). Ankara'da daha önce hiç Pap testi yaptırmamış kadınların Pap testine ve serviks kanserine yönelik farkındalıkları ve yaptırmamama nedenlerinin değerlendirildiği bir çalışmada kadınların yaş ortalaması 43.36±7.47 yıl olarak (Öztürk ve Gürsoy, 2018), Konya'da yapılan diğer bir çalışmada ise araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 46.49±4.36 yıl ve serviks kanseri taraması yaptırmayanların oranı %48,6 olarak tespit edilmiştir (Altınel ve Akın, 2020). Antalya'da kadın hekimler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada kadınların yaş ortalamaları 35±7.6 yıl (25-63 yaş arası) ve hiç test yaptırmayanların oranı ise %49.6'dır (Eke ve ark., 2016), İstanbul'da kadın sağlık

çalışanları üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da yaş ortalamaları 36,46±9.54 yıl (20-62 yaş arası), hiç test yaptırmayanların oranı %56.9 bulunmuştur (Özçam ve ark., 2014). İstanbul'da bir ASM'ye başvuran kadınların Pap testi yaptırma durumlarının incelendiği bir çalışmada 40 yaş üzeri kadınların test yaptırma oranları (%73.8) yaptırmayan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Kılıçsokan ve İlhan, 2020). İstanbul'da bir ASM'ye başvuran kadınların Pap testi yaptırma durumlarının incelendiği bir çalışmada 40 yaş üzeri kadınların test yaptırma oranları (%73.8) yaptırmayan kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Kılıçsokan ve İlhan, 2020). Çorum'da 40 yaş üstü kadınlar arasında yapılan diğer bir çalışmada ise Pap testi yaptıran ve yaptırmayan kadınların yaş grupları arasında istatistiksel olarak fark tespit edilmiştir (Büyükkayacı Duman ve ark., 2015), Nevşehir'de eğitim ve evde izlemin serviks kanseri bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisinin incelendiği çalışmada kadınların oranının 40-49 yaş grubunda %57.5, yaş ortalamalarının 49.3±7 yıl (40-68 yaş) ve test yaptırmayanların oranının da %78.4 olduğu bildirilmiştir (Kolutek ve Aydın Avcı, 2015). Amerika'da yapılan bir çalışmada 35-64 yaş grubunda her yıl Pap testi yaptıranların oranı %57.0 iken kadınların %90'dan daha fazlasının ise en az 3 yılda bir testlerini yaptırdıkları tespit edilmiştir (Brenda ve ark., 2004). Gana'da yapılan diğer bir çalışmada ise katılımcıların ortalama yaşları 21.44 iken 31-60 yaş arası katılımcıların oranı ise %64.6 ve Pap testi geçmişi olmayan kadınların oranı %86 olarak bulunmuştur (Mensah ve ark., 2023). Bangladeş'te yapılan bir çalışmada ise kadınların yaş ortalamaları 41.23±9.09 yıl, test yaptırma oranları (VIA) %36 ve en fazla %37 ile 41-45 yaş grubundadır (Quayum ve ark., 2021). Ülkemizde ulusal kanser tarama programı kapsamında serviks kanseri taramaları 30-65 yaş arasındaki kadınlara her beş yılda bir uygulanmakta ve birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından gerçekleştirilmektedir (Akın ve Topal, 2021). DSÖ kadınların %70'inin özellikle 35 yaşında ve tekrar 45 yaşında yüksek performanslı bir testle taranmasını önermektedir (https://www.who.int/news-room). Ülkemizde 2014-2019 yılları arasında tarama kapsayıcılığı %27 olarak bulunmuştur (Akın ve Topal, 2021). Bu da DSÖ'nün önerdiği %70'lik tarama kapsayıcılığının oldukça altında kalmıştır. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda tarama yaptıran ve yaptırmayan kadınların yaş gruplarına göre oranı benzer olmakla birlikte, ülkelere ve bölgelere göre farklılıklar

tespit edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde tarama yaptırma oranları az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre oldukça yüksek düzeydedir. Ülkelere göre farklılıklar kadınların kültürel ve sosyo-demografik yapıları gibi pek çok özelliklerden kaynaklanmaktadır (Eke ve ark., 2016). Özellikle geleneksel toplumlarda jinekolojik muayeneler mahrem olarak kabul görmekte olduğu için hangi yaş grubunda olursa olsun taramaya katılmayı engellemiş olabilir.

Çalışmamızda lise ve üzeri eğitim oranları tarama yaptırmayanlarda yaptıranlara göre daha yüksek tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Aydın Avcı ve ark. (2015) %85.9 oranında lise ve üzeri eğitim alan bir üniversitede çalışan personel üzerinde yaptığı çalışmada Pap testi yaptıranların oranı %31.5 iken yaptırmayanların oranı %68.5 olarak tespit edilmiştir. Bayçelebi ve ark. (2015) Trabzon'da yaptığı çalışmada lise ve üzeri eğitim alan kadınların oranı %43.6, tarama yaptırmayanların oranı %75.1 bulunmuş, Büyükkayacı Duman ve ark. (2015) yaptığı çalışmada ise lise ve üzeri eğitim alanlarda oran yaptıran ve yaptırmayanlarda eşit tespit edilmiştir. Ancak eğitim düzeyi yükseldikçe tarama yaptırma oranıda artmaktadır. Karaca ve ark. (2008) yaptığı çalışmada lise ve üstü eğitim alanların oranı tarama yaptırmayanlarda (%82.3), yaptıranlara (%17.7) göre daha yüksek belirlenmiştir. Akyüz ve ark. (2006) yapmış olduğu diğer bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer şekilde lise ve üstü eğitim alanlarda Pap testi yaptırma oranları düşmektedir. Yoksul ve yoksul olmayan kadınların Pap testi yaptırma durumlarının incelendiği diğer bir çalışmada ilkokul üstü eğitim almış olan ve Pap testi yaptıran katılımcıların oranı %74.4, yaptırmayanların oranı ise %41.9 olarak tespit edilmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (İflazoğlu ve Aydoğdu, 2019). Açıkgöz ve ark. (2011) kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumlarını inceledikleri çalışmalarında, lise ve üstü eğitime sahip olmanın pap smear yaptırma davranışlarında en önemli etken olduğu tespit edilmiştir. Okunowo ve ark. (2018) Nijerya'da %75.6'sı yükseköğrenim mezunu olan kadınların üzerinde yaptıkları çalışmada Pap testi yaptırma oranı %22.9, test yaptıranların ise %76.6'sı yükseköğrenim mezunu olduğu bulunmuştur. Mousavi ve ark. (2018) İran'da Pap testi yaptıran ve yaptırmayan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada pap smear yaptıran 175 kadın arasında %87.4'ü lise ve üzeri, yaptırmayan 159 kadın arasında %91.2'si lise ve üzeri mezun oldukları tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan birçok

araştırmada bizim çalışmamızdan farklı olarak eğitim seviyesi arttıkça serviks kanseri taraması yaptırma oranlarının arttığı tespit edilmiştir. Bunun nedeni muhtemelen örnekleme katılan kadınların gruplandırılmasından ve yerleşim merkezi özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada çalışmayan kadınların oranı ile geliri giderinden az olup tarama yaptıranların oranı yaptırmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA, 2018) verilerine göre % 64 kadının ya hiç çalışmamış olduğu ya da araştırmadan önceki 12 aylık süre içerisinde hiç çalışmadığı tespit edilmiş olup, araştırma kapsamındaki halen çalışan kadınların oranı %28 olarak bulunmuştur (TNSA, 2018). Bizim çalışmamızda ise çalışmayanların oranı toplam örneklem içerisinde %58.7'dir. Ancak tarama yaptıranlar ile yaptırmayanlarda sırasıyla çalışma oranı % 60.7 ve %56.7 olarak tespit edilmiştir. Edirne'de yapılan bir araştırmada Pap testi yaptıranların oranı çalışmayanlarda %31.6 (Demir, 2017), Uludağ ve ark. (2020) yaptığı bir diğer araştırmada çalışmayanların oranı %71.9 iken, Pap testi yaptıranların oranı %62.8 olarak bulunmuştur. Nijerya'da hemşire olarak çalışan kadınlar üzerinde yapılan bir diğer araştırmada tarama yaptırma oranı (%7.4) oldukça düşük olarak belirlenmiştir (Unang ve ark., 2011). Demirgöz Bal ve ark. (2014) yaptığı araştırmada çalışmayıp tarama yaptıranların oranı %24.5 iken yaptırmayanların oranı %75.5 tespit edilmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer bir araştırmada çalışmayan kadınlardan test yaptıranların oranı (%14.4), yaptırmayanların (%85.6) oranından oldukça düşük bulunmuştur (Karaca ve ark., 2008). Bizim araştırmamıza benzer şekilde İstanbul'da yapılan bir araştırmada çalışmayanların Pap testi yaptırma oranı %54 iken yaptırmayanların oranı % 46. olarak bulunmuştur (Kılıçsokan ve İlhan, 2020). Yine Sırbistan'da yapılan bir araştırmada daha önce hiç test yaptırmayanların oranı çalışan kadınlarda %15.2 iken çalışmayanlarda %17.0 olarak tespit edilmiştir (Djordjevic ve ark., 2024). Çalışmalar arasındaki farklılıklar araştırma kapsamına alınan kişilerin dâhil edilme kriterlerinden kaynaklanmış olabilir. İflazoğlu ve Aydoğdu'nun (2019) yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızın aksine geliri az olup tarama yaptıranların oranı yaptırmayanlara göre oldukça düşüktür. Kılıçsokan ve İlhan'ın (2020) yapmış olduğu çalışmada ise bizim araştırmamıza benzer şekilde geliri giderinden az olan

kadınlardan tarama yaptıranların oranı yaptırmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bangladeş'te yapılan bir çalışmada gelir seviyesi az olanlarda test yaptırma oranı diğer gelir seviyelerine göre düşük tespit edilmiştir (Qayum ve ark., 2021). Endonezya'nın kırsal bölgelerinde Pap testi yaptırma niyetiyle ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada düşük gelirli kadınların test yaptırmaya yönelik niyetleri düşük iken, yüksek gelirli kadınların test yaptırmaya niyetleri yüksek bulunmuştur (Sumarmi ve ark., 2021). Özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde ekonomik nedenler test yaptırma oranlarını etkilemektedir. Ancak her ne kadar anlamlı bulunmasa da bizim çalışmamızda gelirini giderinden az olarak belirten katılımcılar arasında tarama yaptırma oranı yüksek bulunmuştur. Buda muhtemelen yerleşim merkezi özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda evli olanların tarama yaptırma oranları her iki gruptada evli olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Yiğitbaş ve ark. (2016) yapmış oldukları çalışmada evli olanların Pap testi yaptırma oranları %11.2 iken evli olmayanlarda %0.9, Saçıkara ve Koçoğlu Tanyer'in (2021) yaptıkları çalışmada tarama yaptırma oranları evli olanlarda ve olmayanlarda sırasıyla %35.4 ve %21.4, Özkan Pehlivanoğlu ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada ise tarama yaptıranların %58.9'u, yaptırmayanların ise %41.1 evlidir. Kızılırmak ve Kocaöz'ün (2018) yapmış olduğu çalışmada evli olanların oranı %93.1 olarak tespit edilmiş, Pap testi yaptırma oranı ise %68.3 olarak bulunmuştur. Abdikarim ve ark. (2017) Kenya'da test yaptıran ve yaptırmayan kadınlar arasında evli olanların sırasıyla oranları %47.1 ve %31.4 olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda evli olmanın tarama yaptırmayı artırdığını göstermektedir. Çalışmamızdaki bulgular literatürle örtüşmektedir.

Çalışmamızda eşi lise altı eğitim alanlar ile mesleği emekli olanlarda tarama yaptıranların oranı yaptırmayanlara göre daha yüksektir ancak aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Eşlerinin hepsi lise ve üstü eğitim almış, %96.8'inin aktif ve %48.9'unun memur olarak çalıştığı bir çalışmada kadınların pap smear yaptırma oranı %68.3 (Kızılırmak ve Kocaöz, 2018) , Karaman'da eşlerinin %42.5'i 8 yıl ve altı eğitim almış kadınlar arasında yapılan bir çalışmada test yaptıranların oranı %30.3, eşleri 8 yıl altı eğitim almış kadınlarla yapılan çalışmada ise pap smear yaptırma oranı %48.4, yaptırmayanlarda %51.6, ayrıca eşlerin meslekleri açısından tarama yaptıran ve yaptırmayanlar arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmamıştır

(Kılıçsokan ve İlhan, 2018). Bizim çalışmamızda da eşlerinin meslekleri açısından istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır. Ancak lise altı eğitim alanlarda yaptıranların oranı yaptırmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiş ancak istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmamıştır. Diğer çalışmalar ile aradaki fark ise eğitim seviyelerinin farklı gruplandırılmasından kaynaklanmış olabilir.

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2022 yılı verilerine göre ülkemizde düzenli tütün mamulü kullananların oranı %19.0, hiç kullanmayanların oranı ise %76.3'tür (Tablo 4.1). Bizim çalışmamızda TÜİK verilerine göre sigara içenlerin oranı yüksek, hiç içmeyenlerin oranı ise düşük bulunmuştur. Bunun nedeni katılımcılarının yaş gruplarının farklılığından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca hiç sigara içmedim diyenlerin oranı tarama yaptıranlarda, halen sigara içiyorum diyenlerin oranı ise tarama yaptırmayanlarda yüksek bulunmuştur. Günlük 10 adet ve üstü sigara içtiğini belirtenlerin oranı 5 yıl ve üzeri sigara içtim ve bıraktım diyenlerin oranı ise yaptıranlarda daha yüksek olup, istatistiksek olarak aralarında fark bulunmamıştır (Tablo 4.1). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Kılınç'ın (2019) yapmış olduğu çalışmada, tarama yaptıranların ve yaptırmayanların sigara içme oranları sırasıyla %21.7 ve %28.8'dir. Özkan ve ark. (2015) yapmış olduğu çalışmada sigara içen katılımcıların (%34.9), sigara içmeyenlere göre Pap testi yaptırma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Uysal ve Birsel'in (2009) yaptıkları çalışmada ise sigara içen katılımcılardan Pap testi yaptıranların oranı (%75.9), yaptırmayanlara (%24.1) göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmalar arasındaki farklar çalışmaya katılan katılımcıların yerleşim yeri özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda evlenme yaşı ortalaması tarama yaptıranlarda 20.56±3.94 yıl, yaptırmayanlar da 22.11±5.16 yıl olup, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2). Tarama yaptıranlarda 18 yaş altı evlenme oranı, tarama yaptırmayanlara göre yüksek tespit edilmiştir. Ülkemizde TÜİK 2022 yılı verilerine göre son yıllarda evlenme yaşı ortalamalarının arttığı görülmektedir. Ortalama ilk evlenme yaşı yaklaşık olarak son yirmi yılda 22,7'den 25.6'ya yükselmiştir. Çalışmamız ile TÜİK verileri arasındaki fark araştırmaya dahil edilme kriterlerinden kaynaklanmış olabilir. Alp Dal ve ark. (2020) yaptıkları bir çalışmada evlilik yaşı ortalamasını 24.4±3.89 yıl, Aldohaian ve ark. (2019) Sudi Arabistan'da yaptıkları

çalışmada evlilik yaşı ortalaması 23.1±4.4 yıldır ve 18-29 yaş arası evlenenlerin oranı %84.9'dur, Türkol ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada 13-18 yaş arası evlenenlerin oranı %39.3 iken, Demirtas ve Acikgoz (2013) bu oranı %35.9 olarak bulmuşlardır. Al-amro ve ark. (2020) Ürdün'de yaptıkları çalışmada ise evlenme yaşı ortalaması 22.48±4.13 yıl (13-42 yaş arası) olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmaların bizim çalışmamızdan farkı araştırma kapsamına alınan katılımcıların yaş ve eğitim özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca çalışmamızda 18 yaş altı evlenme oranı tarama yaptıranlarda yaptırmayanlara göre yüksek tespit edilmiştir. Erken yaşta evlenme serviks kanseri risk faktörlerinden sayılmaktadır. Bu nedenle farkındalık çalışmaları sonucunda 18 yaş altı evlenenlerin tarama yaptırma oranını pozitif yönde etkilemiş olabilir.

Serviks kanseri yönünden risk faktörlerinin belirlenmesi, erken tanı ve tedavi açısından oldukça önemlidir. İlk gebelik ve doğum yaşının 20 ve altında olması, 16 yaşından önce cinsel ilişki, doğum sayısının üç ve üzerinde olması bu risk faktörlerinden bazılarıdır (Tezkereci ve ark., 2020).

Çalışmamızda 3 ve üzeri doğum yapmış kadınların oranı tarama yaptıranlarda (%22) yaptırmayanlara (%14) göre daha yüksek bulunmuş olsa da, aralarındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.2). Altınel ve Akın'ın (2020) yılında yapmış oldukları çalışmada 3 ve üzeri doğum yapan kadınların taramaya katılma oranları (%80.8), tarama yaptırmayanlara göre (%71.9), Akyüz ve ark. (2006) yapmış oldukları çalışmada 4 ve üzeri doğum yapanlarda tarama yaptıranların oranı (%58.1), yaptırmayanlara göre (%41.9), Uysal ve Birsel'in (2009) yapmış oldukları çalışmada da çok sayıda doğum yapanların oranı tarama yaptıranlarda (%84.6), yaptırmayanlara göre (%15.4) yüksek bulunmuştur. Ayrıca Wellensiek ve ark. (2002) ile Özkan Pehlivanoğlu ve ark. (2019) yaptıkları çalışmalarda doğum yapanlarda Pap testi yaptırma oranları artmaktadır. Yapılan çalışmalar üç ve üzeri doğum yapmanın serviks kanseri taramasına katılımında etkili olduğunu göstermektedir.

OKS kullanımı tarama yaptıranlarda %28.7 iken tarama yaptırmayanlarda %17.3 olarak bulunmuş olup, aralarındaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2). 5 yıl ve üzeri oral kontraseptif kullanımı tarama yaptıranlarda

%41.9 iken yaptırmayanlarda %26.9'dur. 40-55 yaş arası kadınlar arasında yapılan bir çalışmada OKS kullanımı oranları tarama yaptıranlarda ve yaptırmayanlarda sırasıyla, %23.3 ve %22.8 olarak bulunmuş ve 5 yıldan daha uzun süre kullananların oranı da tarama yaptıranlarda daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Altınel ve Akın, 2020). 19-61 yaş arası kadınlar arasında yapılan diğer bir çalışmada kendilerini riskli olarak değerlendirdikleri için Pap testi yaptırdıklarını beyan eden katılımcılardan, OKS kullandıkları için Pap testi yaptırdıklarını beyan edenlerin oranı %38.1 olarak bulunmuştur (Akyüz ve ark., 2006). Yapılan çalışmalar OKS kullanımı ve süresinin tarama yaptırmada etkili olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda menopoza giren kadınların oranı tarama yaptıranlarda, yaptırmayanlara göre yüksek tespit edilmiştir. Menopoza girme yaşı ise her iki grupta da en yüksek oranda 40-50 yaşları arasında olup, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p< 0.05$). İstanbul'da menopoza girmiş kadınlar üzerinde yapılmış bir çalışmada daha önceden Pap testi yaptırma oranı %74.5 olarak, hiç Pap testi yaptırmayanların oranı ise %25.5 olarak belirlenmiştir (Aydın, 2019). Balıkesir'de yapılan diğer bir çalışmada ise menopoza girmiş kadınlar arasında Pap testi yaptıranların oranı %48.3 iken, yaptırmayanların oranı %51.7 olarak belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Çeki, 2019). Çalışmalar arasındaki farklılıklar katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda ailesi, yakın çevresi, birinci derece akrabaları, komşuları ile sadece kadınlarda görülen kanser varlığı tarama yaptıranlarda, yaptırmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Ancak aralarındaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.3). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Kılıçsokan ve İlhan (2020) ve Özçam ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada ailesinde kanser varlığı tarama yaptıranlarda yüksek ancak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Göçük ve ark. (2011), Turan Oran ve ark. (2008), Uludağ ve ark. (2020) ile Uysal ve Birsel'in (2009) yaptıkları çalışmalarda ise ailesinde kanser varlığı tarama yaptıranlarda yüksek ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Ayrıca ailesinde kanser öyküsü Altınel ve Akın (2020), Büyükkayacı Duman ve ark. (2015) ve Saçıkara ve Koçoğlu Tanyer'in (2021) yaptıkları çalışmalarda taramaya katılmayı etkilememiştir. İzmir'de yapılan ve aile kanser öyküsünün anlamlı olduğu çalışmada %50.0'sinin birinci

derecede akrabalarında kanser öyküsü tespit edilmiştir (Uysal ve Birsel, 2009). Ancak Konya'da yapılan ailede kanser öyküsünün taramaya katılmaya etkisinin olmadığı çalışmada ise ailesinde serviks kanseri tanısı almış bireyin yakınlığı en sık üçüncü derecede belirlenmiştir (Saçıkara ve Koçoğlu Tanyer, 2021).

Çalışmamızda jinekolojik muayene yaptırma oranları tarama yaptıranlarda, üç yıl ve üzeri muayene yaptıranların oranı tarama yaptıranlarda (%51.9), yılda bir muayene oranı ise tarama yaptırmayanlarda yüksek tespit edilmiştir. Muayenelerini devlet kurumunda yaptıranların oranı tarama yaptıranlarda (%75.9) daha yüksek iken, özel kurumlarda yaptıranların oranı tarama yaptırmayanlarda (%50.8) daha yüksek belirlenmiştir. Aralarındaki fark ise istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Jinekolojik muayene yaptırmama nedeni olarak her iki grupta da en yüksek oranda hastalık belirtilerinin olmaması olarak belirtilmiştir (Tablo 4.3). Ankara'da jinekolojik muayene gitme nedenleri ile Pap testi yaptırmada etkili ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğunun tespit edildiği çalışmada, herhangi bir şikâyetim olduğunda muayene olurum diyenlerin oranı Pap testi yaptıranlarda daha yüksek iken, sıkıntılarım dayanılmaz olduğunda muayene olurum diyenlerin oranı ise Pap testi yaptırmayanlarda daha yüksek bulunmuştur (Akyüz ve ark., 2006). Eskişehir'de yapılan diğer bir çalışmada jinekolojik muayene yaptıranların oranı Pap testi yaptıranlarda oldukça yüksek bulunmuştur (Özkan Pehlivanoğlu ve ark., 2019). Kars'ta yapılan diğer bir çalışmada Pap testi yaptırma oranı (%16.2) oldukça düşük belirlenmişken, jinekolojik muayeneye gitmeyle ilgili tutumlarında şikâyetim olursa giderim (%83.3), rutin muayene olurum (%79.1) ve hiç muayene olmadım (%7.2) diyenlerin oranı tarama yaptırmayanlarda yüksek belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca çalışmada jinekolojik muayeneleri devlet kurumlarında yaptıranların oranı yüksek belirlenmiştir (Karaca ve ark., 2008). Çorum'da yapılan diğer bir çalışmada katılımcıların ender olarak jinekolojik muayene yaptırdıklarını (%90), sıkıntıları dayanılmaz olduğunda muayene olduklarını (%51.8), tarama amaçlı (%10.7) başvuruların ise oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir (Büyükkayacı Duman ve ark., 2015). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada düzenli olarak jinekolojik muayene ve Pap testi yaptırma oranları sırasıyla %14.7 ve %24.8 oranında oldukça düşük belirlenmiştir (Ersin ve ark., 2016). Hemşireler üzerinde yapılan diğer bir çalışmada ise jinekolojik muayene

yaptırmayanların oranı %73.6 ve pap smear yaptırma oranı %30.6 olarak belirlenmiştir (Pınar ve ark., 2007). Yapılan araştırmalarda jinekolojik muayene ile tarama yaptırmak arasında pozitif bir etkileşim olmak ile birlikte, çalışmalar arasındaki benzerlik ve farklılıklar yaş, eğitim ve yerleşim merkezlerinin sosyokültürel özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Serviks kanseri hakkında bilgisi olanların oranı tarama yaptıranlarda tarama yaptırmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bilgi alınan kaynak olarak tarama yaptıranlarda da, yaptırmayanlarda da en fazla sağlık personelini ifade etmişlerdir. Serviks kanseri erken teşhisinde kullanılan testin adını duyma durumu tarama yaptıranlarda, yaptırmayanlara göre yüksek belirlenmiş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Açıkgöz ve ark. (2011) yapmış oldukları çalışmada Pap testi yaptırma ile serviks kanseri bilgi düzeyi arasında pozitif yönde bir etkileşim bulunmuştur. Kolutek ve Aydın Avcı'nın (2015) yapmış oldukları çalışmada bilgisi olanların oranı %14.4 olarak tespit edilmiş ve bilgi kaynağı olarak da sırasıyla televizyon/radyo ve sağlık personeli ilk sıralarda yer almaktadır. Sönmez ve ark. (2012) Malatya'da yaptıkları çalışmada serviks kanseri hakkında bilgisi olduklarını beyan eden katılımcılardan Pap testi yaptırma oranları %9.4 olarak tespit edilmiştir. Öztürk ve Gürsoy'un (2018) Ankara'da yaptıkları çalışmada ise serviks kanserini daha önce duyanların oranı %92.5 iken bilgi sahibi olma durumu %23.2 olarak belirlenmiştir. Ayrıca Pap testini duyma oranı %54, Pap testi hakkında bilgi alınan kaynak olarak birinci sırayı arkadaş, akraba ve komşu (%66.7) alırken, ikinci sırada sağlık personeli (%62.5) gelmektedir. Kılınç'ın (2019) İzmir'de yaptıkları çalışmada bilgi durumu tarama yaptıranlarda yaptırmayanlara göre yüksek ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Her iki gruptada ebe ve hemşireler en fazla bilgi alınan kaynak olarak belirtilmiştir. Uysal ve Birsel'in (2009) yaptıkları çalışmada serviks kanseri hakkında bilgisi olduğunu beyan edenlerden Pap testi yaptıranların oranı (%85.5), yaptırmayanlara (%14.5) göre oldukça yüksek ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Akyüz ve ark.(2006) yaptıkları çalışmada Pap testini duyma durumu tarama yaptıranlarda (%76.9) yaptırmayanlara (%23.1) göre oldukça yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Ak ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada da ise testi duyanların oranı %46.8 olarak belirlenmiştir. Testi duyanların %57.0'si sağlık kurumlarından, %26'sı medyadan, %14'ünü ise komşularından duyduklarını

belirtmişlerdir. Ünalan ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada ise testin adını bilenlerin oranı %62.6'sı testin adını bilmesine rağmen, bilenler arasından testin ne için yapıldığını bilmeyenlerin %20.9 olarak belirlenmiştir.

Serviks kanseri taraması yaptırmama nedeni olarak çalışmamızda en çok hastalık belirtisinin olmaması nedeni ile (%71.1) yaptırmadıklarını beyan etmişlerdir. Daha sonra ise muayene olmaktan çekinme (%8.5) ve muayene masasına yatmak istememe ve yaptırmanın faydalı olmaması (%6.0) en çok tarama yaptırmama nedenleri olarak belirlenmiştir. Ancak belirtilerinin olmaması en çok çıkan sonuç olmasına rağmen yaptırmayanlar arasında serviks kanseri bilgisinin olmadığını belirtenlerin oranı ise %53.3 olarak tespit edilmiştir. Bu da bilgilerinin kısıtlı olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda tarama yaptırmama nedeni olarak Ak ve ark. (2010) kim tarafından ve nerede yapıldığını bilmeme (%48.0), hastalık belirtisinin olmaması (%25.0), Uludağ ve arkadaşları (2020) ihtiyacı olmaması/şikayeti olmaması (%35.1), bilgi sahibi olmaması (%23.9), Öztürk ve Gürsoy'un (2018) jinekolojik hastalığının olmaması (%52.2), bilgi sahibi olmaması (%43.5), çekinmesi (%35.7) ile Demirgöz Bal'ın (2014) şikayetinin olmaması (%77.5) en çok beyan edilen nedenlerdir. Çalışmamız literatürle örtüşmek ile birlikte tarama yaptırmama nedenleri kültürel ve sosyodemografik özellikler ile inanışlara bağlı olarak değişebilmektedir.

Çalışmamızda tarama yaptıran ve yaptırmayanlarda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puanlarının karşılaştırılmasında tüm puanlar tarama yaptıranlarda yüksek ve manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve toplam puanlarının anlamlı olduğu bulunmuştur ($P<0.05$).

Çalışmamızda tarama yaptıran ve yaptırmayan katılımcıların yaş gruplarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ölçeği açısından anlamlı fark bulanamamıştır. Benzer şekilde Altay'ın (2006) 15-49 yaş arası, Akın ve ark. (2022) 18 ve 41 yaş üzeri, Aydın'ın (2019) 40-82 yaş arası, Sönmezer ve ark.(2012) 18-64 yaş arası kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada yaş grupları arasında SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları açısından fark bulunmamıştır. Koçoğlu ve Akın'ın (2009) 18-65 yaş arası katılımcılar arasında yaptıkları çalışmada SYBDÖ'II puan ortalamaları arasında fark bulunmamış ancak yaşla birlikte ortalamaların artığı tespit

edilmiştir. Yapılan çalışmaların aksine Gözüyeşil ve ark.(2019) 19 ve altı ile 49 yaş arası kadınlar arasında yaptıkları çalışmada SYBDÖ'II puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Benzerlik ve farklılıklar olmak ile birlikte çalışmamızın literatürle tutarlı olduğunu belirtmek mümkündür. Eğitim durumuna göre tarama yaptıranlarda sağlık sorumluğu, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları lise ve üzeri eğitim alanlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Gözüyeşil ve ark. (2019), Koçoğlu ve Akın (2009) ile Sayan ve Erci'nin (2001), yaptıkları çalışmalarda eğitim arttıkça SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamalarının arttığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Ertekin Pınar ve Özdemir'in (2023) yaptıkları çalışmada ise beslenme ve stres yönetimi alt grup puanları haricindeki diğer alt grup puanları anlamlı bulunmuştur. Ancak beslenme ve stres yönetimi puanları ise her ne kadar anlamlı bulunmasa da eğitim arttıkça puan ortalamaları artmaktadır. Beşer ve ark. (2007) ile Kolaç ve ark. (2018) yaptıkları araştırmada SYBDÖ'II puan toplam ve alt grup ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Her ne kadar çalışmalar arasında benzerlikler ve farklılıklar bulunsa da eğitim artıkça sağlıklı yaşam davranışları pozitif yönde etkilenmektedir. Farklılıklar ise yerleşim yerleri ile gruplar arasındaki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Çalışma durumlarına göre tarama yaptıranlarda çalışan kadınların, çalışmayan kadınlara göre sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt grup puan ortalamaları yüksek tespit edilmiş iken, tarama yaptırmayanlarda ise çalışan kadınların çalışmayanlara göre manevi gelişim alt grup puan ortalamaları yüksektir. Ancak tarama yaptırmayanlarda beslenme alt grup puan ortalamaları çalışmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Çalışan ve çalışmayan kadınların sağlıklı yaşam davranışlarının incelendiği bir çalışmada çalışan ve çalışmayan kadınlar en yüksek puan ortalamalarını manevi gelişim ve sağlık sorumluluğundan, en düşük puanı fiziksel aktiviteden almışlardır. Toplamda ise çalışanların puan ortalamaları çalışmayanlara göre yüksek tespit edilmiş ve aralarındaki fark ise anlamlı bulunmamıştır (Zincir ve ark., 2003). Doğurganlık çağı kadınlar üzerinde yapılan diğer bir çalışmada da SYBDÖ'II toplam ve alt grup puanları arasında anlamlı fark bulunmazken, çalışmayanların toplam puanları çalışanlara göre yüksek tespit edilmiştir (Gözüyeşil

ve ark., 2019). Doğan Kaya ve ark. (2022) yaptığı çalışmada da çalışan ve çalışmayan kadınların puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmezken, çalışan kadınların SYBDÖ'II toplam, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim puan ortalamaları çalışmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Çalışan ve ev hanımı kadınlar üzerinde yapılan diğer bir çalışmada ise çalışan kadınların ev hanımlarına göre fiziksel aktivite, beslenme, sağlık sorumluluğu ve toplam puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur (Arslan ve Ceviz, 2007). Yapılan çalışmalar literatürle tutarlı olmakla birlikte, farklılıkların eğitim, yerleşim yerlerinin sosyokültürel özelliklerinden ve gelir seviyelerine göre değiştiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ekonomik durumlarına göre tarama yaptıranlarda geliri giderinden fazla olanlarda manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puanları daha yüksek belirlenmiştir. Tarama yaptırmayanlarda ise manevi gelişim puanları geliri giderinden az olanlarda yüksek iken diğer puan ortalamaları geliri giderine eşit olanlarda yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.10). Tarama yaptıranlarda sağlık sorumluluğu alt grup puan ortalamaları geliri giderine eşit olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Tarama yaptırmayanlarda ise fiziksel aktivite alt grup puan ortalamaları geliri giderine eşit olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Aksoy ve Uçar (2014), Aydın (2019), Cihangiroğlu ve deveci (2011) ile Çiftçi Kıraç ve Ertaş'ın (2022) yaptıkları çalışmalarda gelirini iyi/yüksek olarak belirten katılımcıların SYBDÖ'II puan ortalamaları gelir durumu arttıkça artmakta ve aralarındaki fark anlamlı olmaktadır. Buda sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında katılımcıların gelirleri arasında pozitif bir etkileşimin olduğunu göstermektedir. Ayaz'ın (2006) yaptığı çalışmada sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve total puanları düzenli aylık geliri olmayanlarda olanlara göre yüksek, aralarındaki far ise anlamsız bulunmuştur. Akın'ın (2022) yaptığı çalışmada ise sağlık sorumluluğu gelir arttıkça anlamlı olmaktadır. Bizim çalışmamızda tarama yaptıranlarda sağlık sorumluluğu puan ortalamaları geliri giderine eşit olanlarda anlamlı bulunmuş ve literatürle tutarlı bulunmuştur. Olumlu sağlık davranışlarından olan tarama yaptırma ekonomik durumunu iyi olarak belirten katılımcılarda yüksek tespit edilmiştir.

Çalışmamızda tarama yaptıranlarda evli olanlarda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası iletişim ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları,

tarama yaptırmayanlarda ise beslenme ve stres yönetimi alt grup puan ortalamaları evli olmayanlara göre yüksek tespit edilmiştir. Tarama yaptıranlarda beslenme alt grup puan ortalamaları evli olmayanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada bekâr olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları evli olanlara göre yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Diğer alt grup puanları anlamlı olmamasına rağmen bekâr olanlarda evlilere göre yüksek bulunmuştur (Bostan ve Beşer, 2017). İstanbul'da bir hastanenin polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde yapılan çalışmada bekârların SYBDÖ'II puan ortalamaları evlilere göre yüksek ve anlamlı tespit edilmiştir (Aydın, 2019). Bu çalışmalardan farklı olarak evli katılımcıların bekârlara göre SYBDÖ'II puan ortalamalarının yüksek ve anlamlı olmadığı çalışmalarda literatürde tespit edilmiştir (Gök Uğur, 2009; Koçoğlu ve Akın, 2009). Benzerlikler ve farklılıklar muhtemelen sosyodemografik özellikler, yerleşim yerleri ve kültürel değerlere göre değiştiği düşünülmektedir. Ayrıca bekârların ailevi sorumluluklarının evlilere göre daha az olması kendilerine daha çok zaman ayırmalarına neden olmuş, buda muhtemelen sağlıklı yaşam davranışlarını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda tarama yaptıranlarda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları eşleri lise ve üzeri eğitim alanlarda daha az eğitim alanlara göre yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları eşleri lise ve üzeri eğitim alanlarda anlamlı bulunmuştur ($p <0.05$). Tarama yaptırmayanlarda ise lise altı eğitim alanlarda lise ve üzeri eğitim alanlara göre sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, stres yönetimi puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Ancak aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.12). Akın'ın (2022) yaptığı çalışmada eşleri yükseköğretim mezunu olanlarda sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim puan ortalamaları yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Literatürde eğitim ve gelir seviyeleri artıkça sağlıklı yaşam davranışları arasında pozitif etkileşim olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Buda muhtemelen eşlerin eğitim seviyeleri artıkça kadınların sağlıklı yaşam davranışlarını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda tarama yaptıranlarda beslenme alt grup puan ortalamaları eşlerin mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). SYBDÖ'II toplam ve diğer alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları tarama yaptıranlarda en yüksek eşi çiftçilik/hayvancılıkla uğraşanlarda, tarama yaptırmayanlarda ise en yüksek eşi işçi olanlarda bulunmuştur (Tablo 4.13). Muhtemelen araştırmanın yapıldığı yerleşim yerlerinin sosyokültürel özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Ancak literatürde bu tarz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda tarama yaptıranlarda sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları menarş yaşı 16 yaş ve üzeri olanlarda, tarama yaptırmayanlarda ise sağlık sorumluluğu menarş yaşı 10-12 yaş arasında olanlarda, manevi gelişim, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları 16 yaş ve üzeri olanlarda yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14). Ancak aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde bu tarz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda tarama yaptıran kadınların ilk evlenme yaşları 18 yaş ve üzeri olanlarda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puanları 18 yaş altı evlenenlere göre yüksek bulunmuştur. Tarama yaptırmayanlarda ise sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite haricindeki SYBDÖ'II alt grup ve toplam puanları 18 yaş altındayken evlenenlerde yüksek bulunmuştur. Ancak bütün alt gruplarda ve toplamda tarama yaptırmayanlarda 18 yaş ve üstünde evlenenlerin ortalama puanları tarama yaptırmayanlara göre yüksektir ancak aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.15). TÜİK (2022) verilerine göre son yirmi yılda kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması +2.9 yaş artmış olup, ilk evlenme yaşı ortalaması artıkça kadınların eğitimlerinin artmasına buda katılımcıların sağlık farkındalıklarının artmasına neden olmuş olabilir. Literatürde bu tarz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda tarama yaptıranlarda SYBDÖ'II toplam puan ortalaması en yüksek 18 yaş altı doğum yapanlarda iken (128.87±25.40) tarama yaptırmayanlarda ise hiç doğum yapmayanlarda olup (125.82±26.92), aralarında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır (Tablo 4.16). Serviks kanseri risk faktörlerinden sayılan erken yaşta

doğum yapmak tarama yaptıran katılımcıların farkındalıklarını arttırmış olabilir. Literatürde bu tarz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Doğum sayısına göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları en yüksek, her iki grupta da tarama yaptırmayanlarda fiziksel aktivite (<3 doğum) puan ortalamaları hariç üç ve üzeri doğum yapanlarda tespit edilmiştir (Tablo 4.17). Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Akın (2022) ve Aydın'ın (2019) yapmış oldukları çalışmalarda SYBDÖ'II puan ortalamaları arasında istatistiksek olarak anlamlılık tespit edilmemiştir. Ancak puan ortalamalarına göre incelendiğinde Aydın'ın (2019) çalışmasında en düşük puan üç ve üzeri doğum yapanlarda iken, en yüksek puan bir doğum yapanda bulunmuştur. Akın (2022) ise en düşük puanı bir ve üç arası doğum yapanlarda, en yüksek puanı ise hiç doğum yapmamış olanlarda tespit etmişlerdir. Çalışmalar arasındaki farklar katılımcıların yerleşim merkezleri ve sosyodemografik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Doğum şekillerine göre ise tarama yaptıranlarda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları en yüksek normal-sezeryanla doğum yapanlarda, tarama yaptırmayanlarda ise fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları normal-sezeryanla doğum yapanlarda, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları ise normal doğum yapanlarda yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.18). Tarama yaptıranlarda sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt grup puan ortalamaları normal-sezeryanla doğum yapanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Tarama yaptırmayanlarda ise manevi gelişim alt grup puan ortalamaları normal doğum yapanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Akın'ın (2022) yapmış olduğu çalışmada da anlamlılık olmasa da tüm gruplarda SYBDÖ'II puan ortalamaları normal doğum yapanlarda yüksek tespit edilmiştir. Çalışmamızın literatürle tutalı olduğunu belirtmek mümkündür.

Çocuk sayısına göre SYBDÖ'II puan ortalamaları tarama yaptıranlarda stres yönetimi alt grubu puan ortalamaları (doğum yapmayanlar) hariç üç ve üzeri çocuk sahibi olanlarda, tarama yaptırmayanda ise sağlık sorumluluğu puan ortalamaları hariç (≥3 çocuk) hiç çocuk sahibi olmayanlarda yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.19). SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları tarama yaptıranlarda ve yaptırmayanlarda istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kolaç ve ark.

(2018) çocuk varlığı ve yokluğu yönünden değerlendirdikleri bir çalışmada SYBDÖ'II fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları çocuk sahibi olmayanlarda yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Altay'ın (2006) yapmış olduğu çalışmada ise 1-2 çocuk sahibi olanların 3 ve üzeri çocuk sahibi olanlara göre puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. SYBDÖ'II puan ortalamaları 1-2 çocuk sahibi olanlarda 127.5±18.5, 3 ve üzeri doğum yapanlarda ise 121.0±16.4 olarak tespit edilmiş ve aralarında anlamlılık bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmalar arasındaki farklar örneklem büyüklüklerinden ve sosyodemografik özelliklerden kaynaklanmış olabilir.

OKS kullanmayanlarda tarama yaptıranlarda SYBDÖ'II puan ortalamaları en yüksek beslenme, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamalarında tespit edilmişken, tarama yaptırmayanlarda ise beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puan ortalamalarında tespit edilmiştir. Tarama yaptıranlarda 5 yıl ve üzeri OKS kullananlar, tarama yaptırmayanlarda ise sağlık sorumluluğu hariç 5 yıldan daha kısa süre OKS kullananlarda SYBDÖ'II toplam ve alt gruplarında en yüksek bulunmuştur (Tablo 4.20; Tablo 4.21). Tarama yaptıranlarda beslenme alt grup puan ortalamaları OKS kullanmayanlarda istatistiksel olarak alamlı bulunmuştur ($p<0.05$). OKS kullanım süresine göre ise tarama yaptıranlarda 5 yıl ve üzeri kullananlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gök Uğur'un (2009) yapmış olduğu çalışmada OKS kullananların kullanmayanlara göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları yüksek, sağlık sorumluluğu puan ortalamaları ise anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). OKS kullanım süresi olarak literatürde bu tarz bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu farklılıklar araştırma gruplarındaki kadınların sosyodemografik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir.

Tarama yaptıranlarda fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları, tarama yaptırmayanlarda ise fiziksel aktivite puan ortalamaları hariç her iki gruptada SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları en yüksek menopoza girmiş kadınlarda tespit edilmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 4.22). Menopoza girme yaşı açısından ise SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları en yüksek tarama yaptıranlarda 51 yaş ve üzerinde bulunurken, tarama yaptırmayanlarda 40 yaş ve altında bulunmuştur (Tablo 4.23). Tarama yaptırmayanlarda ise manevi gelişim puan ortalamaları 40 yaş altında menopoza

girenlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ertekin Pınar ve Özdemir'in (2023) yapmış oldukları çalışmada en yüksek SYBDÖ'II toplam ve alt grup puanları menopoza girmiş olanlarda belirlenmiştir. Beslenme puanları ise menopoza girmiş olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gözüyeşil ve ark. (2019) yapmış oldukları çalışmada ise menopoza girmeyenlerde bütün değerler menopoza girenlere göre yüksek belirlenmiş ve beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ'II toplam puanları anlamlı bulunmuştur. Çalışmalar arasındaki farklar menopoza girmeyen kadınların sayısının fazla olmasından kaynaklanmış olabilir. Menopoza girme yaşı olarak ise literatürde bu tarz bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda her iki gruptada (tarama yaptıranlarda beslenme puan ortalamaları hariç) en yüksek SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları jinekolojik muayene yaptıranlarda belirlenmiştir (Tablo 4.24). Tarama yaptırmayanlarda stres yönetimi puan ortalamaları jinekolojik muayene yaptıranlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Koçkanat'ın (2017) yaptığı çalışmada jinekolojik muayene yaptıranlar yaptırmayanlara göre SYBDÖ'II toplam ve alt grup puanları yüksek tespit edilmiştir. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve toplam puan ortalamaları ise anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların jinekolojik muayene olma ile ilgili düşüncelerinin araştırıldığı bir araştırmada rutin olarak muayene olma durumu, her hangi bir sıkıntısı olduğunda veya sıkıntıları dayanılmaz olduğunda yanıtına karşı SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları yüksek belirlenmiş ve beslenme alt grup puanları hariç hepsi anlamlı bulunmuştur (Akın, 2022). Çalışmamızın literatür ile tutarlı olduğunu belirtmek mümkündür.

Çalışmamızda tarama yaptıranların SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları jinekolojik muayeneleri özel sağlık kurumlarında yaptıranlarda, tarama yaptırmayanlarda ise beslenme ve fiziksel aktivite puan ortalamaları hariç devlet kurumlarında yaptıranlarda en yüksek tespit edilmiştir. Literatürde bu tür bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ailesinde kanser varlığı olanlarda en yüksek SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları sadece tarama yaptıranlarda sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt grup puanlarında tespit edilmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır (Tablo 4.26). Gözüyeşil ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada ailesinde kanser öyküsü bulunanların puan ortalamaları ailesinde kanser öyküsü bulunmayanlardan düşük bulunmuş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur. Ankara'da üç ayrı KETEM merkezine başvuran kadınlar üzerinde yapılan çalışmada hizmet sunumundan sonra beslenme alışkanlıklarında olumlu değişiklik oluşturma oranları ailesinde kanser varlığı olanlarda %13.9 iken, ailesinde kanser varlığı olmayanlarda %23.1 olarak, fiziksel aktivitesinde olumlu değişiklik oluşturma oranları ailesinde kanser varlığı olanlarda %17.9 iken ailesinde kanser varlığı olmayanda %15.8 olarak bulunmuştur (Karadağ Çaman ve ark., 2014). Bilal'in (2012) 2 ayrı grup üzerinde yaptığı çalışmada ise ailesinde kanser Akın (2022) ve Koçkanat'ın (2017) yaptığı çalışmalarda ise ailesinde kanser varlığı bulunmasıyla SYBDÖ'II puan ortalamaları arasındaki anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda sağlık sorumluğu bilincinin yüksek bulunması ailesinde kanser varlığı ve tarama yaptırma arasında pozitif bir ilişkinin göstergesi olabilir.

Çalışmamızda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları tarama yaptıranlarda manevi gelişim, tarama yaptırmayanlarda ise manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler hariç birinci derece akrabalarında kanser tespit edilenlerde yüksek bulunmuştur (Tablo 4.27). Ailesinde sadece kadınlarda görülen kanser varlığı tarama yaptıranlarda sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme, tarama yaptırmayanlarda ise beslenme alt grup puanlarında yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.28) Bilal'in (2012) iki ayrı grup üzerinde yaptığı çalışmada ailesinde jinekolojik kanser tespit edilen kadınların SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları her iki gruptada yüksek tespit edilmiştir. Birinci grupta beslenme ve kişilerarası ilişkiler, ikinci grupta ise fiziksel aktivite ve stres yönetimi anlamlı bulunmuştur. Aydın'ın (2019) yaptığı çalışmada ise ailesinde üreme sistemi kanseri öyküsü bulunanların SYBDÖ'II toplam puanları yüksek belirlenmiş ancak anlamlı bulunmamıştır. Çalışmamızın literatürle tutarlı olduğunu belirtmek mümkündür. Ancak ailesinde kanser tespit edilen akrabanın yakınlık derecesine yönelik literatürde çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları tarama yaptıranlarda yakın çevresinde kanser varlığı bulunanlarda beslenme alt grup hariç en yüksek tespit edilmiştir Tarama yaptırmayanlarda ise sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite haricinde tüm alt gruplarında ve toplamda yüksek tespit edilmiştir. Toplamda tarama

yaptıranlarda ve yaptırmayanlarda SYBDÖ'II puanları 126.14±23.31 ve 118.92±18.445 tespit edilmiştir (Tablo 4.29). Tarama yaptıranlarda yakın çevresinde kanser görülen kişiler açısından ise tarama yaptıranlarda SYBDÖ'II toplamda komşuları en yüksekken, tarama yaptırmayanlarda arkadaşları en yüksek tespit edilmiştir. Sırasıyla puan ortalamaları 128.18±20.10 ve 118.93±19.79 bulunmuştur (Tablo 4.30). Tarama yaptıranlarda manevi gelişim ve stres yönetimi puan ortalamaları komşularında kanser vakası görülenlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yakın çevresinde sadece kadınlarda görülen kanserler görülenlerde ise tarama yaptıranlarda fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi puan ortalamaları yüksek iken tarama yaptırmayanlarda fiziksel aktivite ve stres yönetimi puan ortalamaları yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.31). Çalışmamızda her iki gruptada SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları ortalamanın üzerinde çıkmış ve tarama yaptıranlarda yaptırmayanlara göre yakın çevresinde kanser varlığı yüksek bulunmuştur. Bununda tarama yaptırmaya etkisinin pozitif yönde olduğunu söylemek mümkündür. Ancak literatürde çalışmalara yönelik araştırmalara rastlanmamıştır.

Serviks kanseri bilgi durumuna göre bilgisi olduğunu belirtenlerde SYBDÖ'II toplam ve alt grup puan ortalamaları tarama yaptıranlarda yüksek iken, tarama yaptırmayanlar da manevi gelişim, fiziksel aktivite ve kişilerarası ilişkiler yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.32) Trama yaptıranlarda stres yönetimi alt grup puan ortalamaları serviks kanseri hakkında bilgisi olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Koçkanat'ın (2017) öğrenciler ile yapmış olduğu çalışmada bilgisi olanların olmayanlara göre toplam ve alt grup puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Aydın'ın (2019) üreme organ kanserleri duyma, tetikleyen faktörleri bilme ve kanserlerin belirtileri bilme ve uygulama durumlarının incelendiği çalışmasında SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları evet yanıtını veren katılımcılarından hayır yanıtını verenlere göre yüksek tespit edilmiş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızın literatürle tutarlı olduğunu belirtmek mümkündür.

Serviks kanseri teşhisinde kullanılan testi bugüne kadar duyma durumuna göre testi duyanlarda tarama yaptıranlarda SYBDÖ'II toplam ve alt grup puanları yüksek belirlenmiştir. Tarama yaptırmayanlarda ise beslenme ve fiziksel aktivite alt grup puanları yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.33). Tarama yaptıranlarda fiziksel aktivite ve

stres yönetimi puan ortalamaları testi duyanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gök Uğur'un (2009) yaptığı çalışmada SYBDÖ toplam ve alt grup puanları testi bilenlerde bilmeyenlere göre yüksek tespit edilmiş, stres yönetimi haricinde aralarındaki fark ise anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Aydın'ın (2019) yılında yaptığı çalışmada da SYBDÖ'II toplam puan ortalamaları bilenlerde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamız literatürle tutarlı bulunmuştur.

SYBDÖ'II toplam ve alt grup puanlarının dağılımının incelenmesinde ise Cronbach's Alpha katsayısı 0-1 aralığında değer almaktadır. Bizim çalışmamızda 0.931 çıkmış ve ileri düzeyde güvenilir bulunmuştur (Tablo 4.34). SYBDÖ'II ölçeğinden en az 52 en çok ise 208 puan arasında alınmaktadır. Toplam puan ne kadar yüksek ise SYBDÖ II'nin o kadar iyi olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda totalde 120 puan alınmış olup buda orta düzeyde olduğunu göstermektedir. SYBDÖ'II alt grup puanlarında ise en yüksek puanlar sırasıyla manevi gelişim (26), kişiler arası ilişkiler (25), beslenme (20), sağlık sorumluluğu(19), stres yönetimi (17) ve fiziksel aktivite (11) alınmıştır. Çalışmamızdaki bulguların literatürle tutarlı olduğunu söylemek mümkündür. (Aydın, 2019; Bilal, 2012; Gök Uğur, 2009).

Çalışmamızda sözlü eğitim, broşür dağıtımı ve gönderilen hatırlatıcı mesajlar sonrasında tarama yaptırma oranı %55.3 olarak tespit edilmiştir. Samatlıoğlu Başaran'ın (2019) hemşireler üzerinde yaptıkları bir çalışmada eğitim öncesi yaptırmayan katılımcıların %28.2'sinin yaptırdığı, Çankaya'nın (2017) yaptığı çalışmada ise eğitim öncesinde %34.5 olan yaptırma oranının %57.5'e yükseldiği, Aydın Avcı ve ark. (2007) video ile eğitimin kadınların KKMM yönelik inanç, bilgi ve uygulamalarına etkisini incelediği çalışmalarında KKMM yapma oranı %37.5'den, %65.6'ya yükselmiştir. Yapılan çalışmalarda verilen eğitim faaliyetleri nasıl olursa olsun kadınların serviks kanserine yönelik tarama yaptırmalarında etkili olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Bu araştırmada, eğitim, broşür dağıtımı ve hatırlatıcı mesajların kadınların serviks kanseri erken tanı ve uygulamalarına katılımı artırdığı tespit edilmiştir.
- Jinekolojik muayene ve serviks kanseri taraması yaptırmama nedeni olarak kadınların çoğunluğu hastalık belirtilerinin olmaması olarak belirtmişlerdir.
- Eğitim durumlarına göre lise altı eğitim alanların oranı serviks kanseri taraması yaptıranlar ve yaptırmayanlarda sırasıyla %55.3 ve %36 olarak tespit edilmiş ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).
- Çalışmayan kadınların çalışan kadınlara göre tarama yaptırma oranları yüksek tespit edilmiş, ancak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Evli kadınların evli olmayan kadınlara göre tarama yaptırma oranları yüksek tespit edilmiş, ancak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Eşlerinin eğitim durumlarına göre lise altı eğitim alanların oranı serviks kanseri taraması yaptıranlar ve yaptırmayanlarda sırasıyla %40.9 ve %30.7 olarak tespit edilmiş ve anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
- İlk evlenme yaşlarına göre 18 yaş altı evlenenlerin oranı serviks kanseri taraması yaptıranlar ve yaptırmayanlarda sırasıyla %26.7 ve %12 olarak tespit edilmiş ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- İlk doğum yaşlarına göre 18 yaş altı doğum yapanların oranı serviks kanseri taraması yaptıranlar ve yaptırmayanlarda sırasıyla %10 ve %8 olarak tespit edilmiş ve anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
- OKS kullanan kadınların oranı tarama yaptıranlarda, yaptırmayanlara göre yüksek tespit edilmiş, ancak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Menopoza giren kadınların oranı tarama yaptıranlarda, yaptırmayanlara göre yüksek tespit edilmiş, ancak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

- 40 yaş altı ve 51 yaş ve üstü menopoza giren kadınlarda tarama yaptırma oranı düşük tespit edilmiş ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Ailesinde kanser tespit edilenlerde tarama yaptırma oranı yüksek tespit edilmiştir, ancak anlamlı değildir ($p>0.05$).
- Tarama yaptıranlarda jinekolojik muayene yaptırma oranı yüksek ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).
- Tarama yaptıranlarda üç yıl ve üzeri jinekolojik muayene oranı, tarama yaptırmayanlarda ise yılda bir kez jinekolojik muayene oranı yüksek tespit edilmiş ve anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).
- Tarama yaptıranlarda serviks kanseri bilgi durumu yüksek ancak anlamlı değildir ($p>0.05$).
- Sağlık personelinden bilgi edinme durumu tarama yaptıranlar ve yaptırmayanlarda sırasıyla %54.4 ve %48.6 tespit edilmiştir.
- Daha önceden serviks kanseri tarama yaptırma durumu tarama yaptıranlarda %100 iken yaptırmayanlarda %44.7'dir ve anlamlıdır ($p<0.01$).
- Daha önceden serviks kanseri tarama yaptırma zamanı tarama yaptıranlarda bir yıl ve altında yüksek iken, tarama yaptırmayanlarda beş yıl ve üzerinde yüksek bulunmuş ve anlamlıdır ($p<0.01$).
- Daha önceden serviks kanseri tarama yaptırılan yer tarama yaptıranlarda devlet kurumlarında %100 iken, tarama yaptırmayanlarda özel sağlık kuruluşlarında %53.7'dir ve anlamlıdır ($p<0.01$).
- Serviks kanser taraması yaptıran olguların SYBDÖ'II toplam puanı, manevi gelişim puanı ve stres yönetimi puanı, serviks kanser taraması yaptırmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($P<0.05$).

Öneriler;

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan personellere yönelik serviks kanseri ve taramalarına yönelik hizmetiçi eğitimler düzenlenmesi ve belirli aralıklar ile tekrarlanması,
- Özellikle ASM, TSM ve KETEM'de çalışan personellerin işbirliği ile kadınların serviks kanseri ve tarama testlerine yönelik inanç ve tutumları göz

önünde bulundurularak eğitim faaliyetleri düzenlenmesi ve eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması,

- Eğitimlerde görsel materyallere (broşür, afiş vb) öncelik verilmesi, hatırlatıcı mesajlar ile (SMS/Whatsapp) eğitimler desteklenmeli,
- Tekrarlı eğitimlerin medya ve kamu kurumları ile işbirliğine (belediyeler, halk eğitim merkezleri) gidilmesi,
- Kadınların sağlıklarını korumaları ve sağlıklarını geliştirmeleri yönünden sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilgilendirilmesi,
- Fiziksel aktivitelerini, beslenmelerini, kişiler arası ilişkilerini gibi sağlıklı yaşam biçimlerini artırmalarına yönelik farkındalık faaliyetleri düzenlenmesi.

7. KAYNAKLAR

Abdikarim IK, Wagora MCA, Habtu M. Prevalence and associated factors of cervical cancer screening among somali women in an urban setlement in Kenya. J Comm Health Nursing, 2017;3:1-6.

Açıkgöz A, Çehreli R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2011; 25 (3): 145-154.

Ak M, Canbal M, Turan S, Gürbüz N. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda pap smear testinin farkındalığının değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 2010;2(2):1-4.

Akalın A. Human Papillomavirus (HPV) Enfeksiyonu ve HPV aşısında güncel Yaklaşımlar. Androl Bul, 2022;24:133−139.

Akın A, Topal E. Dünyada ve Türkiye'de servikal kanserlerin eliminasyonu hayal mi, gerçekleşebilir mi? Başkent Üniversitesi - BÜKÇAM 2021.

Akyüz A, Güvenç G, Yavan T, Çetintürk A, Kök G. Kadınların Pap Smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 2006;48: 25-29.

Al-amro S, Gharaibeh MK, Oweis AI. Factors associated with cervical cancer screening uptake: ımplications for the health of women in jordan. Hindawi Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology,2020;9:1-9.

Aldohaian AI, Alshammari SA, Arafah DM. Using the health belief model to assess beliefs and behaviors regarding cervical cancer screening among saudi women: A Cross-Sectional Observational Study. BMC Women's Health, 2019:19;6.

Alp Avcı G, Bozdayı G. İnsan papilloma virüsü. Kafkas J Med Sci, 2013; 3(3): 136-144.

Alp Dal N, Akkuzu G, Çetinkaya Şen Y. Ufuk Üniversitesi kadın çalışanlarının jinekolojik kanser farkındalığının incelenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020;3(2):91-99.

Altay B. Samsun 6 nolu Sağlık Ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. O.M.Ü. Tıp Dergisi, 2006;23(1):1-8.

Altınel B, Akın B. Kırk ile elli beş yaş arası kadınların serviks kanseri risk faktörlerine göre serviks kanseri taraması durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020; 23(1): 53-59.

American Cancer Society (2023). Erişim:[https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk factors.html,]. Erişim Tarihi:22 Ekim 2023.

Aydemir Ö, Terzi HG, Köroğlu M, Turan G, Altındiş M, Karakeçe E. servikal örneklerde human papillomavirüs pozitifliği ve genotip dağilimı. Turk Hij Den Biyol Der, 2020; 77(1): 33-40.

Aydın Avcı İ, Altay B, Rızalar S, Özdelikara A, Öz H. kadınların meme ve servikal kanser taramalarına yönelik tutumları. TAF Prev Med Bull, 2015; 14(3):23239.

Aydın M. Menopoz dönemindeki kadınlarda jinekolojik kanser farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul 2019.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ıı'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008;12(1):1-13.

Batmaz G, Çetin A, Dane C, Görgen H, Dane B. Normal ve anormal servikal smear saptanan kadınlarda hpv dna pozitifliği. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2009; 1:10-14.

Bayçelebi G, Aydın F, Gökosmanoğlu F, Tat ST, Varım C. Trabzon'da kanser t tarama testleri farkındalığı. J hum rhythm,2015;1(3):90-94

Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, Massad S. Social and cultural barriers to papanicolaou test screening in an urban population. The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004;1355-1361.

Beşer A, Bahar Z, Büyükkaya D. Healthy promoting behaviors and factors related to lifestyle among turkish workers and occupational health nurses responsibilities in their health promoting activities. Industrial Health, 2007;45:151-159.

Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of The Cervix Uteri:2021 Ubdate. Int J Gynecol Obstet, 2021;1551):28-44

Brenda E, Sirovich H, Welch G. The Frequency of pap smear screening in the united states. J Gen Intern Med, 2004;19(3):243-250.

Boswell S. serviks kanseri aşılamasıyla ilgili türk servikal kanser çalışma grubunun önerileri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2010; 13(2):51-54.

Bozüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turkısh Journal of Family Medicine and Prımary Care (TJFMPC), 2012;6(1):13-21.

Bulut İ, Oğuzöncül FA, Tuncer Kara K. Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi'ne ait meme ve serviks kanserlerini tarama programı sonuçları. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 2021;6(2):182-190.

Büyükkayacı Duman N, Yüksel Koçak D, Albayrak AS, Topuz Ş, Yılmazel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 2015;1(1):30-38.

Campos GN, Sharma M, Clark A, Kim JJ, Resch CS. Resources required for cervical cancer prevention in low- and middle-ıncome countries. PLOS One 2016;11(10):1-20.

Ceyhan M. Human papillomavirüs (HPV) Aşıları. Klinik Gelişim Dergisi, 2012;36-39.

Chumduri C, Gurumurthy RK, Berger H, Dietrich O, Kumar N, Drabkina S, Brinkmann V, Hoffmann K, Drabkina M, Arampatzi P, Son D, Klemm U, Mollenkopf HS, Herbst H, Mangler M, Vogel S, Saliba AE, Meyer TF. Opposing wnt signals regulate cervical squamocolumnar homeostasis and emergence of metaplasia. Nture Cell Biology, 2021;23:184-197.

Çam O, Babacan Gümüş A. Meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkileyen psikososyal faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006; (22)1: 81–93.

Çankaya S. Serviks kanserine yönelik verilen eğitimin kuran kursundaki kadınların bilgi, tutum ve davranışlarına etkisi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2017; 14(4):176-181.

Çeki L. 21-65 Yaş kadınların serviks kanserine yönelik bilgi ve davranışlarının sağlık inanç modeline göre değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Balıkesir 2019

Çürük GN, Yüceler Kaçmaz H. Kolorektal kanserden korunma ve hemşirenin sorumlulukları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 6(4):224-233.

Demir F. Edirne'de kadınların serviks kanseri taramaları konusunda bilgi, tutum ve inançları, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne 2017.

Demirel G, Gölbaşı Z. Kadın Sağlığı taramasında güncel durum. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; 4(4): 638-659.

Demirgöz Bal M. Kadınların pap smear testi yaptırma durumlarının sağlık inanç modeli ölçeği ile değerlendirilmesi. MÜSBED, 2014;4(3):133-138.

Demirtas B, Acikgoz I. Promoting attendance at cervical cancer screening: understanding the relationship with turkish womens' health belief. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 2013;14:333-340.

Djorjevic S, Boricic K, Radovanovic S, Vukomanovic İS, Mihaljevic O, Jovanovic V. Demographic and socioeconomic factors associatef with cervical cancer screening among woman in servia. Frontiers in Public Health, 2024:1-10.

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

Eke NR, Atsız Sezik H, Özen M. Serviks kanseri; kadın hekimler yeterince farkında mı? Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 2016; 26(1):53-57.

Engin G. Serviksin 3-Boyutlu radyolojik anatomisi. Türk Onkoloji Dergisi, 2012;27(1):55-61.

Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2014; 1(2):77–90.

Erdoğan Durmuş Ş, Akalp Özmen S, Çalık İ, Kurt A, Balta H, Şener E, Kabalar ME, Tanrıverdi EÇ. Erzurum İlinde servikal kanser taramalarında epitelyal hücre anormalliği sıklığı ve asc-us tanısı alanların kontrol smearlerinin değerlendirilmesi. SDÜ Tıp Fak Derg, 2016;23(1):16-19.

Ersin F, Kıssal A, Polat P, Koca BD, Erdoğan M. Kadın Sağlık personelinin servikal kansere yönelik algıları ve bunu etkileyen faktörler. Hemşirelikte AraştırmaGeliştirme Dergisi, 2016; 18(2-3): 31- 43.

Ersöz Ş, Reis A, Baki N. Trabzon ilinde servikal tarama programı. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, 2010; 7(1): 35- 39.

Ertekin Pınar Ş, Özdemir S. Serviks kanseri taramasına başvuran kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 2023;11(1):1244-1257.

Yılmaz ET. Jinekolojik Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımında Kadınların Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi. Zeynep Kamil Bülteni, 2009; 40 (2):63-66.

Esin N. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelik Bülteni,1999; 12(45):87-96.

Eze UG, Obiebi PI, Umuago JI. Perspectives of Cervical Cancer And Screening Practices Among Staff Of A Teaching Hospital İn South-South Nigeria. Journal of Cancer Research and Practice, 2018;5: 67-73.

GLOBOCAN (2020), Erişim:[https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervixuteri-fact-sheet.pdf.] Erişim tarihi: 28 Eylül 2023.

Göçük S, Alkan S, Arıca S, Ateş A. Van Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Merkezi Polikliniğine Başvuranların Pap Smear Konusundaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi, TAF Prev Med Bull 2011; 10(5): 527-532.

Gök Uğur H, Aydın Avcı G. Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi Ve Uygulamalarına Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015;4(2):244-58.

Gökaslan H, Uyar EE. Pap Smear İle Servikal Kanser Taraması. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 2004; 8(3):105-110.

Gözüyeşil E, Taş F, Arıöz Düzgün A. 15-49 Yaş Kadınlarda Meme Kanseri Endişesi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. Cukurova Med J,2019;44(4):1215-1225.

Grigore M, Popovici R, Pristavu A, Grigore MA, Matei M, Gafitanu D. Perception And Use Of Pap Smear Screening Among Rural And Urban Women İn Romania. European Journal of Public Health, 2017; 27(6):1084-1088.

Güner H, Taşkıran Ç. Serviks Kanseri Epidemiyolojisi Ve Human Papilloma Virüs. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği Dergisi, 2007; 4(1):11-19.

Gürdes Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme Ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi. DEUHYO ED, 2011; 4(1):34-40.

Hacıhasanoğlu Aşılar R, Köse S, Yıldırım A. Kadınların Servikal Kanser Ve "Pap Smear" Testine İlişkin Bilgi, İnanç Ve Davranışları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2015;7(2):102-111.

Hasdemir PS, Güvenal T. Lokal İleri Evre Serviks Kanseri Yönetimi: Güncel Derleme. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2021;1:9-14.

İflazoğlu F, Aydoğdu GN. Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Yoksul Ve Yoksul Olmayan Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları Ve EtkileyenFaktörlerin İncelenmesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2019; 1(3): 132-146.

Kanbur A, Çapık C. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri Ve Ebe/Hemşirenin Rolü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2011: 61-72.

Karabulutlu Ö. Servikal Kanserde Risk Faktörleri, Erken Tanı Yöntemleri, Korunma ve Hemşirenin Rolü. Sted, 2013; 23(2):74-79.

Karaca M, Palancı Y, Aksu RS. 'Pap Smear' Ne Kadar Biliniyor, Ne Kadar Uygulanıyor? Türkiye Klinikleri, 2008; 18:22-28.

Karadag 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.

Karadağ Çaman O, Bilir N, Özcebe H. Ailede kanser öyküsü ve algılanan kanser riski, kanserden korunma davranışları ile ilişkili mi? Fırat Tıp Dergisi 2014; 19(2):95-100.

Kaya M. Halk Sağlığı yaklaşımı ile "Servikal Kanser". Editör Ayşe Akın 2009, Ankara: HÜKSAM.

Kaya Şenol D. Human papilloma virüsün (HPV) Ne Kadar Farkındayım?. TJFMPC, 2019; 13(4): 462-471.

Kılınç Y. Serviks Kanseri erken tanısı için pap smear testi yaptıran ve yaptırmayan kadınların sağlık inanç modeli'ne göre değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2019.

Kılıçkap S, Aksoy S, Çelik I. Kanserde birincil korunma. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 2006;13(2):57-71.

Kılıçsokan P, İlhan N. Bir Aile sağlığı merkezine başvuran kadınların pap smear testi yaptırma durumları ile serviks kanserine ve pap smear testine yönelik sağlık inançları. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2020;17 (2):323-327.

Kızılırmak A, Kocaöz S. Bir üniversitedeki kadınların serviks kanseri ve pap smear testine ilişkin sağlık inançlarını etkileyen faktörler. Sted, 2018;27(3):165- 175.

Kolaç N, Sezer Balcı A, Şişman FN, Ataçer BE, Dinçer S. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. Bakırköy Tıp Dergisi, 2018;14:267-274.

Kolutek R, Aydın Avcı İ. Eğitim ve evde izlemin, evli kadınların meme ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeylerine ve uygulamalarına etkisi. J BreastHealth, 2015; 11:155-162.

Kulakçı Altıntaş H, Korkmaz Aslan G. Kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik sağlık inançlarının değerlendirilmesi. Huhemfad Johufon, 2020;7(3): 249-261.

Kurdoğlu Z, Kurdoğlu M, Kundakçı Gelir G, Keremoğlu Ö. Van kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi' ne ait serviks ve meme kanserlerini tarama programı sonuçları. Van Tıp Dergisi, 2009; 16 (4):119-123.

Kurt Sonay A, Canbulat Şahiner N, Savaşer Ş, Adölesan dönem cinselliğiyle öne çıkan serviks kanseri ve risk faktörleri. Bakırköy Tıp Dergisi, 2013; 9(2):59-63.

Küçükceran H, Ağadayı E, Şentürk H. Ankara'da bir aile hekimliği birimine kayıtlı kadınların serviks kanseri taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 14.2 (2020): 259-266.

Malhotra N, Taneja N, Shankar R, Pal1 A, Chawla B, Awasthi AA, Janardhanan R. knowledge, attitude & practice towards cervical cancer screening among women globally – a systematic review. J Women's Health Dev, 2020; 3(3): 194-210.

Mavi Aydoğu GS, Özsoy Ü. Serviks kanseri ve HPV. Androloji Bülteni, 2018; 0:20-25.

Metindir J. Servikal kanser kontrolünde human papilloma virüs infeksiyonlarına karşı aşılama. Acta Oncologica Turcica, 2007; 40: 5-10.

Mensah KB, Mensah ABB, Yamoah P, Manfo J, Amo R, Wiafe E, Padayachee N, Bangolee V. Socio-demographic factors and other predictors of pap test uptake among women: a retrospective study in ghana. Cancer Management and Research 2023; 15:489-499.

Mesci Haftacı S, Kalender M, Gün G, Tekin AF, Duman S, Demirtaş M. 2012 Yılında Düzce KETEM'e başvuran kadınlarda kolposkopi sonuçları ve ilişkili faktörler. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2014;3:84-90.

Mousavi F, Shojaei P, Aryan H. Knowledge, attitues and practice related to pap smear test among iranian Women. Int J Women Health Wellness, 2018;4(2):1-8.

Mupepi SC, Sampselle CM, Johnson TRB. Knowledge, Attitudes, and demographic factors ınfluencing cervical cancer screening behavior of zimbabwean women. Journal of Women's Health, 2011; 20(6): 943-953.

Mutyaba T, Mmiro AF, Weiderpass E. Knowledge, Attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of mulago hospital, uganda. BMC Medical Education, 2006; 6(13):1-4.

Nalbantoğlu HG, Arslan P. Servikal kanser: genel bakış. Karatekin Üniversitesi Fen Fakültesi Dergisi, 2023; 2(1):43-50

Nazlıcan E, Akbaba M, Koyuncu H, Savaş N, Karaca B. Hatay İli Kisecik bölgesinde 35–40 yaş arası kadınlarda serviks kanseri taraması. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010; 9(5):471-474.

Ocaktan EM. HPV Aşıları ve Türkiye açısından bir değerlendirme. Toplum ve Hekim, 2012;27(2):118-134.

Okunowo AA, Daramola ES, Soibi-Harry AP, Ezenwankwo FC, Kuku JO, Okunade, KS, Anorlu RI. Women's Knowledge of cervical cancer and uptake of pap smear testing and the factors ınfluencing ıt in a nigerian tertiaryhospital. Journal of Cancer Research and Practice, 2018:1-8.

Ozan H. Pap smear ne zaman? nasıl? kimden? TJOD - Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler,2005;2:35-40.

Önel M, Küçücük S, Töre G, Ağaçfidan A. Servikal kanserli hastalarda chlamydia trachomatis seropozitifliğinin araştırılması. Mikrobiyoloji Bülteni, 2013; 47(4):702-707.

Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının meme kanseri, serviks kanseri ve rutin tarama testlerini yaptırmaya ilişkin bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. İstanbul Med J, 2014; (15)3: 154–160.

Özer Aslan İ, Satılmışoğlu ZZ, Aksu E. Premaling servikovaginal smear sonuçlarının kolposkopi ve leep ile korelasyonu. Namık Kemal Tıp Dergisi, 2020; 8(3): 529 – 536.

Özerdoğan N, Gürsoy E. Serviks kanserinde korunma ve hemşirelik. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics,2017;3(1):40-49.

Özkan N, Toprak D, Genç Can S, Mihmanlı V. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastaların smear sonuçları ve sosyodemografik özellikleri. Smyrna Tıp Dergisi, 2015; 19-27.

Özkan Pehlivanoğlu FE, Bilgin Sarı H, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastaların human papilloma virüs aşılaması ve serviks kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Ortadoğu Tıp Dergisi, 2019; 11(4): 456-460.

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

Özsoy M, Erken evre serviks kanseri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2013; 1:1-4.

Öztürk Y, Gürsoy E. Kadınların pap smear testine ve serviks kanserine yönelik farkındalıkları ve yaptırmamama nedenlerinin değerlendirilmesi. JACSD, 2018;14:1-21.

Öztürk Y, Gürsoy E. Kadınların pap smear tarama testini yaptırmalarının önündeki engeller. Sted, 2020;29(1):61-68.

Öztürker C, Sönmez G. Endometrium ve serviks kanserlerinde görüntüleme. Türk Radyoloji Seminerleri, 2015; 3:1-11.

Parlak E, Alay H, Parlak M, Al RA, Aydın F, Koşan Z. Bölgemizdeki kadinlarin human papilloma virüs farkindaliğinin değerlendirilmesi. Flora İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi, 2021; 26(1):129-134.

Pınar G, Algıer L, Çolak M, Abbasoğlu A. Hemşirelerin serviks kanseri ve hpv aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2007;10 (4): 94-98

Pınar G, Topuz Ş, An Ş, Doğan N, Kaya N, Algıer L. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların HPV Aşısı ve Serviks Kanseri İle İlgili Bilgi Düzeyleri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2010;1:11-18.

Qayum, MO, Billah, M M, Akhter R, Flora, MS. Women's Knowledge, attitude and practice on cervical cancer and ıts screening in dhaka, bangladesh. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP, 2021;22(10): 3327-3335.

Saçıkara Z, Koçoğlu Tanyer D. Kırsal bölgede yaşayan kadınların serviks ve meme kanseri taramalarına katılım ve bilgi durumları. Sted, 2021;30(1):43-52.

Sankaranarayanan R, Wesley RS. A Practical manual an visual screening for cervical neoplasia. IARC Technical Publication, 2003.

Savucu Y. Sağlıklı Yaşam biçimi davranışları. Journal of Sport and Recreation Researches, 2020;2134-43.

Sayan A, Erci B. Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001;4(2): 11-19.

Saylam Kurtipek G, Gökşin Cihan F, Ataseven A, Özer İ, Can Turhan Z. Onsekiz yaş üzeri kadınların genital verru, servikal kanser ve human papilloma virüs aşısı hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Türk J Dermatol 2016;10:105-109.

Servikal Patolojiler ve Kolposkopi Derneği (2022), Erişim: [https://www.trsccp.org/,] Erişim tarihi: 12 Ekim 2022.

Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Cemal A. Cancer Statistics, 2022. CA Cancer J Clin, 2022;72(1):7-33.

Singh M, Ranjan R, Das B, Gupta K. Knowledge, Attitude and practice of cervical cancer screening in women visiting a tertiary care hospital of delhi. İndian Hournal of Cancer, 2014; 51(3): 319-324.

Sivri Aydın D, Ekmez D, Göksedef PB, Hasanova M, Aşık H, Çetin A. Polikliniğe başvuran kadınlarda smear farkındalığı ve yaptırma sıklığı. Türk Jinekoloji Onkoloji Dergisi, 2015;4:127-130.

Sonay Kurt A, Canbulat N, Savaşer S. Adolesan dönem cinselliğiyle öne çıkan serviks kanseri ve risk faktörleri. Bakırköy Tıp Dergisi, 2013;9:59-63.

Sumarmi S, Hsu YY, Cheng YM, Lee SH. Factors assiated with the ınttention to undergo pap smear testing in the rural areas of ındonesia: a health belief model. Reprod Health, 2021;18:1-10.

Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kişioğlu NA. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları. S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2012;19(4):124-130.

Şahin Ş. Kanserde erken tanı ve tarama programları. Ege Tıp Dergisi, 2015;54:41-45.

Şahiner F, Şener K. Human papilloma virüs enfeksiyonları, risk faktörleri ve koruyucu önlemler. TAF Prev Med Bull, 2013;12(6):715-722.

Tasalı N, Çubuk R, Midi A, Çelik A, Çelik L, Güney Ş. Serviks kanserinde radyolojik görüntüleme. Konuralp Tıp Dergisi, 2010; 2(2): 33-38.

Taşkıran Ç, Yılmaz E, Onan A, Güner H. Serviks kanserinde cerrahi evreleme'nin yeri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2006; 9(2):27-34.

Teskereci G, Öncel S, Özer Arslan Ü. Meslek edindirme kurslarındaki kadınların jinekolojik kanserler açısından risk faktörlerine ve erken uyarı belirtilerine göre değerlendirilmesi. Sted, 2020; 29(4):229-238.

Tuna Oran N, Ozturk Can H, Senuzun F, Durmaz Aylaz R. Health promotion lifestyle and cancer screening behaviors: a survey among academician women. Asian Pacific J Cancer Prev. 2008; 9:515-518.

Tuncez Hİ, Aksoy N, Koc M. National Cancer screening program results; A city example. Phnx Med J, 2021; 3(2):69-73.

Turan T, Yüksel N, Kıyka Ş, Özer S, Tulunay G, Boran N, Özgül N, Köse F. Erken evre serviks kanserlerinde lenf nodu tutulumunu belirleyen faktörler. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2007; 10(1):9-15.

Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği (2022). Rahim Ağzı (Serviks) KanseriErişim:[https://www.trsgo.org/files/toplum-icin/rahim-agzi-serviks-kanseri/,]. Erişim Tarihi: 22 Nisan 2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2023), Erişim: [https://www.hsgm.saglik.gov.tr/dokumanlar-kanserdb/raporlar.html,] Erişim tarihi: 22 Kasım 2023.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2023), Erişim: [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-kanser/1-31-ocak-serviks-kanseri-farkindalik-ayi.html,] Erişim tarihi: 10 Aralık 2023.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2023) Erişim:[https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice advisory/articles/2021/04/updated-cervical-cancer-screening-guidelines,] Erişim tarihi: 22 Ekim 2023.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2022). Erişim:[https://data.tuik.gov.tr/,] Erişim tarihi:20 Ekim 2023.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2022). Erişim:[https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri]. Erişim Tarihi: 20 Mart 2023.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018). Erişim:[https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2019_tnsa_anarapor_compressed.pdf]. Erişim Tarihi:22 Ekim 2022

Turancı E, Eşiyok E. Sağlık ve Kültür İlişkisi Bağlamında Popüler Sağlık Dergilerinde Sağlığın Sunumu. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi. 2021; 54:96-114.

Türkol E, Güneş G, Özen G, Omaç M. Kadınların serviks kanseri, pap smear ve hpv aşısı hakkında bilgi tutum ve davranışları. New World Sciences Academy, 2009;4(3): 67-74.

Uçar T, Bekar M. Türkiye'de ve Dünyada jinekolojik kanserler. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2010; 13(3):55-60.

Uğur Kılınç NA, Yılmaz F, Geyik Bayman M, Yıldırım Öztürk NE, Ünlü Y. Servikal Premalign lezyonlarda tarama testleri ve biyopsi sonuçları arasındaki uyum: üçüncü basamak tek merkez deneyimi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2021;18(2):776-779.

Uğurluer G, Atalar B, Saran İkizler AH, Sözer N, Kibar M, Serin M, Özyar E. Serviks kanserli hastalarda pet/bt tetkikinde primer tümörün fdg tutulum derecesi ile lenf nodu metastazı arasındaki ilişki. ACU Sağlık Bil Derg, 2016; 3:129-133

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

Uluocak T, Bekar M. Kadın Sağlık Çalışanlarının servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2012;2:50-57

Ulutaş Y, Ünal F. (Ed.) Birinci basamakta toplum tabanlı kanser taramaları sempozyumu. 1. Basım. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2019.

Unang I, Abasiattai MA, Udoma JE. Güney-Güney Nijerya'da, kadın hemşireler arasında, serviks kanseri tarama yöntemi olarak servikal smear farkındalığı ve uygulaması. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011; 10(6):675-680.

U.S. Centers for Disease Control and prevention (2023). Erişim:[https://www.cdc.gov/,] Erişim tarihi:22 Ekim 2023.

Ünalan P, Baş G, Atalay A, Kasapbaş T, Kurt S, Uzuner A. Marmara Üniversitesi kadın doğum polikliniğine başvuranların pap smear konusundaki bilgileri ve test sonuçları. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2005;36(4):147-151.

Verma A, Kashyap M, Gupta A, Kaur D. Evaluation of visual ınspection after acetic acid/ cervicography as an alternative to colposcopy for detection of cervical ıntraepithelial neoplasia. Journal of South Asian Federation of Obstetrics and Gynaecology, 2022;14(4):435-439.

Vural PI, Bakır N. Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; 6(1):36-42.

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 Gynecological Cancer 2002; 12, 4376-382.

Wiebea E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix Uteri. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2012:100–109.

World Health Organization (2023). Cervikal Cancer. Erişim:[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer.] Erişim Tarihi:22 Ekim 2023.

World Health Organization (2023). Cervikal Cancer. Erişim:[(https://immunizationdata.who.int/pages/vaccine-intro-by-antigen/hpv.htm.] Erişim Tarihi:12 Nisan 2023.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2023). Erişim:[https://www.cdc.gov/vaccines/vpd/hpv/public/index.html.]Erişim Tarihi:22 Ekim 2023.

Yaslı G. Türkiye'de servikal kanser tarama programı saha değerlendirmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2022; 32(3):14-22.

Yetmen Ö, Aktaş C, Bakkal BH. Serviks kanserinde radyoterapi tedavisinin yeri ve önemi. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2012; 11(2):35-40.

Yıldırım D, Gökaslan H. Serviks kanseri taramasında HPV DNA testinin yeri. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2015; 1:1-6.

Yılmaz Esencan T. Jinekolojik erken tanı yöntemlerinin kullanımında kadınların tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2009; 40 (2): 63-66.

Yiğitbaş Ç, Bulut A, Bulut A, Semerci M. Bingöl Devlet Hastanesine başvuran yetişkinlerin kanser tarama testlerine ilişkin bilgi ve tutumları. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2016;2: 29-38.

Yüksel B, Şencan H, Kabil Kucur S, Gözükara İ, Seven A, Polat M, Keskin N. Human Papilloma Virus (HPV) Enfeksiyonu ve HPV aşısı hakkında bilgi düzeyi ve genel eğilimler; dumlupınar üniversitesi evliya çelebi eğitim ve araştırma hastanesi'ndeki doktor, hemşire ve sağlık personellerini içeren anket taraması. Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2015; 12(2):64- 67.

Zemheri E, Koyuncuer A. Servikal kanserlerin erken tanısında pap testinin önemi. Sted, 2005;14(1): 1-4.

EK-1 **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Sayın Katılımcı

Bu çalışma ile Nevşehir ili Hacıbektaş ilçesinde yaşayan ve Hacıbektaş Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 30-65 yaş grubu serviks kanseri tarama testi yaptıran ve yaptırmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ile serviks kanseri taraması yaptırmayan kadınlara verilen eğitim ve hatırlatıcı mesajların erken tanı davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın başlığı: "Nevşehir İli Hacıbektaş İlçesinde 30-65 Yaş Grubu Serviks Kanseri Tarama Testi Yaptıran ve Yaptırmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'ye Göre Karşılaştırılması"dır.

Araştırmada sizden yaklaşık 30-45 dakika ayırmanız istenecektir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 299 kişi katılacaktır. Sizden bu çalışma için hazırlanan anket formundaki soruları cevaplandırmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılıp katılmamak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışmayı onayladıktan sonra çalışmadan herhangi bir gerekçe göstermeden istediğiniz aşamada ayrılabilirsiniz. Sizden toplanan veriler kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu çalışmadan elde edilen veriler bilimsel amaçla bir yerde isim belirtilmeden yayınlanabilir ya da sunulabilir. Çalışmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

Araştırmacı

Pervin TAŞKIRAN

GÖNÜLLÜ OLURU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün	**Açıklamaları Yapan Kişinin**
Adı Soyadı:	Adı Soyadı: Pervin TAŞKIRAN
Tarih:	Tarih:
İmzası:	İmzası:

EK-2

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma "Nevşehir ili Hacıbektaş ilçesinde 30-65 yaş grubu serviks kanseri tarama testi yaptıran ve yaptırmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'ye göre karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Elde edilen veriler söz konusu amaç dışında kullanılmayacak olup, sorulara vereceğiniz cevaplar bilimsel çalışmalar doğrultusunda kullanılıp kişisel bilgileriniz gizli kalacaktır.

Katılımınız ve bu anketteki hiçbir sorunun cevabını boş bırakmadığınız için teşekkür ederiz.

TANITICI BİLGİLER ANKET FORMU

Anket No : ……..

Aile Hekimliği:…….

1. **Doğum tarihiniz?..**.....
2. **Eğitim durumunuz nedir?**

   1.Okuryazar 2.İlkokul mezunu 3.Ortaokul mezunu

   4.Lise mezunu 5.Üniversite ve Üzeri

3. **Çalışma durumunuz?**

   1.Çalışıyor 2. Çalışmıyor

4. **Sağlık güvenceniz var mı?**

   1.Var 2. Yok

5. **Size göre gelir durumunuz nasıl?**

   1. Gelirim giderimden az 2.Gelirim giderime eşit 3.Gelirim giderimden fazla

6. **Medeni durumunuz?**

   1. Evli 2. Bekar 3. Eşi ile ayrılmış 4. Eşi vefat etmiş

7. **Evli iseniz eşinizin eğitim durumu nedir?**

   1.Okur yazar 2.İlkokul mezunu 3.Ortaokul mezunu

   4.Lise mezunu 5. Üniversite ve Üzeri

8. **Evli iseniz eşinizin mesleği nedir?.....**
9. **Menarş (ilk adet) yaşınız nedir?.....**
10. **İlk evlenme yaşınız?.....**
11. **İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız? .....**

12. Kaç doğum yaptınız? (belirtiniz.....)

13. Doğum şekilleriniz nedir?

1. ……Normal Doğum 2. …….. Sezaryen

14. Oral kontraseptif kullandınız mı?

1.Evet (ne kadar süre kullandınız?.....) 2. Hayır

15. Menopoza girdiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

16. Cevabınız evet ise; kaç yaşınızda girdiniz? .....

17. Ailenizde kanser teşhisi konan kimse var mı?

1. Evet 2. Hayır

18. Cevabınız evet ise; kimde?……

ne kanseri?.....

19. Yakın çevrenizde (arkadaş, komşu vb) kanser teşhisi konan kimse var mı?

1.Evet 2.Hayır

20. Cevabınız evet ise; kimde?……

ne kanseri?.....

21. Sigara kullanma durumunuz?

1. İçiyorum (günde kaç adet içiyorsunuz?…….)

2. İçtim – bıraktım (kaç yıl içtiniz?…….)

3. Hiç içmedim

22. Düzenli olarak jinekolojik muayene yaptırır mısınız?

1. Evet 2. Hayır

23. Cevabınız evet ise; ne sıklıkla yaptırırsınız?

1.Altı ayda bir yaptırırım 2.Yılda bir yaptırırım 3. İki yılda bir yaptırırım

4. Diğer (belirtiniz…….)

24. Jinekolojik muayenelerinizi nerede yaptırırsınız? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

1.Devlet hastanesi

2.Özel hastane

3.Üniversite hastanesi

4. Özel muayenehane

5.Diğer (belirtiniz……)

25. Cevabınız hayır ise; neden düzenli jinekolojik muayene yaptırmazsınız? (belirtiniz…….)

26. Serviks kanseri hakkında bilginiz var mı?

1.Evet 2.Hayır

27. Cevabınız evet ise; serviks kanseri hakkında bilgiyi nerelerden aldınız?

1.Aile ve arkadaş çevremden 2.TV – radyodan 3.Gazete-dergi-kitaplardan

4.Sağlık personelinden 5. Diğer (belirtiniz……)

28. Serviks kanseri erken teşhisi için yapılan testin adını duydunuz mu?

1.Evet (nedir?……) 2.Hayır

29. Daha önce serviks kanseri taraması yaptırdınız mı?

1.Evet 2.Hayır

30. Cevabınız evet ise; ne zaman yaptırdınız ?.....

nerede yaptırdınız?.....

31. Cevabınız hayır ise; serviks kanseri taraması yaptırmamanızın nedeni nedir? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

1.Yaptırmanın fayda sağlayacağını düşünmüyorum.

2. Muayene olmaktan çekiniyorum.

3. Muayene masasına yatmak istemiyorum.

4. Muayene esnasında ağrı hissetmekten korkuyorum.

5. Sonucun kötü çıkmasından korkuyorum.

6. Herhangi bir hastalık belirtim yok.

7. Diğer (belirtiniz……)

EK-3 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız.

Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

	Hiçbir zaman	**Bazen**	**Sık sık**	**Düzenli olarak**
SAĞLIK SORUMLULUĞU				
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
MANEVİ GELİŞİM				
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
18. Geleceğe umutla bakarım				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				
KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER				
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				

7. İnsanları başarıları için takdir ederim				
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
STRES YÖNETİMİ				
5. Yeterince uyurum				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
47.Yorulmaktan kendimi korurum				
BESLENME				
2. Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
14. Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
38. Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
50. Kahvaltı yaparım				
FİZİKSEL AKTİVİTE				
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				

34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa parkederim)				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				

Rahim Ağzı Kanseri Hakkında Yeterli Bilginiz Var mı?

- Rahim ağzı, rahmin doğum sırasında genişleyerek bebeğin çıkmasını sağlayan kısımdır
- Rahim ağzı kanseri ise, bu bölgede bulunan hücrelerin kanserleşmesidir.
- Rahim ağzı kanseri ancak **HPV** veya **PAP SMEAR TESTİ** yapılarak erken tanısı KONULABİLİR, ÖNLENEBİLİR ve erken tedavi EDİLEBİLİR.

HPV Testi Hakkında Yeterli Bilginiz Var mı?



HPV testi, jinekolojik muayene esasında rahim ağzından numune alınarak yapılan AĞRISIZ ve BASİT bir işlemdir.

UNUTMAYIN!

HPV TESTİ YAPTIRMAYA GELİRKEN,

- Adet olmamalısınız
- Testten en az 2 gün önce hazne yıkanmamış ya da hazneye ilaç, krem, jel gibi herhangi bir madde uygulanmamış olmalı.
- Testten önceki 2 gün boyunca cinsel ilişkide bulunmamış olmalısınız.

HPV TESTİ YAPTIRMALISINIZ!

Hiç HPV testi yaptırmadıysanız,

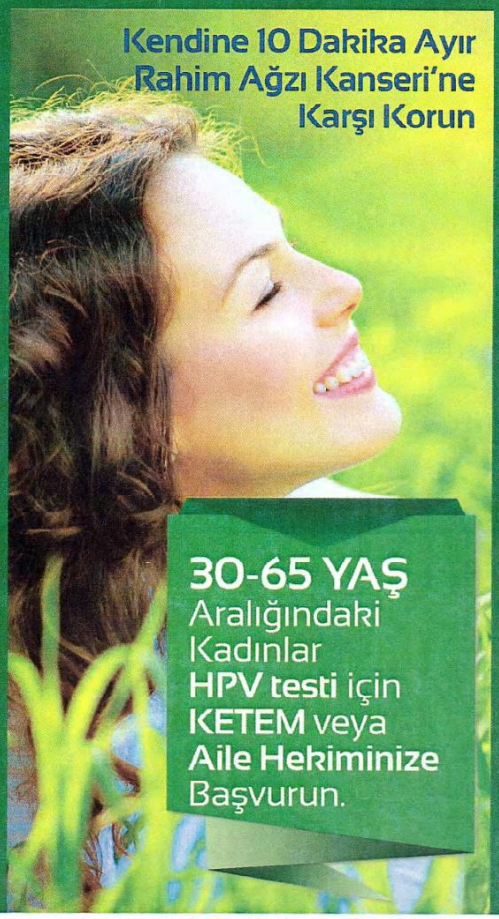
- Sigara kullanıyorsanız, adet arası ve cinsel ilişkiden sonra lekelenme şeklinde kanamalar oluyorsa,
- Sürekli olarak sarı renkte veya kirli akıntınız varsa,
- Menopoz sonrası dönemde ortaya çıkan herhangi bir kanamanız varsa,
- Ya da sadece KADIN olduğunuz için,



UNUTMAYIN!

- HPV testi ile rahim ağzı kanseri 10-15 yıl öncesinden yakalanabilmektedir.
- 5 yılda bir yaptırılan HPV TESTİ rahim ağzı kanserinden korunmak için en iyi yöntemdir.

Kendine 10 Dakika Ayır Rahim Ağzı Kanseri'ne Karşı Korun



30-65 YAŞ Aralığındaki Kadınlar **HPV testi** için **KETEM** veya **Aile Hekiminize** Başvurun.

HAYATINIZ BİZİM İÇİN DEĞERLİDİR

KETEM
KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ

www.kanser.gov.tr

T.C. Sağlık Bakanlığı
Kanser Daire Başkanlığı

Kendinize Bir Fırsat Verin

Rahim Ağzı Kanseri Taramasına Gelin



Dünyada her yıl yarım milyon kadın **RAHİM AĞZI KANSERİ**'ne yakalanıyor

EK-5 WHATSAP/SMS MESAJI

30-65 Yaş Arası Kadınlar Serviks Kanseri Taramalarınızı Yaptırmadıysanız Hacıbektaş Toplum Sağlığı Merkezi ve Aile Hekimlerinizde Kanser Taramalarınızı Hafta İçi Her Gün Mesai Saatleri İçersisinde Ücretsiz Yaptırabilirsiniz.

Erken Teşhis Hayat Kurtarır.

T.C.
NEVŞEHİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARARI

Karar Tarihi : 14.09.2020

Karar No: 2020 / 4

Gündem: Nevşehir Hacıbektaş İlçe Entegre Hastanesi'nde görevli Bilim Uzmanı Hemşire Pervin TAŞKIRAN'ın **'' Serviks Kanseri Tarama Programı Kapsamında Tarama Yaptıran ve Yaptırmayan 30-65 Yaş Arası Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması''** Başlıklı Doktora Tezi/Araştırması.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün İl Sağlık Müdürlüğümüze göndermiş olduğu 27.03.2018 tarih ve E. 483 sayılı yazısında; adı geçen Genel Müdürlük tarafından, ''Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'nun, 16.01.2018 tarih ve 49654233/**06/82** sayılı onay ile oluşturulmuş olduğu ve birinci basamak sağlık hizmetleri alanında üniversiteler, diğer özel ve kamu kuruluşları veya şahıslar tarafından, toplumun herhangi bir kesimini, hasta ve / veya çalışanları kapsayacak şekilde yapılması planlanan tez çalışması, proje ve sağlık taraması gibi konularda yapılmak istenen araştırmalara ilişkin izin taleplerinin, mevzuat ve bilimsel esaslara dayanarak değerlendirilmesi amacıyla faaliyetlerine devam etmekte olduğu belirtilmektedir.

Bu kapsamda, İl Sağlık Müdürlüğümüz tarafından, söz konusu komisyon kararlarının alınması ve izin taleplerinin değerlendirilmesi amacıyla, 02.04.2018 tarihli ve E. 1904 sayılı görevlendirme OLUR'u ile '' Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu '' oluşturulmuştur.

Bu çerçevede, Nevşehir Hacıbektaş İlçe Entegre Hastanesi' nde görevli Bilim Uzmanı Hemşire Pervin TAŞKIRAN'ın Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü'ne vermiş olduğu 01.09.2020 tarih ve 124194558 sayılı dilekçesinde belirtilen; '' **Serviks Kanseri Tarama Programı Kapsamında Tarama Yaptıran ve Yaptırmayan 30-65 Yaş Arası Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması**' başlıklı doktora tezi/araştırması ile ilgili olarak, İl Sağlık Müdürlüğümüz Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu'nun 14.09.2020 tarihli toplantısında değerlendirilerek, Sağlık Bakanlığı'nın 27.03.2018 tarih ve E. 483 sayılı söz konusu yazısında belirtilmiş olan kriterlere uygun olarak, adı geçen Bilim Uzmanı Hemşire Pervin TAŞKIRAN tarafından yürütülmesine oy birliği ile izin verilmiştir.

doktora tez

ORİJİNALLİK RAPORU

%20	%19	%12	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%7
2	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1
6	www.bidgecongress.org İnternet Kaynağı	<%1
7	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	acikerisim.omu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	<%1

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad Soyad **:**Pervin TAŞKIRAN

Uyruğu **:** Türkiye (T.C.)

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	**Kurum**	**Yıl**
Doktora	Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2024
Yüksek Lisans	Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı	2009
Lisans	Niğde Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2000

YABANCI DİL

İngilizce